

«Organisasjonsgjennomgang»

RAPPORT 24. NOVEMBER 2017

HELSE- OG OMSORGSTJENESTENE I MELHUS KOMMUNE

OPPDRAGSGIVER:	Melhus kommune
RAPPORT NR:	1020067
RAPPORTENS TITTEL:	«Organisasjonsgjennomgang»
ANSVARLIG KONSULENT:	Rune Holbæk
PROSJEKTMEDARBEIDERE	Eilin Ekeland, Hege Kristin Sunde og Hege Askestad
KVALITETSSIKRET AV:	Per Schanche
FORSIDEBILDE:	Shutterstock.com
DATO:	24.11.2017

Forord

Agenda Kaupang har bistått Melhus kommune med en gjennomgang av økonomi og tjenesteorganisering i deler av helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Dette dreier seg om tjenester innen psykisk helse og rusarbeid (rus- og tiltakstjenesten, psykisk helsearbeid og i Idrettsveien bofellesskap, Melhus Arbeidssenter, Bo- og avlastningstjenesten og Aktivitet og bevegelse, samt en framskrivning av behov for institusjonsplasser og boliger med heldøgns omsorg. Kommunen har ønsket å belyse dagens ressursbruk og framtidens behov for tjenester. I tillegg har kommunen ønsket vurderinger av om organiseringen av tjenestetilbudet er hensiktsmessig for å møte framtidens behov.

Arbeidet har blitt utført i nær dialog med kommunen. Prosjektet har vært organisert med en styringsgruppe med deltakelse fra ledere, tillitsvalgte og ressurspersoner innen berørte tjenester våren og høsten 2017. Vi takker for konstruktivt og hyggelig samarbeid underveis. Takk til alle som har bidratt med nyttig informasjon gjennom deltakelse på intervjuer og ved tilrettelegging av informasjon. En særlig takk til Roger Santokhie og Trude Wikdahl som har vært kontaktpersoner, og som har bidratt til koordinering av arbeidet.

Dokumentasjonen står for Agenda Kaupang sin regning. Det gjør også eventuelle feil som ikke har blitt rettet opp. I Agenda Kaupang har arbeidet blitt utført av Rune Holbæk, Hege Askestad, Eilin Ekland, Per Schanche og Hege Kristin Sunde, med førstnevnte som ansvarlig konsulent.

Stabekk, 24. november 2017

Agenda Kaupang

Innhold

1	Sammendrag	6
2	Mandat og metode	11
2.1	Oppdraget	11
2.2	Overordnet organisering av helse og omsorg	12
2.3	Tidligere gjennomgang av Agenda Kaupang i 2015	13
2.4	Hva har Melhus kommune gjort siden høsten 2015?	14
2.5	Prosjektorganisering	14
2.6	Metode	15
3	Demografi og overordnet framskrivning av behov	17
3.1	Demografisk utvikling	17
3.2	Fremtidig behov for tjenester	19
3.3	Fremtidig behov for årsverk	20
4	Saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenester	22
4.1	Forvaltningskontoret	22
4.2	Saksbehandling med god kvalitet og tildeling av helse- og omsorgstjenester i tråd med BEON-prinsippet	22
4.3	Dimensjonering/årsverk til saksbehandling	24
4.4	Tildelingsutvalg	26
4.5	Oppsummering saksbehandling	28
5	Tjenester til psykisk utviklingshemmede	29
5.1	Metode og mandat	29
5.2	Dagens organisering	29
5.3	Oppsummering av relevante analyser	30
5.4	Resultater fra spørreundersøkelsen	41
5.5	Framskrivning av behov - de viktigste utfordringene for kommunen	41
5.6	Oppsummering av utfordringer innen tjenester til mennesker med utviklingshemning/utviklingsforstyrrelser	43
5.7	Alternative organisasjonsmodeller	44
5.7.1	Alternativ 0 – videreføre dagens organisering	44
5.7.2	Alternativ 1 – samorganisere alle tjenester til målgruppen i en felles virksomhet i Helse og omsorg	45
5.7.3	Alternativ 2 – samorganisere tjenester til målgruppen i en felles virksomhet i Helse og omsorg, men skille ut alt dag- og aktivitetstilbudet i kommunen i en felles virksomhet	47
5.7.4	Agenda Kaupangs anbefaling	48
6	Psykisk helse og rus	49
6.1	Metode og mandat	49
6.2	Overordnede føringer	50
6.3	Dagens organisering	51
6.3.1	Familie og forebygging	51

6.3.2	Rus- og tiltakstjenesten.....	52
6.3.3	Psykisk helsetjeneste.....	53
6.3.4	Hjemmebaserte tjenester - Idrettsveien bofellesskap	54
6.4	Resultater fra spørreundersøkelsen	57
6.5	Oppsummering av relevante analyser og utfordringer.....	58
6.6	Alternative organisasjonsmodeller.....	61
6.6.1	Alternativ 0 – videreføre dagens organisering.....	62
6.6.2	Alternativ 1 – samorganisere alle tjenester innen psykisk helse og rus i en felles virksomhet i Helse og velferd 63	
6.6.3	Alternativ 2 – samorganisere alle tjenester innen psykisk helse og rus inn i dagens virksomhet Familie og forebygging.....	64
6.6.4	Alternativ 3 – samle alle tjenester innen psykisk helse og rus i en ny virksomhet «Mestring og helse» som inkluderer dagens Aktivitet og bevegelse	65
6.6.5	Agenda Kaupangs anbefaling.....	67
7	Aktivitet og bevegelse.....	69
7.1	Metode og mandat	69
7.2	Dagens organisering	70
7.3	Planene fremover.....	72
7.4	Oppsummering av relevante analyser	72
7.5	Resultater fra spørreundersøkelsen	75
7.6	Framskrivning av behov	77
7.7	Våre vurderinger og anbefalinger	78
7.8	Alternative organisasjonsmodeller	83
7.8.1	Alternativ 1: Samle all rehabilitering i hjemmetjenesten	84
7.8.2	Alternativ 2: Samle all rehabilitering i en ny virksomhet	85
7.8.3	Alternativ 3: Samle både rehabiliteringspersonell og tjenester innen psykisk helse og rus i en samlet ny virksomhet.....	86
7.8.4	Alternativ 4: Samle institusjonsbasert rehabilitering ett sted, og hjemmebasert rehabilitering inn i hjemmetjenesten.....	87
7.9	Sammendrag og anbefaling av ny organisasjonsmodell	88
8	Framskrivning av behov for institusjonsplasser og boliger med mulighet for heldøgns omsorg frem mot 2040.....	90
8.1	Formål og metode	90
8.2	Utvikling av tilbudet til personer med demens	91
8.3	Plasser og dekningsgrader	94
8.4	Boligtilbud for eldre i de nordiske landene	96
8.5	Fremtidig behov for døgnplasser	98

1 Sammendrag

Agenda Kaupang har bistått Melhus kommune med en gjennomgang av økonomi og tjenesteorganisering i deler av helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Dette dreier seg om tjenester innen psykisk helse og rusarbeid (rus og tiltakstjenesten, psykisk helsearbeid og i Idrettsveien bofellesskap), Melhus arbeidssenter, Bo og avlastningstjenesten og Aktivitet og bevegelse. Det er foretatt en framskrivning av behov for institusjonsplasser og boliger med heldøgns omsorg. Kommunen har ønsket å belyse dagens ressursbruk og framtidens behov for tjenester. I tillegg har kommunen ønsket en vurdering av om organiseringen av tjenestetilbudet er hensiktsmessig for å møte framtidens behov, og anbefalinger til alternative måter å organisere tjenestene på. Arbeidet har blitt utført i nær dialog med kommunen.

Konklusjonene i den eksterne analysen

- ▶ Pleie og omsorg er den største sektoren i kommunen med om lag 1 575 tjenestemottakere pr. 31. desember 2016, fordelt på ulike hjemmetjenester, institusjonstjenester, dag- og aktivitetstilbud, trygghetsalarm mv.
- ▶ Netto driftsutgifter utgjorde 211 mill. kr i 2016. Dette utgjør i underkant av kr 14 000 pr. innbygger. Hovedvekten av driftsutgiftene (80–90 %) innenfor pleie- og omsorgssektoren er knyttet til lønnsutgifter.
- ▶ Helse og omsorg i Melhus yter tjenester til brukere som kan deles inn i tre grupper:
 - Eldre og somatisk funksjonshemmede (70 % av driftsutgiftene)
 - Mennesker med psykisk utviklingshemming mv. (24 % av driftsutgiftene)
 - Mennesker med psykiske og/eller rusrelaterte lidelser (6 % av driftsutgiftene), dette inkluderer kun Idrettsveien bofellesskap og ikke psykisk helsetjeneste og rustjenestene
- ▶ Melhus har redusert sine utgifter innen pleie og omsorg siden forrige analyse i 2014/2015, og har et lavere utgiftsnivå enn mange av sammenligningskommunene.
- ▶ Halvparten av netto driftsutgifter til pleie og omsorg går til institusjonstjenesten til eldre. Det er på nivå med gjennomgangen i 2014/2015 og er en betydelig høyere andel enn de kommunene som har klart å vri innstasen til enda mer hjemmebaserte tjenester.
- ▶ Andelen av utgiftene til hjemmetjenester til eldre har økt siden 2014/2015. Det kan se ut til at dette har skjedd på bekostning av andelen benyttet til omsorgsboliger med heldøgns bemanning. Dette er ikke i tråd med rådet Agenda Kaupang gav ved forrige analyse.
- ▶ Kommunen har flere med diagnosen psykisk utviklingshemming over 16 år enn sammenligningskommunene og landsgjennomsnittet. Brutto driftsgifter til brukergruppen ligger rett over gjennomsnittet i vårt sammenligningsgrunnlag. De totale utgiftene har økt siden 2014. Den største andelen av utgiftene går til boligformål og enhetskostnadene er høye, og på samme nivå som i 2014/2015.
- ▶ Kommunen bruker mer penger på arbeids- og aktivitetstilbud til mennesker med psykisk utviklingshemming og utviklingsforstyrrelser i forhold til sammenligningskommunene og utgiftene har økt siden 2014/2015.
- ▶ Til brukergruppen barn og unge med psykisk utviklingshemming og utviklingsforstyrrelser har Melhus høyere brutto driftsgifter enn gjennomsnittet av sammenligningskommunene. Utgiftene har økt siden 2014/2015. Hovedvekten av utgiftene er knyttet til avlastning og enhetskostnadene er høye.
- ▶ Melhus kommune har utgifter til psykisk helsearbeid og rus som ligger i mellomstaket i Agenda Kaupangs database, men som korrigert for feilføringer har høye utgifter til denne brukergruppen. Kommunen har flere brukere enn sammenligningskommunene både over og

under 18 år. Den største andelen brukere får tilbud om forebyggende/psykososialt tilbud. Det er relativt få som får tilbud om arbeid og aktivitet sammenlignet med andre kommuner.

- ▶ Melhus har relativt høye utgifter til tjenester definert som helse i KOSTRA. Prosjektet har oppdaget flere feilføringer av tjenester mellom helse og pleie og omsorg innen psykisk helse og rus, slik at utgiftsnivået kan bli redusert med flere millioner kroner i endelige analyser. Melhus kommune har lav dekning av fysioterapeuter og ergoterapeuter og rimelig god dekning av psykiatriske sykepleiere, leger, jordmor og helsesøster i forhold til sammenligningsutvalget.
- ▶ Det samlede rehabiliteringsarbeidet fremstår fragmentert og derfor lite kraftfull. Melhus kommune ser ut til å ha et godt samspill mellom avtalefysioterapeutene og de kommunalt ansatte fysioterapeutene. Det forebyggende arbeidet og den kurative virksomheten ser ut til å fungere bra.
- ▶ Folkehelsebarometeret for 2017 viser at befolkningen i Melhus har relativt god helse, men kommunen har en høy forekomst av muskel/skjelettplager i primærhelsetjenesten og en høy andel ungdom som svarer at de har vært beruset.
- ▶ Melhus kommune ble rangert som nr. 90 av over 420 kommuner innenfor pleie og omsorg i Kommunebarometeret til Kommunal Rapport i 2017. Kommunen har over tid holdt seg blant de 100 beste innen pleie og omsorgssektoren i landet. De faktorene som særlig bidrar til den gode plasseringen er høy andel ansatte med fagutdanning, god dekning av plasser til demente, og tildelte timer i hjemmesykepleien. En faktor som bidrar i negativ retning, er at kommunen ikke tar imot utskrivningsklare pasienter fra sykehus i samme grad som det som ellers er vanlig. Det er relativt svak dekning for antall timer med lege og fysioterapeut på sykehjem, samt antall årsverk med geriatrisk sykepleier.
- ▶ Melhus kommune er rangert på 322 plass innenfor helse i Kommunebarometeret. Den dårlige plasseringen skyldes særlig en lav andel barn med fullført helseundersøkelse innen utgangen av 1. trinn, lavere andel legedekning og netto driftsutgifter avsatt til forebygging de siste fire årene enn landsgjennomsnittet.

Framtidig behov for tjenester fram til 2040

- ▶ Statistisk sentralbyrå antar at folketallet i Melhus vil øke med ca. 28 % fram til 2040 til over 20 500 innbyggere. Alderssammensetningen vil endre seg mye, med betydelig flere av de eldste eldre (over 80 år). Dette innebærer en sterk økning i antall personer med demenssykdom, fra dagens anslag på 235 personer til rundt 450 personer i 2040.
- ▶ Demografiske endringer gjør at tjenestebehovet i pleie og omsorg er forventet å øke med ca. 93 % fram til 2040. De øvrige store sektorene i kommunen, som barnehage og grunnskole, er forventet å ha en vekst på 15–20 %.
- ▶ 12,7 % av alle eldre over 80 år i Melhus hadde plass på sykehjem ved inngangen til 2017. For landet som helhet var tilsvarende andel på 13,6 %. I 2016 tilbød Melhus boliger med heldøgns bemanning til 2,9 % av eldre over 80 år. For landet som helhet var tilsvarende andel på 3,6 %.
- ▶ Med en videreføring av dagens dekningsgrad på omsorgsplasser med heldøgns bemanning, vil det i 2040 være et behov for et slikt tilbud til 266 brukere. Dette er nesten dobbelt så mye som de 142 plassene som er i bruk i dag. I 2022 er det beregnede behovet på tilnærmet samme nivå som i dag, fordi antall eldre over 80 år ikke øker noe særlig i denne perioden.
- ▶ Samhandlingsreformen og primærhelsemeldingen fører til at flere av innbyggernes behov for helse- og omsorgstjenester skal ivaretas i kommunene. Melhus har de siste årene fått ansvaret for nye pasientgrupper og brukere med mer komplekse behov for rehabilitering. Denne utviklingen er forventet å øke de nærmeste årene og vil stille store krav til organisering, samhandling og prioritering av ressurser.
- ▶ Agenda Kaupangs analyser viser at kommunen allerede innen et år vil få en sterk økning i behov for ulike typer boliger til mennesker med utviklingshemming/utviklingsforstyrrelser. Dette

er brukere som vil ha behov av tjenester i bolig, dag-, aktivitet-, arbeid- og avlastningstilbud. Økningen er formidabel, og inntreffer om kort tid. I ett 12–15 års perspektiv er behovet estimert til å kunne øke med 92 % sammenliknet med dagens behov. Det gjør at kommunen må tenke smart fremover, og at arbeidet med å rigge fremtidige helse- og omsorgstjenester til denne brukergruppen må igangsettes og prioriteres.

- ▶ Befolkningsveksten i Melhus er størst i antall i aldersgruppen 67–79 år. Dette gir både mulighet for flere ressurser inn i det frivillige arbeidet og vil utfordre dagens tradisjonelle tankesett og tjenestetildeling. Behovet for godt forebyggende og helsefremmende arbeid for denne aldersgruppen vil øke dersom kommunen skal hindre at «de unge eldre» skal belaste omsorgstjenestene mer enn nødvendig. Veksten i denne aldersgruppen vil også gi et økt behov for kurative tjenester innen muskel/skjelettlidelser. Samtidig vil behovet for rehabiliterende tjenester øke i takt med økende antall eldre.

Effektiviseringspotensial

En høy prioritering av tidlig innsats og ulike tjenester til hjemmeboende er helt avgjørende for å møte framtidens behov, for at flere skal mestre eget liv og klare seg selv i egen bolig, i tråd med prinsippet om beste effektive omsorgsnivå (BEON-prinsippet).

Melhus bør framover tilby en større del av sitt heldøgntilbud i form av omsorgsboliger med personalbase og fellesareal for å unngå å bygge flere sykehjemsplasser i kommunen. Boligene bør ha en lavere enhetskostnad enn dagens sykehjemsplasser på ca. kr 947 000 (netto driftsutgifter i 2016), for eksempel maksimalt kr 700 000 pr. plass. En bred satsing på innføring av velferdsteknologi og utnyttelse av synergier med den ambulante hjemmetjenesten kan innebære et bedre tilbud til den enkelte og innsparinger for kommunen.

Melhus bør omgjøre noen av langtids plassene til korttids plasser for behandling og rehabilitering av hjemmeboende med fokus på å kunne ta imot alle utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten. Fram mot 2040 må kommunen øke kapasiteten betydelig på omsorgsplasser med heldøgns bemanning fra dagens nivå.

Anbefalingen vår er at Melhus styrker sin satsing på egne korttids plasser med fokus på behandling og rehabilitering og unngår å betale spesialisthelsetjenesten for utskrivningsklare pasienter. I tillegg bør kommunen utvikle en mer tverrfaglig rehabiliteringskultur. På denne måten vil kommunen kunne redusere behovet for tjenester høyt i omsorgstrappen og unngå for stor vekst i hjemmebaserte tjenester ved å avvike vedtak hvor brukerne selv kan få hjelp til å mestre eget liv.

Skal kommunen klare å redusere utgiftene ved å utnytte ressursene bedre innen tjenester til mennesker med utviklingshemning, er det behov for å se tjenestene mer i sammenheng. Videre kan det være nødvendig å redusere antall driftsenheter med smådriftsulemper.

Manglende kapasitet ved Melhus arbeidssenter gjør at noen brukere ikke får det tilbudet de har behov for eller ønsker. Den manglende kapasitet ved arbeidssenteret fører til at utgiftene i virksomhet Bo- og avlastning øker. Manglende kapasitet i en tjeneste (Rammeområde 4), får altså økonomiske konsekvenser i en annen tjeneste (Rammeområde 3). Et styrket dag- og aktivitets-tilbud vil kunne redusere kommunens samlede utgifter.

Ved å samle alle helse- og omsorgstjenestene til mennesker med psykisk helse og rusproblemer i en felles virksomhet, tror vi at den samlede ressursbruken vil kunne benyttes mer effektivt til å møte veksten i behov de nærmeste årene. Målet med denne satsingen er å unngå at behovet for boliger med heldøgns bemanning vokser slik at hovedparten av ressursene kan gå til tidlig innsats, forebygging og lavterskeltilbud. Hvis kommunen i tillegg legger bofellesskapet for enslige mindre flykninger til denne virksomheten, vil det være flere gode driftsmessige synergier som igjen vil redusere de totale kostnadene for kommunen.

Saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenester

Som et tilleggsoppdrag har vi i dette prosjektet blitt bedt om å gi anbefalinger til videre organisering av kommunens saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenester.

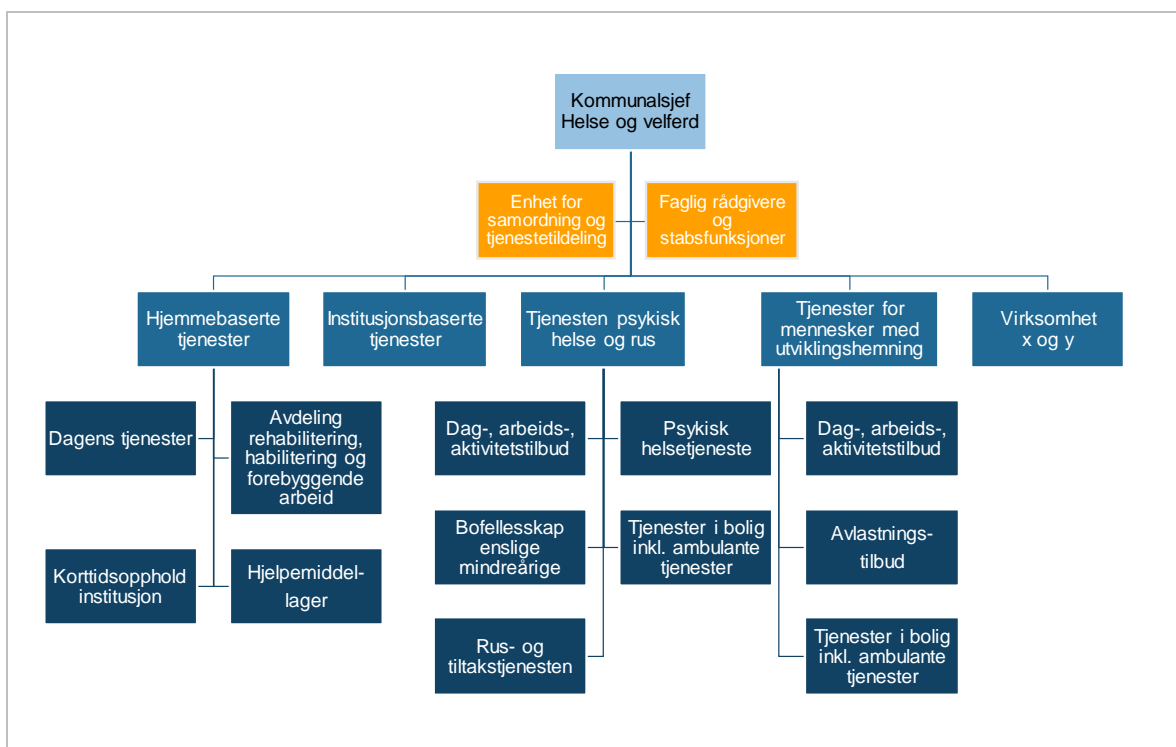
Melhus har allerede gjort gode grep for å møte utfordringene som ble påpekt i 2014/2015. Kommunen har opprettet et Forvaltningskontor med ansvar for saksbehandling og tildeling innen helse og omsorg. Vi ser imidlertid at kommunen bør gjøre ytterligere grep, dette også for å sikre egne vedtatte «vurderingsmonumenter» for tjenestetildeling. Det er fortsatt er *mange dører inn*, særlig overfor brukere innen psykisk helse, rus og overfor mennesker med utviklingshemning/-utviklingsforstyrrelse da saksbehandling og tildeling for disse brukergruppene ikke er overføres til Forvaltningskontoret. Vi anbefaler at kommunen sikrer en enhetlig og profesjonell saksbehandling ved at oppgaver som pr i dag ligger spredd på flere virksomheter og roller overføres til Forvaltningskontoret. I forbindelse med denne oppgaveoverføringen, vil det være naturlig å se på behov for å tilføre ressurser, samt behov for en mer tverrfaglig kompetansesammensetning.

Ved å samle kommunens saksbehandling og tidelingsfunksjon vil man lettere kunne sikre god kvalitet på saksbehandlingen, samtidig som man vil få en praksis som er med på å sikre lik behandling, enhetlig praksis og god styring og prioritering innen helse og omsorg som tar nødvendig hensyn til fremtidige utfordringer.

Kommunens mulighet til økonomisk styring og tildeling av tjenester henger nøye sammen med hvilke tjenester som kan tilbys i kommunens omsorgstrapp og kapasiteten på tjenestetilbudet.

Overordnet anbefaling til organisering av helse- og omsorgstjenestene

I figuren og punktene nedenfor oppsummerer vi hovedtrekkene i forslag til ny organisasjonsmodell innenfor rehabilitering og forebyggende tjenester, tjenester til mennesker med psykisk utviklingshemning/-utviklingsforstyrrelser og tjenester innenfor psykisk helse og rus.



Figur 1-1 Anbefalt organisasjonsmodell i helse og velferd

De virksomhetene som først og fremst har vært i fokus er Aktivitet og bevegelse, Læring og tilrettelagt arbeid, Bo og avlastning, Familie og forebygging og tjenestetilbudet i Idrettsveien.

Ulike forslag til organiseringen av tjenestetilbudet med vår detaljerte anbefaling beskrives i de enkelte kapitlene i denne rapporten. Nedenfor oppsummerer vi hovedpunktene i vår anbefalte organisasjonsmodell for helse- og omsorgstjenestene som også er i tråd med PWC sin hovedanbefaling til administrativ organisering i Melhus kommune i 2017. Helt sentralt er det at vi, uavhengig av valg av modell, har valgt å utvide ansvarsområdet til Forvaltningskontoret og endre navnet til *Enhet for samordning og tjenestetildeling*. I tillegg mener vi familiesentermodellen er en samarbeidsmodell som bør videreføres uavhengig av hvilken organisasjonsmodell som velges.

Enhet for samordning og tjenestetildeling (= dagens Forvaltningskontor)

Saksbehandling og tildeling av alle tjenester innen Helse og omsorg. Dette inkluderer ledelse av kommunens tildelingsutvalg bestående av sentrale ledere i kommunen. Enheten ivaretar funksjonen som koordinerende enhet i kommunen. Flere kommuner har valgt å legge forvaltningsoppgaver knyttet til kommunale boliger, inkludert omsorgsboliger og husbankens virkemidler, inn under samme funksjon som håndterer saksbehandling og tildeling av helse og omsorg.

Faglige rådgivere og stabsfunksjoner

Overordnet ansvar for fagutvikling, systematisk kvalitetsforbedring og utviklingsarbeid innen fagområdet med fokus på drifts- og lederstøtte når det gjelder effektive fagsystemer, oppfølging av sentrale styringsindikatorer og bistand til vridningen til mer hjemmebasert omsorg gjennom en bred innføring av velferdsteknologiske løsninger og hverdagsrehabilitering. Flere kommuner har valgt å legge faglige rådgivere og stabsfunksjoner i helse og omsorg inn i tilsvarende enhet som *Enhet for samordning og tjenestetildeling*.

Tjenester for mennesker med utviklingshemning/utviklingsforstyrrelser

Samle alle helse- og omsorgstjenestene til mennesker med psykisk utviklingshemning/utviklingsforstyrrelser, uavhengig av alder, i en felles virksomhet. Dette vil si avlastning, tjenester i bolig (inkludert barnebolig), ambulerende miljøarbeidertjeneste, dag-, arbeids- og aktivitetstilbud mv.

Tjenesten psykisk helse og rus

Samle ansvaret for alle helse- og omsorgstjenestene til mennesker med psykisk helse og rusproblemer over skolealder og gjennom hele døgnet i en felles virksomhet. Dette vil si lavterskel- og mestringstilbud, dag-, arbeids- og aktivitetstilbud, ambulerende miljøarbeidertjeneste, helsehjelp i hjemmet inkludert tjenester i omsorgsboliger og tilrettelagte boliger til brukergruppen. I tillegg har vi valgt å legge bofellesskapet for enslige mindreårige flyktninger til denne virksomheten.

Rehabilitering

Hovedgrepet i vår anbefalte modell, er å flytte fysio- og ergoterapitjenestene til hjemmebaserte tjenester samtidig som hjemmetjenesten får ansvar for korttids- og rehabiliteringsplassene på Buen helse- og omsorgssenter. I tillegg til de ordinære hjemmebaserte tjenestene vil en slik virksomhet få ansvaret for hverdagsrehabilitering, hjemmerehabilitering, samt ansvar for dagrehabilitering, døgnrehabilitering/korttidsavdeling på institusjon og for all hjelpemiddelformidling og -håndtering.

Ansvaret og oppgavene knyttet til forebyggende arbeid og habiliteringsarbeidet som utføres av fysioterapeutene og ergoterapeutene i dag, legges til hjemmetjenesten.

Melhus sansesenter, som i dag er en del av Aktivitet og bevegelse, vil ha få synergier med hjemmebaserte tjenester. Vi anbefaler derfor at det gjøres en egen vurdering av sansesenters tjenestetilbud og organisering dersom tjenestetilbudet skal videreføres. Aktuell organisatorisk plassering kan være under Familiesenteret eller i Tjenesten for mennesker med utviklingshemning.

Melhus kommune har høsten 2017 besluttet å lage en habiliterings- og rehabiliteringsplan som vil konkretisere hvilke tiltak kommunen ønsker å satse på.

2 Mandat og metode

2.1 Oppdraget

Melhus kommune er i en omstillingsprosess og ønsket en kartlegging av økonomi og tjenesteorganisering i deler av helse- og omsorgstjenesten for å kunne identifisere effektiviseringspotensialer i dagens ressursbruk og organisering.

Kommunen hadde behov for bistand til å innhente og sammenstille data fra pålitelige kilder for å belyse følgende:

- ▶ Ressursbruken sett opp mot befolknings sammensetningen og det samlede behovet for tjenester i befolkningen
- ▶ Å vurdere utviklingen av tjenestetilbudet i Melhus over tid, sammenlignet med kommunegruppe 7 og sammenlignbare kommuner i Trøndelag og landet forøvrig
- ▶ Om tjenesteorganisering og praksis for tildeling av tjenester er i samsvar med evidensbasert kunnskap om beste praksis, nasjonale forventninger og rikspolitiske føringer
- ▶ Om måten tjenestene er organisert på har innvirkning på ressursbruk og tjenestekvalitet i sektoren
- ▶ Forslag til alternativer organisering/struktur og gevinstene

Bestillingen gjaldt i første omgang følgende tjenester med spesifiserte behov:

Rus og tiltakstjenesten, Psykisk helsearbeid, Melhus Arbeidssenter:

- ▶ Å identifisere og innhente data fra pålitelige informasjonskilder om egen og sammenlignbare kommuners praksis.
- ▶ Å få tilgang til styringsdata til bruk i planleggingen av framtidens tjeneste; tall og statistikk til grunnlag for hensiktsmessig dimensjonering av tjenestene.
- ▶ Å få råd om hvordan tjenestene bør organiseres, dimensjoneres og tildeles mest mulig hensiktsmessig på bakgrunn av de styringsdata som fremkommer, nåværende og framtidige brukerbehov og ytre påvirkningsfaktorer

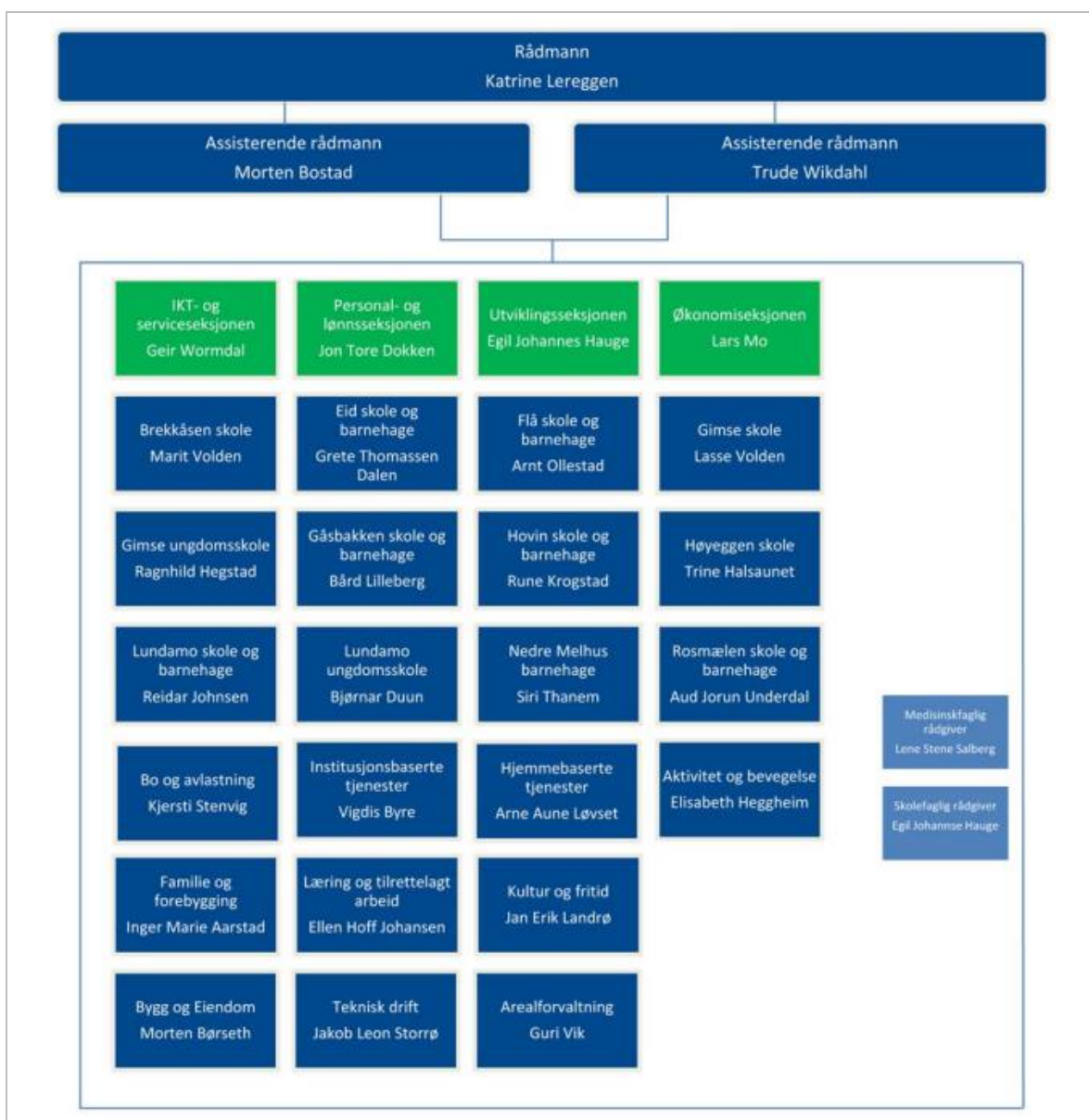
Bo- og avlastningstjenesten:

- ▶ Oppdaterte styringsdata og en detaljert gjennomgang med ledere og ansatte innenfor tjenestene til psykisk utviklingshemmede
- ▶ Styringsdata som viser ressursbruk og fordeling mellom ordinære hjemmetjenester og tjenester til psykisk utviklingshemmede
- ▶ Alternative forslag til framtidig boligstruktur og tjenestestruktur for personer med psykisk utviklingshemming

Ved oppstart av prosjektet, kom det frem ytterligere behov fra oppdragsgiver, og det ble gjort avtale om konsulentbistand til kartlegging av rehabiliteringstjenester og enhet *Aktivitet og bevegelse*, med de samme spørsmålstillingene som for de andre tjenestene i denne gjennomgangen. I tillegg ønsket kommunen en mer detaljert *framskriving av behov for institusjonsplasser og boliger med mulighet for heldøgns bemanning* frem mot 2040, dersom kommunen viderefører dagens praksis og dekningsgrader for ulike aldersgrupper. Mot slutten av prosjektperioden har vi i tillegg blitt bedt om å komme med anbefalinger til *videre organisering av kommunens saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenester*.

2.2 Overordnet organisering av helse og omsorg

Melhus kommune har en såkalt to-nivå organisering, der alle de ulike virksomhetene i kommunen ligger direkte under rådmannen, se figuren under.



Figur 2-1 Organisasjonskart Melhus kommune

Helse- og omsorgstjenestene i Melhus kommune er organisert i seks virksomheter:

- ▶ Hjemmebaserte tjenester
- ▶ Institusjonsbaserte tjenester
- ▶ Bo- og avlastningstilbud
- ▶ Aktivitet og bevegelse
- ▶ Familie og forebygging
- ▶ Læring og tilrettelagt arbeid

Dette oppdraget omfatter tilbud til mennesker med psykisk utviklingshemming/utviklingsforstyrrelser, Melhus Arbeidssenter, rehabiliteringstjenester og tiltakskjeden innen psykisk helse og rus. Det vil si virksomhetene:

- ▶ Aktivitet og bevegelse – rehabiliteringstjenester inkludert fysio- og ergoterapitjenesten
- ▶ Bo- og avlastning – tjenester til mennesker med psykisk utviklingshemming/utviklingsforstyrrelser
- ▶ Familie og forebygging – Rus- og tiltakstjenesten og psykisk helsetjeneste
- ▶ Læring og tilrettelagt arbeid – Melhus Arbeidssenter
- ▶ Hjemmebaserte tjenester – Idrettsveien bofelleskap

Når man skal se på organisering av disse tjenestene, vil det også berøre virksomhetene Forvaltningskontoret, Institusjonsbaserte tjenester, særlig korttidsplasser, og Hjemmebaserte tjenester generelt.

2.3 Tidligere gjennomgang av Agenda Kaupang i 2015

I 2015 foretok kommunen en gjennomgang av helse- og omsorgstjenestene med bistand fra Agenda Kaupang. Resultatet forelå i en rapport i oktober 2015 «*Gjennomgang av økonomi og tjenesteorganisering i de tre helse- og omsorgsvirksomhetene og i Bo og avlastning*». Formålet med gjennomgangen var å se på økonomiske prioriteringer og organisering av helse- og omsorgstjenestene i kommunen innenfor daværende rammeområde 3, primært de tre helse- og omsorgsvirksomhetene og bo- og avlastningstjenestene.

Gjennomgangen viste at rundt 83 % av heldøgnsstilbudet til eldre i Melhus ble gitt på institusjon (sykehjem) og kun 17 % av tilbudet i omsorgsboliger. Rådet fra Agenda Kaupang var at utbyggingen fremover i hovedsak burde skje ved bygging av omsorgsboliger, og at kommunen burde samarbeide med private aktører om bygging av «plussboliger».¹

Kommunens ressursbruk på pleie- og omsorgstjenester i KOSTRA, korrigert for ulike behov, lå på nivå med gjennomsnittet for kommuner i Sør-Trøndelag og for sammenlignbare kommuner (kommunegruppe 7). Melhus lå derimot i det øvre sjiktet blant sammenligningskommunene i Agenda Kaupang sitt analyseutvalg.

Kartleggingen viste også feilrapportering i kommunens KOSTRA-rapportering. Dette medførte manglende grunnlag for bruk av styringsdata, og vi anbefalte at dette måtte på plass for å kunne ta riktige strategiske avgjørelser for framtidig tjenesteutvikling.

Gjennomgangen viste videre at kommunen prioriterte økonomiske ressurser til institusjonstjenesten høyere enn til hjemmebaserte tjenester til eldre innbyggere. Anbefalingen var derfor å vri ressursene fra institusjonsbasert omsorg til mer hjemmebasert omsorg, med fokus på å hjelpe innbyggerne til å klare seg selv i opprinnelig bolig lengst mulig. F.eks. ved å omgjøre flere institusjonsplasser til omsorgsboliger med mulighet for heldøgns bemanning og øke antall årsverk i hjemmesykepleien. Vi poengterte også at riktig kompetanse var viktig, og at hjemmetjenesten måtte ha flere virkemidler/tiltak. Dette kunne være tiltak som forsvarlig bemanning hele døgnet, fagteam på ulike områder, utstrakt bruk av hverdagsrehabilitering og dag- og aktivitetstilbud, økt satsing på velferdsteknologi og strategisk bruk av korttids- og avlastningsopphold. Vi fremhevet viktigheten av forebyggende innsats rettet mot eldre, og at eldre har gode muligheter for å delta i sosiale nettverk. Selv om vårt inntrykk var at Melhus allerede gjorde en god innsats på mange av disse områdene, ville utfordringen være å fortsette et systematisk arbeid. Vi påpekte at en viktig forutsetning for å lykkes ville være å organisere disse tjenestene sammen under en felles virksomhetsleder. Vi anbefalte at kommunen utviklet distriktsmodellen og opprettet en overordnet organisering for sykehjemmene, og en for hjemmebaserte tjenester i hovedsak for eldre.

¹ «Plussboliger» for eldre: Betegnelsen er inspirert av Omsorg+ og plussboligene til Selvaag. Dette er private seniorvennlige leiligheter med livsløpsstandard som omfatter et serviceområde med bemannet resepsjon, lobby, gjesterom, treningsrom, møterom, selskapsrom og kjøkken. En vertinne eller vert er daglig tilstede i resepsjonen, og holder orden på serviceområdet, organiserer tilbud og bistår med praktisk hjelp.

Virksomhet Bo og avlastning var ikke organisert etter distriktsmodellen. Vi vurderte dette som hensiktsmessig, men påpekte at virksomheten, som de øvrige, hadde utfordringer knyttet til saksbehandling, prioritering og styring av tjenestene. I tillegg avdekket gjennomgangen utfordringer knyttet til boligstruktur og tjenestestruktur med mange små boliger/driftsenheter, og dermed høy grad av smådriftsulemper og høyere utgifter enn sammenligningskommunene. Gjennomgangen vår viste at virksomhet Bo og avlastning benyttet ca. 18 årsverk på natt, og at dette selvsagt måtte sees i sammenheng med brukernes behov, men at boligstrukturen også spilte inn.

2.4 Hva har Melhus kommune gjort siden høsten 2015?

Siden forrige gjennomgang med Agenda Kaupang i 2015 og rapporten «*Gjennomgang av økonomi og tjenesteorganisering i de tre helse- og omsorgsvirksomhetene og i Bo og avlastning*», har Melhus tatt betydelige grep innen organiseringen av helse- og omsorgstjenestene. Hovedgrepene er profesjonaliseringen av saksbehandlingen ved etableringen av et felles Forvaltningskontor, og avviklingen av distriktsmodellen ved å samle hjemmebaserte tjenester og institusjonsbaserte tjenester i to robuste enheter felles for hele kommunen. Konsulentfirmaet PwC har i løpet av 2017 gjort en gjennomgang av den overordnede organisasjonsmodellen for hele kommunen. De anbefaler at rådmannsnivået styrkes med en stilling, og at denne, samt de to eksisterende assisterende rådmann-stillingene, omgjøres til kommunalsjefstillinger med ansvar for henholdsvis – Oppvekst og kultur – Helse og velferd – Plan og utvikling. Forslaget er ute til høring.

Kommunen har iverksatt prosjektet «Hundre år i eget hjem», som innebærer en omstilling og omorganisering av tjenestene innen helse og omsorg i Melhus kommune, med økt fokus på den enkeltes behov og ressurser. Målet med prosjektet er at innbyggerne i større grad skal ta ansvar for eget liv, og dermed oppleve mer glede og mestring i hverdagen og klare seg selv i egen bolig livet ut. Kommunen legger vekt på hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring, samt bruk av velferdsteknologi som viktige verktøy for å sørge for at alle får hjelp når de trenger det, på rett sted og til rett tid. Som en del av prosjektet «Hundre år i eget hjem» er det etablert et forvaltningskontor. Det skal bidra med generell informasjon og veiledning, vurdere hvilken hjelp den enkelte kan få, og ta beslutninger om hvilke tjenester som skal innvilges. Forvaltningskontoret skal ha ansvar for saksbehandling av helse- og omsorgstjenester mv., og oppgaver skal gradvis overføres enheten fra de øvrige tjenestene.

2.5 Prosjektorganisering

Denne utredningen har blitt organisert som et prosjekt med samme styringsgruppe som for prosjektet «Hundre år i eget hjem». Arbeidet har blitt utført i nær dialog med kommunen i løpet av våren og høsten 2017.

Assisterende rådmann har vært vår oppdragsgiver og Roger Santokhie har hatt ansvaret for koordinering av arbeidet. Styringsgruppen har hatt 3 møter i løpet av prosjektperioden og har bestått av:

- ▶ Rådmann Katrine Lereggen
- ▶ Assisterende rådmann Trude Wikdahl
- ▶ Assisterende rådmann Morten Bostad
- ▶ Utviklingssjef Egil Johannes Hauge
- ▶ Personalsjef Jon Tore Dokken
- ▶ Økonomisjef Lars Mo
- ▶ Hovedtillitsvalgt Fagforbundet Marit Løvseth Seehuus
- ▶ Hovedtillitsvalgt NSF Sonja Heggvold Engan
- ▶ Hovedverneombud Eivinn O. Taxt
- ▶ Prosjektkoordinator Roger Santokhie

2.6 Metode

Agenda Kaupang har brukt et stort spekter av metodikk i dette utredningsarbeidet. De metodiske hovedgrepene er beskrevet nedenfor.

Analyse av tjenesteprofil og økonomi

Denne analysen består av flere steg. Utgangspunktet er KOSTRA-tall for 2016. Denne ble først kvalitetssikret i samarbeid med kommunen og eventuelle feilføringer ble rettet opp. Vi korrigerer så disse regnskapene for ulikheter i behov etter metoden i statsbudsjettet (utgiftsutjevningen i det kommunale inntektssystemet). Det vil si korreksjon for ulikheter i demografi, geografi og sosiale forhold.

I denne analysen er det følgende deltjenester/KOSTRA-funksjoner som registreres:

- ▶ 254 Pleie i hjemmet
- ▶ 253 Pleie i institusjon
- ▶ 234 Aktivisering og servicetjenester
- ▶ 261 Drift av institusjonslokaler

PLO-regnskapet i KOSTRA omfatter alle typer brukere. Tallene inkluderer både eldreomsorg, tjenester til personer med funksjonsnedsettelse og psykisk helse/rus. I Agenda Kaupangs egenutviklede database foreligger det detaljerte oversikter over ulike kommuners prioritering av pleie- og omsorgstjenester. Dette er tall som ikke finnes i KOSTRA. For å få et mest mulig korrekt bilde av den totale ressurs-situasjonen i Melhus, har vi foretatt en enkel sammenligning med kommuner vi har kjennskap til og hvor vi har gjennomført tilsvarende datainnsamling. Sammenligningene omhandler antall brukere og kostnader pr. bruker for likartet tjeneste. Vi har tatt utgangspunkt i både brutto og netto driftsutgifter for kommunene i sammenligningene.

Vi har også innhentet data fra andre offentlig tilgjengelige ressurser som Kommunebarometeret, folkehelseprofilen, Samdata kommune (Helsedirektoratet) og Statistikkbanken fra Folkehelseinstituttet på lårhalsbrudd.

Befaring og samtaler

Våre konsulenter har, sammen med ledere i de ulike tjenestene, vært på befaring av aktuelle driftsenheter innen psykisk helse, rus- og tiltakstjenesten og tjenester til mennesker med psykisk utviklingshemming (nye bofellesskap siden 2015), Melhus Arbeidssenter, sansesenteret og fysio- og ergoterapitjenesten, samt Melhus Fysioterapi.

Det har vært gjennomført kartleggingsintervjuer av aktuelle ledere og nøkkelpersoner i tjenestene. I disse intervjuene er det benyttet strukturert intervjuguide kombinert med åpen dialog ut fra aktuell tematikk i de ulike enhetene.

Elektroniske spørreundersøkelser

For å få en ytterligere bredde i informasjonen har vi høsten 2017 gjennomført tre ulike spørreundersøkelser blant ansatte i de ulike tjenestene, og deres samarbeidspartnere. Undersøkelsene ble gjennomført elektronisk ved hjelp av verktøyet Questback, og ligger som helhet i vedlegg til denne rapporten. I tillegg til dette har vi benyttet resultatene fra kommunens egne brukerundersøkelser.

Fremskrivningsanalyser

Basert på dagens situasjon, og kunnskap om demografisk utvikling, er det gjennomført ulike fremskrivningsanalyser etter Agenda Kaupangs metodikk innen tjenester til psykisk utviklingshemmede, psykisk helse og rus og forekomst av demenssykdom.

Workshoper for å vurdere ulike organisasjonsmodeller

I løpet av høsten 2017 har vi gjennomført workshoper med ledere og tillitsvalgte innen psykisk helse- og rustjenestene, innen aktivitet og bevegelse og innen tjenester til psykisk utviklingshemmede. På disse workshopene er det presentert foreløpige funn fra analysene og spørreundersøkelsene, samt drøftet ulike forslag til måter å organisere tjenestene på for å møte framtidens behov med styrker og svakheter ved de ulike alternativene.

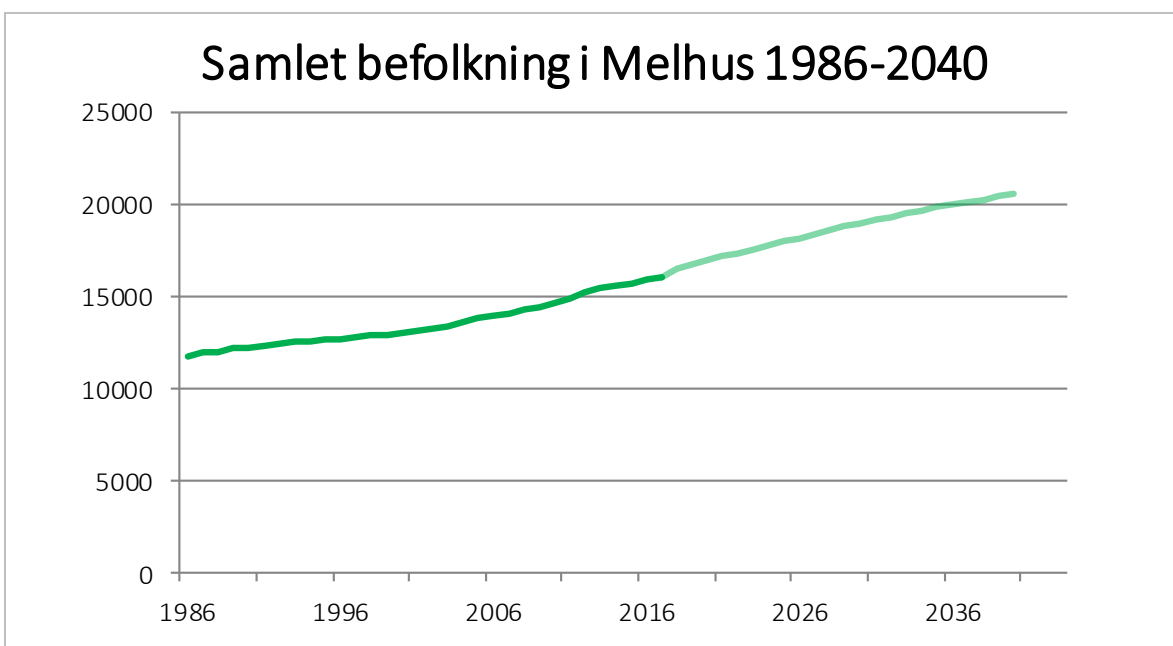
Rapportering

Vi har valgt å samle alle delutredningene i en felles hovedrapport. Alle aktuelle analyser ligger som en egen vedleggsdel til denne rapporten. Rapporten er bygd opp slik at hver enkelt delutredning utgjør et eget kapittel i denne rapporten, og kan sees på som en selvstendig delrapport. Foreløpig rapport ble presentert for styringsgruppen 1. november, for innspill og korrigeringer av feil. Endelig rapport vil bli presentert for aktuelle ansatte og ledere 30. november 2017.

3 Demografi og overordnet framskrivning av behov

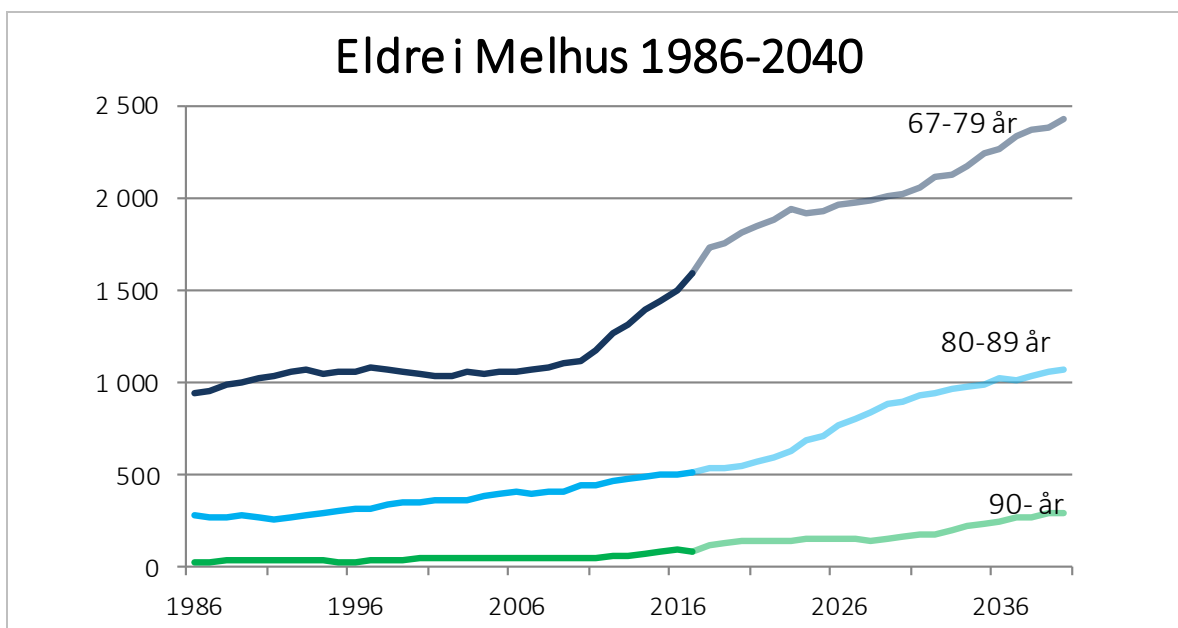
3.1 Demografisk utvikling

Figurene som følger viser registrert utvikling for perioden 1986–2016 og fremskrevet utvikling for perioden 2016–2040. Framskrivningen er utarbeidet av Statistisk sentralbyrå (SSB). Denne framskrivningen bygger på en videreføring av registrerte trender for flytting og for dødelighet og fruktbarhet. Resultatene for hele kommunen er vist i figuren under.



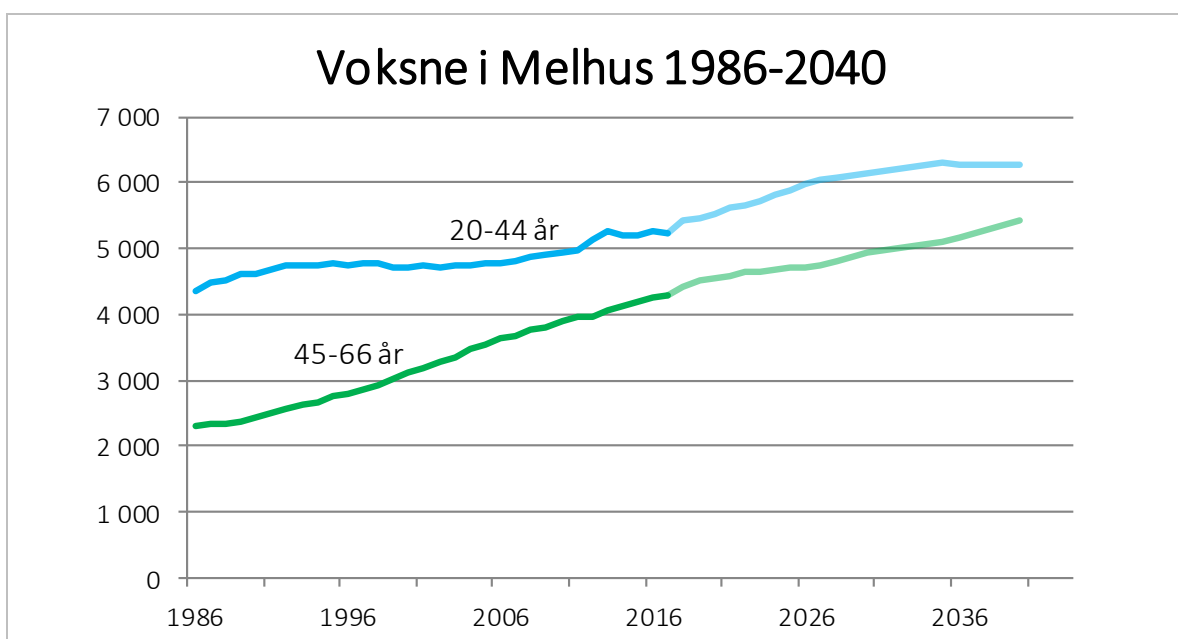
Figur 3-1 Antall personer i Melhus 1986-2040. Registrert utvikling 1986–2017 og fremskrevet utvikling 2017–2040. Kilde: Alternativ MMMM til SSB

Ved inngangen til 2017 bodde det rundt 16 000 personer i Melhus, jf. figuren over. Siden 1986 har folketallet økt med rundt 4 000 innbyggere. Framskrivningen til SSB viser at Melhus kommune vil få en ytterligere økning på rundt 4 500 nye innbyggere innen 2040. Utviklingen for de eldre er vist i figuren på neste side.



Figur 3-2 Antall eldre over 67 år i Melhus 1986–2040. Registrert utvikling 1986–2017 og fremskrevet utvikling 2017–2040. Kilde: Alternativ MMMM til SSB

Melhus kommune vil få en sterk vekst for alle de eldste aldersgruppene i perioden frem til 2040, jf. figuren over. For tiden er det gruppen mellom 67 og 79 år som vokser sterkest. Antall eldre over 80 år får en relativt sterk vekst på 2020-tallet, og veksten blir mer enn doblet frem til 2040. På 2030-tallet vil det bli en vekst i gruppen over 90 år.



Figur 3-3 Antall voksne mellom 20 og 66 år i Melhus 1986–2040. Registrert utvikling 1986–2017 og fremskrevet utvikling 2017–2040. Kilde: Alternativ MMMM til SSB

De siste 30 årene har det vært en økning i antall voksne mellom 45 og 66 år, mens det har vært en mer moderat økning for voksne mellom 20 og 44 år (jf. figuren over). I 2040 vil størrelsen på de to gruppene være på samme nivå.

Flyttingen til kommunen er blant annet avhengig av antall boliger som blir bygget. Framskrivningen til SSB omfatter ingen analyse av fremtidig boligbygging eller hvordan boligbyggingen påvirker

flyttingen for ulike aldersgrupper. En økning i boligbyggingen vil kunne gi høyere innflytting enn i framskrivingen til SSB.

3.2 Fremtidig behov for tjenester

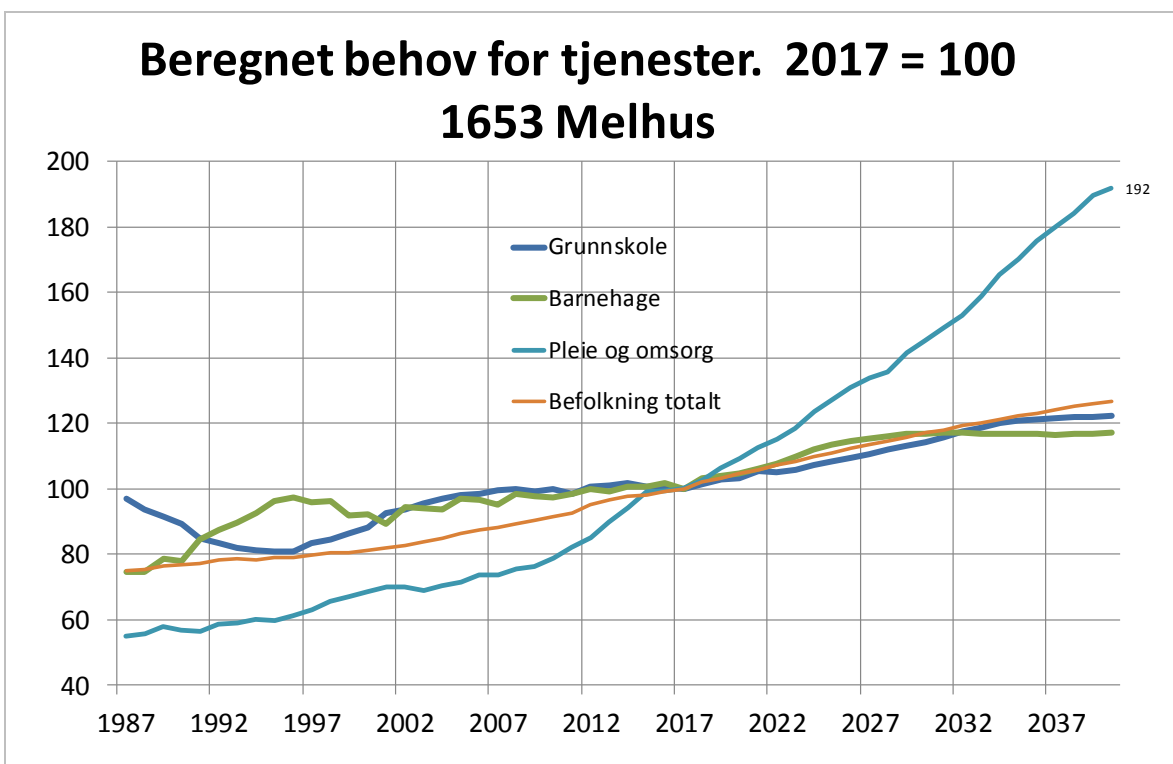
Behov for barnehage, grunnskole og pleie og omsorg

I dette kapitlet blir økonomiske effekter for kommunen nærmere beskrevet. Beskrivelsen tar utgangspunkt i utviklingen i antall eldre i kommunen som er av sentral betydning for behovet for tjenester innen pleie og omsorg.

Det er foretatt en grov beregning av framtidig behov for kommunale tjenester i Melhus kommune. Beregningene tar utgangspunkt i utviklingen av befolkningen i ulike aldersgrupper, og sammenhengen mellom demografi og behov slik det er beskrevet av de demografiske kriteriene i det statlige inntektssystemet.

Beregningene er et uttrykk for hvordan behovet endrer seg dersom man legger dagens standard til grunn og bare gjør endringer som følge av endringer i befolkningen. Inntektssystemet til kommunene er i endring og i praksis vil utviklingen av de økonomiske rammene også inneholde andre forhold enn demografi. Likevel er demografi pr. i dag den mest sentrale komponenten, og det vil være nyttig med en oversikt over hvor mye denne komponenten alene betyr.

For hver av delsektorene grunnskole, barnehage, pleie og omsorg og befolkningen samlet, er det laget en indeks hvor nivået i 2017 er satt til 100. Det betyr at figuren nedenfor gir uttrykk for endringer i det demografiske behovet sammenliknet med 2017. Behovet i årene fremover er beregnet ved hjelp av de demografiske kriteriene i det statlige inntektssystemet.



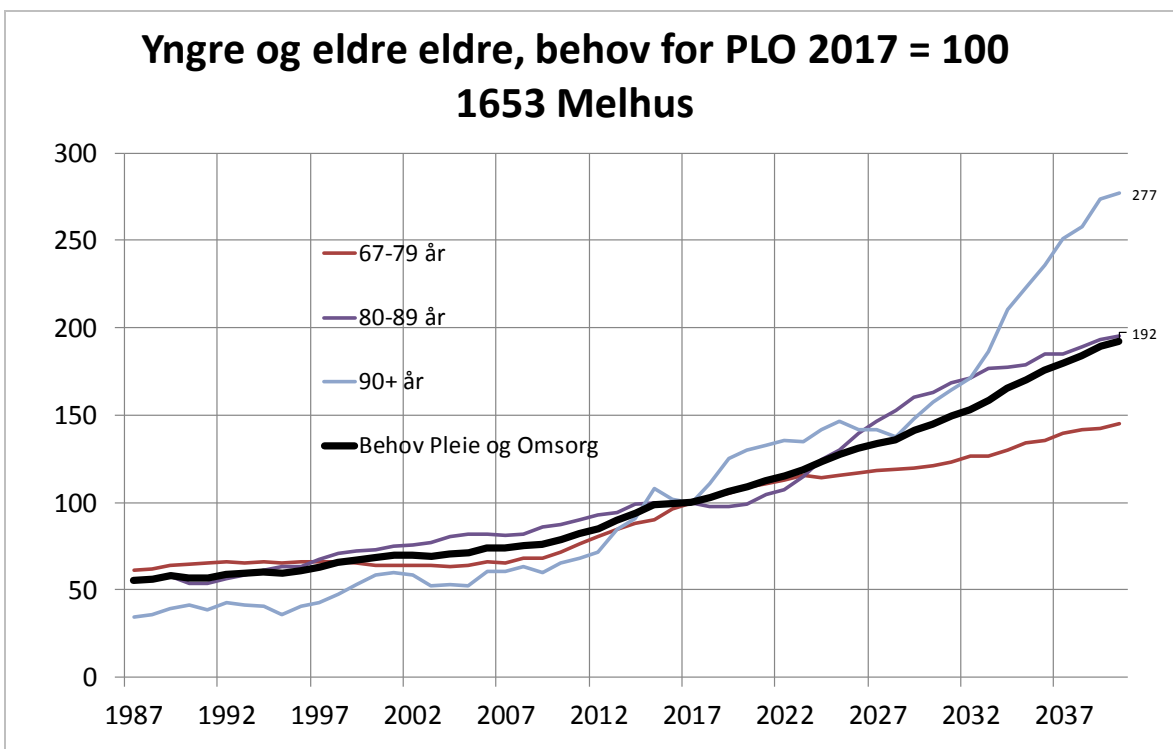
Figur 3-4: Beregnet behov for tre utvalgte tjenestesektorer (2017=100) i Melhus kommune

Melhus kommune er i vekst og alle sektorene har derfor vekst i behovet de nærmeste årene. Veksten vil imidlertid være klart størst for pleie- og omsorgstjenester med en økning av behovet på 92 % frem til 2040. Også i perioden fra 1988 og frem til i dag har det vært en betydelig økning i behovet for pleie- og omsorgstjenester med over 40 %.

Framskrivningen som er skissert i figuren baserer seg på historiske tall og forventet utvikling i alderssammensetning og befolkning i kommunen. Erfaringen er at behovet for skoler, barnehage og helsetjenester er noe mer komplisert å estimere enn behovet for pleie og omsorg. Dette henger sammen med større usikkerhet knyttet til ut/innflytting i yngre alder og familier med barn, enn flyttemønsteret til den eldre befolkningen.

Analysen viser at de øvrige tjenesteområdene er «avhengige» av at pleie og omsorg løser sine oppgaver på en effektiv måte, ettersom behovet for disse tjenestene er forventet å øke så kraftig.

Figuren nedenfor viser den beregnede økningen i pleie- og omsorgstjenester sammen med utviklingen av de eldste aldersgruppene. Utviklingen av antall eldre er av særlig betydning for disse tjenestene.



Figur 3-5: Beregnet behov for pleie- og omsorgstjenester (2017=100) i Melhus kommune og utvikling av tre aldersgrupper eldre som sentral del av grunnlag for beregning av behovet

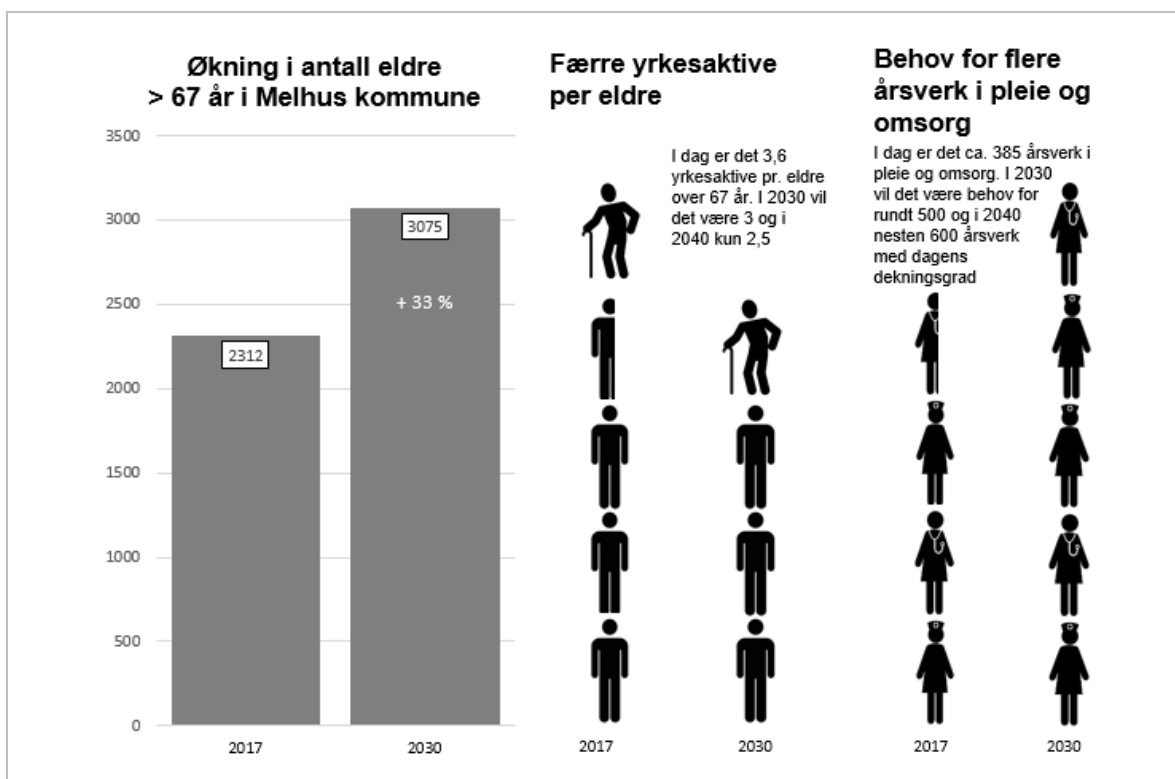
Melhus kommune vil få en sterk vekst for alle de eldste aldersgruppene i perioden frem til 2040, jf. figuren over. Fra 2018 vokser aldersgruppen over 90 år desidert raskest, og er nesten tredoblet innen 2040. Antall eldre over 80 år får særlig sterk vekst fra 2020, og blir mer enn doblet frem til 2040. Utviklingen er et uttrykk for at de store etterkrigskullene gradvis blir eldre.

Kommunens økonomiske planlegging må ta hensyn til utviklingen i tjenestebehovet. Det må være samsvar mellom løsninger på lang og kort sikt.

3.3 Fremtidig behov for årsverk

I figuren nedenfor sammenstiller vi hovedtrekket i befolkningsendringene i Melhus kommune i 2030 og behovet for helse- og omsorgspersonell i samme periode. I dag er det ca. 385 årsverk i pleie og

omsorgstjenestene i Melhus ifølge KOSTRA. I 2030 vil det være behov for rundt 500 og i 2040 nesten 600 årsverk med dagens dekningsgrad og prognosene til statistisk sentralbyrå. Dette skjer samtidig som det blir færre yrkesaktive per eldre innbygger i Melhus og vil gi en betydelig rekrutteringsutfordring av kompetent helsekompetanse i årene framover.



Figur 3-6 Beregnet behov for årsverk i pleie- og omsorg i Melhus fram til 2030/2040

Tilsvarende er det i 2017 totalt 322 yngre og eldre hjemmetjenestemottakere ifølge KOSTRA. Med samme dekningsgrad som i dag blir det også her en betydelig vekst til ca. 430 hjemmetjenestemottakere i 2030.

Når det gjelder framtidig behov for sykehjemsplasser og boliger med mulighet for heldøgns bemanning fram mot 2040, er det gjort mer detaljerte beregninger av dette i kapittel 8.

4 Saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenester

Som et tilleggsoppdrag har vi i dette prosjektet blitt bedt om å gi anbefalinger til videre organisering av kommunens saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenester.

4.1 Forvaltningskontoret

Melhus kommune har eget forvaltningskontor for helse- og omsorgstjenester. Hovedmålet med organiseringen er å sikre at alle innbyggere i Melhus uavhengig av alder og bosted får lik tilgang på helse- og omsorgstjenester.

Forvaltningskontorets oppgave er å gi informasjon, motta henvendelser, kartlegge behov, og vurdere søknader om helse- og omsorgstjenester. De skal fatte vedtak om tjenester basert på kartlagt hjelpebehov, lovens vilkår og vedtatte kriterier for Melhus kommune. Forvaltningskontoret ivaretar funksjon som koordinerende enhet i kommunen.

Enheten har 5 årsverk knyttet til saksbehandling. I tillegg er det 0,5 årsverk til kreftkoordinator. Denne stillingen jobber ikke med saksbehandling. Fra januar 2018 skal det overføres 0,5 årsverk fra NAV da saksbehandling av søknader om støttekontakt overføres til Forvaltningskontoret.

Målsetting for forvaltningskontoret:

- ▶ Gi innbyggerne «en dør inn» for alle henvendelser om kommunale helse- og omsorgstjenester
- ▶ Sikre god kvalitet på saksbehandlingen
- ▶ Sikre lik tildelingspraksis og lik tilgang på helse- og omsorgstjenester for alle
- ▶ Sikre individuell, tverrfaglig og helhetlig vurdering av den enkelte søkers behov

Forvaltningskontoret har ikke ansvar for saksbehandling for tjenester som ytes av:

- ▶ Psykisk helse og rus
- ▶ Bo og avlastning
- ▶ Melhus Arbeidssenter

Saksbehandling og tildeling innenfor psykisk helse og rus, samt Bo og avlastning er fordelt på flere funksjoner og roller. Når det gjelder Melhus arbeidssenter fattes det kun vedtak for de som kommer inn under ordningen *Ressurskrevende tjenester*.

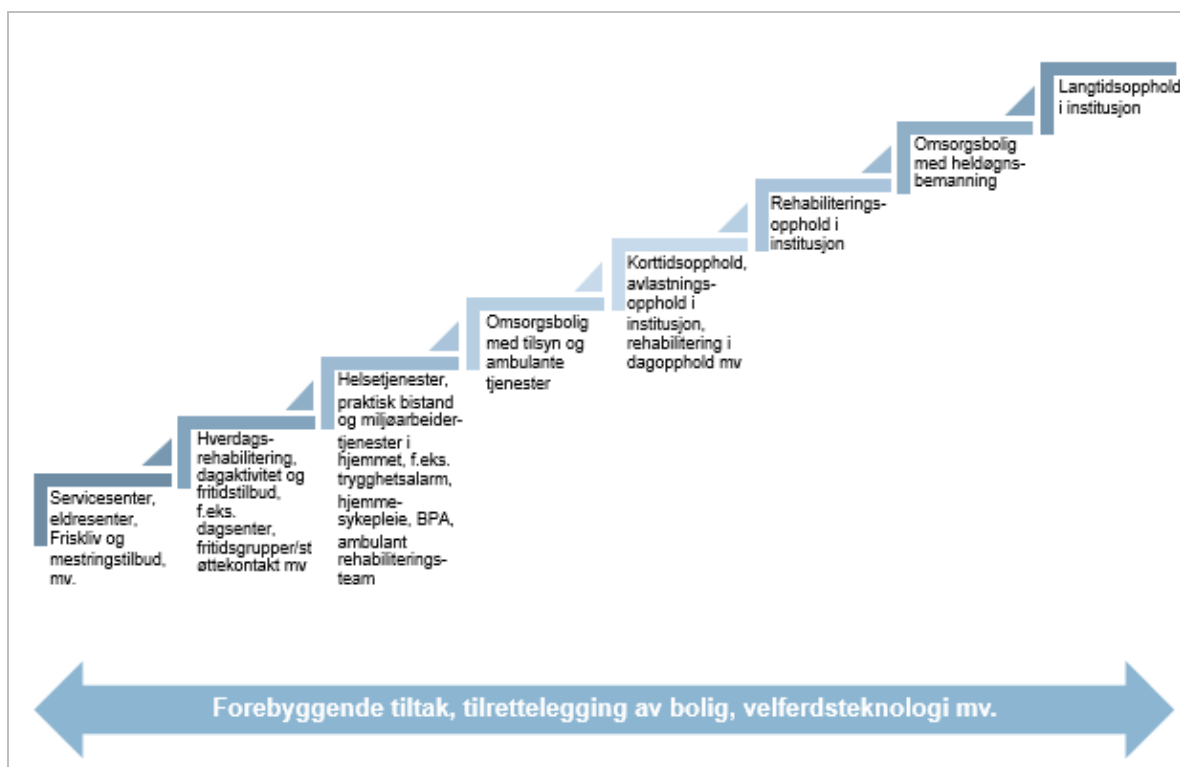
4.2 Saksbehandling med god kvalitet og tildeling av helse- og omsorgstjenester i tråd med BEON-prinsippet

Utgangspunktet for saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenestene er at det skal tilbys riktige tjenester til rett tid og i tilstrekkelig omfang. Kommunalt ansatte som arbeider med saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenester, forvalter et stort ansvar på vegne av myndighetene, og tjenestene er ofte av stor betydning for pasient, bruker og pårørende. God saksbehandling er viktig for å kvalitetssikre tildelingen av tjenestene. Saksbehandling av søknader om kommunale helse- og omsorgstjenester er et krevende fagfelt, hvor flere perspektiver skal vektlegges samtidig. Profesjonell saksbehandling av høy kvalitet er avgjørende for kommunen og dens mulighet til å styre sine utgifter. Kommunale helse- og omsorgstjenester er et knapphetsgode som skal forvaltes i henhold til gjeldende lover, forskrifter og kommunale standarder. Lav kvalitet og feil saksbehandling har konsekvenser for den enkelte bruker, men også for kommunen.

Erfaring viser at det stadig blir mer utfordrende og spesialiserte saksbehandlingsprosesser. Dette medfører at flere og flere kommuner spesialiserer denne tildelingsfunksjonen, men organiseringen av dette arbeidet kan være ulike. Melhus har etablert et Forvaltningskontor for helse og omsorg som hovedsakelig skal ivareta saksbehandling og tildeling innen helse og omsorg. Det er ca. 5 årsverk tilknyttet kontoret, fordelt på vernepleier, sykepleiere, ergoterapeut, fysioterapeut og sosionom.

Profesjonalisering og tydeliggjøring av ansvar for saksbehandlingsoppgaver er avgjørende for kvaliteten på saksbehandlingen og styring av «knappegoder». Skal kommunen klare å vri tjenestene og komme «tidlig inn» og nå visjonen om «Hundre år i eget hjem» har saksbehandlere en sentral rolle og viktig funksjon i styring av tjenester i tråd med BEON-prinsippet

En av de viktigste forutsetningene for god økonomisk styring av kommunale helse- og omsorgstjenester, er at kommunen har en tjenestestruktur som legger til rette for at tjenester kan tildeles og utføres på Beste Effektive Omsorgs Nivå (BEON). BEON-prinsippet er det samme som Laveste Effektive Omsorgs Nivå (LEON). Prinsippet kan fremstilles som vist i neste figur.



Figur 4-1: «Omsorgstrappen» etter BEON-prinsippet

Tildeling av tjenester i tråd med BEON-prinsippet krever at tildelingsansvarlig har god oversikt over de ulike tiltakene i tjenestekjeden, og alltid sørge for at tiltak på lavere nivå i tjenestekjeden er prøvd ut før mer omfattende tiltak settes inn. Innføring av hverdagsrehabilitering har i mange kommuner medført at behov for rehabilitering og egenmestring blir vurdert først. Flere kommuner opplyser at en slik venstreforskyvning har medført at flere brukere kan klare seg med et minimum av tjenester over lengre tid, og at man unngår/utsetter behov for tjenester på et høyere omsorgsnivå uten at dette oppleves som dårligere kvalitet for brukerne, heller tvert imot.

Helse- og omsorgstjenestene består av mange ulike deltjenester til flere ulike brukergrupper. Når en skal drøfte styring av tiltakskjeden og prioritering av tjenester, bør en skille mellom det som kalles "bestilling i stort" og "bestilling i smått". Med "bestilling i smått" mener vi kommunenes ansvar for å tildele enkelttjenester i henhold til lovfestede rettigheter.

Med "bestilling i stort" mener vi kommunens ansvar for å bestille rett type og mengde tjenester med rett kvalitet, på et overordnet nivå. Denne delingen mellom systemnivå og individnivå kan vises i neste tabell.

Tabell 4-1: Deling mellom system- og individnivå

	Forvaltning	Tjenesteproduksjon
Bestilling i stort (systemnivå)	Overordnet planlegging og vurdering av kommunens samlede behov i forhold til ressurstilgang. Fastsettelse av kvalitetsstandarder, tildelingskriterier og budsjett.	Utforme tjenesten slik at den imøtekommer de krav som er satt. Etablere nye tilbud, dersom det er etterspørsel/behov for det.
Bestilling i smått (individnivå)	Behandling av søknader. Faglig og juridisk vurdering av hvilke tjenester den enkelte skal få. Tildeling av tjenester gjennom enkeltvedtak.	Yte tjenesten til den enkelte bruker ut fra det vedtak som er fattet hos bestillerenheten.

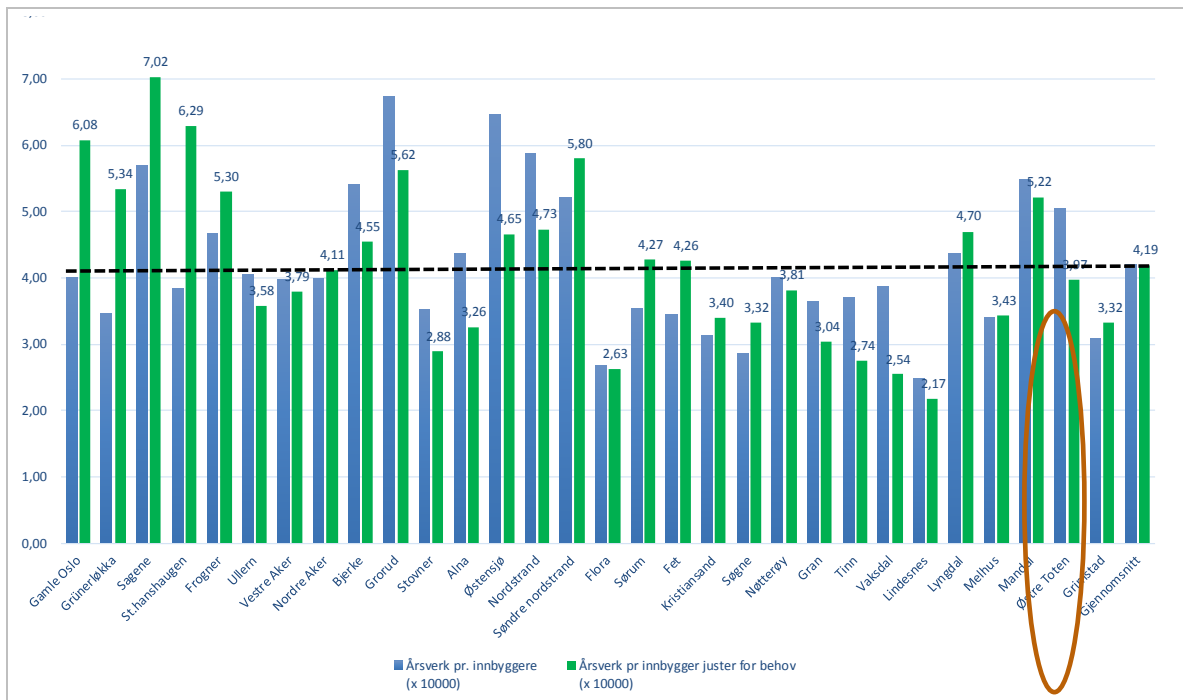
Den overordnede planleggingen og vurdering av kommunens samlede behov, omhandler dimensjonering av sykehjemsplasser, omsorgsboliger med og uten bemanning mv. I dette ligger en målstyrt politikk, som bør være tett knyttet opp mot BEON-prinsippet. Når det gjelder behandling av søknader ("bestilling i smått"), faglig og juridisk vurdering av hvilke tjenester den enkelte skal få, er det viktig at dette er knyttet til den overordnede strukturen.

Det er behov for å sikre samsvar mellom de økonomiske rammene for helse- og omsorgstjenestene, kriteriene for tildeling av tjenester og standarden på tjenestene. Dette er et politisk ansvar, men det er administrasjonens oppgave å sørge for at avveininger mellom de tre størrelsene tydeliggjøres og gjøres til gjenstand for politisk debatt. Dersom de økonomiske rammene strammes inn, må kriteriene for tildeling og standarden på tjenesten justeres deretter. Dette innebærer i klartekst at færre brukere kan tildeles tjenester, og/eller at bistanden som ytes til den enkelte må reduseres.

Kommunens mulighet til økonomisk styring og tildeling av tjenester henger nøye sammen med type tjenester og kapasitet på tjenester i kommunens omsorgstrapp. Som vi har vist i figur 4-1, vil kommunens dimensjonering og prioritering av ulike tjenester og omfang ha stor betydning for utgiftene innen helse og omsorg, herunder hvordan kommunen klarer å utvikle og benytte tjenester på et lavere *nivå* slik at man unngår og utsetter behov for mer omfattende tjenester og tiltak på et høyere *omsorgsnivå*. Kommunens saksbehandling og tildeling av helse og omsorgstjenester har en avgjørende rolle.

4.3 Dimensjonering/årsverk til saksbehandling

Agenda Kaupang har arbeidet med flere kommuner med tildelings-/søknadskontor i perioden 2014–2017. I dette arbeidet har vi kartlagt ressurser avsatt til saksbehandling, samt årsverk knyttet til de ulike tildelings-/ søknadskontorer. Tallene vises i neste figur.

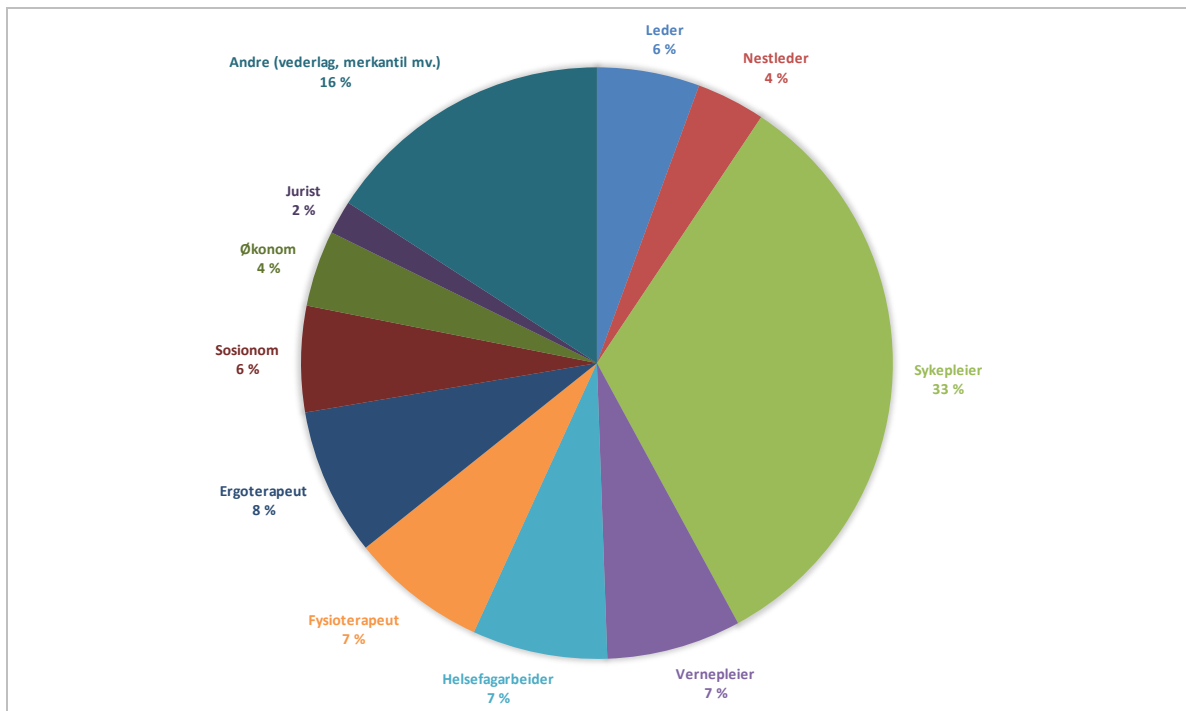


Figur 4-2 Årsverk i ulike tildelings-/søknadskontorer, kartlagt fra 2014–2017

Figuren viser hvordan årsverk varierer mellom kommunene/bydelene. Snittet i sammenligningen er på ca. 4,19 årsverk pr. 10 000 innbyggere når vi ser dette i forhold til årsverk justert for behov. Det er viktig å presisere at oppgaver som er lagt til de ulike kontorene, varierer. Noen har mer ren-dyrkede modeller, andre har innført innsatsstyrt finansiering hvor «bestiller» ivaretar hovedvekten av oppgavene knyttet til dette. Noen kontorer ivaretar også «utføreroppgaver». Oppgaveporteføljen varierer, og det gjør at sammenligningen blir noe krevende. Sammenligningen kan allikevel si noe om hvordan ressurser til dette arbeidet prioriteres i de ulike kommunene/bydelene.

Figuren viser at Melhus ligger noe under snittet. Dersom Melhus skal ligge på gjennomsnittet for årsverk, vil det være behov for ca. 7 årsverk. Hvor mange årsverk som pr. i dag benyttes er uklart. Dagens organisering innebærer at oppgaver og ansvar er fordelt på mange og ulike funksjoner i kommunen, samt flere virksomheter og tjenesteområder (helse og omsorg, levekår). I tillegg er det avsatt 5,5 årsverk (inkludert oppgaver fra NAV) på Forvaltningskontoret. Ingen av de som pr. i dag jobber med saksbehandling utover de som jobber på Forvaltningskontoret har dette som primær-oppgave. Dette er ansatte som i tillegg har andre oppgaver, og hvor saksbehandlingsoppgaver kun utgjør en liten andel av stillingen. Dette gjør at det blir vanskelig å estimere hvor mange årsverk som pr. i dag benyttes til formålet.

Våre gjennomganger av en rekke kommuner og bydeler viser at kompetansesammensetningen varierer. Hovedvekten av de som jobber med saksbehandling og tildeling innen helse og omsorgstjenester har en bakgrunn innen helse, hovedsakelig knyttet til sykepleie. Dette ser vi også er tilfelle i Melhus. Hvor 2 av 5 årsverk er besatt av sykepleiere. I figuren under har vi sammenfattet kompetansesammensetningen i søknadskontorene i alle bydelene i Oslo (2014). Figuren viser at hovedvekten av ansatte har en bakgrunn fra helse, med ulike profesjonsbakgrunn. I tillegg viser figuren at en liten andel ansatte har kompetanse innen økonomi og juss. Dette har ikke Melhus. Vurderingen vår er at kompetanse innen juss, økonomi, og lov om offentlig anskaffelser mv. inkludert controller-kompetanse er nødvendig for at denne enheten skal kunne ivareta oppgaver og ansvaret de er pålagt. Hvorvidt man må ansatte egne økonomer/controllers og jurister, eller om man kan knytte til seg dette fra kommuneorganisasjonene må være opp til kommunen å vurdere.



Figur 4-3 Kompetansesammensetning, søknadskontor bydelene i Oslo: kilde Agenda Kaupang og bydelene 2014

Flere kommuner blant annet Røyken, har valgt å legge forvaltningsoppgaver knyttet til kommunale boliger inkludert omsorgsboliger og husbankens virkemidler inn under samme funksjon som håndterer saksbehandling og tildeling av helse og omsorg. Dette som et viktig virkemiddel for å kunne styre helse- og omsorgstjenester i tråd med BEON-prinsippet. Dette har ikke vært et tema som har vært berørt av denne gjennomgangen. Forrige gjennomgang viste at kommunen brukte mye ressurser på å håndtere tildeling av boliger for omsorgsformål og at oppgaver og ansvar var fordelt på flere funksjoner. Hvordan kommunen håndterer disse oppgavene varierer. Vår vurdering er at det kan være smart å se tildeling av omsorgsboliger, og forvaltning av Husbankens virkemidler i sammenheng med tildeling av ordinære helse og omsorgstjenester. Et tiltak for å få dette til kan være å samle disse funksjonene under en felles organisering, under Forvaltningskontoret.

4.4 Tildelingsutvalg

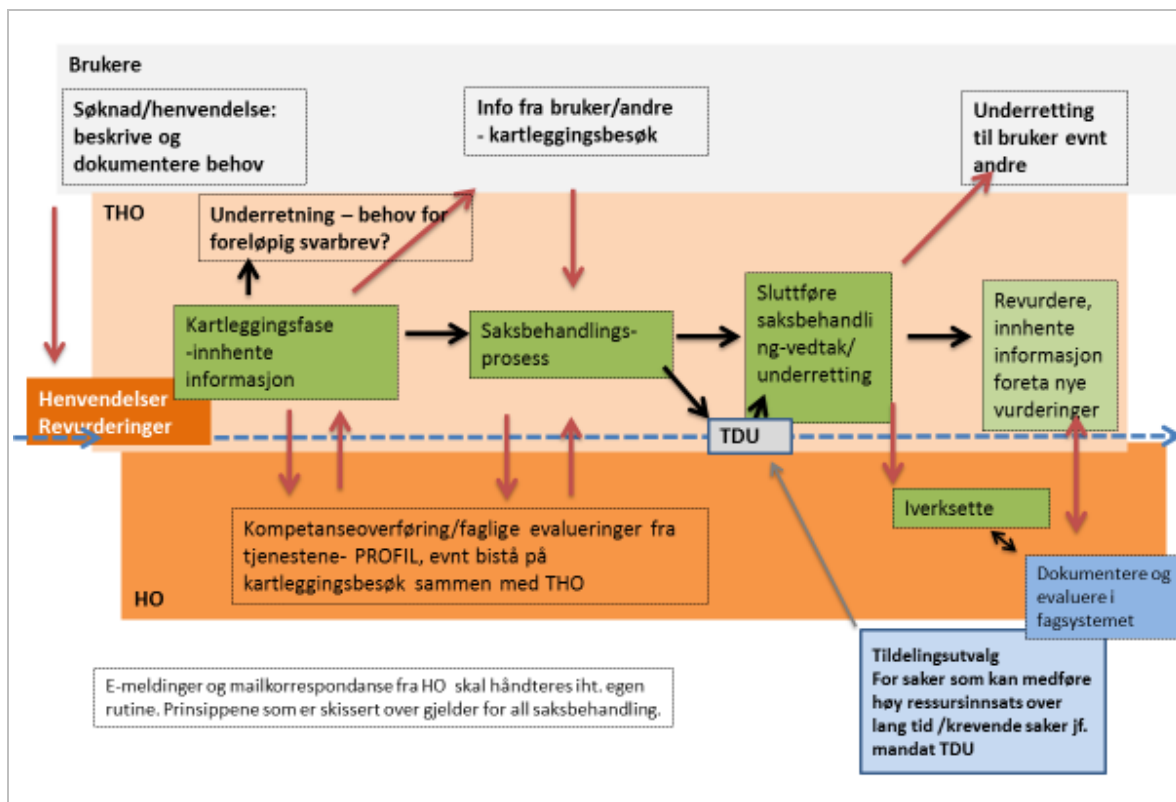
Styring av de krevende sakene i Melhus kommune

Agenda Kaupang har god erfaring med å etablere tildelingsutvalg for tjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i kommuner for å bedre å utnytte ressursene og for å sikre nødvendig samhandling knyttet til kompliserte saker. I Melhus kan det f.eks. opprettes to tildelingsutvalg (TDU), i regi av tildelings-/tjenestekontoret med fast møtestruktur. Møtene må tilpasses behovene for slike møtearenaer. Erfaring fra andre kommuner viser at det kan være behov for ukentlige møter eller møter hver annen uke.

Eksempel på tildelingsutvalg:

- ▶ Tildelingsutvalg for saker som omfatter institusjon, hjemmesykepleie og boform med heldøgn bemanning og øvrige tjenester til i hovedsak eldre
- ▶ Tildelingsutvalg for saker som omfatter institusjon, hjemmesykepleie og boform med heldøgn bemanning, avlastning og BPA for brukere innenfor psykisk helse, rus og funksjonshemmede.

Mål med tildelingsutvalget er å samordne og sikre tildeling av tjenester i henhold til BEON-prinsippet og sikre effektiv utnyttelse av kommunens samlede ressurser. Et tildelingsutvalg skal kun behandle saker som vurderes som kostnadskreven og komplekse. Dette kan blant annet være saker hvor man er usikker på hvilket nivå man bør legge seg på. F.eks. avklaring om pasienten bør ha tilbud i institusjon korttid-/langtidsplass, eller om pasienten kan ivaretas i hjemmet med hjemmetjenester mv. Saker som omhandler langtidsplass i institusjon, BPA, omsorgslønn, avlastning og boform med heldøgns bemanning, er saker som ofte vil være aktuelle for vurdering i TDU.



Figur 4-4 Forslag til flytskisse for saksbehandling og tildeling av tjenester inkludert tildelingsutvalg

Et tildelingsutvalg kan bestå av:

- ▶ Leder for tildelings-/tjenestekontoret
- ▶ Leder for hjemmetjeneste/sykehjem/funksjonshemmede mv. etter behov/saker
- ▶ Aktuell saksbehandler tildelings-/tjenestekontoret
- ▶ Person med juridisk kompetanse innen helse- og omsorgstjenester
- ▶ Person med medisinsk faglig kompetanse
- ▶ Leder av tildelings-/tjenestekontoret bør ha delegert vedtaksmyndighet fra rådmannen og være ansvarlig for at søknader om helse- og omsorgstjenester behandles i tråd med BEON-prinsippet, samt en effektiv utnyttelse av kommunens samlede ressurser innenfor helse og omsorg
- ▶ Ledere fra utføreenhetene bør ha en rådgivende funksjon i TDU, og er medansvarlige for at søknader om helse- og omsorgstjenester behandles i tråd med BEON-prinsippet, samt å sikre en effektiv utnyttelse av kommunens samlede ressurser innenfor helse og omsorg
- ▶ Saksbehandler har ansvar for å vurdere behov for behandling i TDU. Vedkommende har ansvar for å melde inn og forberede saken, samt legge frem saken for TDU. Saksbehandler har ansvar for fullført saksbehandling og følger opp saken etter vurdering i TDU

TDU erstatter ikke behovet for løpende dialog mellom saksbehandlere og tjenesteutøvere. Dette er også visualisert i figuren over.

4.5 Oppsummering saksbehandling

Kommunen har opprettet et Forvaltningskontor innen helse og omsorg. I tillegg har kommunen utarbeidet og vedtatt vurderingsmonumenter som skal ligge til grunn for all saksbehandling og tildeling av helse og omsorgstjenester i kommunen. Vurderingsmonumentene skal blant annet sikre:

- ▶ *En dør inn*
- ▶ *Likebehandling*
- ▶ *Profesjonell saksbehandling*

Gjennomgangen vår viser at Melhus har gjort mange gode og viktige grep for å ivareta mange av utfordringene som ble påpekt i 2014/2015. Kommunen har blant annet opprettet et Forvaltningskontor med ansvar for saksbehandling og tildeling innen helse og omsorg. Vi ser imidlertid at kommunen bør gjøre ytterligere grep, dette også for å sikre egne vedtatte vurderingsmonumenter. Gjennomgangen nå viser at det fortsatt er *mange dører inn*, særlig overfor brukere innen psykisk helse, rus og overfor mennesker med utviklingshemning/utviklingsforstyrrelse da saksbehandling og tildeling for disse brukergruppene ikke er overføres til Forvaltningskontoret. Vi anbefaler at kommunen i større grad sikrer de ulike brukergruppene «*en dør inn*» og profesjonell saksbehandling. Dette innebærer at oppgaver som pr. i dag ligger spredd på flere virksomheter og roller overføres til Forvaltningskontoret.

Ved å samle saksbehandling og tildeling innen helse og omsorg vil kvaliteten på saksbehandlingen kunne økes, samtidig som man vil få en praksis som er med på å sikre lik behandling, enhetlig praksis og god styring og prioritering innen helse og omsorg.

Flere kommuner har valgt å legge forvaltningsoppgaver knyttet til kommunale boliger inkludert omsorgsboliger og husbankens virkemidler inn under samme funksjon som håndterer saksbehandling og tildeling av helse og omsorg. Dette har ikke vært et tema som har vært berørt av denne gjennomgangen. Vår erfaring er at dette er viktige oppgaver med betydning for kommunens styring av helse og omsorgstjenester i tråd med BEON-prinsippet. Å se dette mer i sammenheng er derfor viktig. Et tiltak for å få dette til kan være å samle disse funksjonene under en felles organisering, under Forvaltningskontoret.

5 Tjenester til psykisk utviklingshemmede

5.1 Metode og mandat

Melhus kommune er i en omstillingsprosess og ønsker en kartlegging av økonomi og tjenesteorganisering i deler av helse- og omsorgstjenesten for å kunne identifisere effektiviseringspotensialer i dagens ressursbruk og organisering.

Fokuset er ressursbruk og tjenesteorganisering i følgende to virksomheter og tjenesteområder:

- ▶ Bo og avlastning – tilbud til psykisk utviklingshemmede
- ▶ Læring og tilrettelagt arbeid – Melhus arbeidssenter

Prosjektet skal innhente og sammenstille data for å belyse:

- ▶ Ressursbruk
- ▶ Utviklingen av tjenestetilbudet over tid sammenlignet med andre kommuner
- ▶ Dagens tjenesteorganisering og praksis
- ▶ Organiseringens innvirkning på ressursbruk og tjenestekvalitet i sektoren
- ▶ Alternative måter å organisere tjenestetilbudet på

5.2 Dagens organisering

Bo og avlastning

Bo og avlastning ble en egen virksomhet i 2003. Virksomheten yter primært tjenester i bolig med bemanning, samt avlastning for barn, unge og voksne i egen avlastningsbolig.

Virksomheten består av:

- ▶ Lenavegen 3
- ▶ Lenavegen 1
- ▶ Rådhusveien bofellesskap
- ▶ Martin Tranmæls veg 53
- ▶ Sørtun
- ▶ Skrivarbakken
- ▶ Moesgrinda 3 og 5
- ▶ Lensmannsgården

Bo og avlastning har ansvar for kjøp av avlastningstjenester, samt privat avlastning for de over 18 år. Virksomheten tilrettelegger også med SFO tilbud for de som er i behov av dette ut over ordinær rett.

Virksomheten tilrettelegger også med dag- og aktivitetstilbud for bruker som av ulike årsaker ikke kan nyttiggjøre seg kommunens tilbud ved Melhus arbeidssenter. Brukere med behov for tettere oppfølging enn det Melhus Arbeidssenter tilrettelegger med, har med seg personal fra virksomhet Bo og avlastning på arbeidssenteret.

Bo og avlastning ledes av en virksomhetsleder i 100 % administrativ stilling. Virksomhetsleder har det overordnede ansvaret for personale, økonomi og fag. Det daglige ansvaret for drift av tjenestene er delegert til enhetsledere. Det er hovedsakelig en enhetsleder i hver bolig, men to enhetsledere har ansvar for to boliger. Stillingene som enhetsleder er delt på administrativ tid og tid i turnus (miljøet). Fordelingen varierer ut fra størrelse og kompleksitet i den enkelte enhet.

Det er totalt ca. 110 årsverk i virksomhetene, fordelt på ca. 193 personer, gjennomsnittlig stillingsstørrelse er 57 %. Det er ikke avsatt merkantil støtte eller assisterende virksomhetsledere/rådgiver i enheten, men virksomheten deler en lønnsmedarbeider med annen virksomhet.

Melhus kommune har etablert ett eget forvaltningskontor som skal ivareta saksbehandling innen helse og omsorg gradvis fra våren 2017 med full drift fra 1.1.18. Det er ikke avklart om vedtak innen Bo og avlastning skal overføres til forvaltningskontoret. Pr i dag ligger vedtaksmyndigheten til virksomhetsleder. Virksomhetsleder og enhetslederne ivaretar saksbehandlingen i Bo og avlastningen.

Læring og tilrettelagt arbeid – Melhus arbeidssenter

Melhus arbeidssenter er organisert under virksomhet Læring og tilrettelagt arbeid. Virksomheten består av 3 enheter og har vært organisert slik siden 2003:

- ▶ Arbeidssenter
- ▶ Voksenopplæring
- ▶ Flyktningetjeneste

Melhus arbeidssenter gir tilbud om velferds- og aktivitetstiltak for utviklingshemmede voksne. Hovedregelen er at det ikke fattes enkeltvedtak på disse tjenestene. For brukere som kommer inn under ordningen om ressurskrevende tjenester, fattes det vedtak om tjenester etter lov om kommunale helse og omsorgstjenester. Noen av vedtakene er fattet av Virksomhetsleder for Læring og tilrettelagt arbeid (eldre dato). Nye vedtak fattes av Virksomhetsleder for Bo og avlastning.

Melhus arbeidssenter er åpent alle ukedager. Arbeidssenteret er stengt helgedager, påskeuken, juleuken og 3 uker i sommeren. Det er rundt 50 brukere i alderen 19–72 år som har tilbud her. Hovedvekten av brukerne som har tilbud ved Melhus arbeidssenter mottar tjenester fra virksomhet Bo og avlastning. Antall brukere varierer fra dag til dag, og ligger mellom 22–35.

Melhus arbeidssenter har til sammen 11,8 årsverk, fordelt på 12 personer. Ansatte jobber dagtid mellom kl. 08.00–15.30.

5.3 Oppsummering av relevante analyser

Analyser som er utarbeidet og som er benyttet som grunnlag i denne gjennomgangen ligger som vedlegg til denne rapporten. I det følgende har vi valgt å gjengi noen analyser som belyser forhold knyttet til:

- ▶ Ressursbruk
- ▶ Utviklingen av tjenestetilbudet over tid sammenlignet med andre kommuner
- ▶ Dagens tjenesteorganisering og praksis
- ▶ Organiseringens innvirkning på ressursbruk og tjenestekvalitet i sektoren
- ▶ Alternative måter å organisere tjenestetilbudet på

Agenda Kaupang gjennomførte en analyse i 2014/2015. Konklusjonen var den gangen blant annet at:

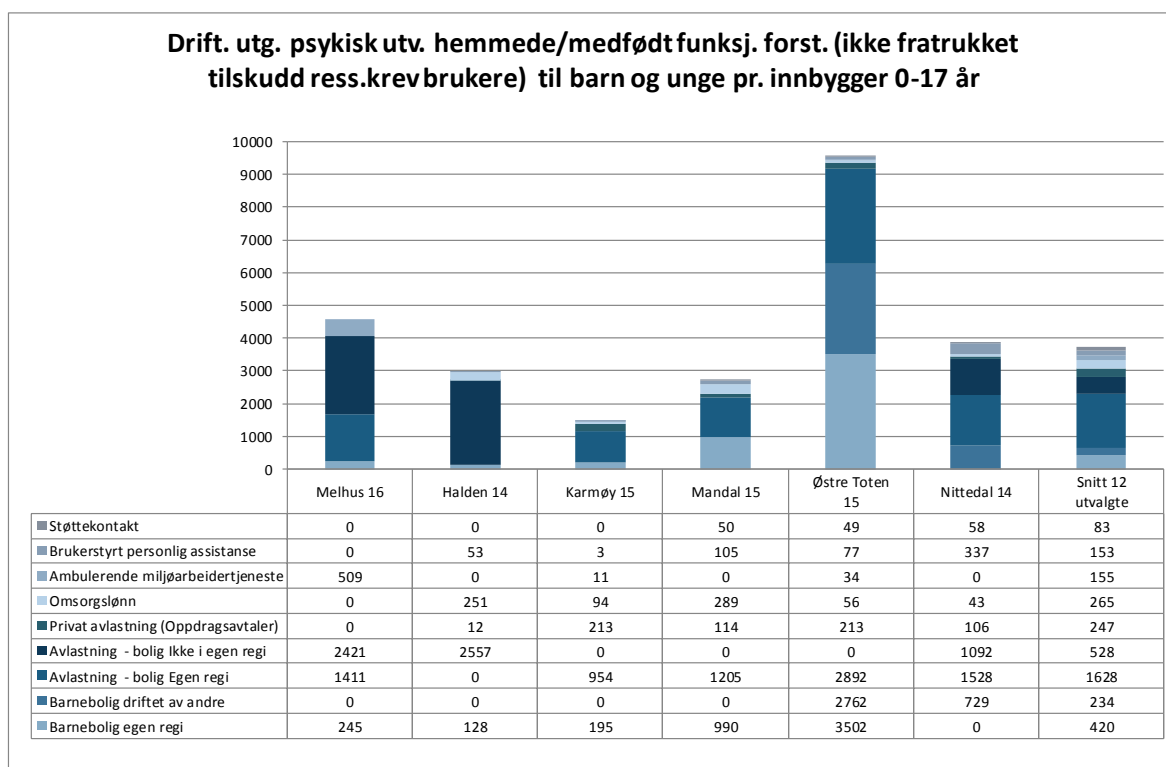
Virksomhet Bo og avlastning yter ulike tjenester til mennesker med nedsatt funksjonsevne i hele kommunen og er ikke organisert etter distriktsmodellen. Vår vurdering er at dette er en hensiktsmessig organisering, men at virksomheten som de øvrige har utfordringer i forbindelse med saksbehandling, prioritering og styring av tjenestene.

I tillegg har tjenesten utfordringer knyttet til boligstruktur og tjenestestruktur. Dette har særlig sammenheng med mange små boliger/driftsenheter som innebærer høy grad av smådriftsulemper og høyere kostnader enn sammenligningskommunene.

Gjennomgangen vår viser at virksomhet Bo og avlastning benytter ca. 18 årsverk på natt. Vurderingen er at dette ikke alene kan knyttes til brukernes behov, men også må sees i sammenheng med kommunens boligstruktur.

Ressursbruk og utvikling av tjenestetilbudet over tid sammenliknet med andre

Utgiftene til barn og unge innenfor kategorien psykisk utviklingshemmede og mennesker med utviklingsforstyrrelse har økt siden 2014 i Melhus. Økningen har primært skjedd innenfor avlastning, og omhandler avlastning i egenregi og kjøp av avlastning i bolig/institusjon. I figuren under ser vi hvilke utgifter til pleie og omsorg kommunen hadde overfor denne målgruppen i 2016.



Figur 5-1 Driftsutgifter til barn med psykisk utviklingshemning eller medfødt funksjonshemning, pr. innbygger 0–17 år. Tilskudd til ressurskrevende brukere ikke trukket fra. Kilde: Kommunens eget regnskap og Agenda Kaupang sine analyser

Figuren viser at driftsutgifter pr. innbygger i aldersgruppen 0–17 år i Melhus er det nest høyeste i sammenligningen, med over kr 4 500 pr. innbygger 0–17 år. I 2014 lå utgiftene under kr 3 000 pr.

korrigerede innbygger. Det vil si at det har vært en økning på over kr 1 500 pr. innbygger i aldersgruppen 0–17 år.

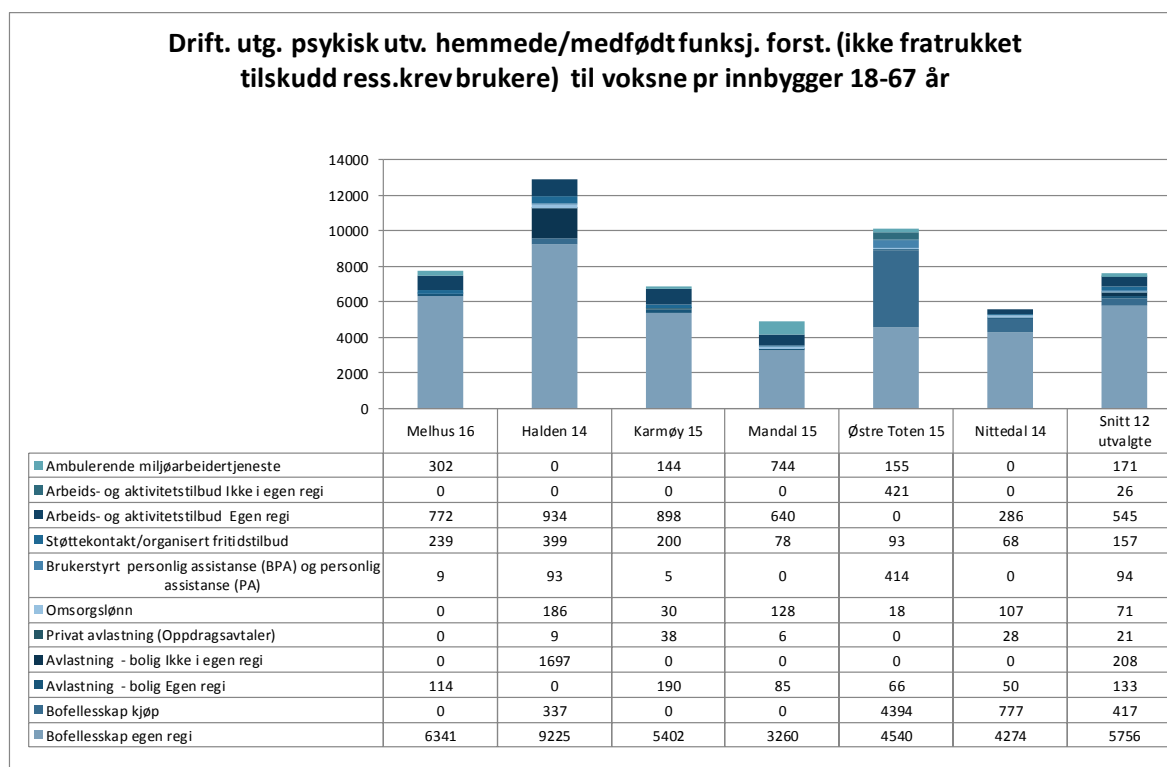
Vi har videre gjennomført analyser for å få belyst nivået på kommunes nettodriftsutgifter. Det vil si hva kommunen må finansiere selv, etter at refusjoner mv er trukket ut. Analysene har vist Melhus har høye refusjoner fra Staten. Resultatet av dette er at kommunens nettodriftsutgifter til denne brukergruppen minker. Utgiftene legger seg noe under kommunen med høyest netto utgifter, men over snittet for referansegruppen og høyere enn nivået i 2014.

Utgiftene til avlastning har økt fra 2014 til 2016. Dette kan skyldes at andel barn og unge som får avlastning i bolig har økt fra 2014 til 2016, mens andel barn og unge med privat avlastning har gått ned. Avlastning i bolig og kjøp av avlastning er dyrere enn avlastning hvor man inngår avtaler med privatpersoner.

Andel mottakere med omsorgslønn har også gått ned siden 2014. Andel brukere med støttekontakt i 2016 er lik som i 2014.

Sammenlikner vi Melhus med andre kommuner viser våre analyser at Melhus har færre brukere i avlastningsbolig, men høyere utgifter. Dette medfører høyere enhetskostnader i Melhus. Årsaken til dette kan være mange. Behovene hos barna/ungdommene spiller selvsagt inn. Organiseringen mv. har også betydning for kostnaden.

I figuren under ser vi hvordan dette forholder seg når vi ser på brukergruppen mennesker med psykisk utviklingshemning og utviklingsforstyrrelser over 18 år.



Figur 5-2 Driftsutgifter til barn med psykisk utviklingshemning eller medfødt funksjonshemming, pr. innbygger 18–67 år. Tilskudd til ressurskrevende brukere ikke trukket fra. Kilde: Kommunens eget regnskap og Agenda Kaupang sine analyser

Analysene i figuren over viser at utgiftene i 2016 er på samme nivå som i 2014 år. Melhus sine utgifter til denne målgruppen er i hovedsak knyttet opp til utgifter i bolig, og utgiftene er noe høyere enn snittet for referansegruppen (12 kommuner). Utgiftene ligger på samme nivå som i 2014. Kommunens utgifter til dag/aktivitet ligger over snittet for referansegruppen og har økt siden 2014.

Det samme har utgiftene til ambulerende tjenester. Utgifter til tjenester organisert som BPA og avlastning er redusert siden 2014.

Når det gjelder utvikling i antall brukere ser vi at Melhus har fått flere brukere i bolig siden 2014. Melhus ligger høyt på andel brukere i bolig når vi sammenlikner dette med andre kommuner.

Antall brukere med avlastning har gått ned siden 2014, og skyldes hovedsakelig at flere av brukerne som tidligere hadde avlastning er flyttet inn i bolig med tjenester. Andel brukere med dag- og aktivitetstilbud har økt siden 2014. Nivået i 2016 gjør at kommunen nå ligger høyt sammenliknet med andre kommuner.

Dagens tjenesteorganisering og praksis

Tjenester til målgruppen er fordelt på flere virksomheter

Melhus kommune har en organisering som medfører at ansvaret for helse- og omsorgstjenester overfor denne målgruppen er fordelt på flere områder:

- ▶ Omsorgstjenester til barn og unge knyttet til støttekontakt, omsorgslønn, avlastning(privat) og oppfølging i ansvarsgrupper ligger til sosialtjenester i NAV.
- ▶ Dag- og aktivitetstilbudet til mennesker med utviklingshemning og utviklingsforstyrrelser er organisert under virksomhet Læring og tilrettelagt arbeid.
- ▶ Ansvaret for tjenester organisert som BPA og omsorgslønn er organisert under hjemme-tjenesten.
- ▶ Ansvar for avlastning og boligtilbud er lagt til Bo og avlastning. Denne virksomheten tar også ansvar for å yte dag- og aktivitetstilbud til brukere som er i behov av dag- og aktivitetstilbud, og som av ulike årsaker ikke får dette på Melhus arbeidssenter. I tillegg har flere av brukerne i Virksomhet bo- og avlastning med seg personale fra boligen over på dagtilbudet ved Melhus arbeidssenter.

Hvordan kommuner velger å organisere tjenestene til denne målgruppen variere. En del kommuner velger å legge ansvaret for barn og unge sammen med øvrige tjenester til denne målgruppen i en felles «oppvekstsektor». Tjenester til de over 18 år blir oftest lagt under helse og omsorgssektoren. Mange kommuner velger en samorganisering av tjenestene for denne brukergruppen. Det vil si at man samler helse og omsorgstjenestene til målgruppen, uavhengig av alder i en felles enhet, under helse og omsorg. Kommunene som velger en slik organisering gjør dette for sikre en mer helhetlig tiltakskjede knyttet til brukergruppen. Målet med en slik organisering er å styrke helhetsperspektivet og forenkle overganger mellom ulike tjenestetilbud og livsfaser (ung til voksen mv.).

Når det gjelder organiseringen av arbeid-, dag- og aktivitetstilbud til denne målgruppen, ser vi også her at kommunene løser dette ulikt. Flere kommuner velger å ha dette som en del av helse- og omsorgstjenesten. Melhus har ikke en slik organisering og trekker frem at dagens organisering innebærer at man har gode synergier med de øvrige enhetene i virksomhet Læring og tilrettelagt arbeid. Dagens organisering medfører, ifølge leder for Melhus arbeidssenter, at man blir gode på dag- og arbeidstilbud. Fokuset er arbeid, og ikke at tilbudet er en helse og omsorgstjeneste.

Fordeling av ansvar på flere øker faren for fragmentering

Analysen vi har gjort for Melhus tyder på at kommunen i hovedsak yter gode tjenester til brukerne, men at det blant annet er utfordringer knyttet til «gråsonbrukere» f.eks. psykisk helse barn og unge. Flere av disse er brukere som trenger omfattende og langvarige tjenester. Analysene viser at virksomhet Bo og avlastning ofte er den virksomheten som får ansvar for disse brukerne. Ettersom virksomheten ikke har egne egnede tilbud til denne brukergruppen resulterer dette i at kommunen ofte må kjøpe tjenester. Våre analyser har vist at dette er svært kostnadskrevende for kommunen, og at det er helt nødvendig at kommunen tar stilling til hvordan disse behovene kan ivaretas og hvilken enhet/tjeneste som skal ha hovedansvaret for disse «gråsonbrukerne» fremover. Dette

både for å sikre at disse barna/ungdommene og deres familier får det tilbudet de er i behov av, og for ressursbruken.

Noe av den samme utfordringen ser vi når det gjelder brukere med behov for dag- og aktivitets-tilbud. Hvem har ansvaret for at brukere som er i behov av dag/aktivitet- eller arbeidstilbud får dette i Melhus? Gjennomgangen kan tyde på at det pr i dag ikke er avklart hvordan kapasitets-utfordringer skal håndteres i Melhus. Dette ble også påpekt i 2014. Gjennomgangen viser at det er noe ulike opplevelse av kapasiteten ved Melhus arbeidssenter. Noen uttaler at årsaken til at mange som er i behov av dag- og aktivitetstilbud får tilbud om det ved Melhus Arbeidssenter, men velger det bort. Flere uttaler at manglende tilrettelagt tilbud og kapasitet gjør at brukere som er i behov av dag- og aktivitetstilbud ikke får det tilbudet de trenger ved Melhus Arbeidssenter. I tillegg er det flere som uttaler at manglende vedtak om tjenester gjør at man er usikker på hvilke tilbud den enkelte bruker faktisk har. Andre sier at dette ikke er en utfordring. Gjennomgangen i 2014 og 2016 viser at dette er et område med mange og ulike oppfatninger. Mange av utfordringene som ble avdekket i 2014 ser ikke ut til å være håndtert, og er derfor også gjeldene i 2016. Analysene viser at mange brukere er i bolig på dagtid. Videre ser vi at virksomhet Bo og avlastning ivaretar flere dag- og aktivitetstilbud for enkeltbrukere i 2016 enn i 2014. I tillegg benytter virksomheten mange årsverk (19 årsverk) til å følge brukere som er i behov av tettere oppfølging enn det Melhus Arbeidssenter kan ivareta. Det gjør at manglende kapasitet og tilbud ved Melhus Arbeidssenter får budsjettmessige konsekvenser i virksomhet Bo og avlastnings. Et samarbeid og samdrift av personal i bolig og på dagsenter kan være smart, både med tanke på å sikre brukere som er i behov av omfattende bistand kontinuitet, men også med tanke på god ressursutnyttelse. Erfaringen er at mange kommuner og bydeler finner gode løsninger for å sikre en viss samdrift og god ressursutnyttelse. Dette gjelder særlig brukere som er i behov av omfattende bistand. dette kan f.eks. være at ansatte på dag- og aktivitetstilbudet bistår brukeren i morgenrutinen og med å komme seg på jobb, det kan også være at personal fra boligen følger med brukerne over på dag- og aktivitetstilbudet.

Framskrivning av «nye» behov viser at Melhus i nærmeste fremtid vil være i behov av økt kapasitet og ulike *aktivitet- og arbeidstilbud* overfor denne brukergruppen. Det gjør at det er helt nødvendig å få på plass et mer enhetlig ansvar. I dette ligger det et ansvar for å utarbeide en strategi som sikrer at nye brukere, så vel som «gamle» får ivaretatt behovene for ulike aktivitet- og kommunale arbeidstilbud. Vurderingen må være om det er lettere få til dette ved å se denne tjenesten i sammenheng med øvrige helse- og omsorgstjenester, med et mer enhetlig ansvar for hele tjenestekjeden til denne brukergruppen.

Sterk økning i framskrivning av brukere med behov for tjenester øker behovet for mer helhetlige tjenester og en felles strategi

Vi har over belyst forhold knyttet til organisering av tjenestetilbudet. Vår påstand er at dagens organisering og fragmentering kan påvirke både dagens tjenestetilbud men også utviklingen av tjenestetilbudet overfor denne målgruppen. Når ansvaret er fordelt på flere virksomheter kan det resultere i at man kun tar ansvar for sitt område- uten at man ser helheten. Mye av ansvaret for utviklingen er lagt til den enkelte virksomhetsleder. I tillegg til å ivareta behov for langsiktig tenkning og utvikling skal virksomhetsleder også ivareta oppgaver knytte til driften. Det er få eller ingen ressurser avsatt til merkantil støtte eller stabsfunksjoner på virksomhetsnivå. Dette gjør at behovet for planlegging og strategisk utviklingsarbeid gjerne er det arbeidet som må nedprioriteres. Rollen til virksomhetsleder beskrives av mange som en koordinatorrolle, som ivaretar alt fra saksbehandling i enkeltsaker, deltakelse i ansvarsgruppemøter og bistand til daglig ledelse av enhetene. Dette gjør at det blir lite rom for planlegging og videreutvikling av tjenestene. Med tanke på de demografiske utfordringene og økningen i behov innenfor denne målgruppen er det helt avgjørende at behovet for enhetlig strategisk og overordnet ledelse blir ivaretatt fremover. Dette

kan f.eks. innebære at virksomhetsleder får økt tilgang på merkantil støtte, og rådgiverfunksjoner mv.

Behov for profesjonell saksbehandling og en dør inn

Mehus kommune har opprettet et felles Forvaltningskontor innen helse og omsorgstjenester. Gjennomgangen viser at ansvar for saksbehandling og tildeling ikke er lagt til Forvaltningskontoret. Det medfører at det fortsatt er mange dører inn overfor denne målgruppen. Vi anbefaler at kommunen også i større grad sikrer denne brukergruppen «en dør inn» og profesjonell saksbehandling. Vi anbefaler at oppgaver som pr i dag ligger spredd på flere virksomheter og roller overføres til Forvaltningskontoret. Vi anbefaler også at det fattes vedtak om dag- og aktivitetstilbud overfor alle som er vurdert til å være i behov av det (eller som får avslag).

Ved å samle oppgavene og ansvaret vil kvaliteten på saksbehandlingen kunne økes, samtidig som man vil få en praksis som er med på å sikre lik behandling, enhetlig praksis og god styring og prioritering innen helse og omsorg.

Mange av boligene har smådriftsutfordringer og er en medvirkende årsak til kommunens kostnadsnivå

I 2014/2015 var vurderingen vår at kommunen hadde en boligstruktur som var noe krevende, og som vanskeliggjorde behovet for effektive tjenester mv. Hovedårsaken til dette var at mange av boligene var av en slik størrelse (årsverk) at det kan være krevende å få til god og effektiv organisering og kostnadseffektivitet. Utfordringer som dette knyttets ofte til begrepet *smådriftsulemper*, som brukes som et samlebegrep for utfordringer man gjerne opptrer når enheter/organisasjoner er relativt små.

Melhus har avvirket noen boliger siden 214/2015, men uten at dette har endret situasjonen vesentlig. Kommunen har fortsatt flere små boliger:

- ▶ 5 av kommunens boliger (inkl. avlastningsboligen) har færre enn 10 årsverk
- ▶ 3 boliger ligger mellom 11–15 årsverk
- ▶ 1 bolig har flere enn 20 årsverk

Oversikten over størrelse på turnusgrupper fremkommer i tabellen under:

Tabell 5-1 Årsverk i boliger

Boligstruktur	Antall boliger Bo- og miljø
inntil 5 årsverk	0
6-10 årsverk	5
11-15årsverk	3
16-20 årsverk	0
over 20 årsverk	1
Sum driftsenheter inkl. avlastning	9

I tabellen på neste side har vi delt inn boligene etter antall brukere:

Tabell 5-2 Oversikt over antall brukere i boligene

Boligstruktur	Antall boliger Bo- og miljø ²
1–2 brukere	0
3 brukere	1
4-5 brukere	4
6 brukere	0
8 brukere	2
9 eller flere	1
Sum boliger	8

Tabellen over viser at hovedvekten av boligene i Melhus har færre enn 8 brukere. Tre av boligene har også ansvar for å yte helse og omsorgstjenester til brukere som bor utenfor bofellesskapet. En slik samdrift tenker vi er smart og kan oppveie noe av smådriftsulempene, og gjøre det mulig å få til større stillinger, fagmiljø og mer kostnadseffektive tjenester.

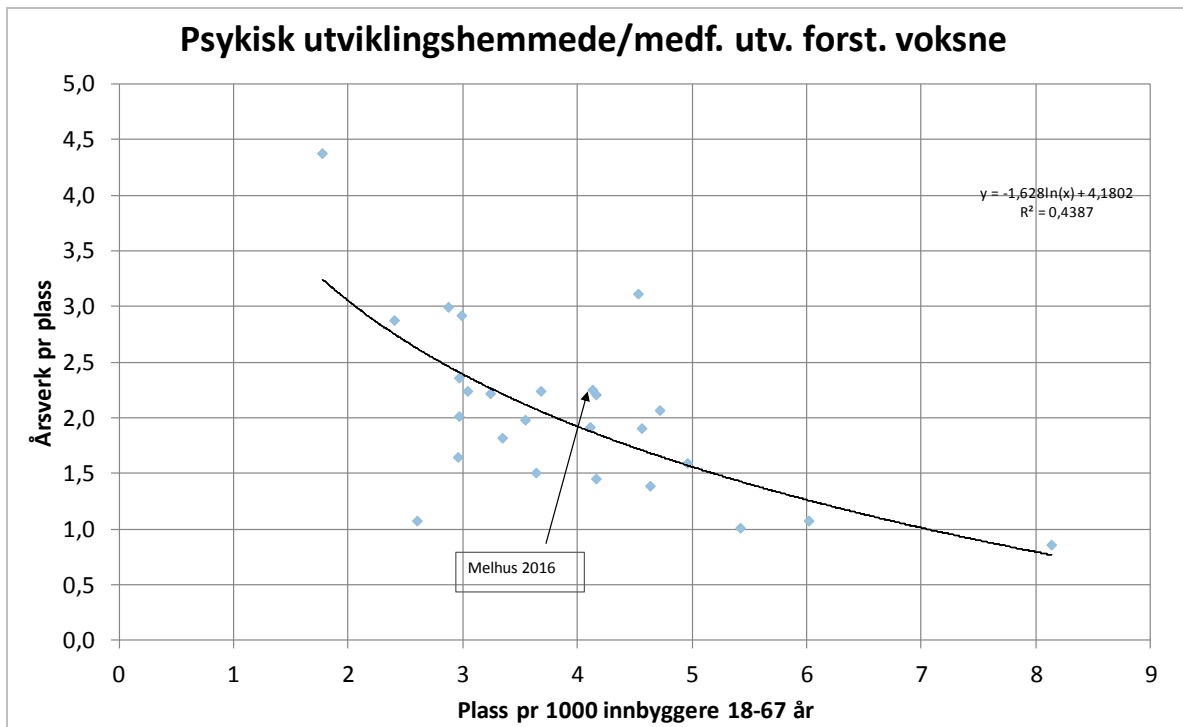
Til tross for at Melhus har gjort noen gode grep ser vi at utfordringen med mange og små boliger fortsatt må sies å være en av de viktigste årsakene til at kommunen har høye utgifter til denne målgruppen. Analysene våre viser at utgifter til tjenester i bolig utgjør den største utgiften, og at disse ligger relativt høyt i vår sammenlikning. Det viser at grepene kommunen har gjort ved å tilby flere brukere ambulante tjenester, og å legge ned to boliger ikke har vært tilstrekkelig for å få ned utgiftene. Gjennomgangen nå viser at kommunen fortsatt har flere små enheter, og at flere av enhetene, ut over å ha høye enhetskostnader også har utfordringer knyttet til høyt sykefravær, gjennomgående lave stillingsstørrelser, og lav andel ansatte med høyskole- og fagskolekompetanse.

Analysene viser at Melhus står overfor en formidabel økning i brukere med behov for ulike tjenester tilknyttet bolig nærmeste årene. Velger kommunen å løse det på tilsvarende måte som i dag vil utgiftene øke dramatisk. Demografien tilsier at det vil bli enda vanskeligere å rekruttere og beholde ansatte med nødvendig kompetanse. Andel yrkesaktive vil reduseres og det vil oppstå økt konkurranse om de beste folkene. Dette gjør at kommunen må tenke smart fremover. Dette arbeidet må også omhandle nåværende boligstruktur, hvor nåværende boliger og fremtidige behov for boliger sees i en sammenheng.

Høyere årsverk pr plass

Vår gjennomgang har vist at bemanningen i boligene i Melhus ligger høyere enn snittet når man ser på årsverk pr. plass. Figuren under viser plasser pr. 1 000 relevante innbyggere 18–67 år, det vil si innbyggerne i målgruppen, og bygger på data fra rundt 30 kommuner.

² Avlastningsboligen er ikke med i denne oversikten



Figur 5-3 Årsverk og andel plasser psykisk utviklingshemmede mv., plass pr. 1 000 innbyggere 18–67 år

Det fremgår av figuren en svak statistisk sammenheng mellom andel plasser og andel årsverk pr. plass. Kommuner med lav andel boliger for formålet, har gjennomgående høyere bemanning pr. bruker enn det vi ser i kommuner med høy andel plasser. Dette kan henge sammen med at de brukerne som får et slikt tilbud, er de som har høyest omsorgsnivå og et omfattende behov for tjenester. For de kommunene som har mange plasser avsatt til dette formålet, vil det oftest være en større variasjon i brukergruppen, og behov for tjenester vil variere, fra lette behov til svært omfattende behov.

Figuren viser at antall årsverk i Melhus kommune ligger noe høyt når vi ser dette i forhold til andel plasser til brukergruppen. I figuren over har vi skilt ut årsverk som benyttes til dag- og aktivitets-tilbud som ansatte i Bo og avlastning yter. Figuren viser en variasjon, hvor noen kommuner har lavere andel årsverk pr. plass, og noen høyere. Dette henger selvsagt sammen med brukernes behov, men de bygningsmessige strukturene for boliger, dagtilbud mv. spiller også inn her.

Sammenliknet med 2014 ser vi at andel plasser har økt, men at årsverk pr. plass i 2016 er på samme nivå som i 2014.

Gjennomgangen i Melhus tyder på at boligstrukturen, med mange relativt små driftsenheter er en medvirkende årsak til at kommunen ligger noe høyt på årsverk og plasser. Figuren viser at Melhus fortsatt har høyere andel årsverk pr. plass enn det som er gjennomsnittet (trendlinje) når man korrigerer årsverk og andel plasser pr. 1 000 relevante innbyggere. Skal kommunen klarer å redusere ressursbruken vil det være nødvendig å få til mer samdriften mellom boligene, og mellom dag/arbeidstilbudet og boligene. I tillegg vil det på sikt kunne være nødvendig å erstatte noen av boligene som pr i dag benyttes overfor denne brukergruppen. Dette arbeidet bør også inkludere en vurdering av om boligene kan utvides. Ett konkret tiltak kan være å se på muligheten av å bygge en gang mellom Moesgrinda 3 og 5 slik at man i større grad enn i dag kan drifte dette som en enhet. I dette arbeidet bør man også se på muligheten for å utvide antall boenheter. Med tanke på den store økningen i antall brukere med behov for ulike boligtilbud vil det være helt avgjørende at kommunen gjøre et stykke arbeid for å sikre at man har en mer effektiv boligstruktur enn den kommunen har pr. dato.

Bemanning på ulike tider av døgnet

I tabellen under har vi sammenfattet alle bemanningsplanene innen Bo og avlastning. Tabellen viser den planlagte aktiviteten, og når bruker/personalet er til stede ulike tider av døgnet, uken gjennom.

Tabell 5-3 Oversikt over brukere og bemanning

	Ma.	Ti	On.	To.	Fr.	Lø.	Sø.
Dag beboere i bolig	20,50	21,50	22,00	22,50	18,00	42,50	42,50
Antall beboere med hjemmedag	5,5	8	5	5	5		
Brukere med ambulante tjenester	2	1,2	3	1	3	5	6
Dag ansatte	30,00	28,50	30,00	29,50	29,00	29,50	28,50
Dag ansatte i bolig og ambulans	18,00	15,50	18,00	18,50	18,00	29,50	28,50
Dag ansatt, på dagtilbud	12	13	12	11	11	0	0
Kveld beboere i bolig	42,00	42,00	42,00	42,00	42,50	42,50	42,50
Kveld ambulante	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	5,00	5,00
Kveld ansatte	30,00	30,50	29,50	31,50	28,00	26,00	29,00
Natt beboere inkl. ambulante	50,00	50,00	50,00	50,00	50,50	50,50	50,50
Natt ansatte våken	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00
Natt ansatte hvilende	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00

Tabellen viser:

- ▶ Gjennomsnittlig antall brukere i bolig på dagtid i ukedager er noe høy (20,9), sammenliknet med gjennomsnittlig antall brukere på dagtid i helg. Antall brukere i bolig på dagtid i ukedager har økt siden 2014 (18,4).
- ▶ Andel ansatte pr. bruker varierer
 - Virksomhetene har mange ansatte på dagtid i ukedager (29,4). Over halvparten av ansatte er igjen i bolig på dagtid (17,6) og yter tjenester til brukere i bolig og/eller ambulante brukere. Resterende ansatte (11,8) er med på brukers dag- og aktivitetstilbud.
 - Gjennomsnittlig andel årsverk pr. bruker på dag i ukedag utgjør i snitt 0,84 årsverk pr. bruker. I helg utgjør bemanningsfaktoren 0,68.
 - Gjennomsnittlig andel årsverk pr. bruker på kveld i ukedag utgjør 0,63. Andel bemanning pr. bruker i helg utgjør 0,58
 - Bemanning på natt utgjør rundt 18,5 årsverk
- ▶ I underkant av 50 % av brukerne har et tilbud i regi av boligen i ukedagene.
 - Mange av beboerne i bolig på dagtid deltar i organiserte dag- og aktivitetstilbud i regi av virksomhet Bo og avlastning. Det utarbeides egne ukeplaner for disse beboerne for å ivareta behov for dag og aktivitetstilbud.
 - Andel brukere med hjemmedag varierer uken gjennom, men har økt med ca. 1 bruker hver dag sammenliknet med 2014/2015.
- ▶ Andel brukere som mottar ambulante tjenester er fortsatt noe lav i Melhus, men høyere enn i 2014/2015. Brukere med ambulante tjenester er brukere som ikke bor i en samlokalisert bolig, men som mottar helse- og omsorgstjenester fra kommunen i form av ambulante tjenester

Dagens boligstruktur samt hvordan kommunen har organisert tjenestene sine setter rammer for driften. Melhus har gjort noen grep for å sikre mer driftsoptimale enheter. Analysene i 2015 og i 2017 inkludert framskrivning av nye behov for boliger og helse og omsorgstjenester i bolig, viser at kommunen må gjøre ytterligere grep for å tilpasse boligstrukturen og for å imøtekomme nye behov.

I dette arbeidet er det viktig at også eksisterende boliger tas med i vurderingene. Målet må være å yte kostnadseffektive gode helse og omsorgstjenester.

Løsningen for en bedre ressursutnyttelse på kort sikt innebærer mer enn å redusere bemanningen i hver enkelt bolig. Skal man lykkes må arbeidet innbefatte at man i større grad klarer å organisere boligene og bemanningen i boligene sammen, samt å se på muligheten av økt samdrift mellom personalet i bolig og organiseringen av dagtilbudene. Det kan f.eks. innebærer at personalet fra dagsenteret bistår inn i morgenrutinene og tar med seg bruker til arbeidssenteret. Det kan også innebære at de som er i behov av omfattende bistand får med seg personalressurser fra boligen i tillegg til de ressursene som er på arbeidssenteret.

Avlastning er et viktig tiltak i omsorgstrappen

Personer som har særlig tyngende omsorgsarbeid kan ha rett til avlastning. Formålet er å gi hvile, ferie og fritid. Avlastning skal tilpasses familiens behov, og kan eksempelvis være i hjemmet, hos privat avlaster eller i avlastningsbolig. Melhus løser behov for avlastning ved å inngå avtaler med private, i egen avlastningsbolig og ved å kjøpe avlastning av private aktører.

I 2014/2015 var det hovedsakelig voksne utviklingshemmede som hadde et tilbud i den kommunale avlastningsboligen, og avlastningsboligen manglet kapasitet. I 2016/2017 er bildet endret. Dette skyldes at mange av de som opptok en stor del av avlastningskapasiteten nå er flyttet ut i bolig med helse og omsorgstjenester. Det har medført at avlastningsboligen har fått flere yngre brukere, og at man nå beskriver å ha ledig kapasitet.

Samtidig viser analysene at Melhus kjøper dyre avlastningstiltak. Dette gjelder barn og unge som er vurdert til ikke å kunne være på avlastningsboligene grunnet utfordrende atferd og behov for særlig tilrettelegging.

Ser man på det samlede utgiftsnivået på avlastning er det særlig utgifter til barn og unge som er høye. Våre analyser kan tyde på at dette hovedsakelig skyldes at kommunen har høye enhetskostnader. Da særlig knyttet til avlastningstilbudene som kommunen kjøper av private aktører.

Framskrivning av behov viser at behovet for avlastning vil kunne øke i årene fremover. Gode og differensierte avlastningstiltak er viktige tiltak i den kommunale omsorgstrappen.

Brukere med behov for dag-, aktivitet- og arbeidstilbudet må sikres dette

Dag-, aktivitet- og arbeidstilbudet er viktige trinn i kommunens omsorgstrapp og tiltak for å sikre den enkelte opplevelsen av en meningsfylt hverdag, i fellesskap med andre. Et velfungerende dag-, aktivitet- og arbeidstilbud kan også fungere som et avlastningstiltak for de med særlig omfattende omsorgsoppgaver. Analysene i Melhus viser at det er behov for økt kapasitet for å ivareta dagens og fremtidige behov for dag-, aktivitet- og arbeidstilbud for denne brukergruppen. Dette til tross for at Melhus har vesentlig høyere andel brukere enn gjennomsnittet for referansegruppen. Gjennomgangen har vist at hovedvekten av brukerne får tilbud ved Melhus arbeidssenter. Mange av brukerne beskrives å ha et deltidstilbud. I tillegg er det mange brukere som får et tilbud i regi av Bo og avlastningen. Det er ulike årsaker til dette. Manglende kapasitet og tilbud ved Melhus Arbeidssenter er noen av årsakene som blir oppgitt. Det blir også hevdet at flere velger bort Melhus Arbeidssenter av ulike årsaker.

Tidligere gjennomgang og nåværende gjennomgang har vist at manglende kapasitet og manglende tilbud ved Melhus arbeidssenter er noe mange er opptatt av. Mange hevder at dette medfører at mange brukere ikke får det tilbudet de ønsker eller er i behov av. Samtidig er det mange som påpeker at tilbudet ved Melhus Arbeidssenter er meget godt for de som kan nyttiggjøre seg aktivitetene ved Melhus Arbeidssenter. Brukere som beskrives å falle utenfor er brukere som har omfattende bistandsbehov, utfordrende atferd mv.

Hovedvekten av brukerne som har tilbud på Melhus arbeidssenter bor i bolig med stedlig bemanning. Dette er ofte brukere som trenger tilsyn og bistand når de er i boligene. Når mange brukere er i boligen på dagtid medfører dette behov for ekstra bemanning.

Gjennomgangen kan tyde på at det er noe ulike oppfattelse av kapasiteten ved Melhus Arbeidssenter. Videre er det noen som har uttalt at de er usikker på hvilke tilbud brukeren har. Mange har uttalt at dagens praksis, hvor de færreste har vedtak på dette gjør sitt til at det er vanskelig å vite hva den enkelte bruker har og omfanget av tjenester.

Det ser fortsatt ikke ut til at noen «eier» problemstillingene vi belyste i 2014/2015:

- ▶ Hvem er målgruppen for Melhus Arbeidssenter- og hva med de som ikke kan nyttiggjøre seg dette tilbudet. Hvem har ansvaret?
- ▶ Hva gjør man når kapasiteten på tilbudet ikke er tilstrekkelig?
- ▶ Hvem har ansvar for at tilbudet «tilpasses» behovene til brukeren?
- ▶ mv.

Det kan se ut som om mange av utfordringene knyttet til dette blir håndtert ved at Virksomhet Bo og avlastning må etablerer ulike dag- og aktivitetstilbud. Dette genererer årsverk, og mange av tilbudene som blir etablert blir hovedsakelig løst som individuelle tiltak. Sammenlikner vi utgiftene til dag- og aktivitet, samt arbeidstilbud i kommunal regi i 2016 med 2014 ser vi at utgiftene har økt, og at utgiftene ligger høyere enn snittet i sammenlikningskommunene. Høy grad av brukere med individuelle dag- og aktivitetstilbud mener vi er en av forklaringene til kommunens utgiftsnivå. Vi tenker at det videre arbeidet må avklart ansvarsforholdet som er belyst overfor, i tillegg må man se på ulike alternativer for å øke kapasiteten. Målet må være å kunne vareta behov for ulike dag-aktivitet og arbeidstilbud for flere, med en lavere samlet enhetskostnad enn pr. i dag.

Kommunen har valgt en organisering som medfører stedlig ledelse i enhetene

Dagens organisering medfører at det er stedlig ledelse i boligene, i avlastningsboligen og ved Melhus arbeidssenter.

Erfaringen er at lederspennet innenfor helse- og omsorgstjenestene varierer, og at lederspennet ofte her overgår det man ser innenfor andre kommunale tjenesteområder. Innenfor virksomhet Bo og avlastning varierer lederspennet fra ca. 7 til ca. 22 årsverk. Hvordan dette er organisert varierer i kommunene. Flere kommuner sliter med å ivareta behov for stedlig bemanning i hver bolig. Dette både fordi de har mange boliger og fordi de har flere boliger hvor andel årsverk er lav. Melhus har valgt å ha en stedlig leder i hver enhet³. Arbeidstiden til leder er fordelt på administrativ tid og tid i turnus. Fordelingen mellom administrativ tid og tid i turnus varierer noe, men ligger i hovedsak rundt en fordeling på 50/50, men noen har 100 % tid avsatt til administrative oppgaver.

Stedlig ledelse er avgjørende for å kunne ivareta ansattes behov for personlig oppfølging, og viktig for å ivareta arbeidsmiljø, faglig utvikling og god ressursutnyttelse.

Ansatte med lav formalkompetanse og lav gjennomsnittlig stillingsstørrelse

Ansatte med tilstrekkelig kompetanse er en viktig forutsetning for å kunne yte tjenester med riktig kvalitet. Gjennomgangen viser at andel ansatte med høyskolekompetanse innenfor Bo og avlastning varierer innenfor de 9 driftsenhetene. Flere boliger f.eks. Lenavegen 3 har ikke ansatte med høyskoleutdanning. Rådhusvegen, Skrivarbakken, og Moesgrinda 3 og 5 har nest lavest andel ansatte med høyskole, på ca. 18 %. Lensmannsgården og Sørtun har høyest andel ansatte med høyskole med 30 %. Snittet for andel høyskoleansatte i virksomheten utgjør 18 %. Andel

³ Noen ledere har ansvar for flere boliger, men fordeler tiden sin på begge boligene.

ansatte med fagutdanning er høyere og ligger i snitt på 46 %. Andel ansatte som er ufaglærte utgjør 22 %.

En annen faktor som også har stor betydning for kvaliteten på tjenestene er grad av heltidskultur. Mange kommuner har et stort potensial i forhold til å sikre dette bedre. Gjennomsnittlig stillingsstørrelse innenfor Virksomhet Bo og avlastning varierer fra 43 % til rundt 84 % (pr. enhet). Det er Skrivarbakken som har lavest gjennomsnittlig stillingsstørrelse. Snittet totalt i virksomheten utgjør i underkant av 58%.

Ved Melhus arbeidssenter har nesten 51 % av de ansatte en bakgrunn som fagarbeider (helsefag/hjelpetleiere), nesten 26 % av ansatte har en høyskoleutdanning (inkl. leder 34 %). 15 % er ufaglærte. Gjennomsnittlig stillingsstørrelse ved arbeidssenteret utgjør i overkant av 98 %.

5.4 Resultater fra spørreundersøkelsen

Våren 2017 ble det gjennomført questback. Totalt 204 fikk anledning til å delta, og 112 deltok i undersøkelsen. De 112 bestod av ansatte fra:

- ▶ Læring og tilrettelagt arbeid – Melhus Arbeidssenter
- ▶ Virksomhet bo og avlastning
- ▶ Hjemmetjenesten
- ▶ Familie og forebygging
- ▶ Aktivitet og bevegelse
- ▶ Administrasjon og overordnet ledelse i kommunen

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at ca. 90% av informantene opplever at kvaliteten på tjenestene til psykisk utviklingshemmede er høy, og at en nesten like stor andel opplever at tjenestene til mennesker med psykisk utviklingshemning og utviklingsforstyrrelser er godt organisert. Resultatene fra undersøkelsen ligger vedlagt i sin helhet i eget vedlegg. I det følgende gjengis kort de viktigste funnene:

- ▶ Over halvparten av de spurte sier at de opplever at man har et godt samarbeid. Rundt 25 % at sier at de ikke opplever dette.
- ▶ 65 % av informantene opplever at kommunen har lagt til rette for å ivareta brukermedvirkning.
- ▶ 71 % av informantene opplever at brukerne som bor i boliger hvor det tilrettelegges med stedlig bemanning får et tilbud av tilfredsstillende.
- ▶ 60 % av informantene opplever at kommunen har et godt avlastningstilbud for dem som er i behov av dette, uavhengig av alder.
- ▶ 72 % av informantene opplever at brukerne med behov for kommunale dag- og arbeidstilbud, får et tilbud av tilfredsstillende kvalitet.
- ▶ Rundt 74 % av informantene opplever at brukere med behov for arbeidstilbud ved Melhus Arbeidssenter får dette.
- ▶ I underkant av 40 % av informantene opplever at brukere som ikke har et tilbud ved Melhus Arbeidssenter, men som har behov for et dag- og arbeidstilbud, har et tilfredsstillende tilbud.

5.5 Framskrivning av behov - de viktigste utfordringene for kommunen

Vekst i behov

Kommunen har registrert 45 nye brukere som kommunen pr. april 2017 kjenner til, og som er beregnet å ha behov for bolig med tjenester(ulike).

Tabell 4 Data fra kommunen som grunnlag for framskrivning

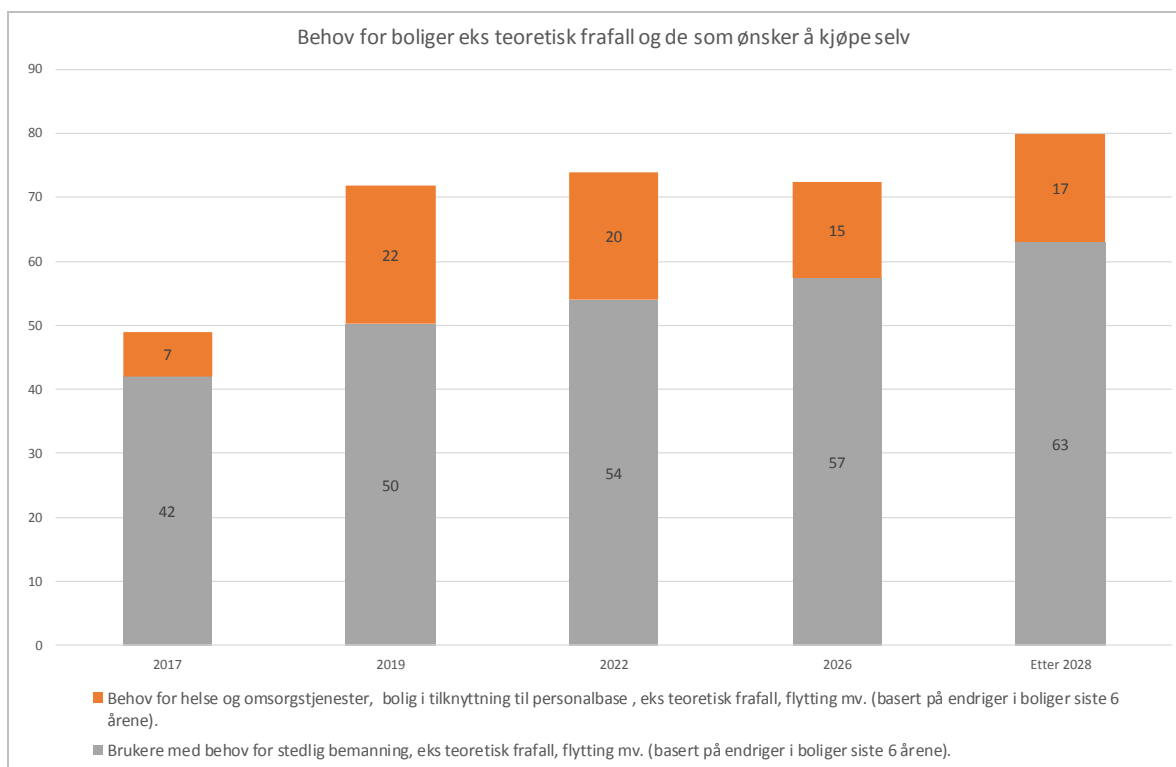
Bruker	Hjelpebehov- helse og omsorgstjenester				Bistand fra hvem i dag			Behov for bistand fra kommunen når? Tjenester i bolig					
	Ingen (0 y/u)	Lite (1 hovedsak tilsyn og rose.bistand.1-)	Moderat (15-30 y/u)	Mye (Stedlig bemanning 24/7)	Foreldre/andre familiemedlemmer	Kommunen	Andre (Kjøpeplass)	Ikke vurdert til å ha behov for annen bolig- trenger bare	Innen 1 år	2 år	3-5 år	6-9 år	10 år eller mer
45	0	7	17	21	39	15	1	0	22	3	8	5	7

Tabell 5 Data fra kommunen som grunnlag for framskrivning

Støttekort	Behov for bistand fra kommunen inntil event bolig										Eie eller leie bolig?		Behov for tjenester- men ikke stedlig	
	Au bistning Privat	Ambulanse tjenester	Omsorgs- hjem	BPA	Au bistning i bolig	Au bistning før/etter skoletid	Dagtilbud	Ba me bolig/retit ut i omsopp hold	VTA	Kjøp av helse og omsorgstjenester, må vurderes i egenregi	Kjøp av helse og omsorgstjenester med	Er i behov av helse og omsorgstjenester og ønsker å kjøpe egen bolig		Er i behov av helse og omsorgstjenester aktuell for å leie kom bolig
36	16	5	30	4	17	16	28	6	15	0	1	1	44	21

Framskrivningen viser at Melhus står overfor en økning i behov for ulike boliger på 92 % fra dagens nivå

Kommunen vil få økt etterspørsel etter helse og omsorgstjenester innenfor brukergruppen mennesker med utviklingshemming/utviklingsforstyrrelser. Økningen er stor og vil vedvare utover til etter 2028 jf. figuren under.



Figur 5-4 Behov for tjenester i bolig, med og uten frafall/flytting mv.

Framskrivningen⁴ tydeliggjør behovet for en enhetlig strategi, som tar hensyn til endringer i behov på kort og lengre sikt.

- ▶ Innen 2019 er behovet for boliger (ulike) forventet å øke til 72 – fra dagens nivå på 49.
- ▶ Fra 2022 viser framskrivningen et behov for inntil 74 kommunale boliger
- ▶ Fra 2026 viser framskrivningen behov for 72 kommunale boliger (reduksjon knyttet til boliger med ambulante tjenester)
- ▶ Fra 2028 vil behovet for kommunale boliger kunne nærme seg 80 – men dette er et høyest usikkert tall

Framskrivningen viser at kommunens planlegging må sikre at kommunen har;

- ▶ Driftsoptimale boliger
- ▶ Ulike typer boliger for ulike brukergrupper, herunder videreutvikle kommunens satsing på ambulante tjenester

Framskrivningen viser at det primært er behov for kommunale boliger, men man bør også sikre at de som ønsker å kjøpe/etablere selv får mulighet til dette.

Dersom prognosene slår til vil behovet for boliger øke med over 92 % fra dagens nivå. Dette kan bli svært krevende for kommunen, både med tanke på økonomi, kapasitet på tjenester, tilstrekkelig kvalifiserte medarbeidere mv.

Mangel på transporttilbud til dag- og aktivitetstilbudet i Melhus kommune bidro til at en bruker flyttet fra foreldrehjemmet og over i bolig med tjenester. (uttalelse fra ansatte i kommunen)

Kommunen har pr. i dag flere voksne brukere som bor hjemme med sine foresatte, og som ønsker dette. En viktig strategi vil være å legge til rette for at de som ønsker å bli boende i «foreldrehjemmet» får fortsette med dette. Dette kan redusere behovet for boliger/eller gjøre at behovet kommer senere. Skal kommunen lykkes med disse strategiene er det helt avgjørende å ha tilstrekkelig kapasitet og riktig dimensjonering av tjenester. Det vil si at kommunen i tillegg til å sikre driftsoptimale «botilbud», må sikre kapasitet og kvalitet på tjenester som:

- ▶ Fritidstilbud for ulike brukergrupper i ulik alder
- ▶ Avlastning for ulike brukergrupper i ulik alder
- ▶ Dag-/arbeidstilbud for ulike brukergrupper i ulik alder

5.6 Oppsummering av utfordringer innen tjenester til mennesker med utviklingshemning/utviklingsforstyrrelser

Etter Agenda Kaupangs vurdering er mange av utfordringene som er belyst i denne rapporten både utfordringer som må sees i sammenheng med dagens organisering og manglende kapasitet i tjenestene. Et mer enhetlig ansvar for helse- og omsorgstjenester for denne målgruppen vil være en viktig forutsetning for imøtekomme mange av utfordringene som er belyst i denne analysen, samt for å sikre nødvendig prioritering, dimensjonering og styring av tjenestene.

Skal kommunen klare å redusere utgiftene sine eller utnytte ressursene bedre vil det være behov for å se tjenestene mer i sammenheng. Videre vil det være nødvendig å gjøre noe med boligstrukturen – hvor målet må være å redusere antall driftsenheter, da særlig enheter som innebærer stor grad av smådriftsulemper. Kommunen har gjort gode grep for å unngå små turnusgrupper ved at ansatte i en turnusgruppe også ivaretar brukere som er i behov av ambulante tjenester. I tillegg

⁴ Inkludert frafall og de som ønsker å eie selv

til å jobbe noe på tvers av enhetene. Gjennomgangen kan tyde på at dette ikke er nok. En følge av at kommunen har mange boliger er blant annet at de benytter i underkant av 19 årsverk på natt. Dette må selvsagt sees i sammenheng med brukerne og deres behov, men kan ikke alene forklare det høye tallet. Dette ble også påpekt i 2014/2015.

Manglende kapasitet ved Melhus arbeidssenter gjør at brukere ikke får det tilbudet de er i behov av/ønsker. For kommunen medfører manglende kapasitet ved Melhus Arbeidssenter at utgifter i boligene øker. Det vil si at manglende kapasitet i en tjeneste (Læring og tilrettelagte tjenester) får økonomiske konsekvenser i en annen tjeneste (Bo og avlastning). Dette er en utfordring Melhus må prioritere å få løst, både med tanke på å sikre brukerne som er i behov av dag- og aktivitets-tilbud et slikt tilbud, men også for å sikre mer kostnadseffektive tjenester.

Gjennomgangen har vist at det gjøres mye bra arbeid i Melhus knyttet til denne brukergruppen. Hovedvekten av ansatte gir uttrykk for at de opplever at man yter gode tjenester. Samtidig har ansatte gjennom intervjuer og workshop pekt på en del utfordringer med dagens tjenestetilbud, organisering mv. Den største utfordringen for Melhus kommune, slik vi ser det, er ikke knyttet til dagens strukturer og tjenester, men den sterke økningen i behov for ulike typer boliger og ulike helse og omsorgstjenester. Økningen er formidabel, og inntreffer om kort tid. I et 12–15 års perspektiv er behovet estimert til å kunne øke med 92 % sammenliknet med dagens behov. Det gjør at kommunen må tenke smart fremover. Tema som: dimensjonering av tjenester (BEON-prinsippet), boligstruktur (kvalitet og effektivitet) og organisering av tjenestene vil være sentrale tema for dette arbeidet.

5.7 Alternative organisasjonsmodeller

Uavhengig av hvilken struktur og modell kommunen velger å ha, er kommunen pålagt å ivareta behov for helse- og omsorgstjenester for alle som er i behov av dette. Dette innebærer at kommunen både må ivareta behov for veiledning, avlastning, støttekontakt, hjemmetjenester og andre hjelpetiltak ut fra konkret vurdering, i samråd med bruker/pårørende.

Som en del av dette oppdraget skal man vurdere alternative måter å organisere tjenestene. I det følgende vil vi presentere tre ulike modeller vi tenker kan være hensiktsmessige måter å organisere tjenestene på. I alle forslagene ligger det inne at oppgaver knyttet til saksbehandling er profesjonalisert og lagt til Forvaltningskontoret (benevnt som Enhet for samordning og tjenestetildeling i modellen). De tre ulike modellene har vært tema på en workshop med ansatte. På workshopen fikk ansatte mulighet til å komme med innspill på fordeler og ulemper med de ulike modellen.

5.7.1 Alternativ 0 – videreføre dagens organisering

Alternativ 0 innebærer at ansvar for tjenestene blir fordelt på flere områder/virksomheter- som i dag:

- ▶ Læring og tilrettelagt arbeid har ansvar for arbeid- og aktivitetstilbud.
- ▶ Bo og avlastning vil ha ansvar for helse- og omsorgstjenester for de som er i behov av tjenester i bolig, avlastning og ambulerende miljøarbeidertjeneste.
- ▶ NAV- har ansvar for støttekontakt, privat avlastning mv.

Fordeler og ulemper ved alternativ 0

Fordeler

- Trygghet og tilhørighet i kjent struktur for ansatte og brukere
- God struktur – samarbeid og dialog mellom boligene og arbeidssenter
- Fast stab – god struktur, oversiktlige virksomheter
- De ansatte er fornøyde
- Positivt for brukerne å skifte miljø – skille mellom bolig og arbeid
- Atskilte arenaer for brukerne
- De ansatte får jobbe der de ønsker
- Personalet følger med over til dagtilbudet i dag
- Atskilte fagmiljøer og organisering
- Arbeidssenteret har store stillinger
- kompetansen inn mot om å få flere brukere ut i ordinære arbeidsplasser (Arbeid med bistand)
- Samarbeid med Flyktningetjenesten og voksenopplæringen

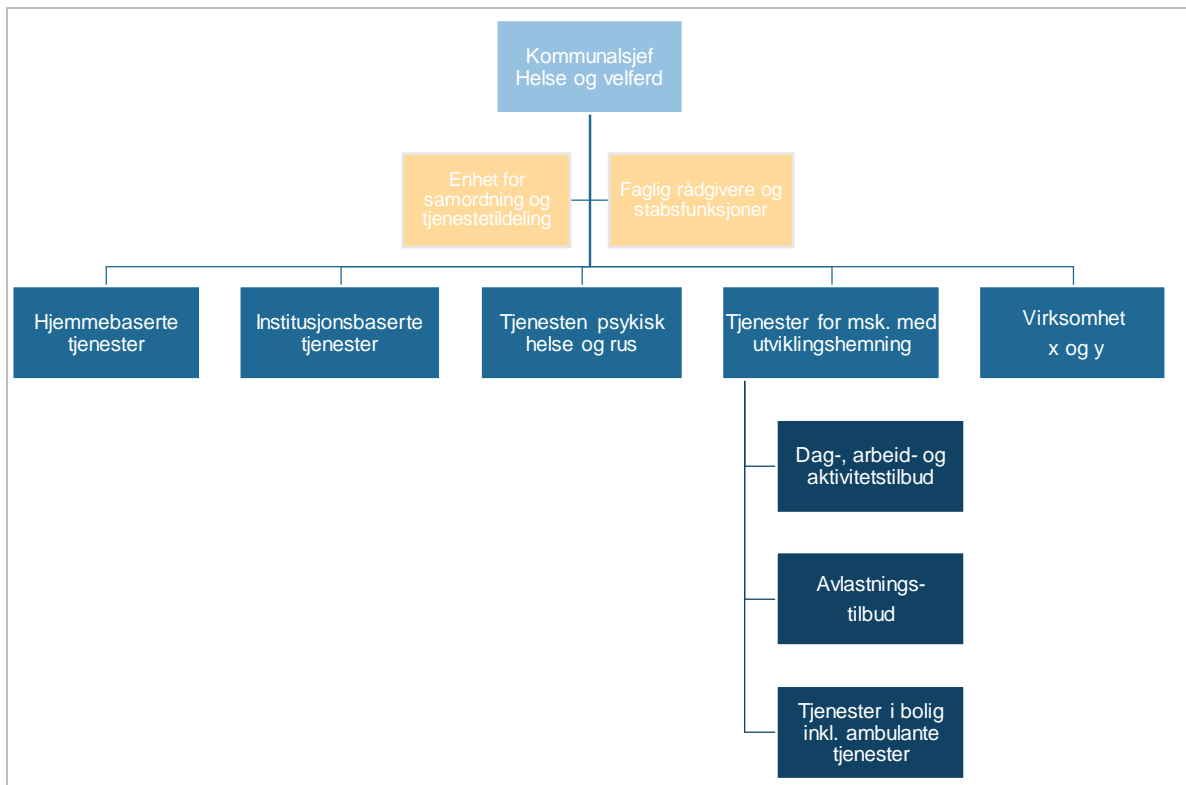
Ulemper

- Mange dører inn til kommunen. Uoversiktlig for brukere, pårørende og ansatte
- Manglende samhandling, lite samarbeid, lite forståelse for hverandres arbeidsplass
- Mye deltidsstillinger på bo- og avlastning
- Dagtilbudet stenger i ferien – mange brukere tåler ikke 4 uker ferie
- Samarbeidsstrukturer kan være vanskelig, ikke nok møtearenaer rundt den enkelte bruker og system
- Ikke optimal ressursutnyttelse – ikke god nok kjennskap til hverandre, bruk av ressursene på tvers fungerer ikke tilfredsstillende
- Vanskeligere med kompetansedeling når man er i to ulike virksomheter
- Mange instanser rundt samme bruker
- Vekst i behov – flere brukere
- Manglende kontinuitet i overgangene for brukerne, mellom tjenestesteder og ansatte
- Utfordrende å klare framtidens behov med dagens organisering
- Ikke stort nok spekter av arbeidstilbud, noen trenger mer fysisk aktivitet enn de får i dag (flere vil kløve ved), samdrift vil kunne øke spekteret, og tilby flere arbeidsarenaer
- Ulike forventninger hos bo- og avlastning og Melhus arbeidssenter på arbeidstreningen

5.7.2 Alternativ 1 – samorganisere alle tjenester til målgruppen i en felles virksomhet i Helse og omsorg

Alternativ 1 innebærer at ansvar for helse- og omsorgstjenestene (støttekontakt, avlastning, dag- og aktivitet, ambulante miljøarbeidertjenester, stedlig bemanning, BPA mv.) for målgruppen (0–100 år) samles i en virksomhet.

En slik modell kan illustreres som under.



Figur 5-5 Eksempel på organisering i alternativ 1

Fordeler og ulemper ved alternativ 1

Fordeler

- En dør inn for brukeren ift tjenester
- Bedre oversikt for alle, 0–100 år, bedre for både ansatte og pårørende
- Like tjenester til alle
- Færre ansatte å forholde seg til for brukerne/pårørende
- Fleksibel bruk av tilbudene (Buen, sanserom)
- Samle tjenester til samme brukergruppe
- Lettere å omdisponere økonomiske midler/ større potensial for god ressursutnyttelse
- Enhetlig ledelse, samme ledergruppe
- Gir rom for en bedre dialog mellom de ulike enhetene/avdelingene (snakke mer og bedre sammen)
- Tettere samarbeid, større potensiale for samarbeid
- Enhet som får et felles ansvar for alle tjenestene
- Bedre økonomistyring
- Kan gi muligheter for et større tjenestespekter, et bedre dagtilbud til flere brukere, de svakeste brukerne vil kunne få et tilbud, kan gi et helårtilbud på Arbeidssenteret som er viktig for flere brukere.
- Stabilitet

Ulemper

- Tjenesten blir en stor virksomhet.
- Tverrfaglighet kan gå utover faglighet
- Stort lederspenn for virksomhetsleder
- Stat i staten – alle tjenester til funksjonshemmede skal leveres fra samme enhet, kan bli for sterke skott mot de andre tjenesteområdene som brukerne er avhengig av
- Stigmatisering (segregering og utfordrer tanken med HVPU?)
- Svekket samarbeidsmuligheter ift arbeid, synergier mot voksenopplæring og flyktningetjenesten
- Arbeidssenteret vil kunne få et svekket fagmiljø

5.7.3 Alternativ 2 – samorganisere tjenester til målgruppen i en felles virksomhet i Helse og omsorg, men skille ut alt dag- og aktivitetstilbudet i kommunen i en felles virksomhet

Alternativ 2 innebærer at ansvar for helse og omsorgstjenester det vil si: støttekontakt, avlastning, BPA, praktisk bistand-opplæring og helsehjelp i hjemmet (stedlig og ambulans) samles i en felles virksomhet. Melhus Arbeidssenter samorganiseres med øvrige dag- og aktivitetstilbud i kommunen i en felles virksomhet

Fordeler og ulemper ved alternativ 2

Fordeler

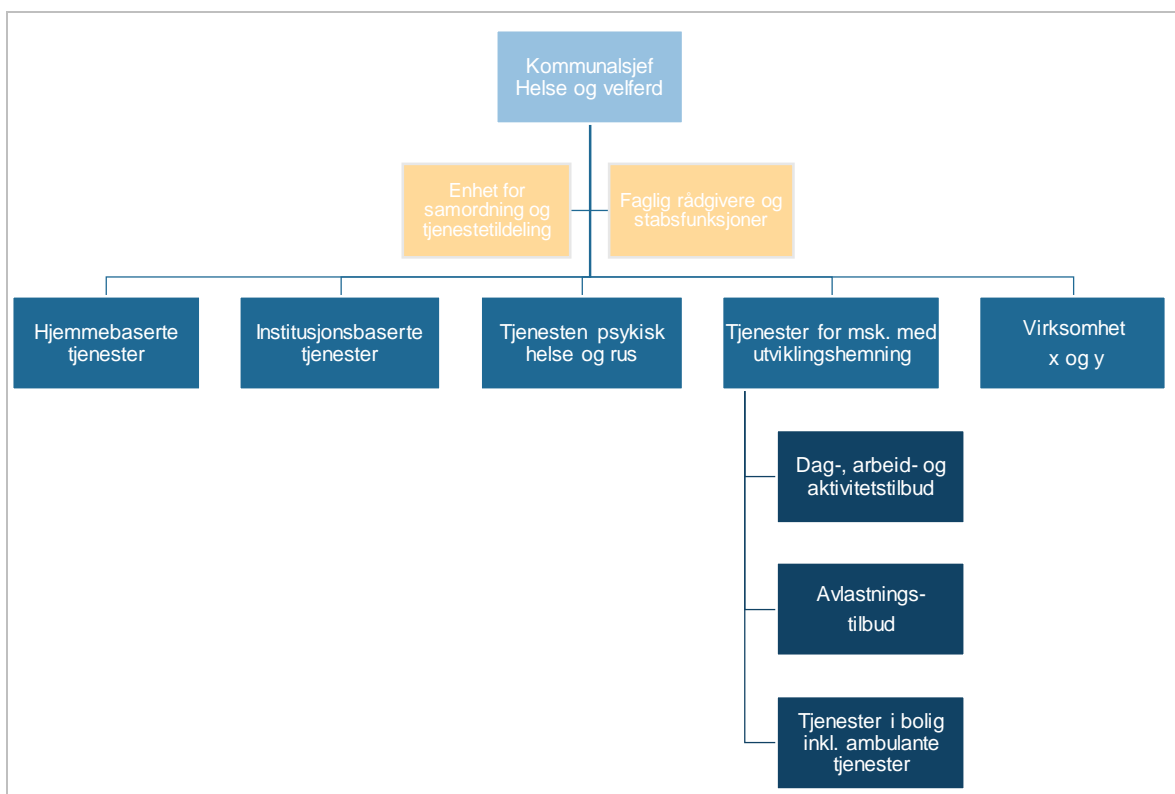
- Dagtilbudene samlet vil kunne gi et større spekter av tilbud for brukerne
- Dagtilbud er et eget fag
- Vil kunne være mer inkluderende for flere innbyggere
- Sansesenteret bør være en del av dette alternativet
- Lettere å bruke ressursene på tvers
- Flere muligheter for kvelds- og helgeåpent, ferier
- Fordel å gi en virksomhet ansvaret for de brukerne som faller utenfor i dag
- Økt samhandling på tvers av brukergrupper

Ulemper

- Kamp om plassene/prioriteringene mellom ulike brukergrupper
- Kan bli vanskeligere med samarbeid bolig – arbeid
- Manglende ressursutnyttelse
- Løser ikke utfordringene med heltid – deltid
- Liten virksomhet innenfor helse- og omsorg – ubalanse ift andre virksomheter
- Krever en ny virksomhetsleder
- Kulturkrasj mellom de ulike brukergruppene?

5.7.4 Agenda Kaupangs anbefaling

Vår anbefaling er at ansvar for tjenester til denne målgruppen samorganiseres i en felles tjeneste (Alternativ 1) under felles Kommunalsjef for Helse og omsorg jf. figuren under.



Figur 5-6 Eksempel på organisering i alternativ 1

Formålet med samorganiseringen er å sikre et mer enhetlig ansvar for tjenestene for en målgruppe som er i behov av langvarige og koordinerte tjenester. Vurderingen er at det er behov for å se helse- og omsorgstjenester til denne brukergruppen mer i sammenheng for å sikre bedre prioritering og effektive tjenester. Før man eventuelt gjør organisatoriske grep som innebærer at ansvaret og ressursene flyttes, må man sikre seg at virksomheten har en organisering som ivaretar behov for ledelse og styring. Gjennomgangen av dagens organisering viser at dette ikke blir ivaretatt godt nok med dagens ressursbruk og organisering. Dersom virksomheten Bo og avlastning får ansvar for flere områder, tjenester, årsverk og ressurser samlet sett må man sikre tilstrekkelige ressurser til ledelse og stab/støttefunksjoner.

Vår anbefaling er at tjenestene samles under Kommunalsjef for Helse og velferd.

Dersom kommunen ikke ønsker å samle alle tjenesteområdene med en gang vil Alternativ 0, det vil si dagens organisering, kunne videreføres. Dette forutsetter at ansvar for saksbehandling og tildeling legges til Forvaltningskontoret. Forvaltningskontoret, sammen med tjenestene vil ha den viktige oppgaven med å sikre god ressursutnyttelse samtidig som behovene for dag- aktivitet og arbeidstilbud blir ivaretatt. I dette ligger det også et ansvar for å sikre behov for mer langsiktig planlegging og dimensjonering av tjenestene (bestilling i stort).

6 Psykisk helse og rus

6.1 Metode og mandat

Melhus kommune er i en omstillingsprosess og ønsker en kartlegging av økonomi og tjenesteorganisering i deler av helse- og omsorgstjenesten for å kunne identifisere effektiviseringspotensialer i dagens ressursbruk og organisering.

Fokuset er ressursbruk og tjenesteorganisering i følgende to virksomheter og tre tjenesteområder:

- ▶ Familie og forebygging - Rus og tiltakstjenesten og Psykisk helsearbeid
- ▶ Hjemmebaserte tjenester – Idrettsveien bofellesskap

Prosjektet skal innhente og sammenstille data for å belyse:

- ▶ Ressursbruk
- ▶ Utviklingen av tjenestetilbudet over tid sammenlignet med andre kommuner
- ▶ Dagens tjenesteorganisering og praksis
- ▶ Organiseringens innvirkning på ressursbruk og tjenestekvalitet i sektoren
- ▶ Alternative måter å organisere tjenestetilbudet på

For å kartlegge dette har vi gjort ulike analyser av tjenesteprofilen, og framskrevet behov for tjenester basert på dagens antall årsverk og plasser ved bruk av prognosene til SSB. Vi har supplert disse analysene med data fra andre offentlig tilgjengelige ressurser, som Kommunebarometeret, folkehelseprofilen fra Folkehelseinstituttet og resultater fra kommunens egne brukerundersøkelser.

I tillegg til kartleggingsintervjuer med aktuelle ledere og befaring på aktuelle tjenestesteder, har vi laget en egen nåsituasjonsbeskrivelse med faktaopplysninger om de ulike enhetene. Denne ligger som et eget vedlegg til denne rapporten, men er unntatt offentligheten på grunn av sensitive brukeropplysninger. Denne beskrivelsen, som er kvalitetssikret av de aktuelle lederne, vil kunne benyttes til videreutvikling av organisasjonen og danne grunnlag for en presis dialog mellom de ulike tjenesteområdene.

Elektroniske spørreundersøkelse til alle aktuelle ansatte

Høsten 2017 gjennomførte vi en stor spørreundersøkelse. Dette for å få en ytterligere bredde i informasjonen. Spørreundersøkelsen ble sendt ut til alle ansatte i de ulike tjenestene og deres samarbeidspartnere, inkludert alle fastlegene. Undersøkelsen ble gjennomført elektronisk ved hjelp av verktøyet Questback, og ligger som helhet i vedlegg til denne rapporten. I tillegg til dette har vi benyttet resultatene fra kommunens egne brukerundersøkelser.

Workshoper for å vurdere ulike organisasjonsmodeller

Det er høsten 2017 gjennomført to workshoper med ledere og tillitsvalgte innen psykisk helse og rustjenestene. På disse workshopene er det presentert foreløpige funn fra analysene og spørreundersøkelsene, samt drøftet ulike forslag til måter å organisere tjenestene på for å møte framtidens behov med styrker og svakheter ved de ulike alternativene.

6.2 Overordnede føringer

Psykiske helseproblemer og rusmiddelproblemer forekommer i alle aldersgrupper og i alle deler av befolkningen. Depresjon og angst er de mest vanlige psykiske lidelsene i den norske befolkningen, og sammen med muskel/skjelettlidelser de viktigste årsakene til helsetap hos kvinner og menn.⁵

En del mennesker klarer å håndtere situasjonen ved egen innsats og med støtte fra familie og nettverk. Andre har behov for hjelp fra det offentlige.

Kommunen har ansvar for at innbyggere som har rusmiddelproblemer og/eller psykiske problemer og lidelser får utredning, diagnostisering, behandling og bistand. Ved behov skal kommunen henvise til spesialisthelsetjenesten. Forebygging, behandling, omsorg og rehabilitering er viktige oppgaver for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.⁶ Helsedirektoratet har utviklet en nasjonal veileder for dette arbeidet, «Sammen om mestring».⁷ Der legges det særlig vekt på at psykisk helse og rus må sees i sammenheng og at brukeren er den viktigste aktøren.

Veilederen skisserer gode bruker- og pasientforløp gjennom 3 ulike hovedforløp som gir noe ulike tiltak og tilnæringsmåter:

- ▶ Hovedforløp 1 omfatter rusmiddelproblemer og psykiske helseproblemer som forventes å være milde og kortvarige
- ▶ Hovedforløp 2 omfatter kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser
- ▶ Hovedforløp 3 omfatter alvorlige og langvarige problemer/lidelser

Veilederen påpeker at det i målgruppen for tjenestene er mange som har vanskeligheter med å oppsøke hjelp. Kommunene må derfor drive aktivt informasjonsarbeid og ha lett tilgjengelige tjenester, ofte i langt større grad enn ved somatiske sykdommer, og tilby et variert utvalg av lavterskeltilbud. Psykologkompetanse bør inngå i kommunens tjenestetilbud. Det bør være brukerstyrte tilbud ambulante og aktivt oppsøkende tjenester. Det påpekes at det innen psykisk helsefeltet og rusfeltet krever en flerfaglig tilnærming.

Pilotprosjektet Rask psykisk helsehjelp ble startet i 2012 for at kommuner skulle tilby befolkningen lavterskeltilbud for angst og depresjon. Det er et kommunalt tjenestetilbud for voksne (over 16 år) med ulike angstproblemer og milde eller moderate problemer med depresjon, eventuelt med søvnproblemer i tillegg. Målet med Rask psykisk helsehjelp er å øke andelen av mennesker med psykiske lidelser som søker og mottar profesjonell hjelp. Hjelpen skal være lett tilgjengelig, gratis og det kreves ikke legehenvisning. Hjelpen gis av tverrfaglige team som inkluderer psykolog.

Rekruttering av flere psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er en av regjeringens satsinger for å styrke kvalitet og kompetanse i det tverrfaglige arbeidet innen psykisk helse og rus, vold- og traumefeltet. Det er etablert en tilskuddsordning for å stimulere kommunene til å knytte til seg psykologer.

Stange kommune har opprettet det de kaller Stangehjelpen, som er et gratis helsetilbud for alle i Stange kommune innen psykisk helse. Det er et lavterskeltilbud uten henvisning, uten venteliste eller vedtak. De som henvender seg får rask hjelp. Tilbudene er både enesamtaler, gruppetilbud og kurs. Senteret er åpent på dagtid.

⁵ <https://www.fhi.no/nyheter/2016/hvilke-sykdommer-betyr-mest-for-nor/>

⁶ <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid#-hva-er-kommunens-ansvar?>

⁷ <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/sammen-om-mestring-veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>

6.3 Dagens organisering

Dagens tjenester innen psykisk helse og rus er fordelt på to ulike virksomheter og rammeområder og på tre ulike enheter i tillegg til den ambulante hjemmesykepleien:

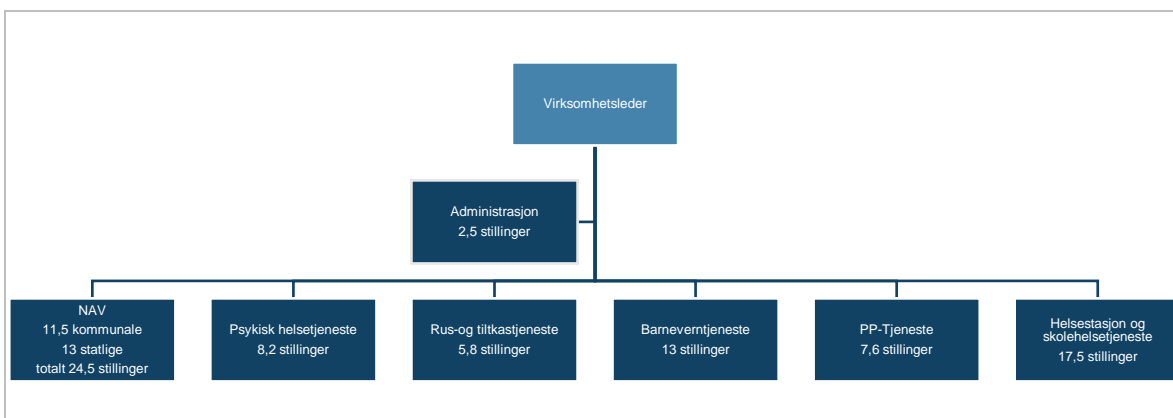
- ▶ Familie og forebygging - Rus og tiltakstjenesten og Psykisk helsearbeid
- ▶ Hjemmebaserte tjenester – Idrettsveien bofellesskap

Nedenfor beskrives de ulike tjenestene og dagens organisering av tjenestetilbudet. En mer detaljert beskrivelse av nåsituasjonen finnes i et eget vedlegg som kan benyttes internt i kommunen.

6.3.1 Familie og forebygging

Virksomheten består av ca.100 årsverk fordelt på 124 ansatte. Prosjektstillinger, delfinansierte stillinger og engasjement er da innregnet.

Virksomheten ledes av en ledergruppe bestående av virksomhetsleder og seks enhetsledere for NAV, psykisk helsetjeneste, rus- og tiltakstjenesten, barneverntjenesten, PP-tjenesten og Helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Enhetslederne har budsjett-, fag- og personalansvar på sine enheter.



Figur 6-1 Dagens organisasjonskart for Familie og forebygging pr. september 2017

Lokalisering og bygningsmessige forhold

Virksomheten er lokalisert i rådhuset og i Pottenveien 2. Bruktbutikken som drives av rus- og tiltakstjenesten holder til i leide lokaler i Pottenveien 1–3. Fra 1.1.18 blir Melhus kommune og virksomheten Familie og forebygging vertskommune for en felles barneverntjeneste for Melhus og Skaun. Virksomhetens tildelte lokaliteter i rådhuset har god standard og er godt egnet, men er allerede i dag maksimalt utnyttet med tanke på tjenestetilbud og målgrupper. Ulike alternativer for å løse det økte behovet for kontorlokaler fra årsskiftet, er for tiden under utredning.

Samarbeidspartnere og samarbeidsarenaer

Virksomheten samarbeider med de fleste kommunale virksomhetene, men Teknisk og Arealforvaltning i minst grad.

Interkommunalt/fylke/stat - samarbeid som berører rapportens aktuelle tjenester er:

- ▶ Krisesenter
- ▶ Legevakt
- ▶ Senter mot incest/overgrep
- ▶ Oppsøkende behandlingsteam - ACT

Sykefravær

Det totale sykefraværet i virksomheten er pr. 01.09.17 på 5,9 %. Korttidsfraværet utgjør 1,5 % av dette og langtidsfraværet utgjør 4,5 %.

Økonomisk status

Budsjett 2016: kr 69 570 104

Regnskap 2016: kr 71 961 374

Hovedårsaker til avvik i 2016: Overforbruk innen barnevern, økonomisk sosialhjelp, kvalifiseringsstønad og støttekontaktvirksomhet.

Budsjett 2017: kr 71 761 076

Regnskap status pr. 1.9.2017: Antatt merforbruk for 2017 på ca. kr 800 000

Hovedårsaker til avvik i 2017: Overforbruk innen barnevern, økonomisk sosialhjelp, kvalifiseringsstønad og støttekontaktvirksomhet.

Rapportering

Psykisk helsetjeneste og Rus- og tiltakstjenesten rapporterer månedlig vedrørende økonomi i Arena. I tillegg rapporteres det tertialt på miljø, sykefravær, ikke økonomiske handlingsmål og brukerstatistikk.

Det er gjennomført brukerundersøkelser både i 2016 og 2017. I 2016 gjennomførte Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling (KBT) undersøkelsen «Bruker spør bruker». Egen rapport er utgitt. Det er etablert et brukerpanel med representanter fra brukere i psykisk helsetjeneste og Idrettsveien som arbeider innovativt med resultatene fra undersøkelsen. I 2017 ble KS' sin brukerundersøkelse brukt. 102 personer svarte på undersøkelsen.

6.3.2 Rus- og tiltakstjenesten

Rusoppfølging er en lovpålagt tjeneste etter Lov om Kommunale Helse- og omsorgstjenester.

Rus- og tiltakstjenesten tilbyr bistand til brukere og pårørende innenfor rusproblematikk. Enheten bistår også våre samarbeidspartnere med kompetanse ved behov. Tjenesten er tilgjengelig på dagtid mellom kl. 08.00–15.30. Enheten har 12,55 årsverk totalt inkludert prosjektstillinger, fordelt på 13 personer. 5,8 årsverk er faste stillinger som lønnes av kommunen i 2016. På bakgrunn av rusopptrappingsplanen er tjenesten tilført en fast stilling i 2017. Dette innebærer at tjenesten pr. i dag har 6,8 årsverk i faste stillinger. I tillegg kommer 6,75 årsverk som er ulike prosjektstillinger med inntil tre års varighet fordelt på åtte personer.

Rus- og tiltakstjenesten holder til ved Pottenvegen 2. Dette er et kommunalt bygg som driftes av tjenesten selv, uavhengig av Bygg og eiendom. Tjenesten har vært i Pottenvegen 2 siden 1996. Tilbakemeldinger fra brukere og samarbeidspartnere er udelt positive, Pottenvegen 2 oppleves som en trygg, ufarlig og inkluderende plass. De ansatte oppleves som lett tilgjengelige for brukere og samarbeidspartnere.

Rus- og tiltakstjenesten har pr. 1. september 2017 hatt 155 brukere, med følgende inndeling

- ▶ Rus-/pårørende arbeid – 75 personer
- ▶ Hasjavvenning - 3 personer
- ▶ Arbeidstrening/ettervern - 19 personer
- ▶ Ungdomsteam prosjektet - 54 ungdommer
- ▶ Språktrening - 4 personer

Tjenestetilbudet

Rus- og tiltakstjenesten tilbyr rusoppfølging og rusomsorg. Tjenesten omfatter forebyggende arbeid, råd og veiledning til enkeltpersoner og pårørende ved rusrelaterte utfordringer. Oppgaver:

- ▶ Motivasjonssamtaler og støttesamtaler, på kontoret eller ved hjemmebesøk (ambulerende)
- ▶ Søke om/henvise til tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og evt. andre kommunale tjenester
- ▶ Samarbeider tett med fastlege, NAV, andre kommunale tjenester (psykisk helsetjenesten, barneverntjenesten, helse- og omsorgstjenester m.fl.)
- ▶ Samarbeider tett med tverrfaglig spesialisert rusbehandling før, under og etter behandling. (St. Olav hospital)
- ▶ Veiledning og oppfølging av pårørende
- ▶ Koordinere i komplekse saker derav IP og delta i ansvarsgrupper
- ▶ Bistå med å etablere lokalbaserte tiltak rundt enkeltbrukere

Arbeidstrening/Ettervern

Rus- og tiltakstjenesten tilbyr sosial/arbeidstrening for personer som har vært i rusbehandling og/eller soning, og som trenger aktivitet og sosialisering for å komme seg tilbake til samfunnet eller arbeidsliv.

Arbeidstrening gis også til de som er uavklart i forhold til arbeidsevne. Dette i tett samarbeid med NAV. En del av brukerne som er på arbeidstrening er deltakere i NAV sitt kvalifiseringsprogram.

Kommunen har følgende arbeidstreningstiltak:

- ▶ Gullkornet Bruktbutikk
- ▶ Utegruppa
- ▶ Intern kantine

Tiltaksdelen av tjenesten består av fire stillinger, hvorav to er faste og to er finansiert gjennom tilskudd for kommunalt rusarbeid.

6.3.3 Psykisk helsetjeneste

Psykisk helsetjeneste er tverrfaglig sammensatt og yter psykisk helsehjelp til barn, unge og voksne.

Formålet med tjenesten er å:

- ▶ Bidra til å gi befolkningen i Melhus kommune et geografisk nært og tilgjengelig tjenestetilbud gjennom rådgivning, veiledning, omsorg, behandling og gruppe/kurs i forhold til psykiske problem eller lidelse
- ▶ Bidra til å utvikle et helhetlig, kvalitetssikret tjenestetilbud for mennesker med psykiske problem eller lidelse i Melhus kommune. Dette innebærer et omfattende tverrfaglig samarbeid både innad i kommunen og med spesialisthelsetjenester
- ▶ Bidra til å utvikle kompetanse hos personell i Melhus kommune i forhold til psykiske problem eller lidelse ut fra en kompetansebasert psykisk helsetjeneste

Psykisk helsetjeneste holder til i FAFO sine lokaler på rådhuset. Lokalene er godt egnet for drift av både individuell behandling, kurstilbud og tverrfaglig møtevirksomhet. Treffstedet som psykisk helsetjeneste drifter holder til i Pottenvegen 2.

Tjenesten er tilgjengelig i tidsrommet kl. 08.00–16.00 alle hverdager. Enheten har 8,7 årsverk og ett årsverk psykolog i en prosjektstilling, se tabellen nedenfor.

Kompetanse/stilling	Årsverk
Leder	1
Psykiatrisk sykepleier (1 av de er også utdannet akupunktør)	2.5
Sosionom m/ videreutdanning i psykisk helsearbeid	1
Ergoterapeut	1
Psykolog (barn)	1
Familieterapeut (barn)	1
Kreftsykepleier	1
Sum årsverk	8.7
Prosjektstilling psykolog	1

Tjenestetilbudet

Tjenester som psykisk helsetjeneste tilbyr omfatter forebyggende arbeide, undervisning, råd og veiledning, behandling og gruppe/kurstilbud. På dagtid utøver psykisk helsetjeneste psykososial førstehjelp ved større kriser og ulykker.

Beskrivelse av brukergruppene

Psykisk helsetjeneste yter tjenester til innbyggere i alderen 6–100 år. Statistikken omfatter brukere i alle 3 hovedforløp.

Antall tjenestemottakere	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Totalt	365	421	450	524	544	554	533
Nye henvisninger	310	307	280	312	344	364	353
Kvinner				207			232
Menn				105			121
> 18 år	63	75	69	85	81		
> 24 år						122	136

Det er pr. 1.9.2017 168 personer som mottar individuelle støttesamtaler og 51 personer som mottar gruppe/kurstilbud.

Samarbeidspartnere

Psykisk helsetjeneste har stort fokus på tverrfaglig samarbeid i sitt psykiske helsearbeid. Internt i kommunen er det samarbeid med øvrige kommunale tjenester både på individ og systemnivå.

Det er over flere år etablert et godt samarbeid med fastlegene og spesialisthelsetjenesten / Tiller DPS. Kunnskapen om hverandres kompetanse og tjenestetilbud er god, og dette har ført til gode avklaringer vedrørende hvor hjelp skal tilbys og hvor det er nødvendig med samtidig tjenester. Alle parter har fokus på nytteverdi og ressursforbruk.

6.3.4 Hjemmebaserte tjenester - Idrettsveien bofellesskap

Tjenester innen rus og psykiatri på kvelder og i helger gis i dag av virksomhet Hjemmebaserte tjenester og er organisert ut i fra Idrettsveien Bofellesskap og personellet som jobber i døgnturnus der.

Tilbudet i Idrettsveien gjelder for hele kommunen, men har den begrensningen pr. i dag at ansatte ikke kan kjøre lengre enn 15 minutter fra boligen for å gi bistand til hjemmeboende brukere på grunn av ressurskrevende brukere i bofellesskapet i Idrettsveien.

Tilbudet i Idrettsveien startet opp i 2008 og gjør at kommunen har redusert behovet for innleggelse i spesialisthelsetjenesten innen psykiatri og rus. Spesielt gjelder dette akuttavdelinger, Østmarka akuttpoliklinikk, St Olavs Hospital.

Bygningsmessige forhold

Idrettsveien bofellesskap ligger rett bak Buen i Lenalia og er en blokk som består av 12 leiligheter, en kriseleilighet, en felles personalbase, et flott og stort uteområde og et nytt treffsted på loftet.

I Idrettsveien bor brukere i kommunen med de største behovene for trygge rammer 24 timer i døgnet, syv dager i uken.

Enheten skriver ikke vedtak på bruk av kriseseng som kan benyttes opptil 3 døgn. Dette er i praksis en brukerstyrt seng og tilsvarer kravet som kommunen har til å opprette et kommunalt akutt døgntilbud som reduserer behovet for innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Sengen brukes av brukere tilknyttet Idrettsveien eller i samarbeid med andre instanser (psykisk helsetjeneste, fastlege, DPS, NAV).

Personalbasen i Idrettsveien betjener i tillegg til de faste beboerne ambulante brukere innenfor en radius av 15 min. fra basen. Ved akutte kriser benytter brukerne krisesengen. Brukere benytter seg av tilbudet og kompetansen i Idrettsveien i ulikt omfang. Personalet i Idrettsveien bistår Hjemmebaserte tjenester i Nedre Melhus ved behov rundt brukere i målgruppa. Dette samarbeidet går begge veier.

Fra 2016 har Idrettsveien i samarbeid med boligteam (Bygg og Eiendom) brukt 2 leiligheter til «avklaringsopphold/trygghetsopphold» det kan være brukere som har behov for tettere oppfølging i en periode eller det kan være at de kommer ut fra spesialisthelsetjenesten med en bestilling på heldøgns omsorg. Her forsøker Idrettsveien å kartlegge hvilket funksjonsnivå og hvilke behov brukere har i en framtidig bosituasjon. Erfaringen så langt er at Idrettsveien raskt etablerer god samhandling med øvrige etater, noe som igjen gir korte forløp.

Brukerne

Idrettsveien har pr. 1. september 2017 47 brukere. Dette er eneste botilbud og 24/7-tilbudet til målgruppen som har psykisk helse- og rusproblemer.

Brukerne er ofte tunge psykosepasienter som er emosjonelt ustabile. Den mest krevende gruppen, er de med rus- og psykiske helseproblemer (ROP-kategorien). Denne gruppen vokser, sannsynligvis fordi de ansatte er blitt bedre på å fange dem opp. Enheten følger opp en LAR pasient sammen med hjemmetjenesten og har oppfølging av medikamenter til fire tunge brukere med ruslidelser.

Fire av brukerne som bor i bofellesskapet i Idrettsveien har vært svært stabile siden tiltaket ble etablert. Alle er tunge psykosepasienter som tidligere har vært inn og ut av Østmarka. Enheten har få reinnleggelse. Denne suksessen skyldes de trygge rammene og god tilgang på personalet. Flere nye brukere flyttet inn som en følge av kapasitetsøkning sommeren 2015. Tilbudet ble utvidet fra rendyrket psykiatri bolig til alt i fra atferdsforstyrrelser, psykoseproblematikk, personlighetsforstyrrelser og/eller ruslidelser. Boligen har pr 01.09.2017 ansvaret for fire ROP-brukere i kommunen hvorav tre av dem bor i boligen. Rundt ROP-brukerne samarbeides det tett med psykisk helsetjeneste og Rus og tiltakstjenesten.

Flere av brukerne er definert som ressurskrevende brukere. De har vedtak på hjemmesykepleie i 168 timer pr. mnd. I tillegg jobber enheten tett med samarbeidspartnere rundt disse brukerne.

Enheten har for tiden tre vedtak om tvang i forhold til medisiner og har stort sett bestandig noen brukere med behov for tvangsvedtak.

Årsverk og bemanningsplan

Enheten har 12,55 årsverk, fordelt på 16 personer som vist i tabellen nedenfor.

Tabell 6-1 Oversikt over årsverkene i Idrettsveien pr. 1. september 2017

Idrettsveien	Årsverk
Enhetsleder, psykiatrisk vernepleier	1
Sykepleier	1,73
Vernepleier	1,5
Hjelpepleiere/helsefagarbeidere	4,81
Ufaglærte	0,96
Barnevernspedagog	0,95
Sosionom	0,15
Sum årsverk	12,55

Enhetsleder skal være 60 % i miljøet på dagtid og bruke 40 % av tiden til administrasjon. Dette oppleves ikke som tilstrekkelig.

Tabellen under viser planlagte oppdrag fordelt på ulike tider av døgnet/uken, samt planlagt bemanning. Om man går med et fast antall ekstravakter skal disse også med i tabellen.

Tabell 6-2 Bemanningsplan for Idrettsveien pr. 1. september 2017

	Ma.	Ti.	On.	To.	Fr.	Lø.	Sø.
Brukere i bolig	12	12	12	12	12	12	12
Ambulante oppdrag dag	7	7	7	7	7	9	9
Dag ansatte totalt	3	3	3	3	3	3	3
Ambulante oppdrag kveld	9	9	9	9	11	11	11
Kveld ansatte totalt	3	3	3	3	3	3	3
Sykepleier kveld	1	1	1	1	1	1	1
Ambulante oppdrag natt	0	0	0	0	0	0	0
Natt ansatte aktiv	1	1	1	1	1	1	1
Natt hvilende	1	1	1	1	1	1	1

Tjenester som Idrettsveien tilbyr:

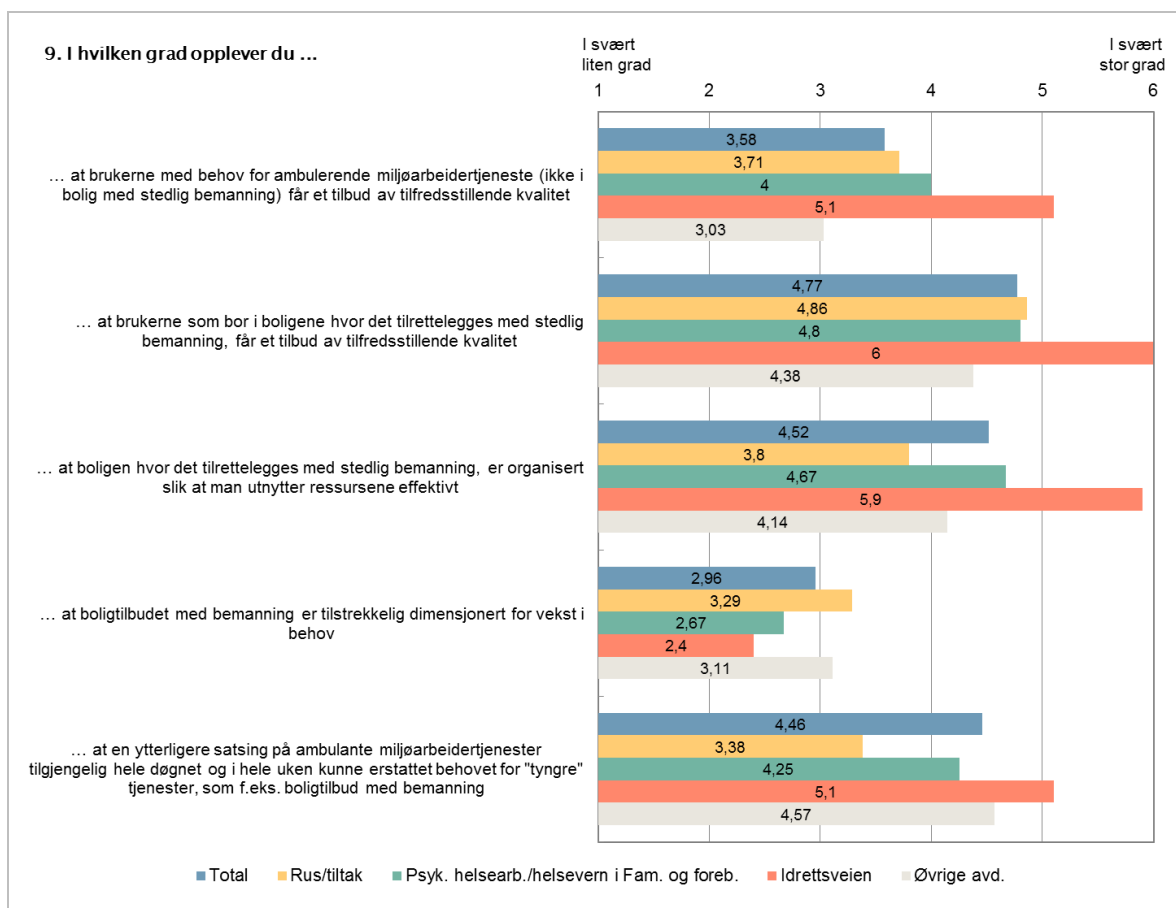
- ▶ Hjemmesykepleie
- ▶ Praktisk bistand
- ▶ Støttesamtaler – primærkontaktsamtaler
- ▶ Boveiledning
- ▶ Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)
- ▶ Ulike aktivitetstilbud i regi av Idrettsveien; Birken, turer, eget fotball-lag mv.
- ▶ Medikamentoppfølging – vedtak om å følge med på sinntilstanden
- ▶ En del behov for fysioterapitjenester
- ▶ Egen dugnadsgruppe som bidrar med livsglede for eldre på Buen omsorgssenter fast 2-3 ganger i måneden og ellers ved behov

Høsten 2017 ferdigstilles loftet i Idrettsveien til et treffsted som vil være åpent for alle innenfor målgruppen.

6.4 Resultater fra spørreundersøkelsen

Som beskrevet tidligere i rapporten, ble det også foretatt en spørreundersøkelse hvor de ansatte i de ulike tjenesteområdene og ansatte i samarbeidende tjenester, inkludert fastlegene og hjemmetjenesten, fikk anledning til å vurdere tjenesten. Dette ble gjort i form av en elektronisk undersøkelse ved bruk av Questback og ligger som helhet i vedlegg til denne rapporten. Spørsmålene ble sendt til 213 personer og besvart av 97 personer, som utgjør en svarprosent på 48 %.

I figuren nedenfor viser vi et eksempel på en av analysene fra spørreundersøkelsen. Her vises det tydelig at boligtilbudet med bemanning ikke er tilstrekkelig dimensjonert for vekst i behov og at en ytterligere satsing på ambulante miljøarbeidertjenester tilgjengelig hele døgnet og i hele uken kunne erstattet behovet for "tyngre" tjenester, som f.eks. boligtilbud med bemanning.



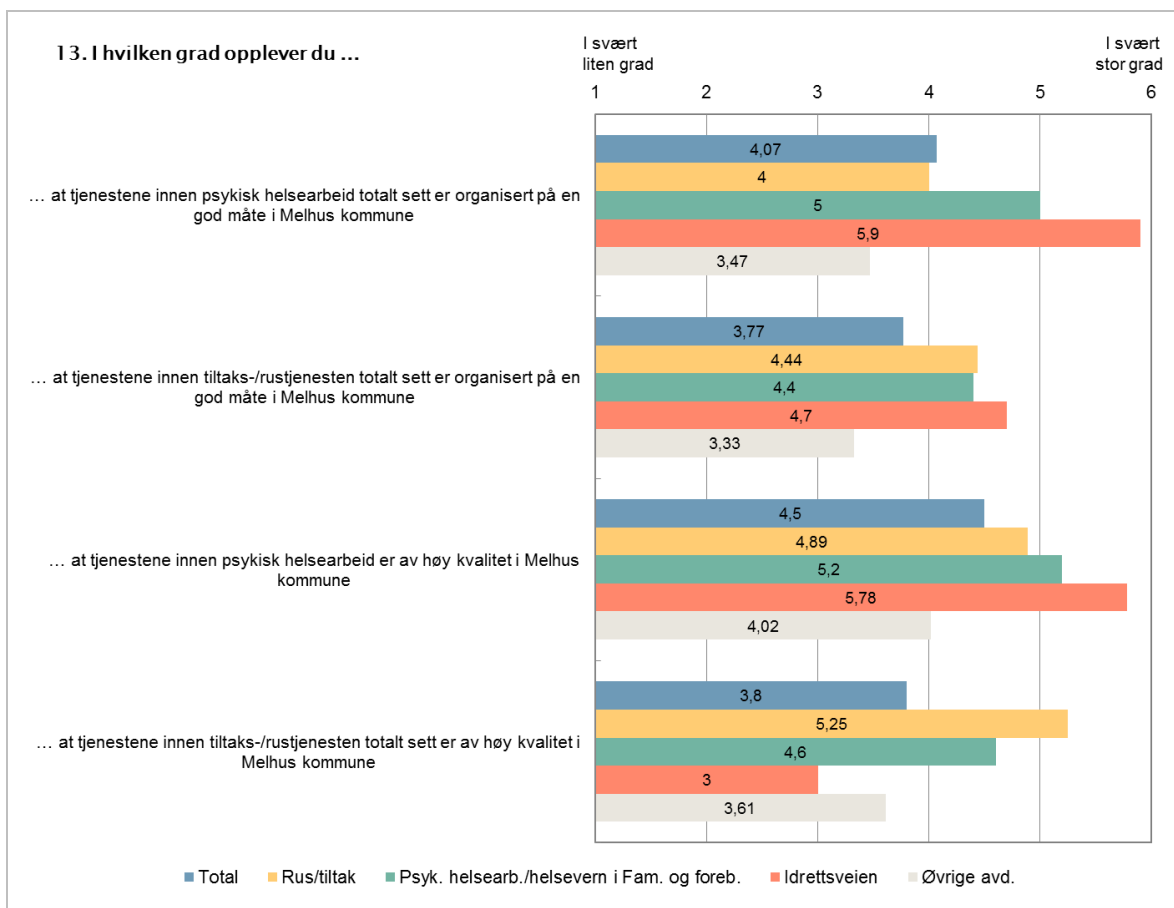
Figur 6-2 Vurdering av tjenestetilbudet innen psykisk helse og rus i Melhus kommune. Resultat fra spørreundersøkelsen til kommunens ansatte og samarbeidspartnere høsten 2017

Andre sentrale funn fra spørreundersøkelsen viser:

- ▶ at kommunen ikke har en god nok telefonberedskap kveld, natt og helg
- ▶ at brukere med behov for dag- og aktivitetstilbud ikke får dette i tilstrekkelig grad
- ▶ at brukere med behov for arbeidstilbud, ikke får dette i tilstrekkelig grad

- ▶ at kommunen ikke har et tilstrekkelig godt lavterskeltilbud for hverken barn og unge eller eldre som er i behov av dette og at det er muligheter for å organisere dette mer hensiktsmessig

I figuren under viser vi at de ulike enhetene som deltok i spørreundersøkelsen scorer hverandre svært ulikt når det gjelder hvordan tjenestene er organisert og om det er høy kvalitet på de ulike tjenestene.



Figur 6-3 Vurdering av kommunens organisering og kvalitet innen psykisk helse og rus i Melhus kommune. Resultat fra spørreundersøkelsen til kommunens ansatte og samarbeidspartnere høsten 2017

6.5 Oppsummering av relevante analyser og utfordringer

Utgiftsnivå, ressursbruk og dimensjonering

Melhus kommune sine utgifter til psykisk helsearbeid og rus ligger i mellomstaket i Agenda Kaupangs database, men det er før korreksjonen for feilføringene mellom helse og pleie og omsorg i KOSTRA 2016. I praksis betyr dette at kommunen benytter betydelig mer enn 6 % av de totale netto driftsutgiftene innen pleie og omsorg til tjenester for mennesker med psykisk helse og rusproblemer. Fordelingen på 6 % av totalen dreier seg nemlig kun om tilbudet i Idrettsveien bofellesskap og er ikke inkludert psykisk helsetjeneste og rus- og tiltakstjenesten. Det blir viktig i det videre utviklingsarbeidet og kvalitetssikre den totale ressursinnsatsen benyttet til brukergruppen. De foreløpige anslagene viser at Melhus kommune bruker betydelig mer ressurser på dette området enn sammenligningskommunene.

Kommunen har også flere brukere enn sammenligningskommunene, både over og under 18 år. Den største andelen brukere får tilbud om forebyggende/psykososialt tilbud. Det er relativt få som får tilbud om arbeid og aktivitet sammenlignet med andre kommuner.

Årsverksinnsatsen er betydelig og inkludert stillingene som i dag er prosjektfinansiert, utgjør dette totalt 34,8 årsverk totalt sett for de tre aktuelle virksomhetene, se tabellen nedenfor

Tabell 6-3 Oversikt over ressursinnsatsen pr. september 2017

Tjenester - enheter	Årsverk 2017
Psykisk helsetjeneste	9,7
Rus og tiltakstjenesten	12,55
Idrettsveien	12,55
Totalt	34,8

Saksbehandling og tildeling av tjenester

Melhus kommune har etablert et eget forvaltningskontor som skal ivareta saksbehandling innen helse og omsorg gradvis fra 1.4.17, med full drift fra 1.1.18. Det er ikke avklart om vedtak innen Familie og forebygging skal overføres til forvaltningskontoret. Pr. i dag ligger vedtaksmyndigheten til virksomhetsleder. Vedtak og tildeling av tjenester gjøres på enhetene i virksomheten.

Psykisk helsetjeneste har ikke innført vedtak på sine tjenester. Rus- og tiltakstjenesten fatter vedtak for personer som mottar rusoppfølging. Vedtak i Idrettsveien skrives av enhetsleder. Dette gjelder helsehjelp i hjemmet, praktisk bistand og vedtak på heldøgns omsorg (168 timer i uken).

Tverrfaglig team møtes annenhver uke ca. 1 time. Dette teamet består av leder for hjemmetjenesten, leder for ergo/fysio, leder psykiatritjenesten og leder for sykehjemsavdelingene og leder for Idrettsveien. Leder for hjemmetjenesten leder møtene, drøfter enkeltbrukere og oppleves som nyttig og gir nye perspektiver.

Hjemmebaserte tjenester får søknad fra fastlege om oppfølging av psykisk helsetjeneste.

Enhetsleder for Idrettsveien og Psykisk helsetjeneste sitter i boligteam Melhus kommune sammen med representanter fra Bygg og eiendom, NAV, Bo og Avlastning, Hjemmetjenestene og flyktningetjenesten ved behov.

Idrettsveien skriver ikke vedtak på bruk av kriseseng som kan benyttes opptil tre døgn. Dette er i praksis en brukerstyrt seng. Senga brukes av brukere tilknyttet Idrettsveien eller i samarbeid med andre instanser (psykisk helsetjeneste, fastlege, DPS, NAV)

Tiltak og tilnæringsmåter til de voksne med psykiske helseplager er delt inn i 3 hovedforløp

- ▶ Hovedforløp 1: Mild og kortvarige problemer
- ▶ Hovedforløp 2: Kortvarig alvorlig problem/lidelse og langvarige milde problemer/lidelser
- ▶ Hovedforløp 3: Alvorlig langvarige problemer/lidelser

Det vil være aktuelt med vedtak på tjenester i hovedforløp 2. og 3. fra 2018. Kurs/gruppetilbud til pasienter i hovedforløp 1. bør i utgangspunktet være lavterskeltilbud uten vedtak. Uavhengig av om det skal være vedtak eller ikke på tjenestene er det viktig for kommunen å sikre en felles dør inn til de kommunale tjenestene med oversikt over alle brukere på de ulike omsorgsnivåene.

Framtidig vekst i behov

Behovet for å gi spesialiserte tjenester innen rus og psykiatri også utenom kontortid er økende. En planlagt økning i Idrettsveiens kapasitet vil forhåpentligvis dekke noe av dette.

Brukergruppen vokser og omsorgsboligene i Lenalia 1 og 2, kan framover prioriteres til denne brukergruppen. Dette vil kunne avhjelpe hjemmetjenesten med krevende brukere i disse leilighetene.

I tabellen nedenfor har vi laget en fremskrivning av antall årsverk i perioden fram til 2040 dersom vi viderefører dagens ressursinnsats. Den forventede befolkningsveksten i de aktuelle aldergruppene, vil gi en jevn utvikling og en samlet vekst på rundt 22 % dersom man legger utviklingen i aldersgruppen 16–66 år til grunn. Den årlige veksten er med andre ord på rundt 1 % enten man regner med utgiftene, eller med ressurser eller brukere. Behovet for antall årsverk vil vokse fra 34,8 til 42,4 årsverk i 2040 med samme ressursinnsats som i dag.

Tabell 6-4 Framskrevet befolkningsutvikling og årsverksvekst 2016–2040. Kilde: Alternativ MMMM til SSB

Aldersgrupper	2016	2018	2020	2024	2028	2034	2040
0-15 år	3 419	3 456	3 522	3 691	3 841	4 020	4 071
16-24 år	1 918	1 937	1 909	1 865	1 890	1 962	2 074
25-30 år	1 139	1 228	1 336	1 352	1 299	1 276	1 305
31-50 år	4 478	4 560	4 597	4 872	5 133	5 525	5 684
51-66 år	2 882	2 973	3 100	3 272	3 453	3 506	3 629
> 67 år	2 260	2 375	2 492	2 737	2 967	3 359	3 780
Totalt	16 096	16 529	16 956	17 789	18 583	19 648	20 543
Totalt 16-66 år	10 417	10 698	10 942	11 361	11 775	12 269	12 692
Årlig forventet vekst fra 2016		103 %	105 %	109 %	113 %	118 %	122 %
Årsverksbehov med dagens praksis	34,8	35,7	36,6	38,0	39,3	41,0	42,4

Samarbeid

Idrettsveien jobber tett sammen med hjemmebaserte tjenester, spesielt i Nedre Melhus. Psykisk helsetjeneste i Melhus kommune har kun åpningstid fra kl. 08-16. Rus- og tiltakstjenesten og psykisk helsetjeneste sitter på to forskjellige steder, psykisk helse på rådhuset og rus i Pottenveien. Godt samarbeid gir mulighet for å rykke ut to på dagtid når det er behov for det.

I 2015 etablerte kommunen ROP-møte med enhetsledere fra Psykisk helsetjeneste, Rus og tiltakstjenesten, NAV og hjemmetjenesten Nedre Melhus. Her gjøres avklaringer og drøftinger rundt de ROP-brukerne som er i Melhus til enhver tid.

Kommunen benytter det distriktspsykiatriske tilbudet (DPS) som ligger på Tiller lite. Bruker poliklinikken, bruker ACT (kommunen har betalt en stilling inn i ACT teamet, brukerne deltar på aktivitetstilbudet), har mestringsplan sammen med DPS til noen av brukerne, men brukerne foretrekker tilbudet i Idrettsveien framfor på DPS, burde derfor spleise om tilbudet i Idrettsveien med DPS. Enkelt å få dialog med DPS. Idrettsveien er invitert til Østmarka for å snakke om tilbudet. Idrettsveien har et samarbeid med akuttposter på Østmarka. Men erfaring viser at det er verre å få til samarbeid med langtidssavdelinger på Østmarka som det kan virke som glemmer samarbeidspartnere helt fram til utskrivningstidspunktet.

Idrettsveien jobber tett med legevakt, akuttmottaket i spesialisthelsetjenesten (AMK) og politiet. I tillegg har enheten egne avtaler med somatikken/spesialisthelsetjenesten om enkeltpersoner, fordi brukere skal ha fastvakt for trygghet for seg selv og de ansatte og for å unngå utagering. Politikontakten er med på husmøter, personalmøter ved behov, felles opplæring og sosiale

arrangementer. Dette har bidratt til et godt forebyggende arbeid rundt gruppa, men og en trygghet når episoder har inntruffet. Dette er med stor sannsynlighet en viktig del av årsaken til høy nærværsprosent i Idrettsveien. Bofellesskapet i Idrettsveien har hatt flere alvorlige volds og trusselsituasjoner, der det å ha direkte kontakt med politikontakten har vært av avgjørende betydning. Politikontakten har bidratt i gjennomgangen av sikringen av boligen.

Ressursstyring

Utfordringen innen psykisk helse er at kommunen i langt større grad har fått og vil få ansvar for å ivareta behov for forebygging, bistand, behandling og oppfølging. For å klare dette er vår anbefaling at Melhus søker å «vri» innsatsen, fra heldøgns omsorg til mer forebygging, og en videre satsing av arbeidet knyttet til ambulante tjenester.

Gjennomgangen har vist at ansvaret for å yte helse- og omsorgstjenester overfor denne målgruppen er fordelt på flere funksjoner/enheter og at dette ikke gir en optimal ressursutnyttelse. Fragmenteringen kan også påvirke kvaliteten på tjenestene som ytes. Gjennomgangen har vist at dagens organisering og praksis medfører utfordringer med å ivareta brukernes helhetlige behov, sikre nødvendig informasjonsflyt, samt ivareta behov for samhandling og samarbeid.

Det faglige innholdet i tjenesten og hvorvidt disse tjenestene er i tråd med Helsedirektoratets veileder, har ikke Agenda Kaupang vurdert.

6.6 Alternative organisasjonsmodeller

En mer helhetlig organisering av tjenestene til psykisk helse og rus i Melhus er nødvendig for å sikre denne målgruppens behov for helse- og omsorgstjenester i framtiden. Vurderingen er at ett av de viktigste forholdene for å få til dette, er et mer målstyrt arbeid i tråd med BEON-prinsippet. Det betyr økt fokus på mestring, forebygging og lavterskeltilbud. Videre at brukere som trenger ambulante tjenester og oppfølging for å kunne bo i eget hjem får dette ved behov hele døgnet. Dag- og arbeidstilbud overfor denne brukergruppen er også viktige tiltak og må inngå i det videre utviklingsarbeidet. Kommunen må samtidig sikre at de som er i behov av mer omfattende tjenester får dette.

Gjennomgangen har vist at dagens organisering hvor tjenestene og brukerne er delt mellom psykisk helsetjeneste, rus- og tiltakstjenesten og ambulante hjemmetjenester og Idrettsveien bofellesskap er lite hensiktsmessig. Vår vurdering er at denne organiseringen ikke medfører kostnadseffektive tjenester. En mer integrert organisering av tjenestene til psykisk helse og til mennesker med rusproblematikk vil trolig forenkle internt samarbeid. Det er alltid en fare for at samling av tjenestene vil medføre en «særomsorg» eller spesialiserte tjenester. Dette tror vi imidlertid kan imøtekommes med en mer enhetlig ledelse fra kommunalsjef og styring av ressursene til tjenestene med en felles organisert saksbehandling og tildeling av tjenester inkludert tildelingsutvalg.

Uavhengig av hvilken struktur og modell kommunen velger å ha, er kommunen pålagt å ivareta behov for helse- og omsorgstjenester for alle som er i behov av dette. Dette innebærer at kommunen både må ivareta behov for veiledning, avlastning, støttekontakt, hjemmetjenester og andre hjelpetiltak ut fra konkret vurdering, i samråd med bruker/pårørende.

Som en del av dette oppdraget skal man vurdere alternative måter å organisere tjenestene. I det følgende vil vi presentere tre ulike modeller vi tenker kan være hensiktsmessige måter å organisere tjenestene på. I alle forslagene ligger det inne at oppgaver knyttet til saksbehandling er profesjonalisert og lagt til Forvaltningskontoret (benevnt som Enhet for samordning og tjenestetildeling i modellen). De tre ulike modellene har vært tema på to workshoper med ledere og

tillitsvalgte. På workshopene fikk ansatte mulighet til å komme med innspill til fordeler og ulemper ved de ulike modellene.

6.6.1 Alternativ 0 – videreføre dagens organisering

Alternativ 0 innebærer at ansvar for tjenestene blir fordelt på flere områder/virksomheter- som i dag, men med enda tettere tverrfaglig samarbeid og at tildeling av tjenester på forløp 2 og 3 skal håndteres av Forvaltningskontoret.

- ▶ Psykisk helsetjeneste
- ▶ Rus- og tiltakstjenesten
- ▶ Idrettsveien bofellesskap i hjemmebasert omsorg med ansvar for boliger med heldøgns bemanning, kommunal øyeblikkelig hjelp døgnopphold til psykisk syke og ambulante brukere i nærheten av boligen
- ▶ Den ambulante hjemmesykepleien har ansvaret for alle brukerne som ikke dekkes av bemanningen på Idrettsveien dersom det oppstår behov på kveld og helg og i høytider
- ▶ Interkommunalt barnevern sammen med Skaun og PPT, NAV, helsestasjon og skolehelsetjenesten er samorganisert med Psykisk helsetjeneste og Rus- og tiltakstjenesten
- ▶ NAV med ansvar for støttekontakt, privat avlastning mv.
- ▶ Bofellesskap for enslige mindreårige (LOTA – læring og tilrettelagte tjenester, flyktning, voksenopplæring)
- ▶ Telefonberedskap (Legevakt og Idrettsveien)
- ▶ ACT (0,7 årsverk sammen med Klæbu, Trondheim – styres via Tiller DPS fram til 20:00)
- ▶ Kriseteam – psykisk helsetjeneste har ansvaret for dette på dagtid, administrativ leder er virksomhetsleder for Familie og forebygging
- ▶ KAD-seng psykisk helse i Idrettsveien (Ruspasienter til KAD-enheten i Trondheim på interkommunalt samarbeid på «Øya» (skille mellom psykisk helse akutt og rus akutt)

Fordeler og ulemper ved alternativ 0

Fordeler

- Kortsiktig mer fornøyde ansatte
- Stabil faggruppe
- Fungerer bra (god score på spørreundersøkelser)
- Gode medarbeiderundersøkelser og brukerundersøkelser – «don` t change a winning team»
- Små enheter gir god oversikt for brukerne som kjenner tilbudet
- Enklere å beholde høy spisskompetanse innenfor de ulike tjenestestedene
- God ressursutnyttelse (6%) 9–10 millioner inn i prosjektmidler

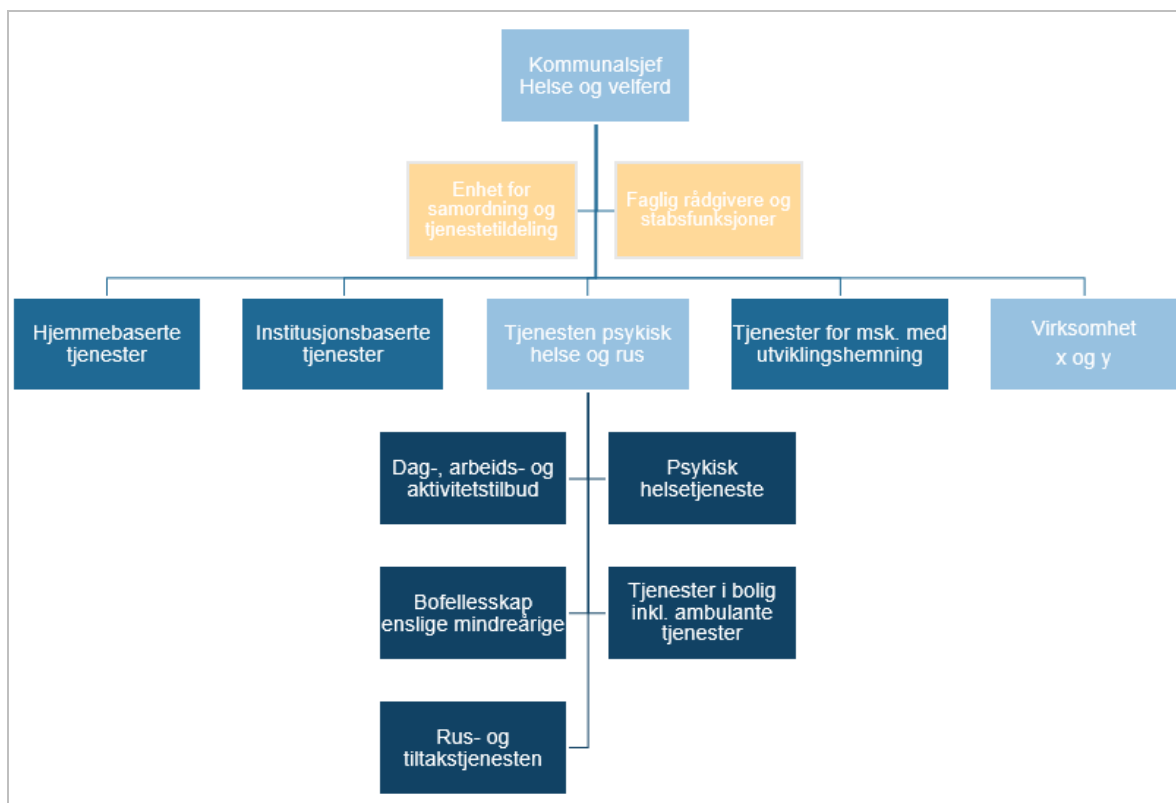
Ulemper

- Ikke en felles dør inn til tjenestetilbudet, framstår forvirrende for spesialisthelsetjenesten og samarbeidspartnere
- Ikke godt nok forberedt på å møte framtidens behov
- Organiseringen i flere enheter gir ikke god nok oversikt
- For mange lignende aktiviteter, flere aktiviteter kan kjøres felles
- For statisk og lite endring («Brukere har gått på Treffstedet siden 1997»)
- Ulikt tilbud på ambulante hjemmetjenester, avhengig av hvor du bor
- Ingen organisatorisk rød tråd for tiltakstjenesten for innbyggerne, for mye fokus på døgnbaserte tjenester
- Kan ende med for dyre tjenester – kan bli «hemmablind» hvis du ikke ser

6.6.2 Alternativ 1 – samorganisere alle tjenester innen psykisk helse og rus i en felles virksomhet i Helse og velferd

Alternativ 1 innebærer at ansvar for helse- og omsorgstjenestene til mennesker med psykisk helse og rusproblemer fra 6–100 år og gjennom hele døgnet blir samlet i en felles virksomhet. Dette vil si lavterskel- og mestringstilbud, dag-, arbeids- og aktivitetstilbud, ambulerende miljøarbeidertjeneste, helsehjelp i hjemmet inkludert tjenester i omsorgsboliger og tilrettelagte boliger til brukergruppen, men ikke inkludert interkommunalt barnevern, NAV, Helsestasjon og PPT. I tillegg har vi valgt å legge bofellesskapet for enslige mindreårige flyktninger til denne virksomheten.

En slik modell kan illustreres som under.



Figur 6-4 Eksempel på organisering i alternativ 1

Fordeler og ulemper ved alternativ 1

- Økt fokus på helhetlig forløp
- Bedre kompetanseoverføring og større tverrfaglig forståelse for hele mennesket
- Økt samhandling og forståelse
- Måloppnåelse 100 år i eget hjem
- Lettere å tenke tidlig innsats for å unngå det mest ressurskrevende nivået
- Mulighet for å dreie flere ressurser til forebyggende innsats
- Styrker faglig vurdering og mer robuste på kompetanse i møte med de mest ressurskrevende brukerne
- Større turnusgruppe
- Mulighet for synergier mellom bofellesskap EM og Idrettsveien og bedre integrering
- Idrettsveien kan betjene flere ambulante brukere og alarmtelefon med økte ressurser
- Bedre strategisk ledelse og møtearenaer
- Vil benytte de samme faglige verktøyene – lettere å bli enige om felles metoder

- Mindre enhet og færre ansatte enn inkludert alle aktørene i «Familiesenteret»
- Mer spissede og avgrensede ansvarsområder med fokus på psykisk helse og rus
- Lettere å samarbeide på tvers for de ansatte i virksomheten

Ulemper

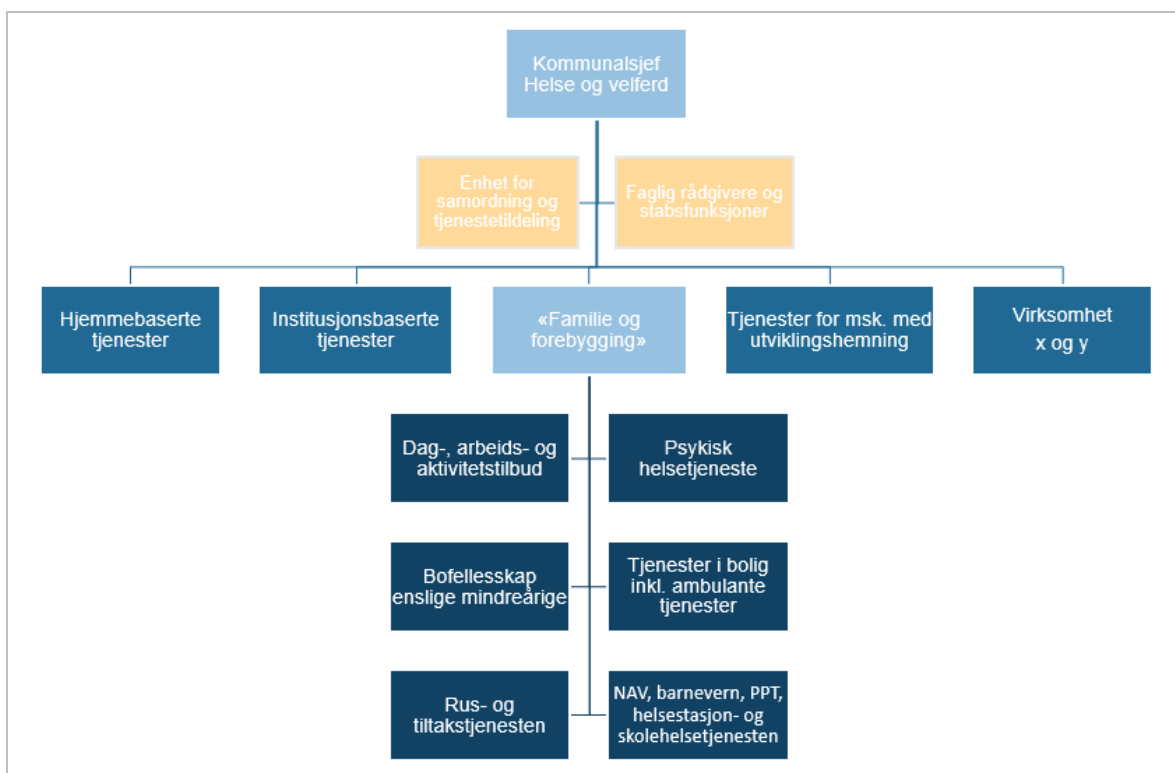
- Familie og forebygging ønsker ikke dette alternativet
- Familiesenteret er i dag samorganisert for tjenester for familier og barn som er tuftet på tverrfaglighet og tidlig innsats
- Kan miste fokus og kraft på tidlig intervensjon og kompetanse på overganger fra barnevern, helsestasjon og skolehelsetjenesten, forebyggende innsats
- Vanskeligere å oppfylle nasjonale veilederne enn dagens «Familiesentermodell» i forhold til å tenke nettverk og pårørendearbeid, barn-pårørende

6.6.3 Alternativ 2 – samorganisere alle tjenester innen psykisk helse og rus inn i dagens virksomhet Familie og forebygging

Alternativ 2 innebærer at ansvar for helse- og omsorgstjenestene til mennesker med psykisk helse og rusproblemer uavhengig av alder og gjennom hele døgnet, samles i en felles virksomhet sammen med dagens aktører i "Familiesenteret" (A-Å tjenester) i Helse og velferd. Dette vil si lavterskel- og mestringstilbud, dag-, arbeids- og aktivitetstilbud, ambulerende miljøarbeidertjeneste, helsehjelp i hjemmet inkludert tjenester i omsorgsboliger og tilrettelagte boliger til brukergruppen. I praksis betyr dette at vi legger Idrettsveien og de ambulante hjemmebaserte døgntjenestene til målgruppen inn i dagens «Familie og forebygging».

I tillegg har vi valgt å legge bofellesskapet for enslige mindreårige flyktninger til denne virksomheten.

En slik modell kan illustreres som under.



Figur 6-5 Eksempel på organisering i alternativ 2

Fordeler og ulemper ved alternativ 2

Fordeler

- Økt fokus på helhetlig forløp
- Bedre kompetanseoverføring og større tverrfaglig forståelse for hele mennesket
- Økt samhandling og forståelse
- Måloppnåelse 100 år i eget hjem
- Lettere å tenke tidlig innsats for å unngå det mest ressurskrevende nivået
- Mulighet for å dreie flere ressurser til forebyggende innsats
- Styrker faglig vurdering og mer robuste på kompetanse i møte med de mest ressurskrevende brukerne
- Større turnusgruppe
- Mulighet for synergier mellom bofellesskap EM og Idrettsveien og bedre integrering
- Idrettsveien kan betjene flere ambulante brukere og alarmtelefon med økte ressurser
- Bedre strategisk ledelse og møtearenaer
- Vil benytte de samme faglige verktøyene – lettere å bli enige om felles metoder

Ulemper

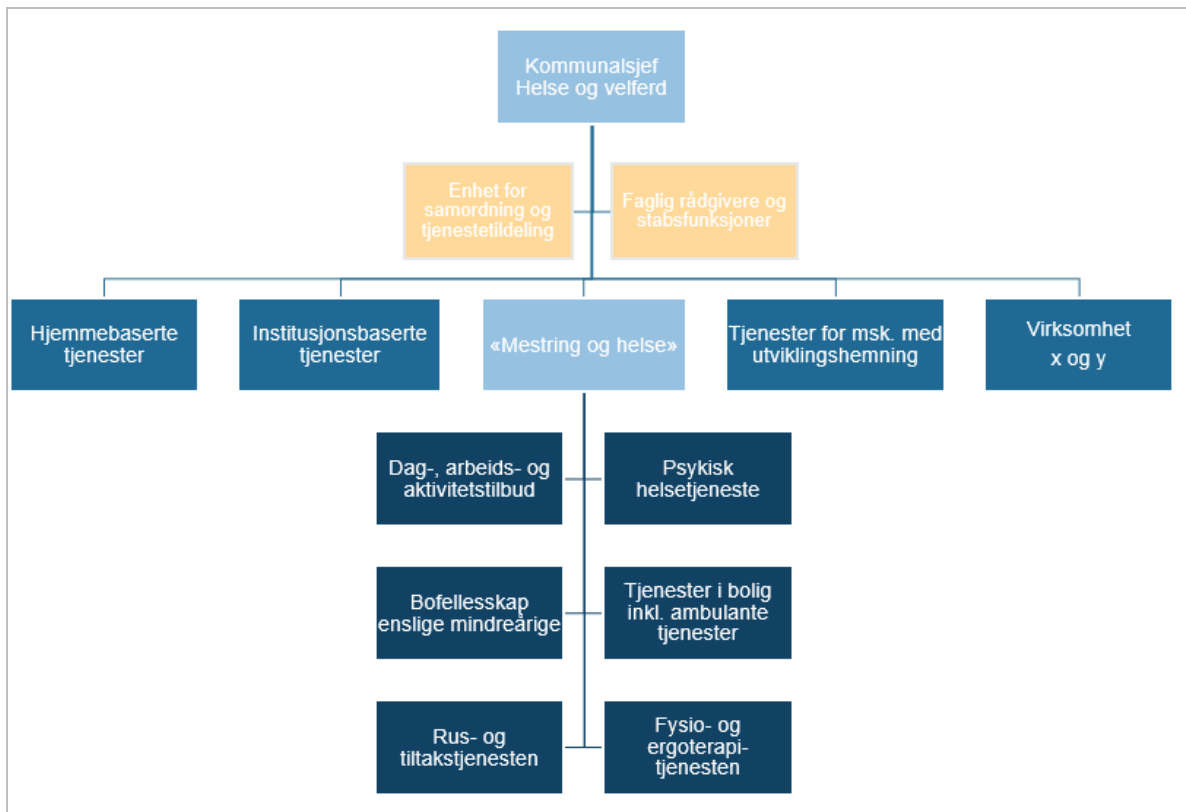
- Kan miste dyktig kvalifiserte medarbeidere med lang ansiennitet dersom de må jobbe turnus
- Størrelsen og mange ulike faggrupper kan virke krevende for det psykososiale arbeidsmiljøet
- Kan bli behov for flere nye møtearenaer
- Krever bedre informasjonsflyt til de ansatte
- At bofellesskapet for enslige mindreårige kan bli en belastning versus en «Sareptas krukke»

6.6.4 Alternativ 3 – samle alle tjenester innen psykisk helse og rus i en ny virksomhet «Mestring og helse» som inkluderer dagens Aktivitet og bevegelse

Alternativ 3 er tilsvarende alternativ 1 inkludert fysio- og ergoterapitjenesten og «Aktivitet og bevegelse». Dette innebærer at ansvar for helse- og omsorgstjenestene til mennesker med psykisk helse og rusproblemer fra 6–100 år, samles i en ny felles virksomhet «Mestring og helse» i Helse og velferd. Dette vil si lavterskel- og mestringstilbud, dag-, arbeids- og aktivitetstilbud, ambulerende miljøarbeidertjeneste, helsehjelp i hjemmet inkludert tjenester i omsorgsboliger og tilrettelagte boliger til brukergruppen. I praksis betyr dette at vi legger Idrettsveien og de ambulante hjemmebaserte døgntjenestene til målgruppen sammen med dagens «Aktivitet og bevegelse».

I tillegg har vi valgt å legge bofellesskapet for enslige mindreårige flyktninger til denne virksomheten.

En slik modell kan illustreres som under.



Figur 6-6 Eksempel på organisering i alternativ 3

Fordeler og ulemper ved alternativ 3 er i stor grad like som for alternativ 1

Fordelene og ulempene ved alternativ 3 er tilsvarende som for alternativ 1 bortsett fra tilleggsdimensjonen som samorganiseringen med fysio- og ergoterapitjenesten skaper.

Fordeler

- Økt fokus på helhetlig forløp
- Bedre kompetanseoverføring og større tverrfaglig forståelse for hele mennesket
- Økt samhandling og forståelse
- Måloppnåelse 100 år i eget hjem
- Lettere å tenke tidlig innsats for å unngå det mest ressurskrevende nivået
- Mulighet for å dreie flere ressurser til forebyggende innsats
- Styrker faglig vurdering og mer robuste på kompetanse i møte med de mest ressurskrevende brukerne
- Større turnusgruppe
- Mulighet for synergier mellom bofelleskap EM og Idrettsveien og bedre integrering
- Idrettsveien kan betjene flere ambulante brukere og alarmtelefon med økte ressurser
- Bedre strategisk ledelse og møtearenaer
- Vil benytte de samme faglige verktøyene – lettere å bli enige om felles metoder
- Mindre enhet og færre ansatte enn inkludert alle aktørene i «Familiesenteret»
- Mer spissede og avgrensede ansvarsområder med fokus på psykisk helse og rus
- Lettere å samarbeide på tvers for de ansatte i virksomheten
- Trenger kunnskapen til fysio og ergoterapeutene for å øke satsingen på mestrings- og frisklivstilbud til målgruppen
- Samarbeider allerede tett på flere arenaer med fysio- og ergoterapitjenesten

- Boveiledningstjenesten kan utvides til flere brukergrupper, helseutfordringer og andre utfordringer
- Økende behov for forebygging inn mot livstilsutfordringer som overvekt, motivasjon for endringsarbeid

Ulemper

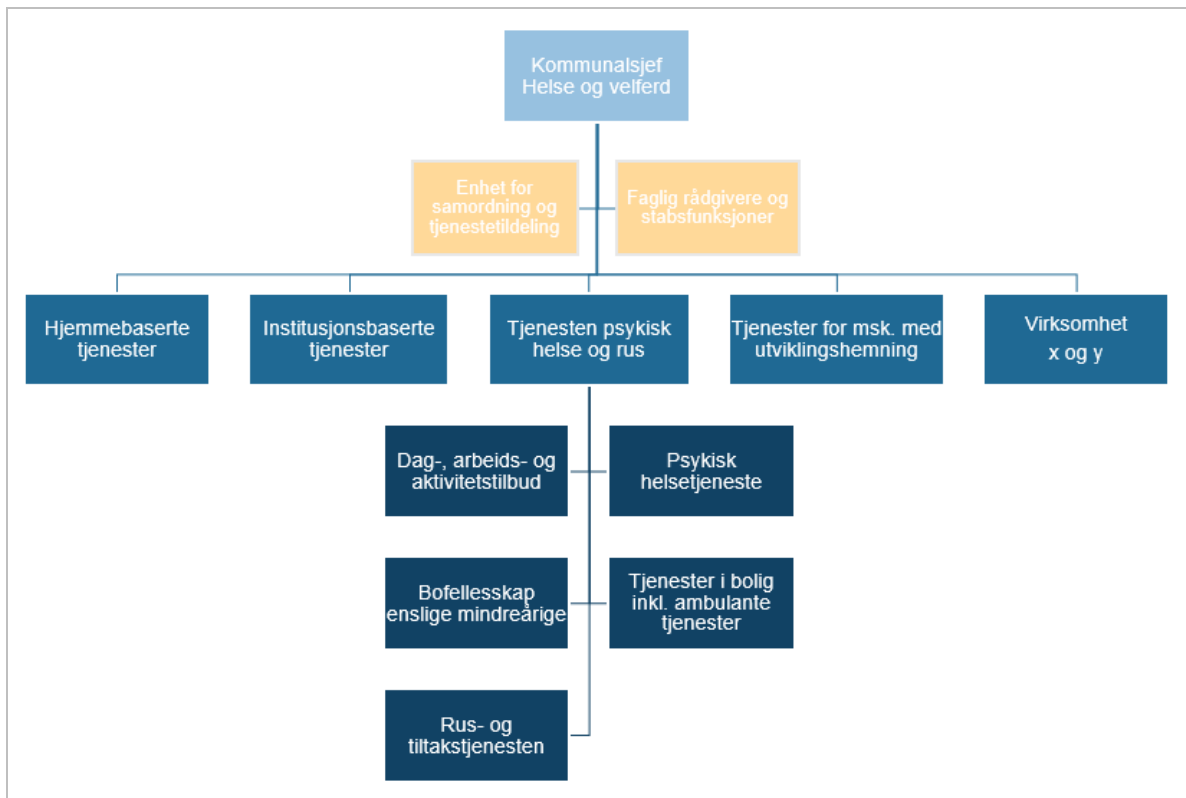
- Enda mer differensiert virksomhet enn i alternativ 1
- Fysio- og ergoterapitjenesten har mange lovpålagte oppgaver, men kan bli i en skvis
- Usikkert om dagens ressurser innen fysio- og ergoterapi er stor nok til å hente ut flere synergier, med spesielt fokus på forebygging
- Skjevfordeling i fokus på mestring og frisklivstilbud til andre målgrupper enn psykisk helse og rus med fysio- og ergoterapitjenesten i samme virksomhet
- Familie og forebygging ønsker ikke dette alternativet uten at hele «Familiesenteret» er inkludert
- Familiesenteret er i dag samorganisert for tjenester for familier og barn som er tuftet på tverrfaglighet og tidlig innsats
- Kan miste fokus og kraft på tidlig intervensjon og kompetanse på overganger fra barnevern, helsestasjon og skolehelsetjenesten, forebyggende innsats
- Vanskeligere å oppfylle nasjonale veilederne enn dagens «Familiesentermodell» i forhold til å tenke nettverk og pårørendearbeid, barn-pårørende

6.6.5 Agenda Kaupangs anbefaling

Vår anbefaling er at ansvar for tjenester til mennesker med psykisk helse og rusproblemer, fra 6–100 år og gjennom hele døgnet, samles i en felles virksomhet under felles Kommunalsjef for Helse og velferd, jf. figuren under (Alternativ 1).

Dette vil si lavterskel- og mestringstilbud, dag-, arbeids- og aktivitetstilbud, ambulerende miljøarbeidertjeneste, helsehjelp i hjemmet inkludert tjenester i omsorgsboliger og tilrettelagte boliger til brukergruppen, men ikke inkludert interkommunalt barnevern, NAV, Helsestasjon og PPT. I tillegg har vi valgt å legge bofellesskapet for enslige mindreårige flyktninger til denne virksomheten.

Vi legger til grunn for våre anbefalinger at familiesentermodellen er en samarbeidsmodell som bør videreføres uavhengig av hvilken organisasjonsmodell som velges.



Figur 6-7 Anbefalt organisering av tjenester innen psykisk helse og rus (alternativ 1)

Ved å samle alle helse- og omsorgstjenestene til mennesker med psykisk helse og rusproblemer fra 6–100 år, i en felles virksomhet, tror vi at den samlede ressursbruken vil kunne benyttes mer effektivt til å møte veksten i behov de nærmeste årene innenfor dagens ressursramme. Målet med denne satsingen må være å unngå at behovet for boliger med heldøgns bemanning vokser slik at hovedparten av ressursene kan gå til tidlig innsats, forebygging og lavterskeltilbud. Vi tror i tillegg at ved å legge bofellesskapet for enslige mindreårige flyktninger til denne virksomheten, vil det være flere gode driftsmessige synergier som vil redusere de totale kostnadene for kommunen.

Før man eventuelt gjør organisatoriske grep som innebærer at ansvaret og ressursene flyttes, må man sikre seg at virksomheten har en organisering som sikrer tilstrekkelige ressurser til ledelse og stab/støttefunksjoner.

7 Aktivitet og bevegelse

7.1 Metode og mandat

Melhus kommune er i en omstillingsprosess og ønsket en kartlegging av økonomi og tjenesteorganisering i deler av helse- og omsorgstjenesten for å kunne identifisere effektiviseringspotensialer i dagens ressursbruk og organisering. Bestillingen gjaldt i første omgang Rus og tiltakstjenesten, Psykisk helsearbeid, Melhus Arbeidssenter samt Bo- og avlastningstjenesten. Som opsjoner ble to andre oppdrag innlemmet i dette prosjektet: Framskrivning av behov for institusjonsplasser og boliger med mulighet for heldøgns omsorg frem mot 2040 og en gjennomgang av Aktivitet og bevegelse, tilsvarende gjennomgangen av de andre nevnte tjenesteområdene.

Mandatet ved kartlegging av Aktivitet og bevegelse var å innhente og sammenstille data fra pålitelige kilder for å belyse følgende:

- ▶ Ressursbruk
- ▶ Utviklingen av tjenestetilbudet over tid sammenlignet med andre kommuner
- ▶ Dagens tjenesteorganisering og praksis
- ▶ Organiseringens innvirkning på ressursbruk og tjenestekvalitet i sektoren
- ▶ Alternative måter å organisere tjenestetilbudet på

Agenda Kaupang har brukt ulike metodiske tilnærminger i dette arbeidet, beskrevet under.

Analyse av tjenesteprofil

Utgangspunktet er KOSTRA-tall for 2016. Denne ble først kvalitetssikret i samarbeid med kommunen og eventuelle feilføringer ble rettet opp. Vi korrigererte så disse regnskapene for ulikheter i behov etter metoden i statsbudsjettet (utgiftsutjevningen i det kommunale inntektssystemet). Det vil si korreksjon for ulikheter i demografi, geografi og sosiale forhold.

I analysen innen aktivitet og bevegelse ser vi på følgende deltjenester/KOSTRA-funksjoner:

- ▶ 241 Diagnose, behandling, rehabilitering
- ▶ 232 Forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- ▶ 233 Annet forebyggende arbeid
- ▶ Vi har også sett på tall hentet inn fra aktuelle pleie og omsorg-funksjoner, som f.eks. dekningsgrad og bruk av korttidsplasser i institusjon
- ▶ Årsverk ulike fagprofesjoner

Vi har supplert analysen med data fra andre offentlig tilgjengelige ressurser som Kommunebarometeret, Folkehelseprofiler, Samdata kommune (Helsedirektoratet) og Statistikkbanken fra Folkehelseinstituttet.

Befaring og samtaler

Vår konsulent har sammen med leder for Aktivitet og bevegelse vært på befaring på Melhus Sansesenter og fysio- og ergoterapitjenestens lokaler på Buen, samt Melhus Fysioterapi.

Det har vært gjennomført kartleggingsintervjuer av ledere og de ansatte i tjenestene, samt representanter for avtalefysioterapeutene. Det ble brukt strukturert intervjuguide kombinert med åpen dialog ut fra aktuell tematikk.

Elektronisk spørreundersøkelse

For å få en ytterligere bredde i informasjonen, gjennomførte vi en spørreundersøkelse blant ansatte i de ulike tjenestene, og deres samarbeidspartnere inkludert fastleger. Undersøkelsen ble gjennomført elektronisk ved hjelp av verktøyet Questback og ligger som helhet i vedleggsdelen til rapporten.

7.2 Dagens organisering

Virksomhet Aktivitet og bevegelse ledes av virksomhetsleder Elisabeth Heggheim og består av følgende tjenester:

- ▶ Ergoterapitjenesten (2,8 årsverk)
- ▶ Fysioterapitjenesten bestående av ansatte (5,3 årsverk) og selvstendig næringsdrivende med avtale med Melhus kommune (5,55 årsverk)
- ▶ Melhus Sansesenter (1,5 årsverk)

I tillegg ligger følgende oppgaver til denne virksomheten:

- Koordinering av bruken av Buen bad
- Adresse for koordinerende enhet for voksne med ansvar for å ha oversikt over brukere med Individuell plan. Denne funksjonen flytter nå 1. oktober til Forvaltningskontoret

Ergoterapi

Ergoterapeutene tilbyr individuell og helhetlig kartlegging og oppfølging, med fokus på aktivitet og deltakelse. Dette innebærer tilrettelegging ved funksjonsnedsettelse og hjelpemiddelformidling. Ergoterapeutene er også kommunens hørselskontakt og synskontakt. De formidler syns- og hørselshjelpemidler og gir oppfølging og opplæring i bruk av disse. Ergoterapeutene tilbyr også forebyggende hjemmebesøk i samarbeid med hjemmetjenesten.

Fysioterapi

Fysioterapeuten har tilbud til barn og unge med sammensatte funksjonshemninger, motorisk usikre eller barn/ungdom med skade i bevegelsesapparatet. Barn med behov for individuell trening (habilitering) får dette i hovedsak ved at fysioterapeut veileder barnets assistenter, pedagoger og foresatte. Det er faste fysioterapidager på Familiesenteret og fysioterapeutene deltar i samarbeidsmøter på Familiesenteret, i *Småbarnsteam* og *Drøftingsteam* og i forebyggende team på skolene. De har også informasjonsgrupper som en del av barselprogrammet i kommunen.

Fysioterapitilbudet til voksne og eldre er fordelt mellom avtalefysioterapeutene (selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter med avtale med kommunen) og kommunalt ansatte fysioterapeuter. Det er 5,55 årsverk avtalefysioterapi, hvorav 4,55 er knyttet til Melhus fysioterapiklinikk, mens 0,5 er lokalisert på Lundamo legesenter og 0,5 på Buen helse- og omsorgssenter. Avtalefysioterapeutene tilbyr behandling/opptrening innen habilitering og rehabilitering, muskel- og skjelettlidelser, opptrening etter hjerneslag, nevrologiske sykdommer, skader og kirurgiske inngrep, smerteproblematikk, lunge- og hjertelidelser, overvekt og livsstilsendring, psykisk helse og lymfødembehandling. De som trenger kurativ fysioterapibehandling i «arbeidsfør» alder (voksne), blir hovedsakelig henvist til avtalefysioterapeutene. Dette gjelder også mange eldre hjemmeboende som er utskrevet fra sykehus etter ortopediske operasjoner. Noen av disse får også tilbud om å delta i en bassenggruppe som supplement til øvrig opptrening.

Kommunens ansatte tilbyr fysioterapi til voksne og eldre som ikke kan benytte privat fysioterapi. Tilbudet innebærer tilrettelegging og opplæring/veiledning/rådgivning, individuell kartlegging, individuell trening og gruppetrening i sal og/eller basseng. Det er til enhver tid balansegruppe/vedlikeholdsgruppe på tre ulike steder i kommunen. Fysioterapeutene har også ansvar for

veiledning og opplæring av frivillige som driver fallforebyggende grupper, etter modell fra NTNU (Sterk og stødig).

Fysioterapeutene og ergoterapeutene har felles fagmøter og opplever seg som en virksomhet. De har kontorplasser på Horg sykehjem og Høllunda helsehus, ellers lokalisert på Buen. Fordeling av brukerne skjer hovedsakelig etter disse distriktene. Alle har både barn og voksne blant sine brukere, og alle har forebyggende og habiliterings/rehabiliteringsoppgaver. Melhus familiesenter har fast en fysioterapeut en dag i uka.

Bruk av basseng

Det er 6 bassenggrupper pr. uke for voksne (10 deltagere i hver gruppe) fra september til juni. Hver deltager fikk i gjennomsnittlig 1,5 behandlingsserie (10 ganger i bassenget) i fjor. Gruppedeltakerne betaler egenandel etter takstplakaten. I «ortopedigruppa» prioriteres de opererte, og i «rygg/bekken – gruppen» prioriteres gravide med bekkenløsning med gangvansker. Det var også egen gruppe for barn på høst/vinter (ca. 12 ganger i bassenget).

Ny ordning med at kommunene skal kreve egenandeler, også for fysioterapeutbehandling utført av ansatte fysioterapeuter, har påført både Aktivitet og bevegelse og Økonomiseksjon mye ekstra arbeid. Man ser etter ny ordning for innkreving, og det planlegges betalingsterminal på Buen fra høsten.

Bassenget leies for øvrig ut, for tiden etter følgende fordeling:

- ▶ Bo- og avlastning i Melhus Kommune bruker 4,5 t pr. uke
- ▶ Barneskoler i Melhus 4 t pr. uke (bl.a. Rosmælen skole med «basen», som er elever med særskilte behov)
- ▶ Melhus videregående skole + Byåsen videregående (tilbud til en elev fra Melhus) 1–2 t pr. uke
- ▶ Melhus Revmatikerforening 5 t pr. uke, og LHL 2 t pr. uke.
- ▶ Private grupper/ familiegrupper har enten tilbud i partall eller oddetallsuker (8–10 grupper hver uke)
- ▶ I tillegg er det tilbud til ansatte i Melhus kommune 1 t pr. uke (organiseres av Personal)

Aktivitet og mestring organiserer også avtaler, leietider etc. når det gjelder bruken bassenget. Det er ingen ansatt badevakt i Buen Bad, alle grupper må ha en godkjent livredder som er ansvarlig for gruppen. Aktivitet og bevegelse organiserer førstehjelpskurs/livredderprøver for ca. 100 personer hvert år, og bruker Gauldal Brann- og redning til gjennomføringen. Det kreves betaling for dette (Tjenesteleder lager oversikt over bruken av bassenget, Bygg og eiendom krever inn).

Melhus Sansesenter

Melhus Sansesenter er et ressurscenter hovedsakelig for spedbarn med foreldre og større barn og ungdommer. Huset har følgende tilbud til kommunens innbyggere:

- ▶ *Barseltreff* som en del av det kommunale barselprogrammet til Helsestasjonen. Tilbud til alle med spedbarn i alderen 8 uker med foresatte. Tema er barnets psykiske helse og sansning. Informasjon, samtale og sansningsopplevelser for baby med foreldre. Dette er et gratis tilbud
- ▶ *Foreldre – barn samspillstilbud* i samarbeid med Melhus Familiesenter (Gratis)
- ▶ Diverse *individuelle tilbud* til personer i alle aldre, med og uten spesielle behov. Målet er å kartlegge personens sansningsbehov som et helsefremmende tiltak, og overføre denne kunnskapen til personens hverdagsarena (hjem, barnehage, skole, bolig, dagtilbud). Gratis for kommunenes innbyggere

- ▶ *Faste ukentlige besøk* i Sansesenteret for enkeltbrukere som har behov for et annet tilbud enn der man stort sett oppholder seg, det være i barnehage, skole, arbeidssenter/dagsenter og lignende. Koster kr 60 pr. person pr. time, og kr 250 for å leie hele senteret
- ▶ *Opplevelsesbesøk* til barnehager og andre. Koster 100 kr pr. barn pr. time. Ledsager er gratis

I tillegg har senteret besøk fra fagpersoner og andre som er interessert i multisensoriske miljø fra store deler av landet. Melhus Sansesenter holder også åpne kurs. Tilbud til personer utenfor kommunen koster inntil kr 380 pr. person pr. time.

Tverrfaglig samarbeid

Fysioterapeutene og ergoterapeutene har et tett tverrfaglig samarbeid og det er opprettet samarbeidsutvalg med avtalefysioterapeutene. Tjenesten har mange samarbeidspartnere: Helse og omsorg, spesialisthelsetjenesten, skoler og barnehager, Familie og forebygging, Bo og avlastning, NAV, Bygg og eiendom, Teknisk etat, kommunale teknikere, LOTA (læring og tilrettelagt arbeid). Det er forebyggingsteam på barneskolene og strukturerte team rundt barn med spesielle behov. Kommunen har etablert system for opprettelse av ansvarsgrupper.

Melhus kommune har etablert et strukturert samarbeid med frivillige innen fallforebygging.

7.3 Planene fremover

Melhus har fått kr 500 000 i skjønnsmidler til prosjekt «Friskliv - mestring», og har valgt å tilsette en ergoterapeut i 50 % stilling fra 1.8.17–1.8.18. I samarbeid med Klæbu kommune skal man etablere/prøve ut Forebyggende hjemmebesøk. Det foreligger planer om å se på andre tiltak innen læring og mestring, bl.a. i forhold til brukermedvirkning.

Kommunen har bestemt at hverdagsrehabilitering skal igangsettes. Målgruppen er de som har hatt et funksjonsfall, men som ikke har behov for spesifikk rehabilitering. Det skal etableres et hverdagsrehabiliteringsteam som skal bestå av 1,5 årsverk, fordelt på fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier. Arbeidet finansieres delvis av eksterne midler og skal gå som et prosjekt ut 2018. Hverdagsmestring skal prege hele den hjemmebaserte tjenesten.

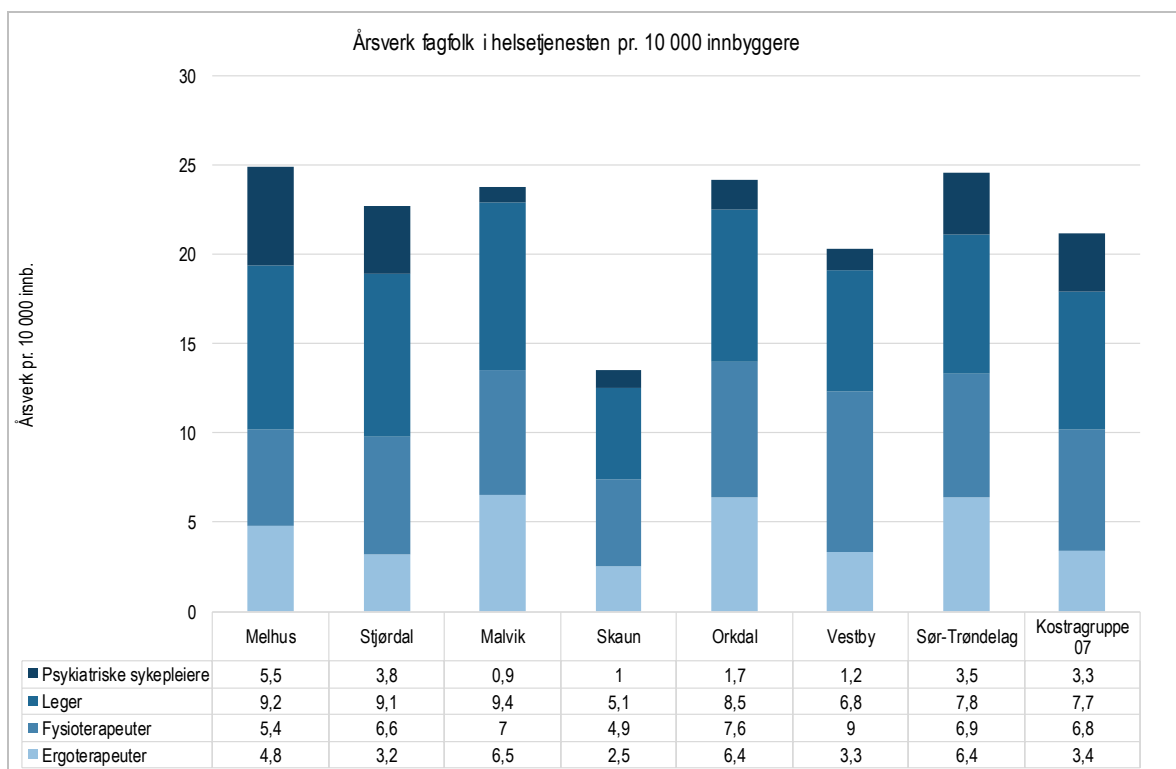
Styringsgruppen for «100 år i eget hjem» har besluttet å legge prosjektet med Hverdagsrehabilitering til virksomhet Aktivitet og bevegelse.

7.4 Oppsummering av relevante analyser

Utgiftsnivå, ressursbruk og dimensjonering

Vi ser av analysene i vedleggsdelen at Melhus bruker i underkant av kr 2 500 pr. innbygger til helseformål. Dette er i det øvre sjiktet i vårt sammenligningsgrunnlag. Diagnose, behandling og rehabilitering er den desidert største utgiften av dette. Melhus har ført i overkant av 5 mill. kr til psykisk helsetjeneste i denne funksjonen. For øvrig dekker denne KOSTRA-funksjonen fysioterapi-tjenestene og ergoterapitjenestene, samt legetjenestene. Totalbudsjettet i tjenestene i Aktivitet og bevegelse er på ca. 7,1 mill. kr. Det er i underkant av kr 450 pr. innbygger. Sansesenteret er registrert i KOSTRA-funksjon 234 Aktivisering og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse. Senteret tar inn ca. kr 210 000 i inntekter og nettoutgiftene til dette tilbudet er estimert til ca. kr 800.000 i 2017 hvorav ca. kr 85 000 er utgifter til utstyr etc. Lokalutgiftene kommer i tillegg til dette.

Melhus har en lavere dekning av fysioterapeuter og muligens også av ergoterapeuter enn sammenlignbare kommuner. Legedekningen i kommunen er i det øvre sjiktet blant sammenligningskommunene.



Figur 7-1 Årsverk leger, fysioterapeuter og ergoterapeuter (antall ergoterapeuter inkludert ergoterapeuter som jobber som miljøarbeidere og ikke er ansatt i aktivitet og bevegelse). Kilde: KOSTRA 2016

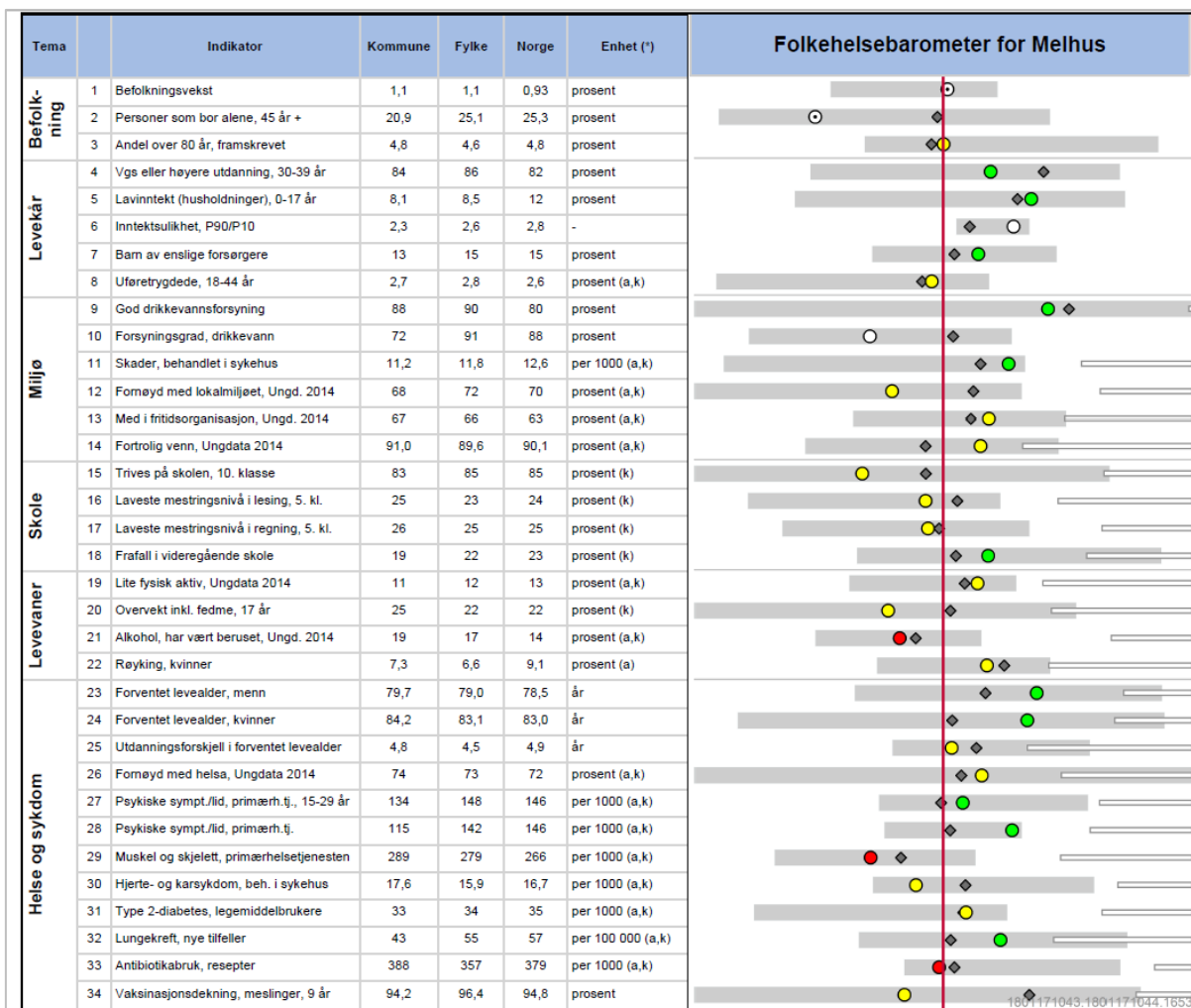
Vi har under beskrivelsen av **Feil! Fant ikke referanse kilden.** sentrale kvalitetsindikatorer i analysevedlegget til rapporten, sett at antall fysioterapitimer pr. uke pr. beboer på sykehjem, er lav både i forhold til KOSTRA-gruppe 7, som Melhus tilhører, og enkelte andre kommuner. Det samme gjelder den dokumenterte legedekningen. Et gjennomsnitt på ca. 20 minutter med lege og fysioterapeut pr. beboer på en uke, er et svært lavt tall. Det vanskeliggjør god opptrening og aktivitetsfokus på institusjonene.

Melhus kommune har ikke registrert et bestemt antall plasser til korttidsplasser, men analysene viser at kommunen i snitt har brukt 11 plasser til formålet i 2016. Det er færre plasser enn i 2011. Analysene viser videre at Melhus kommune har ganske lange korttidsopphold, i gjennomsnitt 20 døgn. Dette kan være et uttrykk for at brukerne som har fått vedtak om korttid, egentlig er i behov av en langtidsplass. Men det kan også være et uttrykk for at den aktive opptreningen mange av disse brukerne skulle hatt, ikke er intensiv nok til å få god effekt raskt.

På Kommunebarometeret rangerer Melhus kommune på 322. plass på helseområdet. Det er særlig innen skolehelse de scorer dårlig, men også innen legedekning og forebygging.

Folkehelseprofil

Folkehelseinstituttet lager hvert år en folkehelseprofil for hver kommune, basert på tilgjengelig data. Figuren under viser Melhus sin profil i 2017. Den røde linjen viser gjennomsnittsverdien i landet som helhet. Grønn verdi betyr at kommunen ligger bedre an enn landet som helhet, rød verdi viser at kommunen ligger signifikant dårligere an enn landet som helhet.



Figur 7-2 Folkeshelseprofil Melhus kommune

Figuren over viser at befolkningen i Melhus har relativt god helse, men utfordringer i forekomst av muskel/skjelettplager samt noen ungdomsutfordringer.

Tjenesteprofil

Brukere som får individuell oppfølging av fysioterapeuter, er barn og voksne/eldre med nedsatt funksjon etter sykdom eller skade. Det var 343 brukere som fikk individuell oppfølging av fysioterapeut i 2016. Det var en liten nedgang fra 2015, sannsynligvis på grunn av strengere registreringspraksis. Av brukerne som fikk individuell oppfølging av fysioterapeut var ca. 60 % mellom 0 og 18 år, mens 28–29 % var over 67 år. Andelen til aldersgruppen 67 og eldre har vært stabil for både fysioterapi og ergoterapi de siste tre år. Den relativt store andelen til barn og unge skyldes fysioterapeutenes tilbud ved helsestasjonene, i form av enkeltkonsultasjoner med råd og veiledning.

Ergoterapeutene tilbyr forebyggende hjemmebesøk sammen med hjemmetjenesten (eget prosjekt). For øvrig er virksomheten rettet mot brukere med nedsatt motorisk eller kognitiv funksjon, eller sansetap. Antall brukere som fikk individuell oppfølging av ergoterapeut i 2016 var 368. Dette er også en liten nedgang fra 2015, med samme forklaring som for fysioterapi. 9–10 % av ergoterapibrukerne var mellom 0 og 18 år, mens 66 % av brukerne var 67 år og over.

Antall brukere sier svært lite om tidsbruken. En bruker er en bruker om det er snakk om en konsultasjon på helsestasjonen, jevnlig oppfølging hele året eller intensiv opptrening.

350 personer får et fysioterapitilbud i grupper. Av disse har 219 hatt tilbud i basseng. Dette er hovedsakelig voksne og eldre.

Melhus Sansesenter yter hovedsakelig helsefremmende tjenester, men har også tilbud på flere nivåer i rehabiliteringspyramiden. For mange brukere er tilbudet i Sansesenteret sekundær forebyggende.

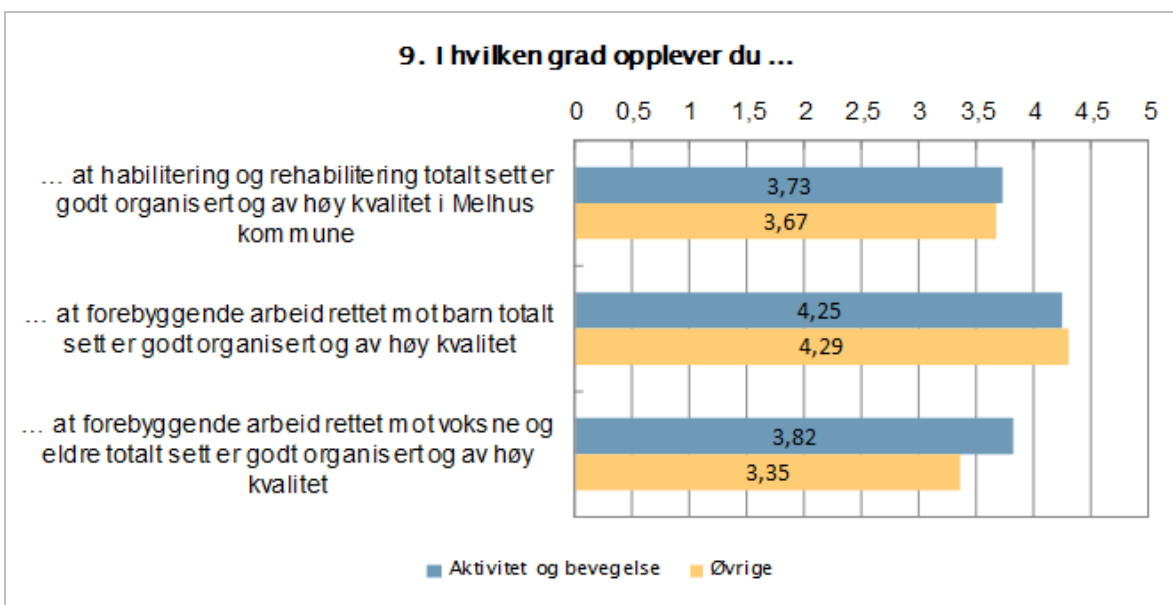
- ▶ Barseltreffet er et tilbud til *alle* som har en baby på rundt 8 uker og er en del av helsestasjonsprogrammet. I 2016 var det 75 barn og 76 foreldre som deltok på barseltreff i Sansesenteret.
- ▶ Som en del av kommunens *forsterkede helsestasjonstilbud*, tilbys foreldre og barn samspillstilbud. Dette gjelder særlig for familier der det er knyttet utfordringer til barnets regulering og samspill med foreldrene.
- ▶ Tilbud som *interessekartlegging og faste besøk* er rettet mot barn med familier/ledsagere og voksne med ulike behov, basert på henvisning fra øvrig helsepersonell eller tjenesteapparat.
- ▶ Opplevelsesbesøk er hovedsakelig benyttet av barnehager i og utenfor Melhus kommune. Utforskning og lek er i fokus, og barna er i alderen 1–3 år. Ca. 2 timer i uka er satt av til dette.

I 2016 mottok 884 personer ulike tilbud ved Melhus Sansesenter og 63 % av brukerne i alderen 0–18 år i tillegg til barselgruppe og opplevelsesbesøk. Senteret hadde 50 kartlegginger, og 67 brukere med faste ukentlige besøk i 2016.

7.5 Resultater fra spørreundersøkelsen

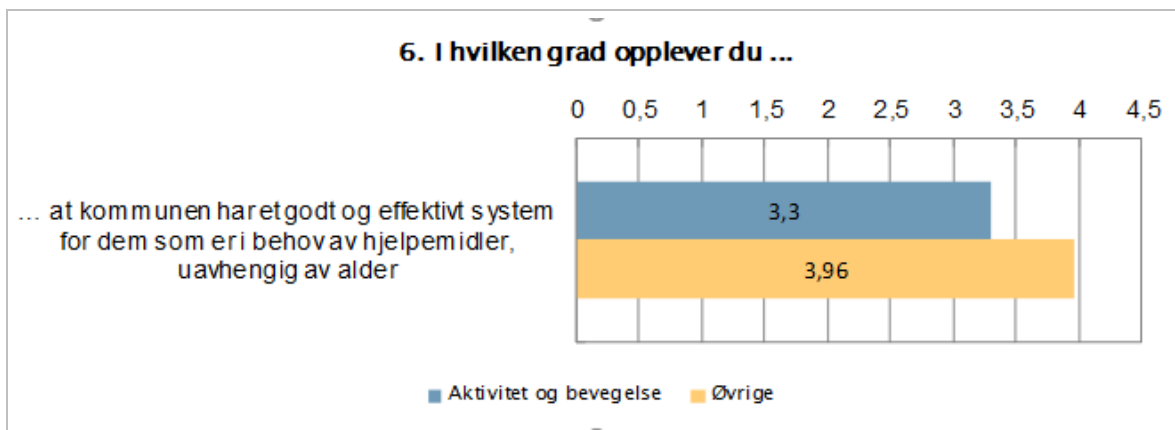
Som beskrevet tidligere i rapporten, ble det også foretatt en spørreundersøkelse hvor de ansatte i tjenesten og ansatte i samarbeidende tjenester fikk anledning til å vurdere tjenesten. Dette ble gjort i form av en elektronisk undersøkelse ved bruk av Questback. Spørsmål om virksomheten aktivitet og bevegelse ble sendt til 60 personer og besvart av 82,8 %.

Hovedfunnet fra undersøkelsen viser forbedringspotensial innen rehabilitering, rapportert både fra fysio- og ergoterapeutene og fra resten av tjenesteapparatet:



Figur 7-3 Vurdering av habiliterings- og rehabiliteringstilbudet i Melhus kommune. Resultat fra questback til kommunens ansatte.

Også hjelpemiddelformidlingen har svakheter. I figuren under ser vi samtidig at de ansatte innen aktivitet og bevegelse vurderer dette som et svakere område enn samarbeidspartnerne.



Figur 7-4 Vurdering av kommunens hjelpemiddelformidling. Resultat fra questbackundersøkelse blant kommunens ansatte

Organisering

Fysioterapeutene, ergoterapeutene og ansatte på Melhus Sansesenter gir uttrykk for at det er godt å være samlet som ett fagmiljø. Det bidrar til at de både utvikler og utfyller hverandre, og tjenesten blir robust ved fravær. Derimot oppleves det utfordrende å få en felles forståelse for viktigheten av aktivitet og bevegelse innenfor pleie og omsorgssektoren. De ansatte og mener derfor det er nødvendig at rehabilitering er tydelig plassert på organisasjonskartet.

De mener det også er utfordrende å holde trykket oppe både på forebyggende arbeid og habilitering/rehabilitering, når alle har ansvar for at begge oppgavene blir ivaretatt. De påpeker også at kommunen har lange avstander. Dette gjør det hensiktsmessig å fordele brukerne seg imellom ut fra hvor de bor, og ikke dele på barn og voksne/eldre, som mange andre kommuner gjør.

Samarbeid

Avtalefysioterapeutene opplever at de er en integrert del av tjenesten, og samarbeidet mellom fysioterapeuter og ergoterapeuter beskrives å fungere svært godt. Det gjør også samarbeidet med frivillige. Derimot oppleves det utfordrende å dra i gang forebyggende tiltak på tvers av tjenesteområder, uten føring «fra toppen».

Samarbeidet med tjenesteutøvere ansatt i andre virksomheter oppleves litt tilfeldig og personavhengig. I hjemmetjenesten er det velvilje og gode intensjoner, men planlagte aktiviteter eller planlagt oppfølging av pasienter blir ikke alltid gjennomført i praksis. Faglig er det ulik kultur mellom pleie og omsorg og fysioterapeuter/ergoterapeuter.

Habilitering og rehabilitering

Samarbeid og reel tverrfaglig innsats rettet mot rehabiliteringsbrukerne, særlig de som bor hjemme, synes svak. I vår kartlegging har det ikke kommet frem store mangler i samarbeidet innen habiliteringsarbeidet rettet mot barn. Både fysioterapeutene og ergoterapeutene jobber hovedsakelig via medhjelpere, og fungerer dermed mest som veiledere. Fysioterapeuten eller ergoterapeuten gjennomfører selv lite trening med barnet. Det samme gjelder for voksne/eldre, og de fleste brukere som bor hjemme får bare ett besøk pr. uke. Under rehabiliteringsopphold på sykehjem opplever terapeutene at brukerne bare unntaksvis får faglig anbefalt dosering på treningen. Det var tidligere egne rehabiliteringsplasser på institusjon, nå er rehabiliteringsbrukerne spredd på alle avdelinger uten at metodikken er implementert.

Kommunen opplever også at det kommer pasienter fra sykehus som må trenes opp før spesialisthelsetjenesten tar de tilbake til et rehabiliteringsopphold.

Det er vedtatt at Melhus skal ha en avklaringsenhet, der brukerens behov skal avklares raskt. Fysio- og ergoterapeuter setter av tid, men har ikke fått styrking av ressurser til dette arbeidet.

Hjelpemidler

Et viktig element i et habilitering- og rehabiliteringsløp, er hjelpemidler. Varige behov dekkes av NAV, mens kommunen er ansvarlig for korttidsutlån. Når en bruker i Melhus har et varig behov for hjelpemidler, fungerer dette stort sett greit ifølge informantene. Ergoterapeuter og fysioterapeuter er ansvarlig for søknadsprosessen og utprøving, og NAV hjelpemiddelsentral kjører ut til kommunen.

Korttidsutlånet derimot fremstår for Agenda Kaupang uklart. Det synes som om ansvaret er svært fragmentert både når det gjelder melding av behov, bestilling, rengjøring og oversikt over kommunens lager. Det er vaktmesterne som kjører hjelpemidlene ut til brukere. Brukere henvender seg ofte til «egen» vaktmester ved behov for utskifting, reparasjon etc. Det er ingen elektronisk lagerføring av hvilke hjelpemidler som er på lager, og fysio- og ergoterapeutene opplever at de fysisk må gå på lageret for å se om et hjelpemiddel er tilgjengelig. De opplever at de bruker uforholdsmessig mye tid på dette, og er «de som redder situasjonen».

7.6 Framskrivning av behov

I kapittel 3 viste vi at Melhus sannsynligvis vil ha en befolkningsøkning for alle aldersgrupper i tiden fremover. Kommunen vil få en sterk vekst for alle de eldste aldersgruppene i perioden frem til 2040, mens det for tiden er gruppen mellom 67 og 79 år som vokser sterkest. Antall eldre over 80 år får en relativt sterk vekst på 2020-tallet, og veksten blir mer enn doblet frem til 2040.

En befolkningsøkning gir økt behov for tjenester.

Barn og unge

Barn og unge i Norge har god helse. Samtidig ser vi en økende grad av livsstils utfordringer blant en del barn og unge i form av økt stillesitting og dårlig kosthold i hverdagslivet. I tillegg erfarer vi at premature barn reddes oftere enn før. Prematuritet gir høyere risiko for funksjonsnedsettelse. Begge deler er trender man har sett noen år. Dette gir press på kommunale tjenester, både forebyggende og helsefremmende tiltak og habilitering.

Voksne med plager man lever med

En annen trend, er en økende andel helseplager i voksen alder som man ikke dør av. Behovet for behandling og opptreningstiltak rettet mot muskel/skjelettplager og lettere psykiske helseplager, vil derfor ikke avta fremover. Sett i forhold til at befolkningsveksten i Melhus for tiden er størst i aldersgruppen 67–79 år, vil behovet for behandling for muskel/skjelettplager øke i nærmeste framtid.

Eldre

Frem til nå har antall år med redusert funksjon i befolkningen holdt seg stabilt på tross av økt antall leveår. Det vil si at vi lever lenger, men vi har også god funksjon lenger. Dette er en trend man er nødt til å opprettholde for å kunne møte et økende antall eldre. Dermed vil godt folkehelsearbeid og forebyggende arbeid til denne aldersgruppen være vesentlig for å ha en bærekraftig tjeneste fremover. Parallelt med dette, har spesialisthelsetjenesten et fokus på tidlig utskrivning, og at mer av rehabiliteringen skal skje i kommunene.

Sett ift. at befolkningsveksten i Melhus er størst i aldersgruppen 67–79 år, vil behovet for godt forebyggende og helsefremmende arbeid for denne aldersgruppen øke. Samtidig vil behovet for rehabiliterende tjenester øke i takt med økende antall eldre. Lykkes man ikke med optimal opptrening, vil det gi et press på omsorgstjenestene som ikke er bærekraftig.

Til sammen gir dette et økt behov for fysio- og ergoterapitjenester i Melhus kommune i årene som kommer.

7.7 Våre vurderinger og anbefalinger

Virksomhet Aktivitet og bevegelse, har som navnet sier, en viktig funksjon i å bidra til at befolkningen får eller opprettholder god funksjon, og er i aktivitet. At personer bosatt i kommunen får varig behov for praktisk bistand og omsorgstjenester, utgjør en stor utgift for kommunen. Og naturlig nok gir større behov dyrere tjenester. Det er derfor vesentlig for en kommune å ha så gode og virkningsfulle tiltak som mulig, for å hindre økt behov for hjelp og omsorgstjenester. Samdata kommune⁸ har satt sammen tall fra mange kilder, og viser blant annet at akutte skader i hofte og lår er den diagnosegruppen som hyppigst resulterer i behov for økt omsorgsnivå.

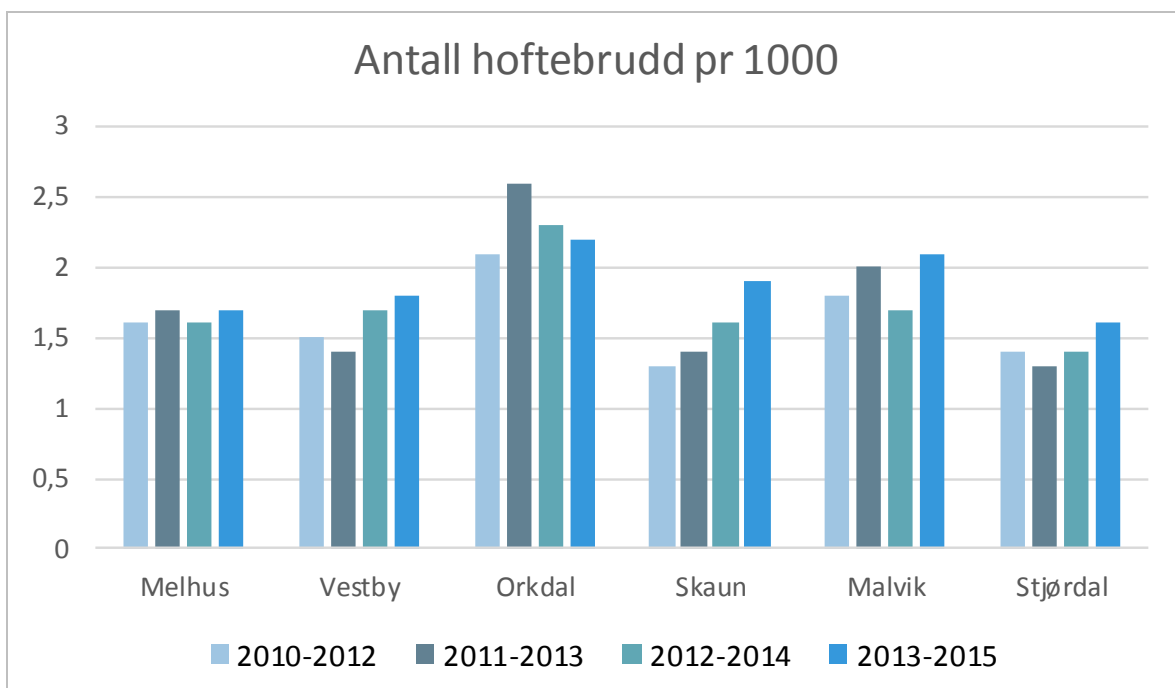
	Tilbake til hjem	Til institusjon	Død
Akutt skade hofte/lår	32	65	3
Lungebetennelse	68	24	8
Sykdommer i nyrer, urinblære og prostata	82	16	2
KOLS	79	16	5
Sykdommer i luftveiene, unntatt lungebetennelse	76	14	9
Sykdommer i muskler og ledd	85	14	0
Andre sykdommer og skader	83	14	3
Kreftsykdommer	82	12	6
Sykdommer i hjerte og blodårer, ekskl. hjerteinfarkt og hjerneslag	83	12	5
Sykdommer i fordøyelsessystemet	85	12	3
Sykdommer i nervesystemet inkl. hjerneslag	90	9	1
Diabetes inkl. komplikasjoner	90	9	0
Hjerteinfarkt og andre smerter i brystkassen	98	2	0
Smerter i buk/bekken	97	2	0

Figur 7-5 Fordeling av tjenester etter utskrivning for ulike diagnoser, for pasienter skrevet inn fra hjemmetjenesten. Prosent av hendelser. Kilde: Samdata kommune, Helsedirektoratet

Rundt 80 % av skader og ulykker hos eldre skyldes fall.⁹ Hvert år behandles i overkant 9 000 personer over 50 år for hoftebrudd, gjennomsnittsalder er 82 år for kvinner og 79 år hos menn. Behandling og rehabilitering av et gjennomsnittlig hoftebrudd koster stat og kommune ca. kr 500 000 det første året. 50–60 % av dette er kommunens utgifter. Etter to år er totalkostnadene mellom kr 800 000 og 1 mill. kr pr. pasient.

⁸ <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1300/Samdata%20kommune%20IS-2575.pdf>

⁹ <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/98/Fallforebygging-i-kommunen-kunnskap-og-anbefalinger-IS-2114.pdf>



Figur 7-6 Antall hoftebrudd pr 1000 innbyggere fra utvalgte kommuner 2010-2015. Kilde: Statistikkbanken, Folkehelseinstituttet

Folkehelseinstituttet tar årlig ut statistikk på blant annet hoftebrudd.¹⁰ Vi ser at Melhus kommune ligger relativt lavt i forhold til flere andre kommuner i området, med 1,7 hoftebrudd pr. 1 000 innbygger i perioden 2013–2015. Dette gir et snitt i underkant av 14 hoftebrudd pr. år i Melhus kommune. Basert på beregningene over har dette gitt kommunen en utgift på over 4 mill. kr årlig siden 2010.

Fallskader er dyrt, samtidig som det er en stor belastning for den det gjelder og dens pårørende. Det gledelige er at fall og fallskader kan forebygges, og balanse- og styrketrening er gode og effektive tiltak.¹¹ Melhus kommune har et tilbud der kunnskapsbaserte tiltak blir iverksatt også ved opplæring av frivillige. Dette er etter modell utviklet ved St. Olav/NTNU.¹² Dette kan være medvirkende til at Melhus ikke har hatt noen økning i hoftebrudd i perioden 2010–2015. Tallene viser samtidig at andre kommuner har færre fallskader, så det er sannsynligvis enda mer å hente på gode tiltak her.

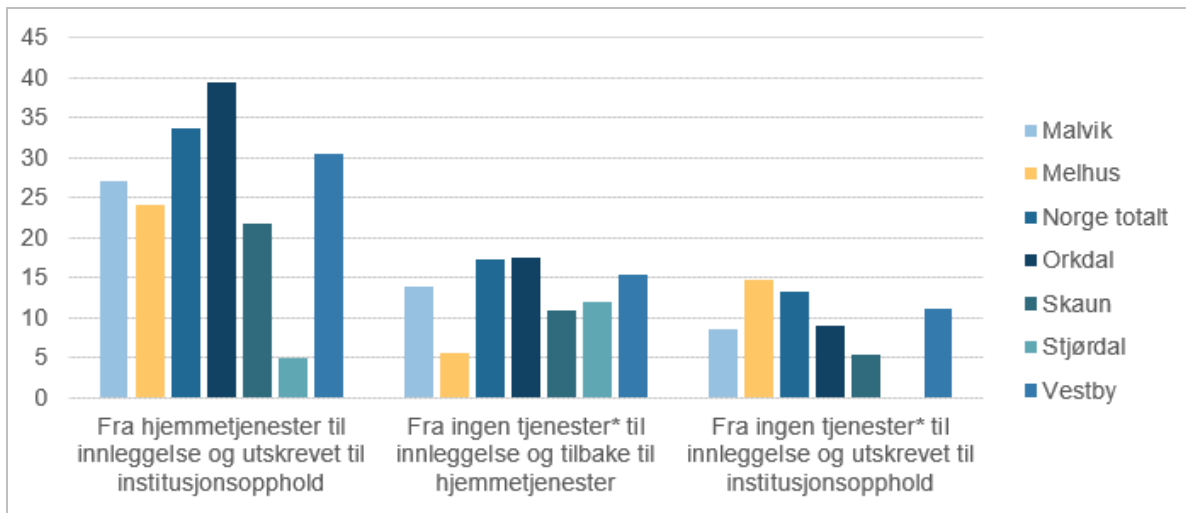
I tillegg til å forebygge hendelser som fører til sykehusinnleggelse, er det viktig for en kommune å bidra til at innbyggere som har hatt behov for spesialisthelsetjeneste, kommer tilbake til så god funksjon som mulig i etterkant. Det er lite data som gir informasjon om dette, men en indikasjon kan være Samdata kommune-rapporteringen.¹³

¹⁰ <http://khs.fhi.no/webview/>

¹¹ <https://www.uptodate.com/contents/falls-prevention-in-community-dwelling-older-persons>

¹² <http://www.norsafety.no/Nyheter/Sterk-og-Stoedig-Treningsgrupper-for-seniorer>

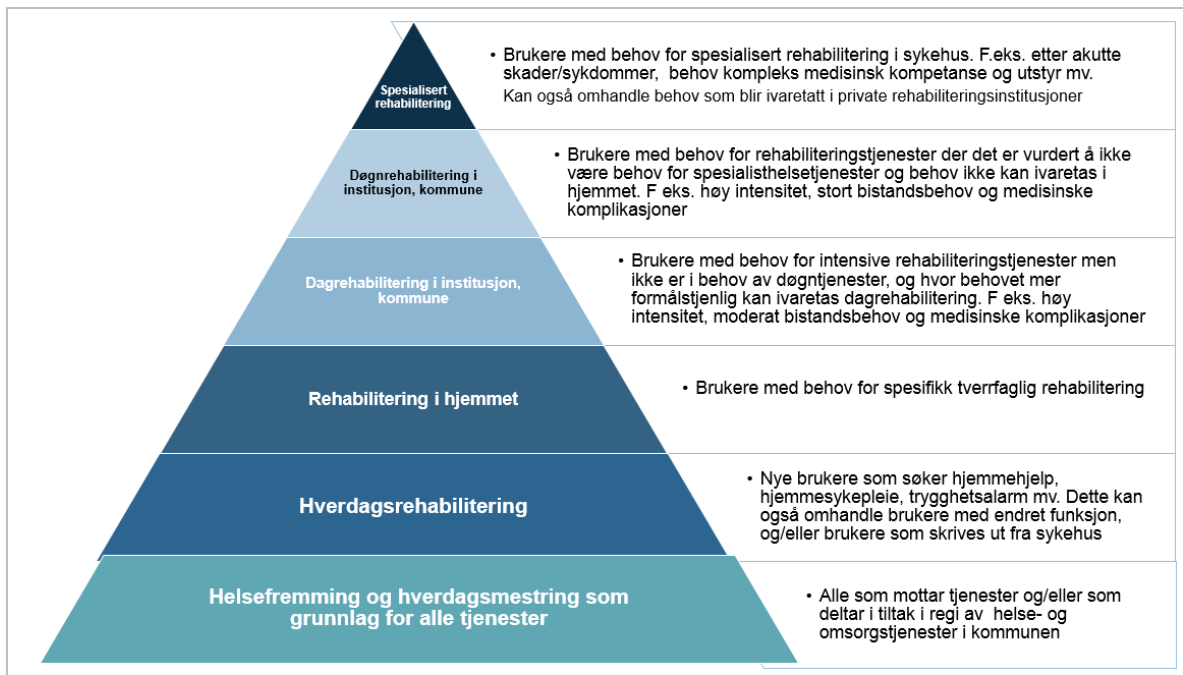
¹³ <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/e51e37c5-6c7f-43a6-a7f7-e72830b594c0?e=false&vo=viewonly>



Figur 7-7 Pasientflyt fra kommunehelsetjeneste til sykehus og tilbake igjen. Antall episoder hos personer over 67 år, pr. 1 000 innbyggere i 2014

Dette er dessverre ikke ferske tall, men de beste som er tilgjengelig. Vi ser av figuren over at Melhus ligger høyest av alle, og over landsgjennomsnittet, i andel personer som kommer inn på sykehus uten noen tjenester og som blir utskrevet til institusjon. Kommunen hadde også ganske mange hjemmetjenestebrukere som ble utskrevet til institusjon etter sykehusopphold. Hvis dette er et kort avklaringsopphold, kan det være hensiktsmessig. Men som vi ser i figur 1-16, i vedlegg kvantitative analyser, ligger pasientene relativt lenge på korttidsplassene. Kombinasjonen av mange utskrevet til sykehjem, og lange korttidsopphold, er grunn til bekymring.

Enhver kommune må tilby nødvendig helsehjelp og omsorg/bistand til sine innbyggere etter innbyggerne sine behov. En kommune må derfor ha tjenester i alle deler av «omsorgstrappa», kombinert med gode og virkningsfulle tjenester som bygger opp under innbyggernes mulighet til å klare seg mest mulig selv. Dette innebærer bistand til funksjonell trening. Treningen må være tilpasset brukere på ulike funksjonsnivå. Det vil si forebyggende trening for innbyggere som ennå ikke har hatt noen funksjonstap, spesifikk trening og målrettede tiltak til personer i risikosoner, og rehabilitering og opptrening på ulike nivå for innbyggere som har opplevd et fall i funksjon.



Figur 7-8 Rehabiliteringspyramiden utviklet av Agenda Kaupang etter modell fra Kristiansand, Pyramiden skal skissere forholdet mellom antall brukere og hvilke rehabiliteringstjenester som benyttes

Figuren over viser hvilke nivåer man må ha i et rehabiliteringstilbud, og antall brukere som har behov for de ulike nivåene. De fleste har nytte av hverdagsmestring, mens noen få har behov for spesialisert rehabilitering. Som grunnmur til denne pyramiden, kan man sette inn helsefremmende tiltak og fallforebyggende tiltak som er rettet mot hele den eldre delen av befolkningen.

De viktigste utfordringene

Ut fra den kunnskapen vi har fått om tjenesten i Melhus kommune, ser det ut til at det er et godt og strukturert tilbud innen forebyggende arbeid. Når det gjelder barn og unge er det en del gruppetilbud for barn med definerte behov. Med unntak av Sansesenteret sitt tilbud, mangler kommunen primærforebyggende tiltak. Det er heller ikke noe tilbud rettet mot overvekt.

Eldre/seniorer i Melhus får tilbud om et strukturert forskningsbasert fallforebyggende arbeid (Sterk og stødig) etter modell fra Trondheim. Tiltaket innebærer et godt og strukturert samarbeid med frivillige. Tallene fra Samdata, presentert over, indikerer at Melhus får noe effekt av dette i form av færre sykehusinnleggelse etter hoftebrudd. Det er også planlagt oppstart av forebyggende hjemmebesøk.

Den kurative fysioterapibehandlingen er forbilledlig godt integrert i den øvrige tjenesten.

Det vi ser på som den største utfordringen i Melhus, er liten kraft i rehabiliteringstilbudet. Det er lite intensitet i opptreningen både når det gjelder barn og voksne. Det tverrfaglige samarbeidet, særlig rundt eldre brukere, synes ikke strukturert og er for personavhengig. Hjelpemiddelformidlingen har et betydelig forbedringspotensial.

Ressursbruk

Vi ser at Melhus har en lav dekning av fysioterapeuter og muligens noe lavt også av ergoterapeuter. Dette fører til at dosering innen rehabilitering/opptrening blir for lav, og det er stor fare for at man ikke oppnår ønsket effekt på brukernes funksjonsnivå. Det er også iverksatt ny satsing, som f.eks. avklaringsopphold, uten at tjenesten har fått økte ressurser til dette. Sansesenteret bruker sine ressurser på mange områder i rehabiliteringspyramiden, men også på betalte tjenester

til innbyggere både i Melhus og andre kommuner. Ressursbruken på sansesenteret bør vurderes med tanke på om hovedvekten av tiltakene legges der gevinsten er størst for kommunenes innbyggere. Det generelle åpne tilbudet er ikke selvfinansierende.

Utviklingen av tjenestetilbudet over tid sammenlignet med andre kommuner

Melhus kommune er blant kommuner som er i front når det gjelder strukturert og kunnskapsbasert fallforebyggende arbeid for eldre, med et godt samarbeid med frivillige. Kommunen har et noe mer tradisjonelt innhold når det gjelder prioritering av barn med spesielle behov versus forebyggende og helsefremmende arbeid for denne aldersgruppen. Vi vil da påpeke at Agenda Kaupang kun har analysert *deler* av det kommunale tjenesteapparatet og har dermed ikke oversikten over det hele det forebyggende og helsefremmende tilbudet i kommunal regi eller det som utføres i frivillig sektor. Vi har derfor ikke kunnskap nok til å gi noen anbefaling rundt prioritering av barn med spesielle behov versus forebyggende og helsefremmende arbeid for denne aldersgruppen.

Dagens tjenesteorganisering og praksis

Det er et forbilledlig samarbeid mellom ansatte og selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter som fører til at avtalefysioterapeutene er en integrert del av tjenesten. Derimot er det et betydelig forbedringspotensial i implementering av rehabiliteringstankesettet i kommunens tjenesteapparat. Vi har i våre analyser ikke avdekket et like betydelig forbedringsbehov innen organiseringen av habiliteringsarbeidet. Derimot kan det stilles spørsmål ved om man oppnår ønsket effekt av de små mengder opptrening både barn og voksne får.

Når det gjelder hjelpemiddelformidling, kan vår gjennomgang tyde på at arbeidet er lite strukturert, tilfeldig og ressurskrevende. Organiseringen fremstår uklar.

Sansesenteret er i dag organisert som en egen og relativt selvstendig del av Aktivitet og bevegelse og disponerer egne lokaler. Prioritering av brukerne gjøres i stor grad av senteret selv. Agenda Kaupang kjenner ikke til andre kommuner som har organisert seg slik. Mange kommuner har likevel lokaliteter tilrettelagt for aktivitet og stimulering av barn. Slike lokaler kan være knyttet til helsestasjonen eller i nærheten av fysio- og ergoterapitjenesten sine kontorplasser. De fleste slike lokaler er i større grad enn sansesenteret, innrettet til aktivitet og utfoldelse. Derimot finnes det ofte lokaler som er lagt opp til sansestimulering knyttet til boliger eller skoler for psykisk utviklingshemmede.

Organiseringens innvirkning på ressursbruk og tjenestekvalitet i sektoren

«Alle gjør alt» organiseringen gir mindre forflytning over store avstander, og gjør det mindre sårbart ved fravær, enn om terapeutene spesialiserte seg innen ulike deler av fagområdet. Det er likevel slik at dette kan gi konsekvenser for faglig innhold, da alle forblir generalister.

Rehabiliteringspasienter i alle sykehjemsavdelinger gir faglig redusert kvalitet og unødvendig forflytning for fysioterapeuter og ergoterapeuter. Forskning tilsier at institusjonsbasert rehabilitering samlet ett sted med dedikerte pleiere og med aktiv og god tilstedeværelse av fysioterapeuter og ergoterapeuter vil gi en bedre effekt av rehabiliteringen. Dette grepet er Melhus i ferd med å ta, og vi anbefaler at dette gjennomføres.

Brukerne av sansesenteret er både friske barn og deres foreldre, barn som trenger noe ekstra stimulering og funksjonshemmede med sterkt nedsatt funksjon. Dette medfører at sansesenterets aktiviteter kan sees både som en del av helsestasjonen/familiesenterets tilbud og det kan sees i sammenheng med aktiviteten innen Tjenesten for mennesker med utviklingshemning. Samtidig kan ingen av disse tjenestene per i dag beslutte prioriteringer og aktivitet på senteret, siden det organisatorisk er plassert i Aktivitet og bevegelse. Agenda Kaupang anbefaler at kommunen ser spesielt på sansesenterets organisatoriske plassering. Aktuelle alternative plasseringer kan være

som en del av Familiesenteret, eller som en del av Tjenesten for mennesker med utviklingshemning. Organisatorisk plassering kan ha innvirkning på innretningen på tjenesten.

Agenda Kaupang har ikke vurdert alternative lokaliseringer av virksomheten da vi ikke har kunnskap om lokalene knyttet til Familiesenteret.

7.8 Alternative organisasjonsmodeller

Som en del av oppdraget, ønsket Melhus kommune at Agenda Kaupang skulle komme med forslag til alternative måter å organisere tjenesten på. Dette for å få mest mulig effekt, og ivareta innbyggernes behov på en best mulig måte framover. Ulike forslag når det gjelder virksomhet Aktivitet og bevegelse, vil nødvendigvis gi konsekvenser for de andre virksomhetene. I dette kapitlet diskuterer vi likevel kun organisering ut fra nåværende tjenester i Aktivitet og bevegelse.

I anbefalingene legger vi til grunn at kommunene må fortsette og eventuelt videreutvikle det helsefremmende og forebyggende arbeidet, samt fylle hele rehabiliteringspyramiden. Dette er helt nødvendig for å unngå en for stor belastning på omsorgstjenestene fremover.

Det er videre behov for å styrke habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet. Rehabilitering er å bidra til at brukeren opprettholder eller forbedrer sitt funksjonsnivå. Det innebærer reell trening/opptrening av funksjoner, men også tilrettelegging, god ernæring, sosial trening, hverdagsaktiviteter og mv. Det er derfor nødvendig at hele støtteapparatet rundt brukeren jobber sammen med brukeren for at vedkommende skal nå sine mål. Det er vesentlig at brukeren opplever et enhetlig støtteapparat. Vår kartlegging i Melhus indikerer at det reelle tverrfaglige innsatsen har betydelig forbedringspotensial.

Vi legger også til grunn at selve opptreningen som brukeren får, doseres slik at brukeren oppnår effekt. Trening en dag i uka har en marginal effekt. De fleste vil trenge daglig trening i en aktiv opptreningsfase, noen kanskje flere ganger om dagen. Skal man kunne oppnå dette i Melhus, må fysioterapi- og ergoterapiårverkene styrkes. Dette er nødvendig, uavhengig av valg av organisasjonsmodell.

Vi anbefaler også at man organiserer tjenestene slik at tilbudene ikke blir for sårbare ved sykefravær, ferie, vakanser etc. Konsekvensen for Melhus sin del må være å ikke splitte fysioterapi- og ergoterapiårverkene. De bør være i samme enhet slik at terapeutene enkelt kan vikariere for hverandre ved behov.

Fysio- og ergoterapeutene jobber alle med et stort faglig spenn: hver terapeut har både forebyggende/helsefremmende arbeidsoppgaver og habiliterings/rehabiliteringsarbeid, og målgruppene er både barn og voksne. Tjenesten kan med fordel diskutere om fysioterapeuter og ergoterapeuter kan fordele oppgavene seg imellom basert på aldersgrupper slik mange andre kommuner velger å gjøre.

Melhus kommune må få et godt og effektivt system for korttidsutlån av hjelpemidler. Personell med ansvar for dette bør organiseres sammen med fysioterapeutene og ergoterapeutene. Vi anbefaler også at man innfører en registrering av brukeres funksjonsnivå før, under og etter en aktiv opptreningsfase. Dette for å kunne måle effekten av rehabiliteringen kommunen tilbyr. Et slikt verktøy er tilgjengelig via KS nettverk for hverdagsrehabilitering. Nå har Melhus kommune besluttet å lage en habiliterings- og rehabiliteringsplan og Agenda Kaupang skal bistå kommunen. Vurderingene over vil bli tatt med videre inn i det arbeidet.

Med disse premissene som grunnlag, vil vi presentere fire ulike organiseringsmodeller for fysio- og ergoterapeutene:

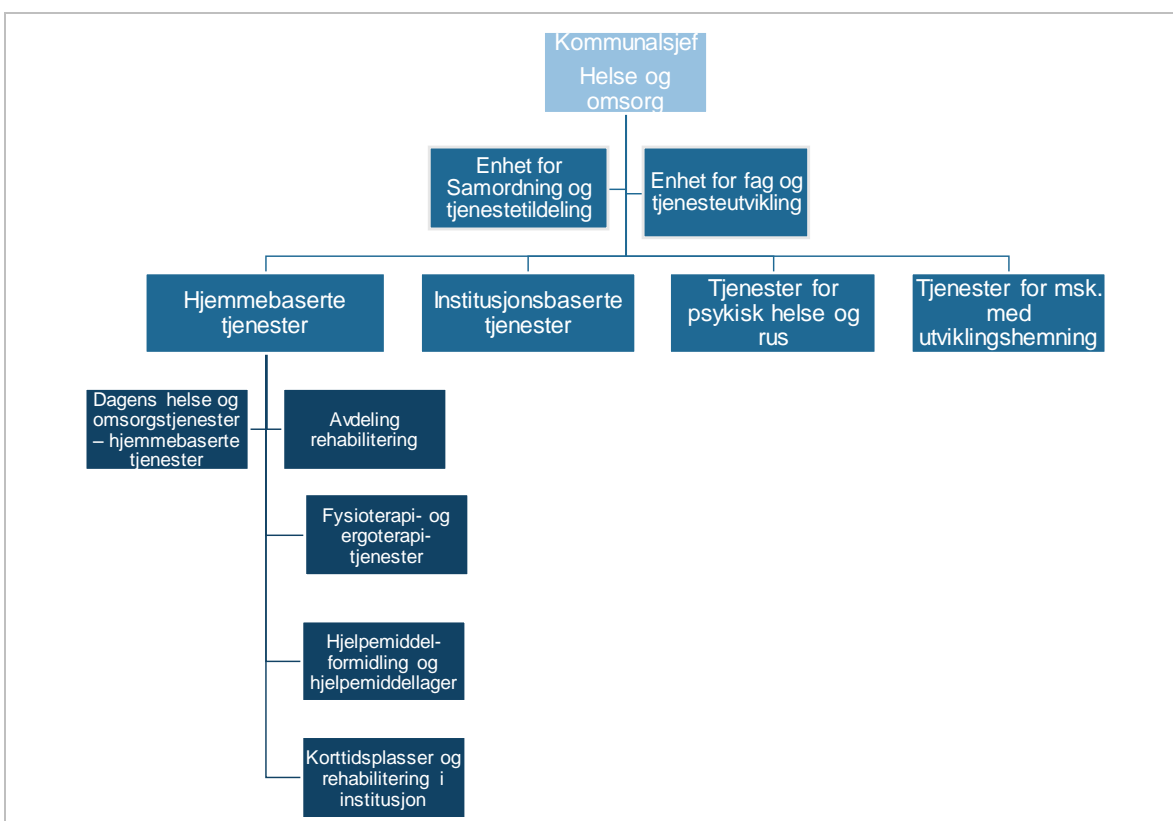
7.8.1 Alternativ 1: Samle all rehabilitering i hjemmetjenesten

Hovedgrepene i denne modellen, er å flytte fysioterapeutene, ergoterapeutene og Sansesenteret til hjemmetjenesten, samtidig som hjemmetjenesten får ansvar for korttidsopphold og rehabilitering på institusjon (Buen), jf. figur 7-9.

Oppgavene for denne tjenesten blir generelt hjemmetjenestetilbud, ansvaret for hverdagsrehabiliteringsteam, samt tverrfaglig hjemmerehabilitering med fysioterapeuter, ergoterapeuter, dedikerte sykepleiere og dedikerte hjelpepleiere i teamene. Tjenestene må dekke både opptrening og behov for helsetjenester i hjemmet, samt praktisk bistand både dag, kveld og helg. Dessuten ser vi for oss at tjenesten får ansvar for dagrehabilitering, døgnrehabilitering/korttidsavdeling på institusjon og for all hjelpemiddelformidling.

Det forebyggende arbeidet og habiliteringsarbeidet som fysioterapeutene og ergoterapeutene har i dag, følger med inn i denne tjenesten.

En slik virksomhet kan se slik ut:



Figur 7-9 Eksempel på organisering i alternativ 1

Fordeler

- Samler rehabiliteringsmiljøet der mesteparten av rehabiliteringen skal skje: i brukerens hjem og man får fagmiljø samles på tvers av profesjoner.
- Med hele rehabiliteringspyramiden i en virksomhet, får man også en god mulighet til riktig rehabiliteringstiltak ut fra brukerens behov.

Ulemper

- Rehabiliteringsfokus kan «drukne» mot omsorgsoppgavene som denne tjenesten tradisjonelt har hatt fokus på.
- For stort spenn for leder med både en svært stor hjemmetjeneste og drift av institusjon

Til diskusjon

- ▶ Man må også vurdere i denne modellen hvor man legger det forebyggende arbeidet og arbeidet med barn. Analysene viser at dette er et vellykket arbeid pr. i dag, men med fortsatt forbedringspotensial.
- ▶ Det må avklares hvor ansvaret for avtalefysioterapeutene legges. Melhus kommune har til nå unngått de samme utfordringene som mange kommuner har, med avtalefysioterapeuter «på siden av» det øvrige tjenesteapparatet.
- ▶ Melhus sansesenter, som i dag er en del av Aktivitet og bevegelse, vil ha få synergier med hjemmebaserte tjenester. Vi anbefaler derfor at det gjøres en egen vurdering av sansesenters tjenestetilbud og organisering. Aktuell organisatorisk plassering kan være at senteret blir en del av Familiesenteret eller eventuelt knyttet til Tjenesten for mennesker med utviklingshemning.

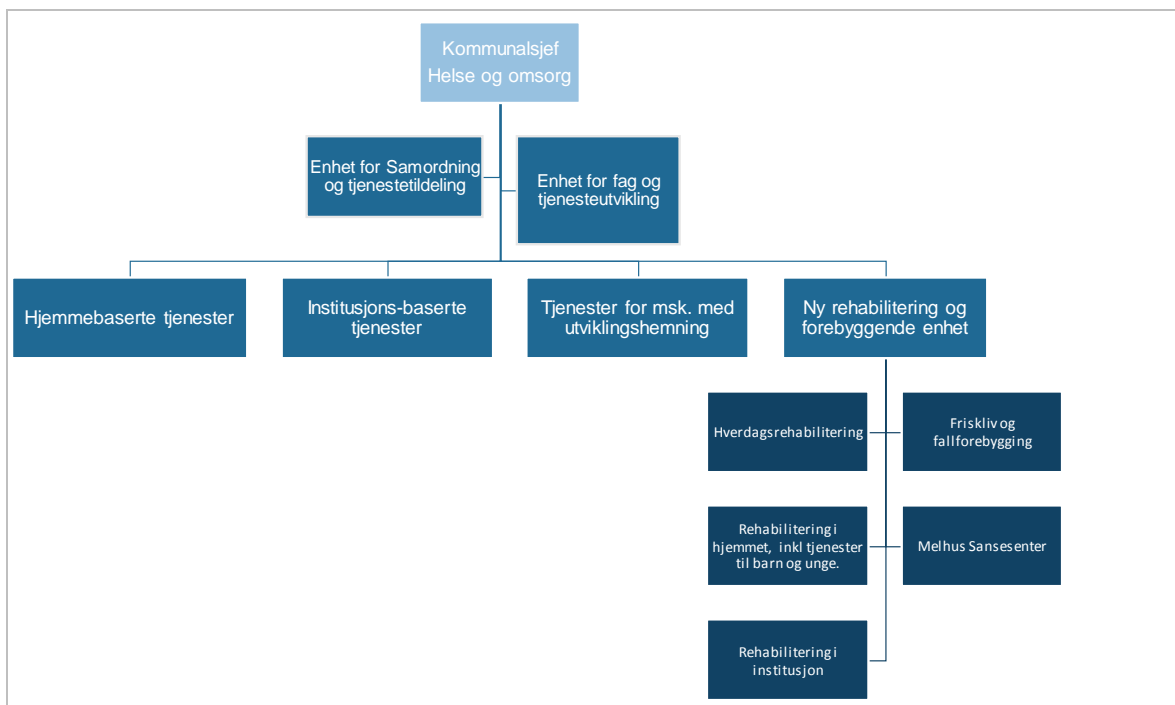
7.8.2 Alternativ 2: Samle all rehabilitering i en ny virksomhet

Hovedgrepene i denne modellen, er å flytte personell som driver med rehabilitering, i hovedsak fra aktivitet og bevegelse, hjemmetjenesten og institusjonstjenesten, inn i en ny rehabiliteringsvirksomhet. Dette for å få en tydelig og robust enhet med tydelig mandat.

Dette innebærer at tjenesten inneholder hverdagsrehabiliteringsteamet, og man etablerer en reell tverrfaglig hjemmerehabiliteringstjeneste med dedikerte sykepleiere og hjelpepleiere fra nåværende hjemmetjeneste. Tjenestene må dekke både opptrening og behov for helsetjenester i hjemmet, og praktisk bistand både dag, kveld og helg. Samtidig legges dag- og døgnrehabiliteringen til Buen omsorgssenter inn i denne nye virksomheten. All hjelpemiddelformidling legges også hit.

Det forebyggende arbeidet og habiliteringsarbeidet blir en del av denne nye virksomheten.

En slik virksomhet kan se slik ut:



Figur 7-10 Eksempel på organisering i alternativ 2

Fordeler:

- Et sterkt og robust rehabiliteringsmiljø som kan bli et kraftsenter i kommunen
- Et samlet fagmiljø på tvers av profesjoner.
- Med hele rehabiliteringspyramiden i en virksomhet, får man også en god mulighet til riktig rehabiliteringstiltak ut fra brukerens behov.

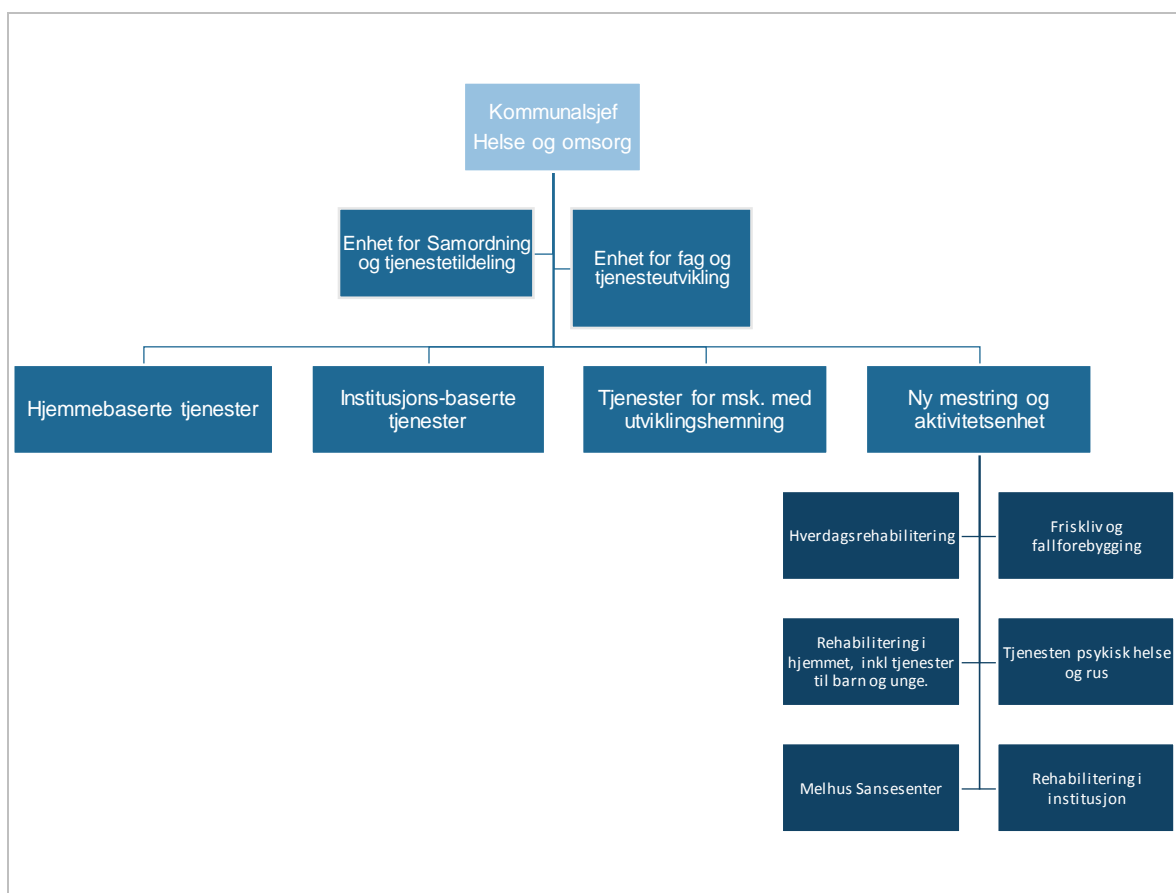
Ulemper:

- Et for stort spenn for leder som får ansvar både for institusjonsplasser/-drift og hjemmetjeneste.
- En risiko for at øvrig hjemmetjeneste blir for sårbar,
- Overføring av hverdagsmestrings-tankesett til resten av hjemmetjenesten bli en tyngre vei å gå.

7.8.3 Alternativ 3: Samle både rehabiliteringspersonell og tjenester innen psykisk helse og rus i en samlet ny virksomhet

Hovedgrepene i denne modellen, er som i modell 2: å flytte personell som driver med rehabilitering, i hovedsak fra aktivitet og bevegelse, hjemmetjenesten og institusjonstjenesten, inn i en ny rehabiliteringsvirksomhet. Samt å legge tjenester til mennesker med psykisk helse og rusproblemer til denne enheten. Tjenesten vil da få et livsløpsperspektiv uavhengig av helseutfordring, og også kunne favne hele kjeden/pyramiden fra forebyggende helsefremmende arbeid, til behandling og rehabilitering.

En slik tjeneste kan se slik ut:



Figur 7-11 Eksempel på organisering i alternativ 3

Fordeler

- Et sterkt og robust rehabiliteringsmiljø som kan bli et kraftsenter i kommunen
- Et sterkt og robust miljø innen fagfeltet psykisk helse og rus
- Et samlet fagmiljø på tvers av profesjoner.
- Med hele rehabiliteringspyramiden i en virksomhet, får man også en god mulighet til riktig rehabiliteringstiltak ut fra brukerens behov.
- Med både somatikk og psykisk helse i samme virksomhet, vil man i større grad kunne se somatikk og psykisk helse i sammenheng

Ulemper

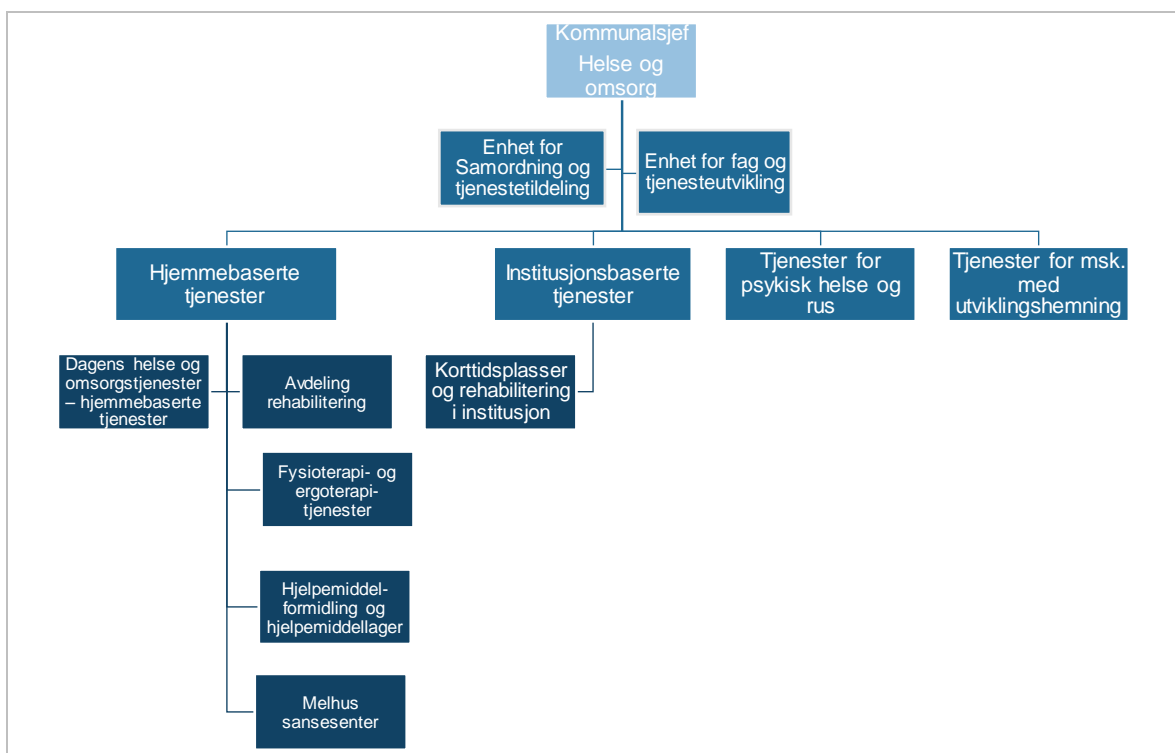
- Et for stort spenn for leder som får ansvar både for institusjonsplasser/-drift og hjemmetjeneste.
- Et stort faglig spenn kan gi utfordringer med fagutvikling innen deltjenestene
- En risiko for at øvrig hjemmetjeneste blir for sårbar,
- Overføring av hverdagsmestrings-tankesett til resten av hjemmetjenesten bli en tyngre vei å gå.

7.8.4 Alternativ 4: Samle institusjonsbasert rehabilitering ett sted, og hjemmebasert rehabilitering inn i hjemmetjenesten

Hovedgrepene med denne modellen er å legge hjemmebasert rehabilitering inn i hjemmetjenesten, og flytte fysioterapeutene, ergoterapeutene og sansesenteret til hjemmetjenesten. Institusjonsbasert rehabilitering legges til en avdeling på Buen.

Hjemmetjenesten vil da ha ansvar for hverdagsrehabiliteringsteam og tverrfaglig hjemme-rehabilitering, med fysioterapeutene, ergoterapeutene og sansesenteret fra nåværende aktivitet og bevegelse. Avdeling på Buen vil ha dagrehabilitering og døgnrehabilitering.

En slik tjeneste kan se slik ut:



Figur 7-12 Eksempel på organisering i alternativ 4

Fordeler

- Hjemmetjenesten samler alle som jobber rundt brukeren og får en robust tjeneste der.

Ulemper

- Splitting av rehabiliteringskjeden.
- Risiko for liten kraft i rehabiliteringsarbeidet ved at tankesettet «drukner» i omsorgstenking.
- Fysioterapeuter og ergoterapeuter må «lånes ut» fra en tjeneste (hjemmetjenesten) til institusjonsoppgavene.

Til diskusjon

- ▶ Man må også i denne modellen vurdere hvor man legger det forebyggende arbeidet og arbeidet med barn. Analysene viser at dette er et vellykket arbeid men med fortsatt forbedringspotensial.
- ▶ Det må avklares hvor ansvaret for avtalefysioterapeutene legges. Melhus kommune har til nå unngått de samme utfordringene som mange kommuner har, med avtalefysioterapeuter «på siden av» det øvrige tjenesteapparatet.
- ▶ Melhus sansesenter, som i dag er en del av Aktivitet og bevegelse, vil ha få synergier med hjemmebaserte tjenester. Vi anbefaler derfor at det gjøres en egen vurdering av sansesenteres tjenestetilbud og organisering. Aktuell organisatorisk plassering kan være at senteret blir en del av Familiesenteret eller eventuelt knyttet til Tjenesten for mennesker med utviklingshemning.

7.9 Sammendrag og anbefaling av ny organisasjonsmodell

Agenda Kaupang anbefaler Alternativ 1: Samle all rehabilitering i hjemmetjenesten.

I anbefalingene legger vi til grunn at kommunene må fortsette å videreutvikle det helsefremmende og forebyggende arbeidet, samt jobbe iht. og fylle hele rehabiliteringspyramiden.

Agenda Kaupang ser at Melhus kommune har et godt forebyggende arbeid for eldre, noe som er svært viktig for å kunne ha en bærekraftig omsorgstjeneste fremover, og for å nå kommunens visjon om «hundre år i eget hjem». Det er derfor viktig at dette arbeidet ikke svekkes. Vi ser også at forebyggende arbeid rettet mot barn fortsatt er under utvikling.

Samtidig ser vi et betydelig forbedringspotensial i rehabiliteringsarbeidet og noe i habiliteringsarbeidet. Tilbudet i kommunen fremstår fragmentert. Fysioterapi og ergoterapiressursene er samlet, men ressursinnsatsen bør styrkes framover. I tillegg bør den reelle tverrfaglige innsatsen særlig til hjemmeboende voksne/eldre, bli bedre. Melhus kommune bør få et godt og effektivt system for korttidsutlån av hjelpemidler. Dette er uavhengig av valg av framtidig organisasjonsmodell.

Hovedgrepet i vår anbefalte organisasjonsmodell er å legge bedre til rette for tverrfaglig innsats rundt den enkelte bruker ved å flytte fysio- og ergoterapitjenestene til hjemmebaserte tjenester, samtidig som hjemmebaserte tjenester får ansvar for korttids- og rehabiliteringsplassene på Buen helse- og omsorgssenter. I tillegg til de ordinære hjemmebaserte tjenestene vil en slik organisering innebære at virksomheten får ansvaret for hverdagsrehabilitering, hjemmerehabilitering, samt ansvar for dagrehabilitering, døgnrehabilitering/korttidsavdeling på institusjon og for all hjelpemiddelformidling og -håndtering.

Ved en slik organisering vil den nye virksomheten inneholde alt personell som er sentrale i et rehabiliteringsløp og i alle deler av rehabiliteringspyramiden: fysioterapeuter og ergoterapeuter, dedikerte sykepleiere og helsefagarbeidere, helst med videreutdanning innen rehabilitering, vaktmestere og hjelpemiddelformidling etc. Virksomheten må etablere et system for registrering av

effekt på brukernivå, og rapportere på brukertilfredshet og på brukernes funksjonsnivå. Rehabilitering må skje både på dagtid, kveldstid og i helg.

Ansvar og oppgavene knyttet til forebyggende arbeid og habiliteringsarbeidet som utføres av fysioterapeutene og ergoterapeutene i dag, legges til denne virksomheten. Ansvar for avtalefysioterapeutene må også ligge her.

Melhus sansesenter, som i dag er en del av Aktivitet og bevegelse, vil ha få synergier med hjemmebaserte tjenester. Vi anbefaler derfor at det gjøres en egen vurdering av sansesenteres tjenestetilbud og organisering. En aktuell organisatorisk plassering kan være at senteret blir en del av Familiesenteret som allerede har ansvaret for et nødvendig tjenestetilbud til barn og deres familier. En annen løsning kan være å knytte senteret til *Tjenesten for mennesker med utviklingshemning* som har ansvaret for samarbeidet rundt barn og voksne med psykisk utviklingshemning.

Melhus kommune har høsten 2017 besluttet å lage en habiliterings- og rehabiliteringsplan som vil konkretisere hvilke tiltak kommunen ønsker å satse på.

8 Framskrivning av behov for institusjonsplasser og boliger med mulighet for heldøgns omsorg frem mot 2040

8.1 Formål og metode

I det følgende blir det beskrevet hvordan Agenda Kaupang foretar framskrivninger av den såkalte «boligtrappa» fram mot 2040, og sannsynlig forekomst av personer med demens i kommunen.

Boligpolitikk og boligtrapp

Det er vanlig å sortere helse- og omsorgstjenestene i en omsorgstrapp. De laveste trinnene i omsorgstrappen er ulike former for forebyggende arbeid og de øverste trinnene er sykehjem eller tilsvarende tjenester med høy bemanning. Sorteringen danner grunnlagt for en tilpasset behandling og oppfølging etter det behovet brukerne har for bistand og omsorg.

Det har også blitt vanlig å bruke begrepet *boligtrapp*, som forteller hvor brukerne av tjenester bor. Utviklingen av en differensiert boligtrapp er altså kjernen i utviklingen av en helhetlig *boligpolitikk for eldre*. Et differensiert botilbud kan gi flere et godt alternativ til institusjon som kan bidra til at brukerne kan være aktive i eget liv og bo lengst mulig i eget hjem.

Husbanken gir tilskudd til *omsorgsboliger med heldøgns omsorg*. Kommunen tilbyr også boliger til eldre uten døgnbemanning. Dessuten er det vanlig at eldre kjøper eller leier boliger med mange av de samme egenskapene som en omsorgsbolig.

Data fra kommunen

For å kunne kartlegge boligtrappen, har kommunen selv kartlagt hvordan dagens brukere fordeles på ulike plasser på sykehjem, kommunale botilbud og i egne hjem. Brukerne blir også fordelt på tre aldersgrupper: 0–67 år, 67–79 år og over 80 år.

Agenda Kaupang har fått tilsendt kommunens regnskap for 2016 for å kunne beregne aktuelle enhetskostnader.

Dessuten bygger vår analyse på en framskrivning av befolkningen. Ofte bruker vi mellomalternativet (MMMM) til SSB, hvor det er lagt til grunn middels utvikling i fruktbarhet, levealder, innenlandske flyttinger og innvandring.

Framskrivning av kommunens boligtrapp

De kommunale dataene blir bearbeidet av Agenda Kaupang. Dagens boligtrapp blir belyst med statistisk informasjon på et mer detaljert nivå enn det som finnes i offentlig statistikk. Dekningsgrader og enhetskostnader blir sammenliknet med andre kommuner i databasen til Agenda Kaupang. På overordnet nivå blir situasjonen i kommunen sett i sammenheng med situasjonen og utviklingen i Norge, og ellers i Norden.

Videre blir det foretatt en framskrivning av tilbudet, gitt at sammensetningen av tilbudet fortsetter på dagens nivå. Framskrivningen vil være egnet til å illustrere effekten av demografiske endringer. En slik framskrivning vil være godt egnet som en referanse for å vurdere mulige fremtidige endringer

som kommunen bør gjennomføre. En vurdering av alternative utviklingsbaner ligger imidlertid utenfor arbeidet som gjennomføres i denne omgang.

Framskrivning av personer med demens

Det foreligger ingen norske studier av forekomsten (prevalens) av demens i befolkningen. Derimot er det foretatt ulike internasjonale studier av forekomsten av demens i ulike aldersgrupper. Felles for studiene er at forekomsten av demens øker med alderen. Studiene viser også at en betydelig andel av de eldre har demens.

Vi vil foreta en framskrivning av antall personer med demens i Melhus kommune, basert på den såkalte Prince-studien fra 2013, se tabell 8-1. Resultatet av framskrivningen blir sett i sammenheng med en bred kartlegging som Sykehuset Innlandet har foretatt av et normalt demensforløp, og tilbudet som blir gitt til denne gruppen.

8.2 Utvikling av tilbudet til personer med demens

Demens – hva er det?

Demens er et syndrom kjennetegnet av:

- ▶ Svikt i kognitive funksjoner som hukommelse, orienteringsevne, forståelse, abstrakt tenkning og vurderingsevne
- ▶ Sviktende emosjonell (følelsesmessig) kontroll
- ▶ Sviktende funksjonsevne i forhold til dagliglivets aktiviteter

Symptomene varierer fra pasient til pasient. Hos rundt 80 % er hukommelsessvikt første symptom, mens demens hos andre kan starte med språkproblemer (afasi), personlighetsforandring eller orienteringsvansker. Det er vanskelig å stille diagnosen tidlig i forløpet. Mange forskjellige sykdommer kan føre til demens. De to vanligste er Alzheimers sykdom, der hjernecellene av hittil ukjente årsaker ødelegges, og vaskulær demens, som kan skyldes tilstopping eller forsnevring av hjernens blodårer.

Det antas at 50–60 % av demenstilfellene skyldes Alzheimers sykdom og om lag 25 % vaskulær demens, mens de øvrige tilfellene forårsakes av en rekke forskjellige sykdommer. De fleste tilfeller av demens utvikler seg gradvis og fører etter hvert til en fullstendig hjelpeløshet.

Sykehuset Innlandet (2015)¹⁴ har foretatt en kartlegging av tjenester, kostnader og sykdomsforløp for rundt 2 000 personer med demens i Norge. Resultatet viser at gjennomsnittlig sykdomsvarighet var på 8,1 år som forskerne har valgt å dele i tre stadier:

1. Fra symptomdebut til diagnose (gjennomsnittlig varighet 3,0 år)
2. Fra diagnose til innlegging på institusjon (gjennomsnittlig varighet 3,0 år)
3. På institusjon (gjennomsnittlig varighet 2,1 år)

Sannsynlig antall personer med demens i Melhus kommune

Det foreligger ingen norske studier av forekomsten av demens i befolkningen (prevalens). Derimot er det foretatt ulike internasjonale studier av forekomsten av demens i ulike aldersgrupper slik det er vist i tabellen under. Felles for studiene er at forekomsten av demens øker med alderen. Studiene viser også at det er en betydelig andel av eldre med demens. Ellers viser studiene nokså

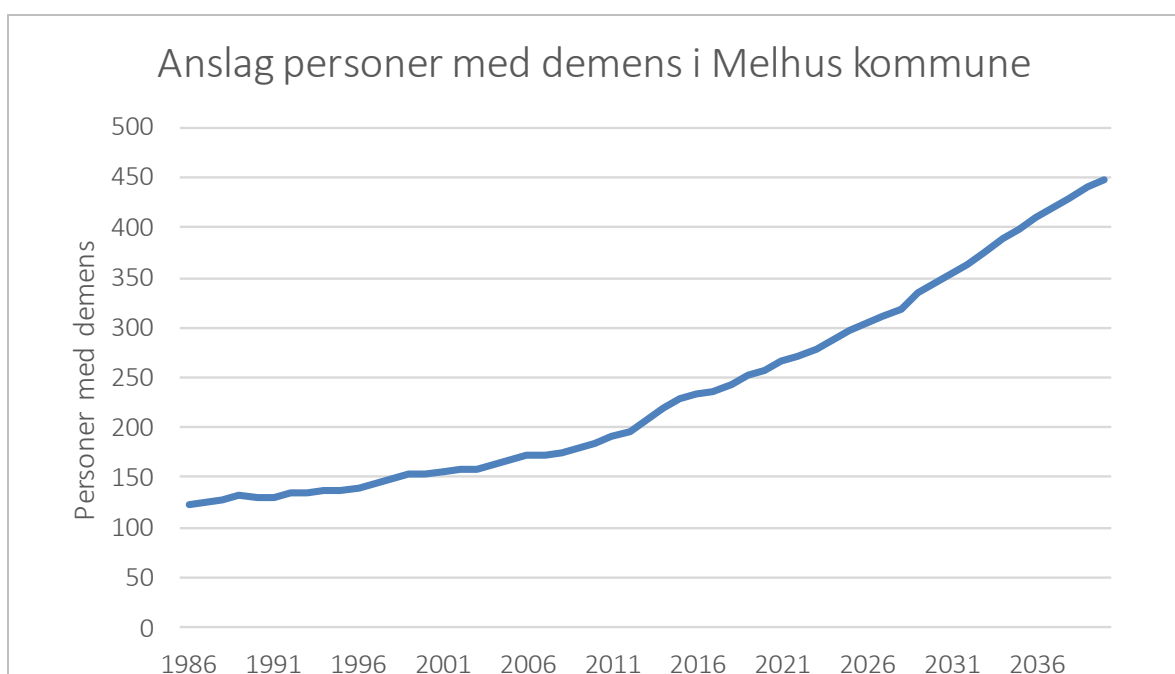
¹⁴ Sykehuset Innlandet (2015). «Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC)». Utført av Alderspsykiatrisk forskningssenter

store forskjeller i andelen med demens i de ulike aldersgruppene. Disse forskjellene illustrerer usikkerheten knyttet til en nøyaktig tallfesting av antall mennesker med demens.

Tabell 8-1: Anslått forekomst av demens i ulike aldersgrupper. Kilde: Bærum kommune

Aldersgruppe	Andel personer med demens		
	Lancet 2005	Rotterdam-studien	Prince 2013
60–64 år	0,9		1,6
65–69 år	1,5	0,9	2,6
70–74 år	3,6	2,1	4,3
75–79 år	6,0	6,1	7,4
80–84 år	12,2	17,6	12,9
Over 85 år	24,8		
85–89 år		31,7	21,7
Over 90 år		40,7	43,1

Forekomsten av demens fra Prince-studien er brukt til å anslå antall personer med demens i Melhus kommune. Resultatet av disse beregningene er vist i figuren under.

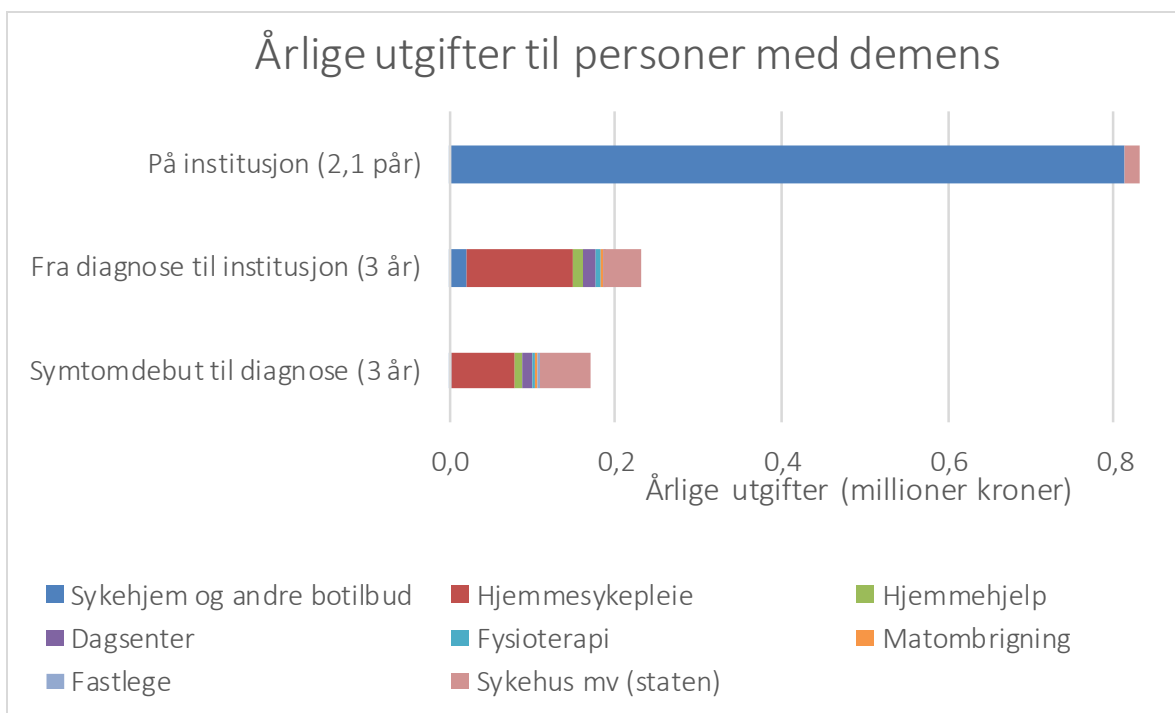


Figur 8-1 Anslag for antall personer med demens-sykdom i Melhus kommune 1986-2040 basert på Prince-studien og framskrivningen til SSB (MMMM)

Det er anslått at rundt 235 personer har en demenssykdom i Melhus i 2017, jf. figuren over. I perioden fra 1986 til 2017 har antall personer med demenssykdom økt med drøyt 100 personer. I 2040 vil det være rundt 450 personer med demenssykdom i kommunen. Nye medisiner kan bidra til å redusere forekomst/tjenestebehov. På den annen side vil redusert dødelighet av hjerte- og karsykdom og kreft øke forekomsten av demenssykdom. Fysisk aktivitet blir ansett å være et viktig forebyggende tiltak.

Utgifter til demensomsorgen i norske kommuner

Studien fra Sykehuset Innlandet har også kartlagt tjenester og utgifter knyttet til de tre fasene av sykdomsforløpet. Kartleggingen viser tilbudet som ble gitt da kartleggingen ble foretatt. Resultatet av kartleggingen er vist i figuren under.



Figur 8-2: Årlige utgifter til personer med demenssykdom, fordelt på tre stadier i sykdomsforløpet. Kilde: Bearbeidet av Agenda Kaupang på grunnlag av Sykehuset Innlandet (2015)

Tilbudene til personer med demenssykdom blir nærmere kommentert i det følgende:

- ▶ **Hjemmesykepleie og hjemmehjelp:** I de to første fasene av forløpet var det flest personer med demens som mottok disse tjenestene. Halvparten av personer med demens fikk hjemmesykepleie. Siste måned før innleggelse på sykehjem mottok pasienter med demens fire timer hjemmesykepleie i uken
- ▶ **Dagsenter:** Rundt 20 % av personer med demens benyttet et dagsenter
- ▶ **Sykehjem og andre boformer:** Utgiftene til sykehjem i den siste fasen på rundt 2 år var tjenesten med klart høyest utgifter. Det var 30 % av personer med demens som bodde i omsorgsbolig. Tilsvarende andel for bokollektiv var på 5 %
- ▶ **Sykehus mv.:** I de to første fasene av forløpet blir en vesentlig del av tilbudet gitt av spesialisthelsetjenesten

I tillegg gjør pårørende en betydelig innsats. Forskerne har kartlagt at 90 % av personer med demenssykdom mottar hjelp fra pårørende. I den andre fasen «fra diagnose til institusjon», ytes det i gjennomsnitt mellom 60 til 85 timer hjelp fra pårørende. I den tredje fasen på institusjon faller bistanden fra pårørende til 7 timer i måneden.

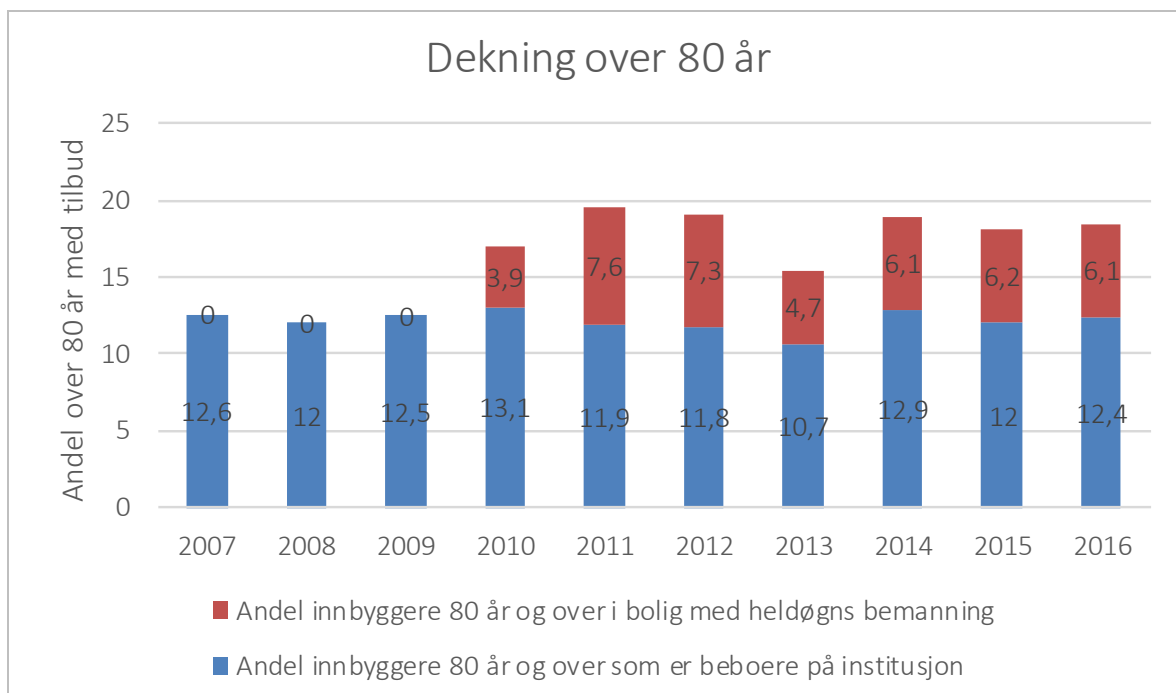
Kartleggingen til forskerne viser hvilke tilbud som var vanlig i norske kommuner for noen år siden. Signalene i «*Demensplan 2020*» viser at statlige myndigheter har ambisjoner om å styrke tilbudet til personer med demens. Det er med andre ord behov for et mer omfattende tilbud enn kartleggingen over viser.

I analysen av framtidig behov for heldøgns omsorg til eldre kan vi konkretisere hvordan vi vil utvikle tilbudet til personer med demens, inkludert tilbudet på sykehjem og i bolig med døgnbemanning.

8.3 Plasser og dekningsgrader

Dekningsgrader døgntilbud siste ti år

I neste steg av analysen har vi sett på utviklingen de siste ti år for dekningen for heldøgntilbudet, basert på rapporteringen gjennom KOSTRA, jf. figuren under. Dekningsgraden i KOSTRA er beregnet til 18,5 %. Tilsvarende dekning for landet som helhet er på 17,0 %. For landet som helhet er det 3,5 % av eldre over 80 år som bor i omsorgsboliger med heldøgns omsorg. Tilsvarende andel rapportert fra Melhus er altså 6,3 %, noe som altså er høyere enn for landet som helhet.



Figur 8-3 Andelen av personer over 80 år¹⁵ med tilbud på institusjon eller i bolig med heldøgns bemanning. Kilde: KOSTRA

Dekningsgraden i 2016 er på omtrent samme nivå som i 2007, jf. figuren over. Dekningen gjennom perioden har ellers vært preget av svingninger uten noen klar trend. I en liten kommune som Melhus vil tilfeldige variasjoner være av større betydning enn i en større kommune. Det ser ut til at tilfeldige variasjoner være den viktigste grunnen til svingningene vist i figuren over.

Beskrivelse av tilbudet i Melhus ved inngangen til 2017

I det følgende blir det gitt en mer detaljert beskrivelse av tilbudet enn det som er rapportert i KOSTRA. Beskrivelsen bygger på utfylling av et skjema som kommunen har gjort i dette prosjektet.

Ved inngangen til 2017 var det 114 personer som hadde plass på sykehjem i Melhus kommune, jf. tabellen under. Av disse var 103 brukere av langtidsplass og 13 brukere av korttidsplass, i rehabilitering, kommunal akutt døgnplass (KAD) m.m. I desember 2016 var det ingen ledige sykehjemsplasser i Melhus.

Kommunen disponerer 203 kommunale boliger uten døgnbemanning, noe som kan sies å være et betydelig antall. Av disse sto 9 ledige ved inngangen til 2017. I tillegg til dette finnes det 18 private

¹⁵ I KOSTRA er tidspunktet for registrering 31. desember hvert år. Ulike tidspunkt for registrering er grunnen til ulike størrelser for dekningen i figur 2.4 og tabell 2.2

«omsorgsboliger» som drives i samarbeid med kommunen, hvor alle beboerne for tiden er over 80 år.

Tabell 8-2 Antall personer med pleie- og omsorgstjenester i Melhus kommune 31. desember 2016. Kilde: Melhus kommune

Type plass	I bruk	Ledig	Plasser
Sykehjem - langtid (inkl kjøp)	103	0	103
Sykehjem korttid, rehabilitering og KAD	11	0	11
Kommunale boliger med døgnbemanning	28	1	29
Kommunale boliger uten døgnbemanning	194	9	203
Samarbeid private og kommunen	18	0	18
I alt	354	10	364

Tilbudet 31. desember 2017 er i tabellen under fordelt på tre aldersgrupper:

Tabell 8-3 Antall personer med pleie- og omsorgstjenester fordelt på tre aldersgrupper (under 67 år, 67–79 år og over 80 år) i Melhus kommune per 31. desember 2016. Kilde: Melhus kommune

	Personer	Dekning
<i>Under 67 år</i>		
Sykehjem - langtid (inkl kjøp)	4	0,0 %
Sykehjem korttid, rehabilitering og KAD	0	0,0 %
Kommunale boliger med døgnbemanning	4	0,0 %
Kommunale boliger uten døgnbemanning	31	0,2 %
Samarbeid private og kommunen	0	0,0 %
I alt	39	0,3 %
<i>67-79 år</i>		
Sykehjem - langtid (inkl kjøp)	22	1,4 %
Sykehjem korttid, rehabilitering og KAD	3	0,2 %
Kommunale boliger med døgnbemanning	5	0,3 %
Kommunale boliger uten døgnbemanning	34	2,1 %
Samarbeid private og kommunen	0	0,0 %
I alt	64	4,0 %
<i>Over 80 år</i>		
Sykehjem - langtid (inkl kjøp)	77	11,8 %
Sykehjem korttid, rehabilitering og KAD	6	0,9 %
Kommunale boliger med døgnbemanning	19	2,9 %
Kommunale boliger uten døgnbemanning	129	19,8 %
Samarbeid private og kommunen	18	2,8 %
I alt	249	38,3 %

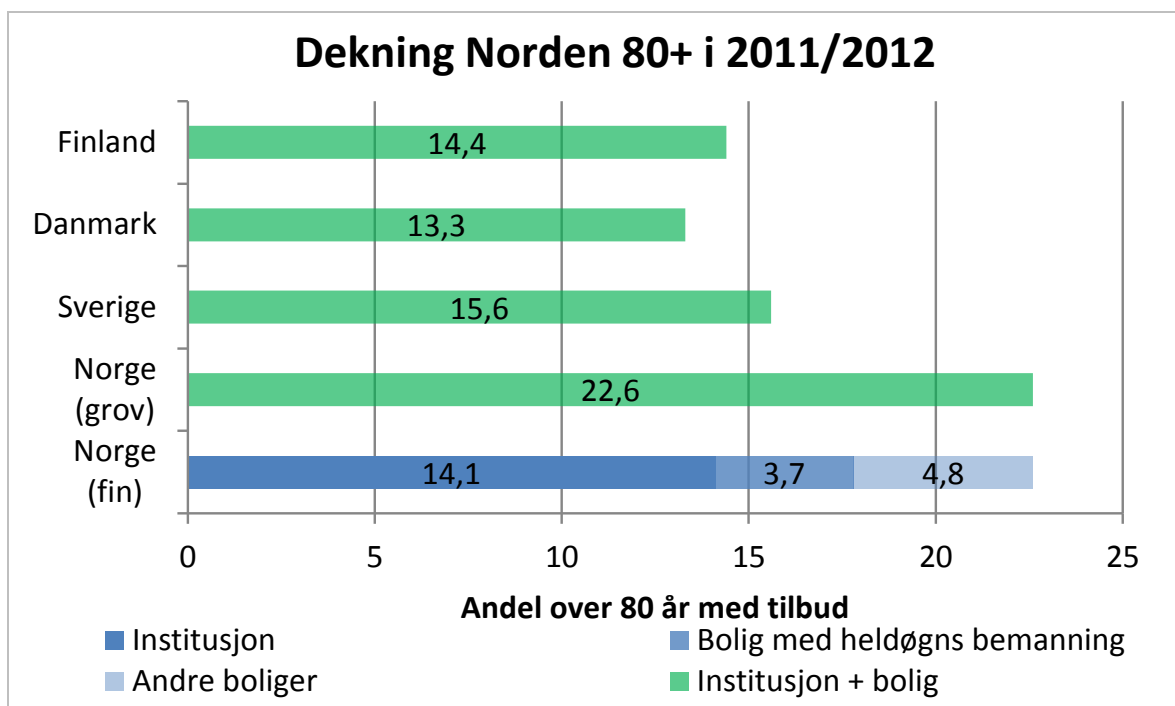
Ved inngangen til 2017 var 83 av de 114 pasientene på sykehjem over 80 år, jf. tabellen over. Det betyr at 12,7 % av alle eldre over 80 år hadde plass på sykehjem. For landet som helhet var tilsvarende andel på 13,6 %.

I 2016 tilbød Melhus boliger med bemanning hele døgnet til 2,9 % av eldre over 80 år. For landet som helhet var tilsvarende andel på 3,6 %.

Dekningen i Melhus kommune for heldøgns omsorgsplasser til eldre over 80 år er altså noe lavere enn landet som helhet. Den relativt lave dekningen kan tyde på at Melhus har godt utbygde hjemmetjenester, som gjør at brukerne kan bo lengre i egne hjem.

8.4 Boligtilbud for eldre i de nordiske landene

Det er foretatt en sammenlikning av botilbudet til eldre i de nordiske landene i figuren under.

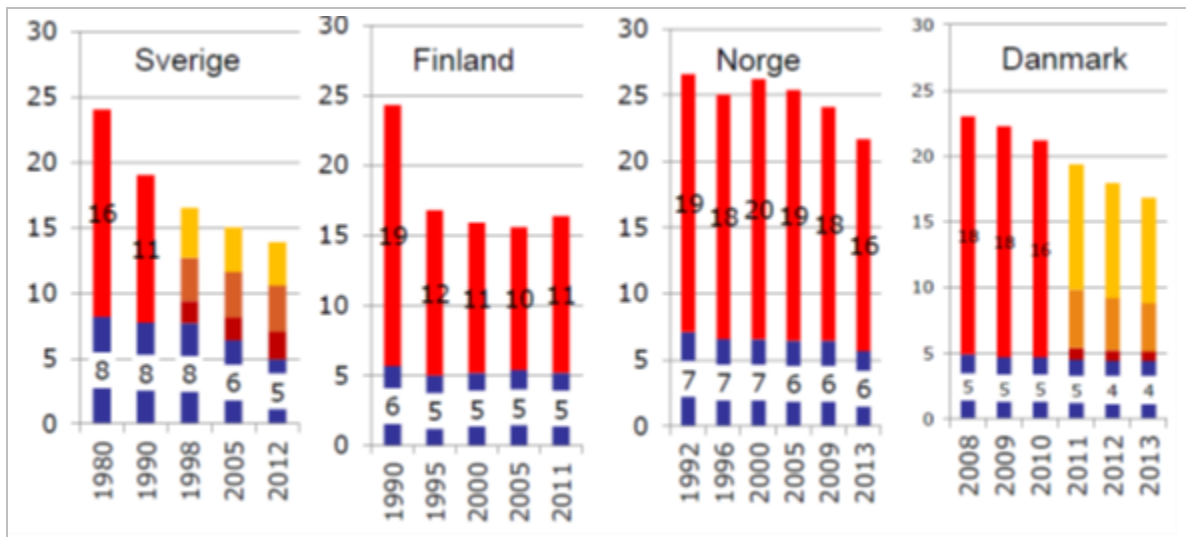


Figur 8-4 Andel over 80 år med tilbud om institusjon og boliger med bemanning, hele eller deler av døgnet

I Norge blir det også tilbudt omsorgsboliger uten heldøgns bemanning. I 2011 var det 4,8 % av eldre over 80 år med et slikt tilbud (jf. figuren over). Dette året var det 14,1 % med tilbud på sykehjem og 3,7 % for omsorgsboliger med heldøgns bemanning. Den samlede dekingen var altså på 22,6 %.

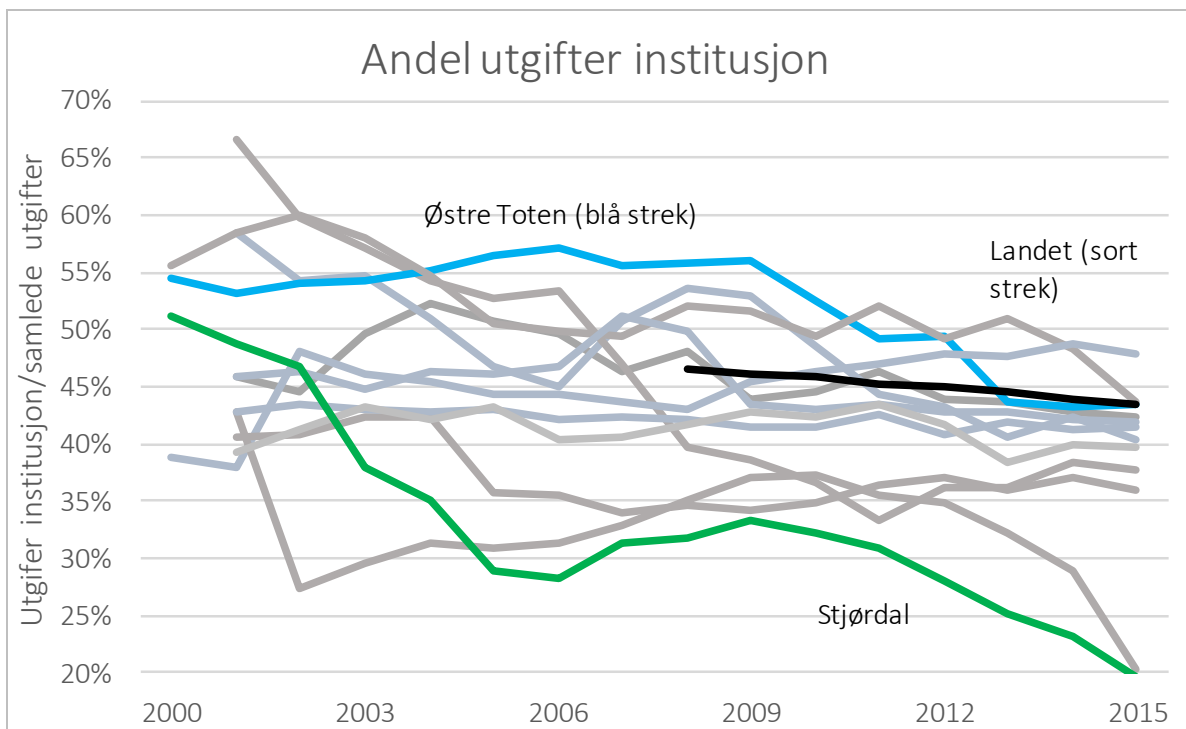
I de andre nordiske blir det ikke utarbeidet statistikk som gir mulighet til å skille ut heldøgnsstilbudet. Derfor er det bare foretatt en sammenlikning av den samlede dekningsgraden for ulike botilbud. I de tre andre landene varierer denne dekingen mellom 13,3 % i Danmark og 15,6 % i Sverige. Tilbudet i Norge er med andre ord langt mer omfattende enn det som er vanlig i de andre nordiske landene.

Videre blir det gitt en oversikt over langsiktige utviklingstrekk for omfanget ulike botilbud og for hjemmetjenester i de andre nordiske landene. Dette blir gjort med utgangspunkt i andelen av befolkningen over 65 år med ulike tilbud. Disse andelene er naturlig nok lavere enn andelen av befolkningen over 80 år presentert tidligere i avsnittet.



Figur 8-5 Dekning for aldergruppen over 65 år over tid for hjemmetjenester og ulike botilbud for eldre i Sverige, Finland, Danmark og Norge. Fargeforklaring: Blått=institusjon og omsorgsbolig, Rødgule nyanser=hjemmetjenester. Kilde: Lagt frem av Szebehely på konferanse arrangert av Helse- og omsorgsdepartementet og KS 4. juni 2015

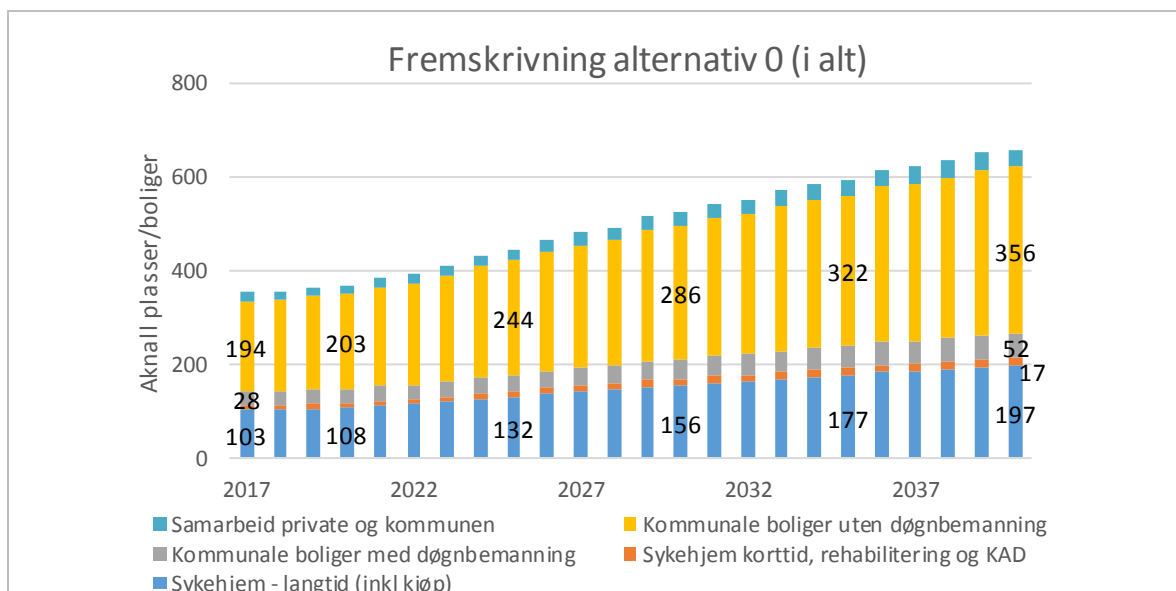
Det er store variasjoner i omfanget av tilbudet i de nordiske landene. Tilbudet er mest omfattende i Norge og minst omfattende i Sverige. I alle de fire landene går utviklingen i retning av at det er en lavere andel av befolkningen som får et tilbud. Utviklingen gjelder både institusjon og ulike hjemmetjenester.



Figur 8-6: Utviklingen i andel utgifter til institusjon i 12 kommuner fra 2000, sammenlignet med Stjørdal og landet for øvrig

8.5 Fremtidig behov for døgnplasser

Vi har beregnet hvor mange plasser dersom dagens dekning videreføres (jf. tabell 8-3) og utviklingen i befolkningen blir som beskrevet i avsnitt 3.1. Beregningene er ment som referanse for å vise effekten av planlagte endringer i tilbudet. Resultatene av beregningene i et slikt «nullalternativ» er vist i figuren under



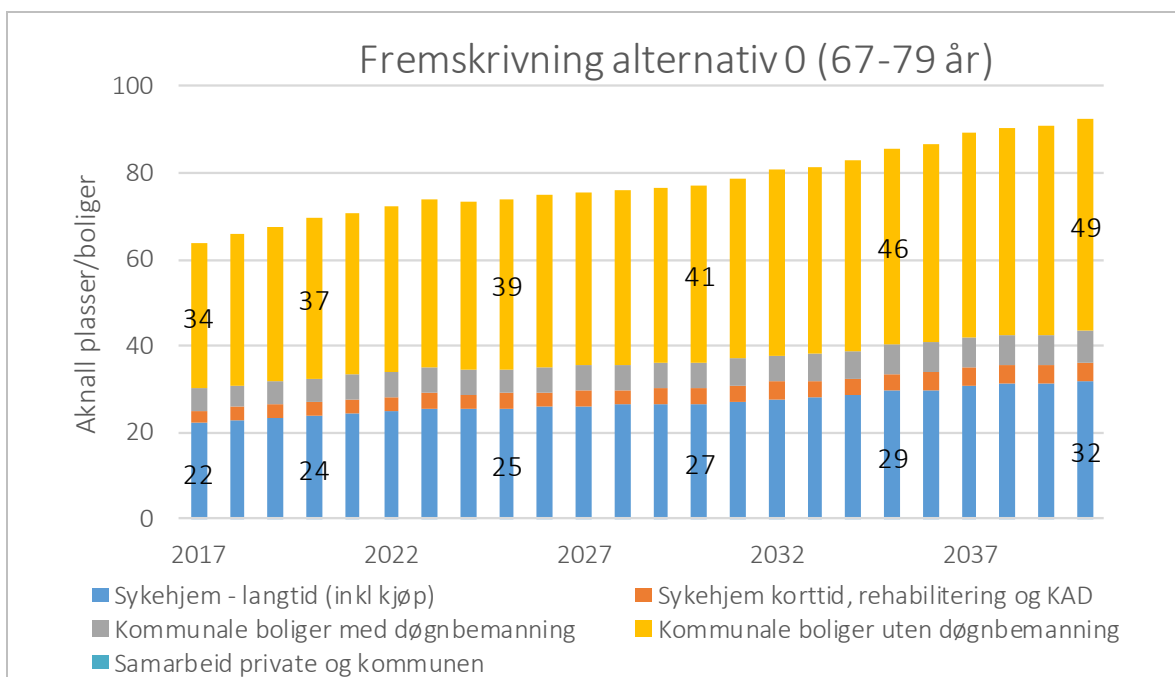
Figur 8-7 Beregnet behov for plasser med heldøgns bemanning 2017-2040 med dagens dekningsgrader for tre aldersgrupper

Med en videreføring av dagens dekningsgrad på omsorgsplasser med heldøgns bemanning, vil det i 2040 være et behov for et slikt tilbud til 266 brukere. Dette er nesten dobbelt så mye som de 142 plassene som er i bruk i dag. I 2022 er det beregnede behovet på tilnærmet samme nivå som i dag, fordi antall eldre over 80 år ikke øker noe særlig i denne perioden.

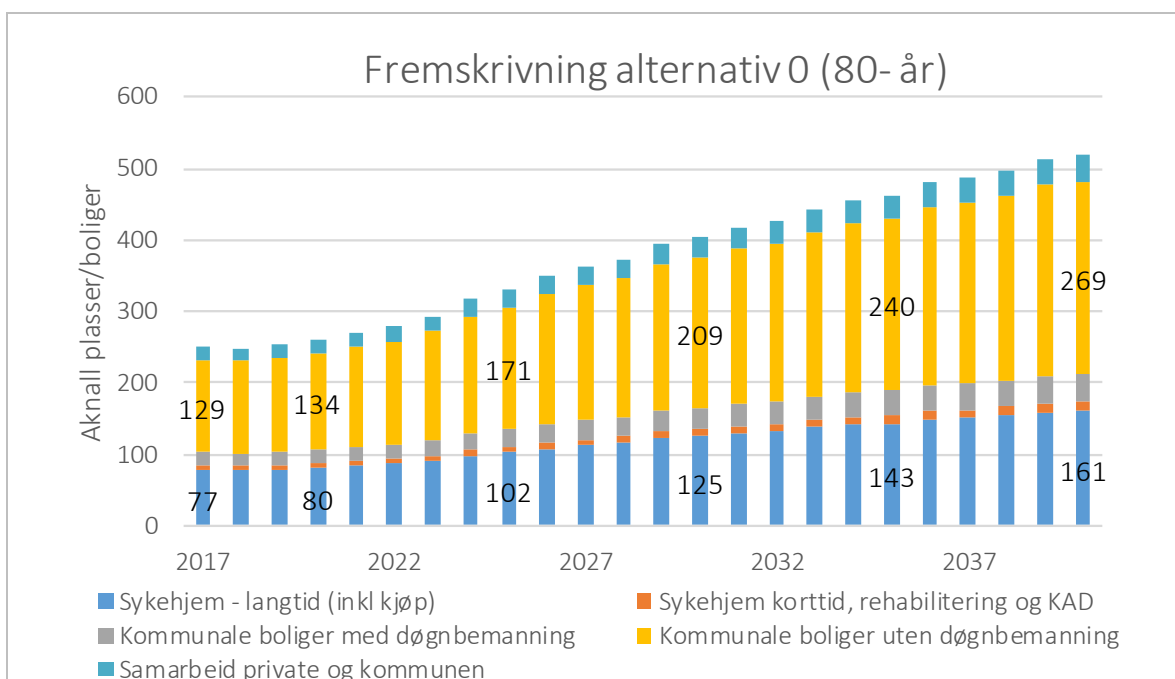
Skal Melhus klare å møte de framtidige utfordringene med en slik sterk vekst i behov på en bærekraftig måte, må kommunen vri innsatsen ytterligere til mer hjemmebasert omsorg og ha riktige tjenester og tilstrekkelig kapasitet i hele tjenestekjeden. For kommunen betyr dette økt satsing på hjemmetjenester, dag- og aktivitetstilbud og flere tilrettelagte boliger med mulighet for personell tilstede hele eller deler av døgnet.

Totalt sett er det de første årene beregnet at behovet for kommunale botilbud er omtrent på dagens nivå, på rundt 350 plasser. Frem til 2020 er det en beskjeden økning på 17 plasser i det beregnede behovet. I 2030 når det beregnede behovet opp i rundt 525 plasser. I 2040 er det beregnet et behov for rundt 650 plasser, noe som nesten dobbelt så mye som antall plasser i bruk i dag.

De to figurene under viser det totalt beregnede behovet for plasser i aldersgruppen 67–79 år og over 80 år. Resultatene av beregningene illustrerer den demografiske utviklingen i de to gruppene, og at den yngste gruppen bruker en noe større andel korttidsplasser enn den eldste gruppen.



Figur 8-8 Beregnet behov for plasser for eldre 67–79 år med heldøgns bemanning 2017–2040 med dagens dekningsgrader



Figur 8-9 Beregnet behov for plasser for eldre over 80 år med heldøgns bemanning 2017–2040 med dagens dekningsgrader

Legg til rette for at personer med demens kan bo hjemme lengst mulig

I de første fasene av et demensforløp er hjemmebaserte tjenester mest aktuelt for personer med demens. En hovedstrategi bør være at en større del av tilbudet skal gis på de nederste trinnene i omsorgstrappen.

En slik generell vridning av tilbudet vil være fornuftig for personer med demens. I tillegg kan man tenke seg noen tiltak spesielt rettet mot personer med demens.

Eksempler på tiltak:

- ▶ Pårørendeskole og pårørendegrupper, samt arrangere temakvelder om demens for pårørende og frivillige
- ▶ Å utvikle tilbudet og kapasiteten på ulike avlastningstiltak for pårørende
- ▶ God kapasitet og gode aktivitetstilbud på dag- og kveldstid og i ferier til alle hjemmeboende tjenestemottakere med demens i samarbeid med frivillige, inkludert økt satsing på blant annet turgrupper, «Inn på tunet» mv.
- ▶ Etablere et demensteam/demenslag i den ambulante hjemmetjenesten med ansvaret for alle vurderinger og vedtak på tjenester til nye brukere
- ▶ Velferdsteknologi som kan bidra til trygghet og mestring av hverdagsaktiviteter og avlastning for pårørende

Bygg demensvennlige boliger som en del av en helhetlig boligpolitikk for eldre

Bygging av sykehjem og omsorgsboliger innebærer betydelige investeringer for Melhus kommune. Byggingen er også av stor betydning for driftsutgiftene i årene som kommer. Det er viktig å se utbygging i kommunal og privat regi i sammenheng.

I Norge har det vært en betydelig økning i antall personer over 50 år som kjøper ny bolig. Mange ønsker seg lettstelte sentrumsnære boliger med mulighet for sosial kontakt. Bygging av flere slike boliger reduserer behovet for et kommunalt botilbud til denne gruppen.

Bygging av gode seniorboliger i privat regi kan bidra til at flere eldre kan ta ansvar for egen egnet bolig. Ofte kan det være lurt å flytte inn i slik bolig før det er aktuelt og funksjonene faller som følge av økt alder.

Noen eldre har ikke nok egenkapital til å kjøpe en ny egnet bolig. Det bør derfor være mulig å leie boliger. Kommunen kan gi råd til eldre om hva som finnes av støtteordninger i kommunal og statlig regi og kanskje også hjelpe til med å ta opp lån på det private markedet.

Byggingen av slike boliger kan gjøres i dialog med private utbyggere. Som planmyndighet kan kommunen stille krav om for eksempel fellesarealer, slik at boligene er egnet for å utvikle gode fellesskapsløsninger for eldre. Det er også mulig å vurdere om kommunen skal etablere personalbaser i private bygg, slik enkelte kommuner har gjort.

For personer med demens kan universell utforming og tilpasning av omgivelsene bidra til å eliminere eller redusere forhold som virker funksjonshemmede.