



Veivalg for helse og velferd

Forslag til organisering av fremtidig tjenestetilbud



MELHUS
KOMMUNE

Innhold

| | |
|--|----|
| Sammendrag | 3 |
| 1. Bakgrunn for prosjektet | 6 |
| 1.1 Melhus kommune står ovenfor en betydelig økning av antall tjenestebrukere..... | 6 |
| 1.2 Melhus kommune har rekrutteringsutfordringer | 7 |
| 1.3 Utfordringene er kjente – og vi har jobbet med dem | 8 |
| 1.4 Vi har ikke lykkes godt nok med å vende tilbudet til mer hjemmebaserte tjenester | 9 |
| 1.5 Vi må justere kursen raskt og velge veien for helse og velferd..... | 10 |
| 2. Utredninger som har betydning for et veivalg for helse og velferd..... | 11 |
| 2.1 Agenda Kaupang - 2017..... | 11 |
| 2.2 Prosjekt habilitering og rehabilitering - 2018..... | 12 |
| 2.3 Interkommunalt rekrutteringsprosjekt helse – 2021/2023 | 12 |
| 2.4 PWC - 2021 | 13 |
| 2.5 BDO-rapport - 2021 | 13 |
| 2.6 Arbeidsgruppe utskrivningsklare pasienter – 2021/2022 | 14 |
| 2.7 Kommunestyrevedtak 14.12.2021 | 15 |
| 3. Reformen som setter rammene for et veivalg for helse og velferd..... | 16 |
| 3.1 FNs bærekraftsmål..... | 16 |
| 3.2 100 år i eget hjem..... | 17 |
| 3.3 Reformen «Leve hele livet»..... | 18 |
| 4. Innstilling fra prosjektgruppen Veivalg for helse og velferd | 19 |
| 4.1 Fra omsorgstrapp til ny mestringstrapp..... | 19 |
| 4.2 Helsefremmende og forebyggende arbeid | 24 |
| 4.3 Styrking av ambulante tjenester | 25 |
| 4.4 Styrking og rendyrking av hjemmetjenesten | 28 |
| 4.5 Styrking av mestringsboliger | 30 |
| 4.6 Styrking av bofellesskap | 31 |
| 4.7 Styrking av institusjonstjenesten..... | 33 |
| 4.8 Helse- og velferdskontoret..... | 35 |
| Vedlegg: mandat for prosjektgruppe | 36 |
| Vedlegg: sammensetning av Prosjektgruppen Veivalg | 37 |
| Vedlegg: prosjektarbeid | 38 |

Sammendrag

Befolkningsframskrivingene for Trondheimsregionen viser for Melhus kommune en betydelig økning i innbyggertallet i målgruppen for pleie- og omsorgstjenester til eldre. For å kunne håndtere denne utfordringen har Melhus kommune over flere år arbeidet med prosjektet «100 år i eget hjem». Prosjektet skal bidra til i større grad enn tidligere å gi kommunens innbyggere tilbud om pleie- og omsorgstjenester i egne hjem. I tillegg har kommunen en satsing på bruk av velferdsteknologi som skal hjelpe å kunne bo hjemme lengre.

På bestilling av kommunestyret gjennomførte PWC og BDO i 2021 en gjennomgang av tilbudet på Hølonde helse- og velferdssenter, samt en helhetlig gjennomgang av kommunens samlede helse- og omsorgstilbud.

I kommunestyrets møte 14. desember 2021 vedtok kommunestyret flere verbalforslag i forbindelse med budsjettet for 2022 og økonomiplan 2023-2026. Felles for disse verbalforslagene er at de kan sees i sammenheng med resultatene av kartleggingsarbeidet.

Utfordringene er såpass store, og behovet for et annet tjenestetilbud blant en del av våre innbyggere såpass akutt, at vi ikke kan utsette prosessen. Årsakene kan sammenfattes som følgende:

- Vi har mange marginale hjemmeboende som trenger et bedre tilbud
- Vi har mange utskrivningsklare pasienter som venter på et kommunalt tilbud
 - Disse pasientene kommer for sent i gang med rehabilitering
 - Det koster mye å ha utskrivningsklare pasienter på sykehuset i stedet for i kommunen
- Vi har pasienter på dobbeltrom, noe som anses som svært uheldig og ikke ønskelig
- Vi må videreutvikle vårt dag- og aktivitetstilbud for å sikre bedre avlastning og rehabilitering
- Vi må videreutvikle våre lavterskeltilbud for å unngå at folk havner for lavt i mestringstrappa
- Vi må sikre gode fagmiljøer for våre ansatte

Rådmannen satt ned en bredt partssammensatt prosjektgruppe for å utarbeide et forslag til veivalg for struktur og dimensjonering av helsetjenestene i Melhus kommune. Prosjektgruppen består av ledere og rådgivere i helse- og velferdssektoren, hovedtillitsvalgte og hovedverneombud, representanter fra Melhus eldreråd og rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne, samt leder og nestleder for Utvalg for helse, oppvekst og kultur. Dette for å sikre både organisasjons-, ansatt- og brukerperspektiv i prosjektet.

Prosjektgruppen har i den første delen av prosjektet ikke vurdert dimensjonering av antall plasser eller ansatte, eller økonomiske forhold og bygningsmassen. Dette vil bli utredet i prosjektets videre arbeid.

Prosjektgruppe veivalg foreslår:

- Å ta i bruk en ny modell for mestringstrappa, som tar utgangspunkt i innbyggeren og mestringsnivået den har i stedet for kommunen og dens tjenestetilbud. Dette i tråd med reformen Leve hele livet, som setter menneskene i sentrum i stedet for systemer. Modellen som prosjektgruppe veivalg foreslår (mestringstrappa Melhus kommune 2022) beskriver forholdet mellom innbyggernes mestringsnivå og økning i bruk av spesialiserte tjenester, økt bistandsbehov og økt ressursinnsats. Jo lavere mestringsnivå, jo større innsats og jo mer spesialiserte tjenester innbyggeren har behov for.

- At helsefremmende og forebyggende arbeid innarbeides i alle deler av kommunal virksomhet, slik at den enkelte innbygger stimuleres til å ta økt ansvar for egen helse i tråd med hovedmålet med ambisjonen 100 år i eget hjem.
- At ambulante tjenester i Melhus kommune organiseres i en matrise hvor helsepersonell har et forpliktende samarbeid på tvers av fag, avdelinger og enheter. Dette kan sikre både gode fagmiljø, og sikre fleksibilitet i tjenesteutøvelsen. Ambulante tjenester skal så langt det er mulig gis i henhold til brukernes og pårørendes ønsker og valg, jf. Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Prosjektgruppen foreslår å styrke kommunens ambulante tjenester i alle enheter for å sikre at målene i ambisjonen om 100 år i eget hjem skal nås. Dimensjonering av ambulante tjenester skal prosjektgruppe veivalg jobbe videre med i del to av prosjektet. Prosjektgruppe veivalg foreslår videre at det for hvert tilbud som er del av kommunens ambulante tjenester vurderes om tilbudet også skal være tilgjengelig på kveldstid og i helgene.
- Å styrke hjemmetjenesten i hele kommunen for å sikre at målene i ambisjonen om 100 år i eget hjem skal nås. Dimensjonering av hjemmetjenesten og behov for kompetanse skal prosjektgruppe veivalg jobbe videre med i del to av prosjektet. Prosjektgruppen foreslår at basistjenestene i hjemmetjenester utøves lokalt fra basene på ulike steder i kommunen, nært brukerne. Mer spesialiserte og dermed ikke så ofte forekommende oppgaver kan utøves av ett eller flere ambulante team som jobber over hele kommunen. Prosjektgruppen foreslår at oppgavene av helsepersonell i hjemmetjenesten rendyrkes og bare omfatter *helserelaterte tjenester* rettet mot person. I fase 2 av prosjektet vil prosjektgruppe veivalg vurdere hvor vidt praktisk bistand til oppgaver i bolig og omgivelse vil være del av hjemmetjenesten eller bør settes bort til andre yrkesgrupper, frivillige, private eller kommunale aktører.
- En økt satsing på mestringsboliger i hele kommunen. Mestringsboliger skal være tilrettelagt for personer som har behov for såpass mye helsetjenester at de ikke kan bo i sin opprinnelige bolig lenger, og av ulike årsaker ikke kan tilpasse eksisterende eller skaffe egen tilpasset bolig. Mestringsboliger kan være både kommunale og private, og tildeles etter behov og faglige kriterier. Enkelte mestringsboliger bør lokaliseres i nærheten av Helse- og omsorgssenter, eller bofellesskap med heldøgns bemanning. En personalbase med helsepersonell i nærheten kan sikre kortere responstid og dermed raskere oppfølging og trygghet for innbyggerne.
- At Høllonda helse- og omsorgssenter videreføres som bofellesskap med heldøgns bemanning. Prosjektgruppen mener at brukergruppen i stor grad vil være den samme som i dag, men vil se nærmere på det i prosjektfase 2. Der vil prosjektgruppa også drøfte hvor mange plasser det kan være på bosenteret, ut ifra behov, bygningsmasse og økonomi . Prosjektgruppe veivalg foreslår videre at Melhus kommune har en økt satsing på bofellesskap med heldøgns bemanning for flere brukergrupper i hele kommunen. Antall boenheter per bofellesskap er avhengig av brukernes funksjonsnivå. I andre del av veivalgprosjektet vil prosjektgruppen komme med forslag til dimensjonering og lokalisering av ulike bofellesskap.
- Å samle den tyngste pleien i institusjonstjenesten på Buen helse- og omsorgssenter. Om det fortsatt skal være sykehjemsdrift på Horg helse- og omsorgssenter, eller om det bør gjøres om til bofellesskap med heldøgns pleie som foreslått på Høllonda, skal vurderes nærmere i fase to av veivalgprosjektet, ut fra tjenestebehov, bygningsmasse og økonomi. I fase to i prosjektet skal det også vurderes om kommunen skal ha en egen avklaringsavdeling for utskrivningsklare pasienter som ikke kan dra hjem ennå, en egen rehabiliteringsavdeling, og en avdeling med dagplasser. Hvorvidt disse avdelingene er nødvendige og om de eventuelt

bør organiseres som hjemmetjenester eller institusjonstjenester må også avgjøres i fase 2 – når totaliteten av kommunens tjenestetilbud er avklart.

- At Helse- og velferdskontoret (heretter HVK) organiseres som i dag. HVK skal være tverrfaglig sammensatt og være den ene døra inn til helsetjenestene. Videre foreslås det at HVK rendyrkes som ren bestillerfunksjon. HVKs vedtak er styrende for tjenestenivå som gis ute i tjenesten for å sikre likeverdige tjenester og lik tildeling. Utførende tjenester foreslås lagt til andre enheter. Prosjektgruppen foreslår at koordinerende enhet, samt rådgivnings- og veiledningsarbeid fortsatt er del av HVK

1. Bakgrunn for prosjektet

Melhus kommune står ovenfor en demografisk utvikling som gir kommunen tre hovedutfordringer:

1. Vi vil på sikt mangle kapasitet til å ivareta alle innbyggere
2. Vi vil ha begrenset tilgang på helsepersonell med rett kvalitet (mer behov for spesialisert kompetanse, konkurranse om helsepersonell med rett kompetanse)
3. Økt ressursbruk vil stille større krav til å prioritere mellom tjenestesektorer.

Utfordringene kan føre til dårligere kvalitet i tjenestene samt økonomiske konsekvenser dersom disse ikke adresseres.

1.1 Melhus kommune står ovenfor en betydelig økning av antall tjenestebrukere

Innføringen av samhandlingsreformen i 2012 har ført til at flere brukere som tidligere fikk oppfølging av spesialisthelsetjenesten i dag blir fulgt opp i kommunen. Dette har økt behovet for spesialiserte kommunale helsetjenester.

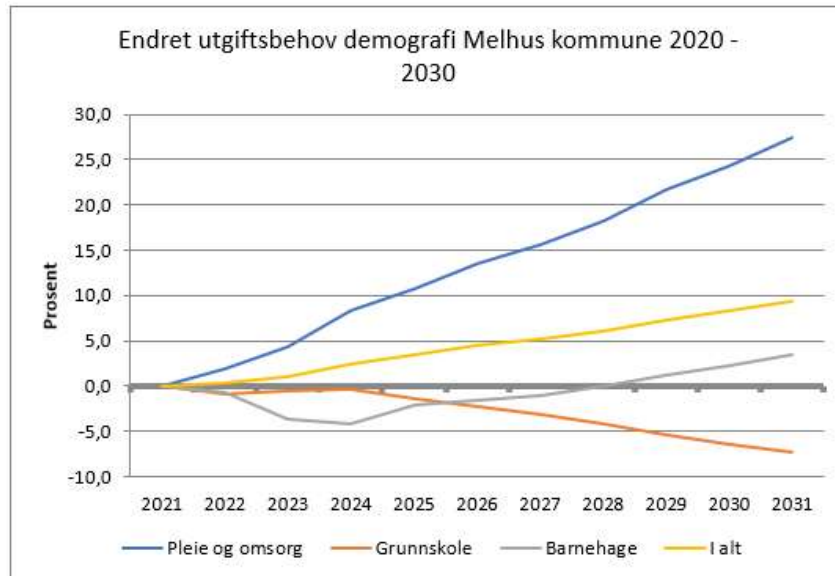
I tillegg til økt tjenestebehov på grunn av samhandlingsreformen, vil antallet eldre i Melhus øke betydelig. Det viser befolkningsframskrivingene for Trondheimsregionen.

Sammenlignet med 2021 er økning i antallet innbyggere over 67 år prognostisert som følger¹:

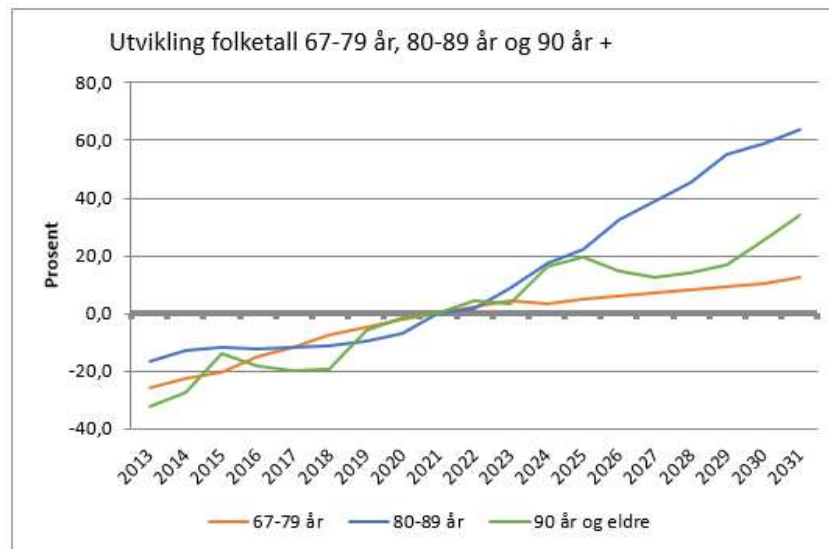
- 2025: 11 %
- 2030: 25 %
- 2040: 53 %
- 2050: 74 %

Ifølge befolkningsframskrivingene vil andelen av kommunens totale antall innbyggere over 67 år øke fra 16 % i 2021 til 23 % i 2050. Sammenlignet med 2021 vil antallet innbyggere 67-79 øke med 35 %, innbyggere 80-89 øke med 145 % og innbyggere over 90 år øke med 308 %. Økningen av antall eldre i kommunen er årsaken til at tjenestebehovet for pleie- og omsorgstjenester øker betydelig mer enn behovet for øvrige tjenester.

¹ Rapport gjennomgang av institusjons- og hjemmetjenesten i Melhus kommune, 07.01.2022, BDO



Kilde: SSB og KS



Kilde: SSB og KS

Kommunen har allerede per dags dato en stor andel demente brukere av pleie og omsorgstjenestene. Framskrivningene viser at befolkningsandelen med demens vil øke fra 1,88 % i 2020 til 3,78 % i 2050².

1.2 Melhus kommune har rekrutteringsutfordringer

Utviklingen med økt etterspørsel av tjenester, i tillegg til et økende antall pasienter med sammensatte sykdommer, stiller store krav til arbeidet med å rekruttere og beholde faglært og kompetent arbeidskraft i helsesektoren i dag og i framtiden.

SSB rapport 2019/11 forespeiler en stor mangel på sykepleiere i framtiden for å håndtere oppgavene som kommunene allerede har i dag i tillegg til økt etterspørsel av tjenestene³. Denne utfordringen er ikke unik for Melhus, det beskrives tydelig i Helsedirektoratets rapport om utfordringer med å

² [Demenskartet – Aldring og helse](#)

³ [Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035 - SSB](#)

rekruttere helsepersonell i kommunene⁴. Kommunene har størst utfordringer med å rekruttere sykepleiere, etterfulgt av leger. Det er også mange kommuner som har utfordringer med å rekruttere psykologer og vernepleiere.

Regjeringen vedtok i desember 2021 å øke kapasiteten på sykepleierutdanningene med 500 studieplasser fra høsten 2022. Dette er en økning med ca. 10 % i forhold til dagens kapasitet. En betydelig del av disse studieplassene lokaliseres ved NTNU, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie. Kommunene i Trondheimsregionen har en viktig rolle i å ta imot flere praksisstudenter når NTNU får flere sykepleierstudenter. Kommunene er sitt ansvar bevisst og vil legge til rette for flere praksisplasser allerede i fra studieåret 2022/2023 for sykepleierstudenter i kommuner i Trondheimsregionen⁵.

Regjeringen er imidlertid også tydelig på at denne økningen ikke «fikser alt», men at det er en viktig start⁶.

Dette løser ikke umiddelbart Melhus kommunes rekrutteringsutfordringer. Sykepleieutdanningen er en treårig bachelorutdanning som etter bestått eksamen og praksis gir godkjenning som sykepleier. Dette medfører at de nye sykepleiere først er klare for å tre inn i stillingene høsten 2025. I tillegg er utfordringen som beskrevet før ikke unikt for Melhus kommune. Det betyr at vi er i konkurranse med andre kommuner og spesialisthelsetjenesten om disse ressursene, og at vi må jobbe med både beholde, utvikle og rekruttere sykepleiere og øvrige helsearbeidere.

1.3 Utfordringene er kjente – og vi har jobbet med dem

Utfordringene med et økende behov for kommunale helsetjenester og risikoen for et redusert tjenestetilbud på grunn av mangel på helsearbeidere er ikke nytt for Melhus kommune, og kommer ikke som en overraskelse. Kommunen har over flere år jobbet med en strategi for å takle disse utfordringene på en god måte.

Allerede i 2017 startet kommunen arbeidet med ambisjonen «100 år i eget hjem». Målsettingen er at innbyggerne i større grad enn tidligere skal få tilbud om pleie- og omsorgstjenester i egne hjem, for å lette trykket på institusjonsplassene, som er den mest ressurskrevende pleien vi tilbyr.

For å muliggjøre dette har kommunen blant annet en stor satsing på velferdsteknologi. Trygghetsalarm, medisindispensere, multidose, og roommate som verktøy for å våke over sårbare pasienter er noen eksempler på hvordan avansert velferdsteknologi brukes. Men også hverdagsvelferdsteknologi som robotstøvsugere, fitness-apper, pulsklokker med GPS osv. kan bidra til at innbyggerne kan bo hjemme lengre med litt hjelp av kommunale tjenester.

Et av de mest sentrale tiltakene i prosjektet «100 år i eget hjem» er å gjennomføre en endring fra kompenserende og passiviserende tjenester til forebyggende og rehabiliterende tjenester. Hverdagsmestring er innført som et styrende tanke sett, og det jobbes i alle deler av tjenestene med dette. Å jobbe med hverdagsmestring kan beskrives som å jobbe med hendene på ryggen. I denne forbindelsen ble det gjennomført et prosjekt «Habilitering og rehabilitering» i Melhus kommune.

I forbindelse med rekrutteringsutfordringene har kommunene Melhus, Skaun og Midtre Gauldal gått sammen i et interkommunalt rekrutteringsprosjekt⁷. Kommunene ligger i geografisk i nærhet til

⁴ [Innledning og oppsummering - Helsedirektoratet](#)

⁵ Uttalelse Regionrådet for Trondheimsregionen, 18.02.2022

⁶ [Økt opptak med 500 studieplasser i sykepleie - regjeringen.no](#)

⁷ [Interkommunalt rekrutteringsprosjekt helse - Melhus kommune](#)

hverandre, sør for regionsenteret Trondheim, og opplever samme utfordringene med rekruttering av helsepersonell. Kommunene vil gjennom dette kompetanse- og innovasjonsprosjektet utvikle ny praksis iht. å rekruttere og beholde arbeidskraft i helsesektoren. Prosjektet skal systematisk sikre at kommunene får tilgang på kompetent arbeidskraft i helsesektoren nå og i framtiden⁸. Prosjektet arbeider etter føringer i Kompetanseløft 2020, som er statens plan for rekruttering, kompetanseheving og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Prosjektet samarbeider i tillegg med en rekke forsknings- og utviklingsmiljøer, deriblant KS nasjonale Jobbvinnerprogram, som har som mål å øke rekrutteringen av sykepleiere og helsefagarbeidere til helse- og omsorgstjenesten.

1.4 Vi har ikke lykkes godt nok med å vende tilbudet til mer hjemmebaserte tjenester

På tross av aktivitetene som beskrevet over, viser dagens utvikling slik det kommer frem av KOSTRA at utviklingen går motsatt vei, og at vi har utfordringer med å vende tjenestebilbudet fra institusjonsplasser til hjemmebaserte tjenester. Melhus kommune opplever også driftsutfordringer i pleie- og omsorgstjenestene. Et godt eksempel på dette er antallet utskrivningsklare pasienter som ligger på St. Olavs hospital i påvente av et kommunalt tilbud, samt et økende antall skrøpelige hjemmeboende som trenger et bedre tilbud enn vi kan gi i dag.

I tillegg blir tilnærmet alle plasser på korttidsavdelingen på Buen brukt av/til beboere som egentlig har behov for mer langsiktige tjenester, eller til og med langtidsplass, enten på sykehjem eller i bofellesskap med heldøgns pleie. Dermed mangler vi tilbud til innbyggere som trenger korte opphold til rehabilitering eller avlastning.

For å løse kapasitetsutfordringene er det tatt i bruk 8-9 dobbeltrom i institusjonstjenesten, i tillegg til at flere boenheter ment til avlastning eller personer med en funksjonshemming blir brukt for pasienter med kognitiv svikt. Dette er tiltak som er langt fra ønskelig, og fører til en stor belastning for både brukere, pårørende og ansatte.

At vi ikke har lykkes med å vende tjenestetilbudet har dels sin forklaring i Covid-19 pandemien. Gjennom pandemien har flere tjenester blitt redusert eller midlertidig stanset for å redusere smittespredning eller kunne sikre prioriterte tjenester i forbindelse med fare for liv og helse. Dette gjelder blant annet aktivitets- og avlastningstilbud. Som resultat av reduksjonen i tjenestetilbudet ser vi funksjonsfall blant flere brukere av våre tjenester, som bidrar til lengre og tyngre rehabiliteringsprosesser.

For å kunne ivareta og isolere pasienter smittet med Covid-19, både fra institusjon og hjemme, ble avdelingen Gimsebu på Buen stengt og tatt i bruk som Covid-avdeling. Avdelingen er medio februar 2022 fortsatt i bruk til dette formålet. Stengningen har imidlertid medført redusert kapasitet på sykehjemsplasser.

Smitteverntiltakene, karantene og isolasjon har bidratt til større fravær blant ansatte, og det har ikke vært mulig å bruke ressurser på tvers av avdelingene og enhetene som før. Dette har medført reduserte ressurser for hele helse- og velferdsområdet. I tillegg har håndtering av pandemien gått på bekostning av tid som kunne brukes til videreutvikling av tjenestetilbudet i Melhus kommune.

⁸ Prosjektplan for strategisk interkommunalt rekrutteringsprosjekt i helse- og omsorgstjenesten i Melhus, Skaun og Midtre Gauldal 2020-2023 – revidert 1 juni 2021

At vi ikke har lyktes med å vende tjenestetilbudet til mer hjemmebaserte tjenester er imidlertid ikke bare relatert til pandemien. Det er også mer grunnleggende knyttet til hvordan Melhus kommune har organisert sine tjenester, samt dimensjonering av tjenestene.

Allerede i 2017 ble det identifisert et større behov for flere omsorgsbolig og bofelleskap for eldre med heldøgns bemanning. Dette tilbudet ville kunne avlaste tjenestene i stor grad, men er fortsatt et mangelfullt trinn på omsorgs- eller mestringstrappa i Melhus kommune. I januar 2022 ble det i en rask gjennomgang av beboere på våre sykehjem identifisert minst 15 personer som kunne hatt et bedre tilbud i et bofelleskap med heldøgns bemanning i stedet for en plass på sykehjemmet. Disse brukere opptar plasser som kunne ha blitt brukt av pasienter med et større eller mer spesialisert tjenestebehov.

1.5 Vi må justere kursen raskt og velge veien for helse og velferd

For å sikre at innbyggerne i Melhus kommune et godt tjenestetilbud også i fremtiden, må vi velge veien videre nå. Utfordringene er såpass store, og behovet for et annet tjenestetilbud blant en del av våre innbyggere såpass akutt, at vi ikke kan utsette prosessen. Årsakene til dette beskrives mer inngående i andre deler av rapporten, og kan sammenfattes som følgende:

- Vi har mange marginale hjemmeboende som trenger et bedre tilbud
- Vi har mange utskrivningsklare pasienter som venter på et kommunalt tilbud
 - Disse pasientene kommer for sent i gang med rehabilitering
 - Det koster mye å ha utskrivningsklare pasienter på sykehuset i stedet for i kommunen
- Vi har pasienter på dobbeltrom, noe som anses som svært uheldig og ikke ønskelig
- Vi må videreutvikle vårt dag- og aktivitetstilbud for å sikre bedre avlastning og rehabilitering
- Vi må videreutvikle våre lavterskeltilbud for å unngå at folk havner for lavt i mestringstrappa
- Vi må sikre gode fagmiljøer for våre ansatte

Mandatet til prosjektgruppa har ikke vært å definere en konkret løsning som det ikke kan avvikes fra. Målet i første del av prosjektet har vært å skissere en vei videre for helse- og velferdsområdet som vil hjelpe Melhus kommune til å takle de utfordringene vi står overfor, uten at prosjektgruppas veivalg begrenser kommunens fleksibilitet og justeringsmuligheter.

2. Utredninger som har betydning for et veivalg for helse og velferd

Melhus kommune har i løpet av de siste årene gjennomført flere utredninger i helse- og velferdssektoren som har pekt på samme utfordringen:

- Agenda Kaupang 2015 og 2017
- Prosjekt habilitering og rehabilitering 2018
- PWC-rapport våren 2021
- BDO-rapport høsten 2021
- Arbeid med utskrivningsklare pasienter (2021-2022)
- Verbalvedtak kommunestyremøtet 14. desember 2021

2.1 Agenda Kaupang - 2017

Etter en første gjennomgang i 2015 som var startpunktet for prosjektet 100 år i eget hjem, har Agenda Kaupang i 2017 bistått Melhus kommune med en gjennomgang av økonomi- og tjenesteorganisering i deler av helse- og omsorgstjenesten i kommunen⁹. I denne gjennomgangen var befolkningsprognosen og hva denne innebærer for helse- og omsorgstjenester et stort tema. Agenda Kaupang mente at det var et effektiviseringspotensial i hvordan tjenesten organiseres, og skrev blant annet følgende:

- 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 sykehjems plasser i kommunen. Boligene bør ha en lavere enhetskostnad enn dagens sykehjems plasser på ca. kr 947 000 (netto driftsutgifter i 2016), for eksempel maksimalt kr 700 000 pr. plass. En bred satsing på innføring av velferds-teknologi 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 spesialisthelse-tjenesten. Fram mot 2040 må kommunen øke kapasiteten betydelig på omsorgs plasser 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 hjemme-baserte 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

⁹ Organisasjonsgjennomgang helse- og omsorgstjeneste i Melhus kommune, 24.11.2017, Agenda Kaupang

(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 flyktninger til denne virksomheten, vil det være flere gode driftsmessige synergier som igjen vil redusere de totale kostnadene for kommunen.

Mange av disse anbefalinger ligger til grunn for dagens organisering av helse- og velferdsområdet i Melhus kommune, men Prosjektgruppe veivalg vurderer det slik at ikke det hele potensialet for effektivisering er hentet ut ennå.

2.2 Prosjekt habilitering og rehabilitering - 2018

Melhus kommune har i 2018 fått prosjektmidler fra fylkesmannen i Trøndelag med formål om «Styrking av habilitering og rehabilitering i kommunene.» Dette er midler knyttet til opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019. Opptrappingsplanen er ment å skulle stake ut en ny retning for habilitering og rehabilitering der det legges vekt på at brukeren selv skal oppleve mestring, bedre helse og en tryggere hverdag. Rehabilitering skal skje i et livsløpsperspektiv, og ikke være en «tidsavgrenset prosess» som tidligere lå i definisjonen. Pasientens egne mål og ressurser skal være i fokus for helsehjelpen som gis. Dette står godt i forhold til Melhus kommunes ønske om å bidra til at brukeren/pasienten selv tar ansvar i eget liv, samt sørge for systemer som ivaretar brukerens/pasientens rettigheter og muligheter på en god måte.

Melhus kommune fikk tildelt tilskuddsmidler til ett prosjekt, men valgte i praksis å dele inn i to prosjekter. Dette var også beskrevet i søknaden til Fylkesmannen:

1. Utvikling av koordinerende enhet
2. Utvikling av system for korttidsutlån av hjelpemidler

Prosjektgruppe veivalg er enig i at habilitering og rehabilitering må styrkes, og har hatt rapporten som bakgrunnsmateriale i prosjektarbeidet.

2.3 Interkommunalt rekrutteringsprosjekt helse – 2021/2023

Som beskrevet i bakgrunnen for prosjektet, er en av de store utfordringene for kommunale helsetjenester tilgang på ressurser og kompetanse. Befolkningsprognosene peker på at Melhus kommune vil få en stor økning i antallet potensielle tjenestemottakere, samtidig som vi strever med å få rekruttert mange nok helsearbeidere for å utøve disse tjenester.

Interkommunalt rekrutteringsprosjekt helse Melhus, Skaun og Midtre Gauldal ble etablert som et forprosjekt i 2020 på bakgrunn av at brukerbehovet er større enn tilgang på personell nå og spesielt i framtida. Hovedprosjektet startet i 2021 og løper ut 2023. Prosjektet skal sikre tilgang på helsepersonell for å kunne gi nødvendige helse- og omsorgstjenester i eierkommunene. Prosjektet

Prosjektet har fem delprosjekter:

1. heltidskultur
2. faglig utvikling
3. veiledningssystem
4. lønns- og arbeidsvilkår

5. kommunikasjon og omdømmebygging

Prosjektgruppe veivalg vurderer at samarbeid med interkommunalt rekrutteringsprosjekt er svært viktig i del 2 av veivalg-prosjektet, hvor dimensjonering av bemanning og tjenestemottakere diskuteres.

2.4 PWC - 2021

PWC gjennomførte våren 2021 et forprosjekt med kartlegging av dagens status for helse- og omsorgstjeneste på Hølonda. Bakgrunnen var et vedtak av Utvalg for helse, oppvekst og kultur 12. februar 2020 som ga rådmannen i oppdrag å "utrede fremtidig dimensjonering av tjenestetilbud innen sykehjem og hjemmetjenester, med særskilt vekt på rekrutteringsutfordringer ved Hølonda – med den hensikt å ivareta Hølonda helsehus". Utgangspunktet for denne bestillingen var vedvarende utfordringer med å rekruttere tilstrekkelig ansatte med sykepleierkompetanse ved helsehuset og i hjemmetjenesten på Hølonda.

PWC anbefalte at Melhus kommune omgjør de 15 institusjonsplassene på Hølonda til omsorgsboliger med heldøgns omsorg. Videre anbefalte PWC å vurdere hvor mange heldøgns omsorgsboliger det er behov for på Hølonda, og eventuelt gjøre om noen av dagens heldøgns omsorgsplasser til ordinære omsorgsboliger uten heldøgns omsorg. En endring av tjenestene ved Hølonda helsehus vil etter PWCs mening kunne påvirke både øvrige pleie- og omsorgstjenester ved Hølonda, og sykehjemstjenester i øvrige deler av Melhus kommune. PWC mente at det videre arbeidet bør både handle om å tilpasse tjenestene ved Hølonda helsehus og justere det samlede tjenestetilbudet i kommunen¹⁰.

Prosjektgruppe veivalg har brukt PWC-rapporten som bakgrunnsmateriale i sine vurderinger.

2.5 BDO-rapport - 2021

Som oppfølging av forprosjektet gjennomført av PWC har konsulentfirmaet BDO høsten 2021 kartlagt fire ulike problemstillinger knyttet til ressurseffektivitet og struktur i helse- og omsorgstjenester i Melhus kommune. I kartleggingen er det lagt stor vekt på innspill fra avdelingenes HMS-utvalg, samt økonomiske analyser av helse- og velferdsområdet i Melhus kommune. BDO har ikke kommet med anbefalinger basert på kartleggingen, men skissert handlingsrommet som kommunen har.

Kartleggingen fra BDO har i hovedsak avdekket fire hovedfunn¹¹:

1. Fordi kostnadsnivået i institusjoner er langt høyere enn i hjemmetjenester og heldøgns bemannede boliger, viser kartleggingen at særlig mangelen på tilstrekkelig antall heldøgns bemannede boliger vil medføre svært høye kostnader frem mot 2050 med en videreføring av dagens tjenestesammensetning. En omlegging av tjenestesammensetningen vil redusere den estimerte kostnadsøkningen betydelig.
2. BDOs analyser viser et behov for økt bemanning på tvers av pleie- og omsorgstjenestene. Basert på HMS-utvalgenes vurderinger av hvilken bemanning som er nødvendig for å drifte fullt ut bærekraftige tjenester, må kommunen enten øke dagens bemanning eller redusere dagens tjenestetilbud med 83 tjenestemottakere i hjemmetjenestene, seks beboere bemannede boliger og fire vektete institusjonsplasser. Bemanningssituasjonen er derfor svært viktig å ta tak i, for også å gjøre tjenestene mer robuste i møte med fremtidens kapasitetsbehov.

¹⁰ Forprosjekt: Dagens status for helse- og omsorgstjenestene på Hølonda, 05.01.2021, PWC

¹¹ Rapport gjennomgang av institusjons- og hjemmetjenesten i Melhus kommune, 07.01.2022, BDO

3. Befolkningsframskrivingene for kommunen viser at kapasitetsbehovet i kommunens pleie- og omsorgstjenester vil øke betydelig i årene fremover. Basert på en ren framskriving av dagens dekningsgrader ved de forskjellige pleie- og omsorgstjenestene i kommunens tjenestetilbud, estimeres kapasitetsbehovet å øke kommunens kostnader til pleie- og omsorgssektoren med om lag 85 millioner kroner i 2030, 152 millioner i 2040 og om lag 220 millioner i 2050.
4. Høllonda sykehjem kan omdisponeres til heldøgns bemannede boliger, og kommunen kan vurdere å gjøre Høllonda til et kommunalt kompetansesenter for heldøgns bemannet omsorg. Høllonda sykehjem uttaler at lokalene er egnet for en slik omdisponering, og at bygningsmassen vil kreve få tilpasninger for å omdisponeres. Dagens 16 plasser ved sykehjemmet kan omdisponeres til 30,4 heldøgns bemannede boliger til samme driftskostnad som i dag. En slik omdisponering vil dermed kunne bidra til å gi 14 nye innbyggere et botilbud i kommunens pleie- og omsorgstjeneste.

Videre har kartleggingen avdekket at kommunen kan få ytterligere effekter av å legge om tjenestesammensetningen i årene som kommer. HMS-utvalgene mener heldøgns bemannede boliger er egnet til å «dekke gapet» for eldre som er for friske til å bo på institusjon, men for syke til å bo i eget hus. Et tilbud om heldøgns bemannede boliger vil bidra til et mer riktig tilbud, samtidig som pårørende vil motta tilstrekkelig avlastning fra pleie- og omsorgstjenestene på et tidligere tidspunkt. I tillegg mener HMS-utvalgene at mange av dagens beboere i institusjon vil kunne få et bedre tjenestetilbud i heldøgns bemannede boliger. Dette dreier seg både om aktivisering og sosialisering, som særlig er viktig for funksjonsfriske eldre med kognitiv svikt. For å møte fremtidens kapasitetsbehov og gi innbyggerne et riktigere tilpasset tilbud, har BDOs analyser vist at det er et potensial for å bygge ut et langt større antall heldøgns bemannede boliger enn kommunen har i dag. Utbyggingen kan eksempelvis skje både i form av en omdisponering av Høllonda sykehjem, i tillegg til en utbygging/omdisponering andre steder i kommunen.

Kommunen har over tid opplevd rekrutteringsutfordringer. BDOs kartlegging viser at en omdisponering fra institusjonsplasser til heldøgns bemannede boliger kan bidra til å skape et solid og attraktivt kompetansemiljø, som videre vil kunne avhjelpe rekrutteringsutfordringene. Samtidig krever heldøgns bemannede boliger lavere pleiefaktor (det vil si færre ansatte per bruker/pasient) enn sykehjemsplasser. Følgelig vil rekrutteringsutfordringene sykehjemmet i dag opplever kunne lettes gjennom flere kanaler.

I og med at BDOs kartlegging er den direkte anledningen til prosjektet Veivalg for helse og velferd i Melhus kommune har Prosjektgruppe veivalg lagt vekt på kartleggingens funn i vurderingene sine.

2.6 Arbeidsgruppe utskrivningsklare pasienter – 2021/2022

Melhus kommune deltar sammen med Malvik kommune, Trondheim kommune og St. Olavs hospital i en arbeidsgruppe som vil komme med anbefalinger for å kunne redusere antallet utskrivningsklare pasienter på St. Olavs hospital. Arbeidsgruppen vil komme med en rekke konkrete anbefalinger for å kunne håndtere utfordringen med utskrivningsklare pasienter i helsefelleskapet.

Selve rapporten er ikke ferdig ennå, men tiltakene som vil bli foreslått handler blant annet om følgende:

- Bedre utnyttelse av mulighetene i hjemmebaserte tjenester
- Utnyttelse av mulighetene som ligger i Helseplattformen
- Utvikling av en felles samhandlingskultur
- Mer helhetlig pasientforløp

- Rask tverrfaglig vurdering av utskrivningsklare pasienter i kommunen og bedre utnyttelse av «kalde senger»

Disse tiltakene er i tråd med diskusjonene i Prosjektgruppen Veivalg. Endelig rapport fra arbeidsgruppen for utskrivningsklare pasienter forventes i mars 2022.

2.7 Kommunestyrevedtak 14.12.2021

I sak 88/21 behandlet kommunestyret i Melhus kommune budsjett 2022 og økonomi- og handlingsplan for 2022-2025. Følgende verbalforslagene ble vedtatt:

- Rådmannen bes komme tilbake i budsjett og økonomiplan 2023-2026 med ulike forslag til en opptrappingsplan for å styrke hjemmetjenesten og institusjonstjenesten betydelig. Tjenestetilbudet innen oppvekst og helse og velferd skal skjermes. Saken oversendes rådmannen og sees i sammenheng med BDO- rapport om pleie og omsorgstjenester.
- Rådmannen bes komme med en sak i starten av 2022 om hvordan bofelleskapene i Lensmannsgården og Rådhusvegen skal ivaretas og få tilfredsstillende lokaler. Saken oversendes rådmannen, dette må sees i forlengelsen av BDO- rapporten.
- Kommunestyret ber rådmannen komme tilbake med en sak i 2022 hvor det utredes nye sentrumsnære kommunale bofelleskap/borettslag for eldre i tettstedene etter modell fra Lundebroen og Bruatunet samt utrede behovet for boliger med mulighet for heldøgns omsorg. Saken oversendes rådmannen, og sees i forlengelsen av BDO rapporten. Oppgavefordeling mellom personellgrupper i Helse og omsorg
- Forskning viser at det i liten grad skjer en bevisst og strategisk bruk av oppgavefordeling mellom personellgruppene innen helse- og omsorgssektoren i kommunene. Strategi for oppgavefordeling, delegering og opplæring mellom personellgrupper vil legge til rette for en mer systematisk kvalifisering av personell til å utføre oppgaver de i dag ikke er kvalifisert til. Melhus kommune ber rådmann se på hvordan utnytte fagkompetanse og innen Helse og omsorg mer målrettet mellom personellgruppene.

Prosjektgruppe veivalg har inkludert verbalvedtakene i arbeidet sitt. Dimensjonerings spørsmål vil bli behandlet i andre delen av prosjektet.

3. Reformen som setter rammene for et veivalg for helse og velferd

Prosjektgruppen har i sitt arbeid sett på underliggende rammer og reformer:

- FNs bærekraftsmål
- Prosjektet 100 år i eget hjem – Melhus kommune
- Eldrereformen Leve hele livet

3.1 FNs bærekraftsmål

2030-agendaen er verdens handlingsplan for bærekraftig utvikling. 2030-agendaen er konkretisert gjennom 17 bærekraftsmål og 169 delmål, og handler om å oppnå bærekraftig utvikling langs tre dimensjoner: økonomisk, sosialt og miljømessig. Bærekraftsmålene ble vedtatt på FNs generalforsamling i 2015, med tilslutning fra alle de 193 medlemslandene. Norge var pådriver for å få målene vedtatt, og er forpliktet til å jobbe for at verden når målene innen 2030.



For at verden skal nå bærekraftsmålene innen 2030, må alle deler av samfunnet bidra. I praksis betyr det at man som innbygger, politiker, bedriftsleder eller beslutningstaker hele tiden må spørre seg om de aktivitetene, beslutningene, prosjektene og produksjonene man vil iverksette, bidrar til sosial, miljømessig og økonomisk bærekraft. Alle de tre dimensjonene er like viktige.

Regionale og lokale myndigheter har et særskilt ansvar i oppfølgingen av 2030-agendaen. Ifølge FN kan to tredjedeler av delmålene kun nås gjennom lokal innsats. Lokale myndigheter er nærmest befolkningen, bedriftene og organisasjonene. Lokale og regionale myndigheter er ansvarlige for mye av den sosiale og fysiske infrastrukturen som påvirker befolkningens levekår og utviklingsmuligheter¹².

Bærekraftsmålene skal ligge til grunnlag for alle beslutninger i Melhus kommune. Et grunnprinsipp bak 2030-agendaen er at ingen skal utelates. Det betyr at veivalget vi nå tar for årene som kommer, ikke skal gå på bekostning av enkeltpersoner eller grupper i kommunen og spesielt skal komme de mest sårbare og marginaliserte til gode. For gruppens arbeid har spesielt bærekraftsmål 3 (sikre god

¹² [Meld. St. 40 \(2020–2021\) - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

helse og livskvalitet), bærekraftsmål 8 (anstendig arbeid og økonomisk vekst), bærekraftsmål 11 (bærekraftige byer og lokalsamfunn) og 17 (samarbeid for å nå målene) betydning.

Prosjektgruppe veivalg vurderer at bærekraftsmålene ivaretas gjennom forslaget til veivalg som er utarbeidet i denne rapporten, og vil fortsatt ha fokus på bærekraftsmålene i videre arbeid med prosjektet.

3.2 100 år i eget hjem

Kommunestyret vedtok omstillingsprosjektet «Hundre år i eget hjem – aktiv i eget liv» i mai 2016. Hovedmålet med prosjektet var å innarbeide helsefremmende og rehabiliterende strategier i alle deler av helse- og omsorgstjenestene.

Melhus kommune ønsker at flest mulig skal mestre hverdagen sin på egen hånd, at innbyggerne skal ta ansvar i eget liv. Også om de har helseutfordringer eller andre utfordringer som gjør at de trenger bistand fra kommunen. Hovedmålet med prosjektet «100 år i eget hjem» er å innarbeide helsefremmende og rehabiliterende strategier i alle deler av helse og omsorgstjenestene, slik at den enkelte innbygger stimuleres til å ta økt ansvar for egen helse. Et av de mest sentrale tiltakene er å gjennomføre en endring fra Fra tjenester som kompenserer og kan gjøre innbyggerne mer passive, til forebyggende og rehabiliterende tjenester.

Figuren under gir et bilde på hvordan de ulike elementene i «hundre år i eget hjem» henger sammen og påvirker hverandre.



Prosjektet 100 år i eget hjem har blant annet med bakgrunn i prioriteringer på grunn av Covid-19 ikke blitt formelt evaluert. I ulike gjennomganger beskrevet andre steder i denne rapporten har prosjektet imidlertid blitt gjenstand for en vurdering av hvor vidt Melhus kommune har lyktes med målsetningen. Det anses derfor ikke nødvendig å foreta en egen vurdering av prosjektet lenger.

I 2022 er 100 år i eget hjem ikke lenger et *prosjekt*, men mye mer et grunnleggende prinsipp og en sterk *ambisjon* om at innbyggerne i større grad skal ta ansvar for eget liv, og dermed oppleve mer glede og mestring i hverdagen. Melhus kommune ønsker at flest mulig skal mestre hverdagen sin på egen hånd. Også om de har helseutfordringer eller andre utfordringer som gjør at de trenger bistand fra kommunen.

Kort oppsummert handler 100 år i eget hjem dermed om at:

- Ansvar for nødvendig helsehjelp fortsatt ligger hos kommunen
- Kommunen ønsker å bidra til at innbyggerne kan få være mest mulig selvhjulpen, slik at de kan holde på med aktivitetene som er viktig for dem

- Brukere av kommunale tjenester er selv ansvarlige for å gjøre en innsats for å mestre sin egen hverdag
- Innbyggere opplever mer deltakelse, mer medbestemmelse og mer frihet
- Innbyggere skal settes i stand til å gjøre mer av det som er viktig for dem
- Innbyggere kan bo hjemme lengre
- Innbyggere kan få en friskere og sprekere alderdom

Det er et uttalt delmål i kommuneplanens samfunnsdel at Melhus kommune skal legge til rette for at så mange som mulig skal kunne bo i sin opprinnelige bolig eller en tilpasset bolig så lenge som mulig. Mestringsbolig (tidligere kalt omsorgsbolig) og bofellesskap regnes som eget hjem.

Prosjektgruppen Veivalgs vurdering er at arbeidet med 100 år i eget hjem og kulturendringen som trengs har kommet godt i gang, men at vi ikke har klart å hente ut hele potensialet ennå. En del av årsaken er Covid-19 pandemien, som har bidratt til en midlertidig reduksjon av spesielt forebyggende tiltak som avlastningstilbud, aktivitetstilbud og (re)habilitering. I tillegg har kommunen i 2020, 2021 og starten av 2022 måtte fokusere på håndteringen av pandemien, noe som har gått på bekostning av utviklingsarbeidet.

3.3 Reformen «Leve hele livet»

Leve hele livet er en kvalitetsreform for eldre og ble initiert av Helse- og omsorgsdepartementet i 2017. Reformen Leve hele livet skal bidra til at eldre kan mestre livet lenger, ha trygghet for at de får god hjelp når de har behov for det, at pårørende kan bidra uten at de blir utslitt og at ansatte kan bruke sin kompetanse i tjenestene. Reformens hovedfokus er å skape et mer aldersvennlig Norge og finne nye og innovative løsninger på de kvalitative utfordringene knyttet til aktivitet og fellesskap, mat og måltider, helsehjelp, sammenheng og overganger i tjenestene.

Reformen bygger på hva ansatte, eldre, pårørende, frivillige, forskere og ledere har sett fungerer i praksis. Hva som løfter kvaliteten på tjenestene og bidrar til trygg, verdig alderdom.

Tidligere reformer har ofte handlet om systemer. Leve hele livet handler om mennesker. Det som er viktigst i livet. Fellesskap, aktivitet, god mat og helsehjelp. Med Leve hele livet skal eldre få mulighet til å mestre eget liv der de bor, hele livet.¹³

Melhus kommune deltar aktivt i arbeidet med Leve hele livet, i samarbeid med KS og Fylkeskommunen. Prosjektgruppe veivalg vurderer at de prinsippene i -og tankegodset bak reformen Leve hele livet er de samme som Melhus kommunen bruker i ambisjonen om 100 år i eget hjem.

¹³ [Meld. St. 15 \(2017–2018\) - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

4. Innstilling fra prosjektgruppen Veivalg for helse og velferd

4.1 Fra omsorgstrapp til ny mestringstrapp

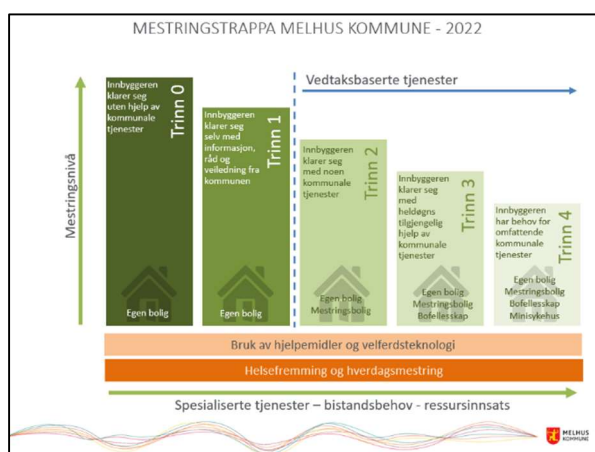
Hva er en mestringstrapp?

Mestringstrappa beskriver innbyggerens mestringsnivå i forhold til behov for kommunale tjenester. Mestringstrappa består av mange ulike typer tjenester og tiltakskjeder i kommunen. Tankegangen bygger på en erkjennelse av at mennesker med behov for kommunale helse- og velferdstjenester ikke er like og at tilbudet må baseres på en individuell vurdering.

Innstilling

Prosjektgruppe veivalg foreslår å ta i bruk en ny modell for mestringstrappa, som tar utgangspunkt i innbyggeren og mestringsnivået den har i stedet for kommunen og dens tjenestetilbud. Dette i tråd med reformen Leve hele livet, som setter menneskene i sentrum i stedet for systemer.

Modellen som prosjektgruppe veivalg foreslår (mestringstrappa Melhus kommune 2022) beskriver forholdet mellom innbyggernes mestringsnivå og økning i bruk av spesialiserte tjenester, økt bistandsbehov og økt ressursinnsats.



Bakgrunn

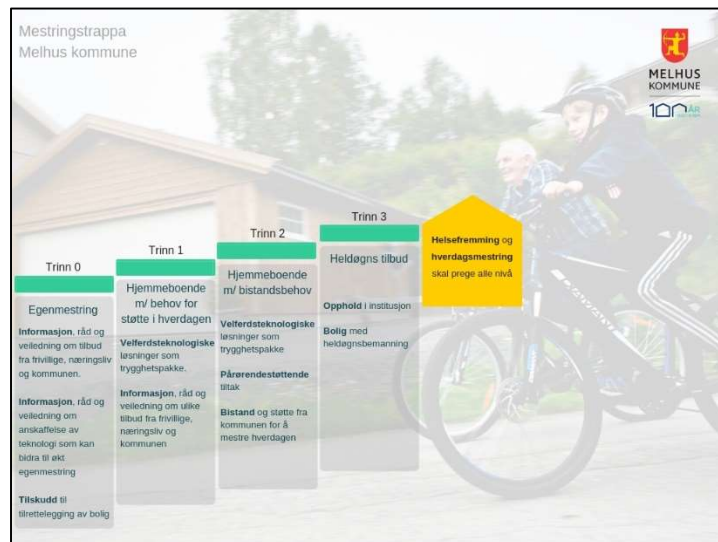
Melhus kommune har, i likhet med andre kommuner i Norge, anvendt en modell som kalles *omsorgstrapp*. Omsorgstrappa beskriver omsorgstjenestenivåene i kommunen og er en bevisstgjøring av hvor tjenestene i kommunen gis, samtidig som det tydeliggjøres hvilke tjenester kommunen har. Omsorgstrappas tankegang er LEON-prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå) som har vært et grunnprinsipp i norsk helsevesen siden 1970-tallet. LEON er et administrativt prinsipp om at undersøkelse og behandling av pasienter skal foretas på det lavest mulige omsorgsnivå i helsetjenesten. I praksis betyr dette for eksempel at pasienter som kan ivaretas forsvarlig på et lokalsykehus, ikke skal henvises til et regionsykehus uten at dette begrunnes faglig. I tråd med dette prinsippet skal kommunehelsetjenesten være basis for helsetjenestens øvrige ledd, og den skal ta seg av den overveiende del av befolkningens helseproblemer.

LEON-prinsippet ble lansert i Stortingsmelding nr. 9 (1974–1975), Om sykehusbygging m.v. i et regionalisert helsevesen^{14 15}.

Helsedirektoratet beskriver minst tre kriterier for hvor i trappa tjenestene skal plasseres:

1. *Spesialiserte tjenester*: I noen tilfeller er det graden av spesialiserte tjenester som tilsier hvor i trappa tjenesten er plassert. I starten av trappa ligger kommunal bistand som støtter innbyggernes egenomsorg. For eksempel aktivitetstilbud, fritidssentra og hjelpemidler. På de øverste trappetrinnene ligger tilbudene i kommunale spesialiserte tilbud.
2. *Bistandsbehov*: Omsorgstrappa reflekterer brukernes sykkelighet og funksjonsnedsettelse og dermed graden av behov for tjenester. Kommunenes innbyggere som har mindre bistandsbehov tildeles og gis tjenester på de første trinnene i trappa. Ved økte bistandsbehov og/eller mer behov for spesialiserte helsetjenester ytes tjenester på de høyere trinnene i trappa. Omsorgstrappen betegner at tjenestetilbudet strekker seg fra et lite hjelpebehov (lavterskeltilbud) og til et omfattende hjelpebehov.
3. *Ressursinnsats*: En siste dimensjon, som til dels følger av graden av bistandsbehov og spesialiserte tjenester, er omfanget av ressursinnsats som er nødvendig per bruker. I tilfeller med større behov for hjelp til hverdagslige gjøremål, eller i tilfeller med økt «sykelighet», vil det være nødvendig å øke volumet av eksisterende tjeneste (på samme trinn), eller å vurdere tjenester på høyere trinn.

Med tanke på at helsetjenester skal ytes på laveste effektive omsorgsnivå, har helsefremming og hverdagsmestring blitt mer og mer viktig de siste årene. Melhus kommune har i forbindelse med prosjektet 100 år i eget hjem begynt å bruke begrepet *mestringstrapp*, for å beskrive mestringsnivået en innbygger har. Nedenstående bilde viser mestringstrappa som den er praktisert i Melhus kommune de siste årene.



Trappa består av 4 trinn, hvor det siste trinnet beskriver innbyggere som bor i bolig med heldøgns bemanning og opphold i institusjon.

¹⁴ <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1974-75&paid=3&wid=b&psid=DIVL117>

¹⁵ Helse-, omsorgs- og rehabiliteringsstatistikk, Helsedirektorat avdeling statistikk, 02/2016

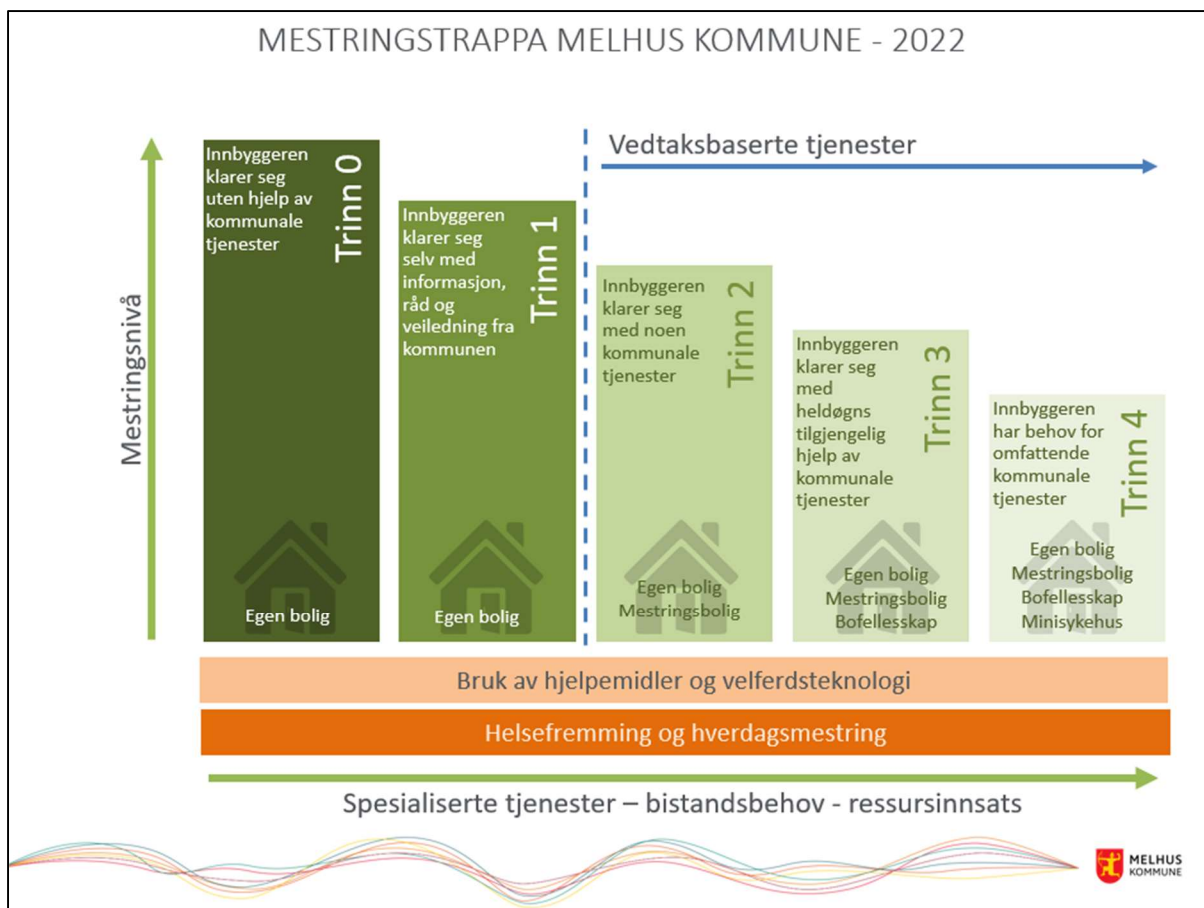
Prosjektgruppe veivalg har diskutert mestringsstrappa over som brukes i Melhus kommune, og kommet fram til at den bør justeres og tilpasses dagens situasjon.

Innføringen av samhandlingsreformen i 2012 har ført til at flere brukere som tidligere fikk oppfølging av spesialisthelsetjenesten i dag blir fulgt opp i kommunen. Samtidig er det både nasjonalt og lokalt et ønske om at pleie- og omsorgstjenestene skal følge opp brukere i eget hjem fremfor i institusjon. Melhus kommune har en ambisjon om at innbyggerne skal bo "100 år i eget hjem". Dette har ført til en endring av kommunenes innretning og bruk av institusjonsplasser. Dagens sykehjemsbeboere har jevnt over dårligere helse i dag enn for 10 år siden, og en stadig større andel av brukerne av pleie- og omsorgstjenester får disse tjenestene i eget hjem.

Sykehjemmet er i dag blitt en behandlingsinstitusjon med mye spesialisert kompetanse tilpasset de mest ressurskrevende brukerne i kommunen. Dette gjelder blant annet tilgang til sykepleiere gjennom hele døgnet, og jevnlig oppfølging av sykehjemslege. Brukergruppen trenger tilpasning av både bygningsmasse og det enkelte rom, samt tilgang til teknologi som er tilpasset de mest ressurskrevende brukerne.

Når sykehjemmene har blitt mer spesialiserte, har det i tillegg vokst frem et nytt tilbud for brukere som ikke har behov for så omfattende oppfølging som en sykehjems plass yter. Dette tilbudet består av mestringsboliger og bofellesskap med heldøgns omsorg. Bruker kan eie sin egen leilighet eller leie en mestringsbolig av kommunen, og får tjenester fra kommunen. Slike boliger kan være tilknyttet en base med heldøgns bemanning, men omfanget av tjenester kan tilpasses den enkeltes behov, slik at kommunen ikke er nødt til å bemanne tilbudet basert på de mest krevende brukerne, slik det er med sykehjem.

Mestringsstrappa som er beskrevet over, tar ikke nok hensyn til denne utviklingen. Prosjektgruppe veivalg foreslår derfor å bruke en ny modell som tar utgangspunkt i innbyggeren og mestringsnivået den har, i stedet for kommunen og dens tjenestetilbud. Dette i tråd med reformen Leve hele livet, som setter menneskene sentralt i stedet for systemer.



Modellen som Prosjektgruppe veivalg foreslår (Mestringstrappa Melhus kommune 2022) beskriver forholdet mellom innbyggernes mestringsnivå og økning i bruk av spesialiserte tjenester, økt bistandsbehov og økt ressursinnsats. Jo lavere mestringsnivå, jo større innsats og jo mer spesialiserte tjenester innbyggeren har behov for.

Samtidig viser modellen at spesialiserte tjenester og økt bistandsbehov ikke automatisk medfører at innbyggeren bor i et bofellesskap eller på et sykehjem. Med dagens kompetanse og teknologi er det fullt mulig å gi heldøgns omsorg og spesialiserte tjenester også i egne (private) boliger. Modellen er derfor brukbar for alle innbyggerne, uavhengig av alder, livsfase eller funksjonsnivå.

Aktiviteter rettet mot helsefremming og hverdagsmestring er viktige forutsetninger på alle nivå, og hjelpemidler og velferdsteknologi kan brukes på alle nivå for å bidra til økt mestring.

På trinn 0 og 1 klarer innbyggeren seg i stor grad selv uten kommunale tjenester. Kommunen (men også frivillige, organisasjoner og private aktører) bidrar med informasjon, råd og veiledning slik at innbyggeren opplever økt mestring. På disse nivåene ligger lavterskeltilbudene fra kommunen og øvrige aktører. På trinn 1 kan det være noen vedtaksbaserte tjenester, som for eksempel TT-kort og parkeringsbevis.

Fra trinn 2 har kommunen en sterkere rolle og er alle tiltakene som settes i gang (på toppen av det som allerede er gjort på lavere trinn i trappa) behovsprøvd. På trinn 2, 3 og 4 kan det også være nødvendig med tiltak som mestringsbolig (tidligere omsorgsbolig), bofellesskap eller minisykehus (tidligere sykehjem). Modellen bygger dermed opp under ambisjonen om 100 år i eget hjem, hvor også en mestringsbolig eller leilighet i et bofellesskap oppfattes som eget hjem. Plassering av pasienter på et minisykehus er det nivået i mestringstrappa som er reservert for de aller sykeste, som ikke kan hjelpes i eget hjem.

Typiske tjenester på de ulike trinn i den foreslåtte modellen er for eksempel:

- **Trinn 1:**
 - Frivilligsentral- nyby
 - Sosiale aktiviteter og treffsted
 - Matsservering
 - Kurs og rådgivning
- **Trinn 2:**
 - Hjemmesykepleie
 - Matombringning
 - Hverdagsrehabilitering
 - Omsorgsstønad og avlastningstjenester
 - dag og aktivitetstilbud
 - Mestringsbolig
- **Trinn 3:**
 - Tilgang til hjemmesykepleie 24/7
 - Bofellesskap med heldøgns bemanning
 - Avklaringsenhet
- **Trinn 4:**
 - Plass på minisykehus
 - Korttidsopphold
 - Lindrende behandling og omsorg ved livets slutt, i eget hjem eller på institusjon

I Melhus kommune er det i forbindelse med prosjektet 100 år i eget hjem også utarbeidet en *boligtrapp*. Som nedenstående modell viser, beskriver boligtrappa ulike nivå av selvstendighet i bosituasjon. I boligtrappa brukes også begrepet *mestringsbolig*, som tidligere var *omsorgsbolig*.



Prosjektgruppe veivalg mener at det med en ny mestringstrapp ikke er behov lenger for en egen boligtrapp. Ulike boformer er forankret i mestringstrappa. Boligformen som i boligtrappa kalles for utleiebolig er en form for egen bolig i mestringstrappa, hvor innbyggeren bor selvstendig.

En viktig forutsetning som gjelder på alle trinn i mestringstrappa, er at bolig i utgangspunkt er et eget ansvar for hver innbygger. Kommunen bidrar med nødvendig boveiledning, tilrettelegging av bolig og utleie av gjennomgangsboliger der hvor en innbygger av økonomiske, helsemessige eller sosiale årsaker har problemer med å skaffe seg bolig på det private boligmarkedet.

4.2 Helsefremmende og forebyggende arbeid

Hva mener prosjektgruppe veivalg med helsefremmende og forebyggende arbeid?

Prosjektgruppen definerer helsefremmende arbeid som tiltak for å sikre *tilførsel av faktorer* som gir overskudd og livsglede i folks hverdag. Forebyggende tiltak består i å *reducere de faktorer* som truer folks helse.¹⁶

Helsefremmende og forebyggende arbeid gjøres på alle trinn i mestringstrappa. Helsefremmende og forebyggende tiltak er ikke utelukkende et ansvar for helse- og velferdssektoren, men utøves i alle kommunale virksomheter, samt ulike private aktører og frivillige

Innstilling

Prosjektgruppe veivalg foreslår at helsefremmende og forebyggende arbeid innarbeides i alle deler av kommunal virksomhet, slik at den enkelte innbygger stimuleres til å ta økt ansvar for egen helse i tråd med hovedmålet med ambisjonen 100 år i eget hjem.

Bakgrunn

Som beskrevet i denne rapporten og tidligere utredninger, utfordres kapasiteten i de kommunale helse- og velferdstjenestene. Utredningene peker i stor grad på flere eldre som årsaken. I tillegg utfordrer også innbyggernes økende forventninger til (kommunale) helsetjenester kapasiteten. Økt mestring og evne til selvhjelp blant innbyggerne vil dempe etterspørselen etter hjelp fra helse- og velferdstjenestene. Arbeidet med økt mestring og evne til selvhjelp er viktig i alle livsfaser.

Nasjonale data fra Ungdataundersøkelsen i 2016 viste allerede da en økning i ungdommenes rapportering av psykiske problemer, bekymringer og belastende stress¹⁷. Nyere undersøkelser viser at dette ikke har endret seg under pandemien. Andelen ungdomsskoleelever i Melhus kommune med psykiske plager er ikke signifikant forskjellig fra landsnivået, samtidig vet vi at livskvaliteten ofte er lavere blant dem som har psykiske plager enn blant dem som ikke har slike plager¹⁸.

Når helsestasjoner og skolehelsetjenesten støtter og bekrefter barn, unge og foreldre i deres valg av handlinger ved normale livsutfordringer, fremmer det god helse. God helse forsterkes ved at helsetjenesten samtidig peker på og aktiverer mestringsressurser i hver enkelt person, i familien, i skolen og i lokalsamfunnet. På den måten kan vi oppnå bedre folkehelse og få en bærekraftig helsefremmende og forebyggende helsetjeneste¹⁹.

Melhus kommune har i 2021 startet et prosjekt for å komme fram til en strategi for tverrfaglig arbeid for barn og unge. Prosjektet ferdigstilles våren 2022. Store deler av det forebyggende arbeid rundt

¹⁶ <https://www.helsebiblioteket.no/samfunnsmedisin-og-folkehelse/helsefremmende-og-forebyggende-tiltak>

¹⁷ Bakken A. Ungdata Nasjonale resultater. NOVA -rapport nr 8/16 [internett]. Oslo: NOVA; 2016. Tilgjengelig fra: <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjonar/Rapporter/2016/Ungdata-2016.-Nasjonale-resultater>

¹⁸ <https://www.fhi.no/hn/folkehelse/folkehelseprofil/>

¹⁹ [Helsefremming og sykdomsforebygging er ikke to sider av samme sak \(sykepleien.no\)](https://www.helsebiblioteket.no/helsefremming-og-sykdomsforebygging-er-ikke-to-sider-av-samme-sak-sykepleien.no)

barn og unge vil være del av dette prosjektet, og prosjektgruppe veivalg har derfor ikke vurdert dette området nærmere.

Mye av lavterskeltilbudet som finnes i Melhus kommune for ulike befolkningsgrupper er aktiviteter som bidrar til helsefremming og forebygging. En grei definisjon på lavterskeltilbud er *det som ikke krever et vedtak om en kommunal tjeneste*. Typiske tilbud kan være Sterk og stødig treningsgrupper, treningsgrupper, Loftet og Åpent treffsted. Fritidskontakt og pårørendestøtte er per dags dato vedtaksbasert og dermed ikke del av lavterskeltilbudet, men prosjektgruppe veivalg har diskutert om deler av disse tiltakene bør være en del av lavterskeltilbudet i fremtiden.

Lavterskeltilbudet i kommunen gis per dags dato i stor grad av frivillige lag og organisasjoner. Svært mye og viktig folkehelsearbeid gjøres dermed av det frivillige, noe vi er svært takknemlige for og avhengig av.

Geografisk tilhørighet er viktig for å sikre det lokale engasjementet og frivilligheten. Derfor blir det viktig med gode lavterskeltilbud i *hele kommunen*. Prosjektgruppa har stor tro på aktiviteter, dagtilbud og et godt samarbeid med frivillige lag og organisasjoner knyttet til helse- og omsorgssentrene og bofellesskaper og ønsker å se nærmere på dette i andre del av prosjektet.

4.3 Styrking av ambulante tjenester

Hva mener prosjektgruppe veivalg med ambulante tjenester?

Prosjektgruppe veivalg har definert ambulante tjenester som tjenester *der helsepersonell møter pasienter og brukere der de er*. Grunntanken er at behandleren kommer til brukeren i stedet for at brukeren kommer til behandleren. Helsepersonell etablerer kontakt på brukerens premisser, og ambulante tjenester kan dekke ulike behov på tvers av fag, enheter og sektorer²⁰.

Det tas utgangspunkt i brukerens aktuelle situasjon og hva brukeren mestrer selv. Tjenesten tildeles etter en individuell faglig vurdering. Det vurderes alltid behov for hjelpemidler og bruk av velferdsteknologi. Behovet for tjenesten blir vurdert fortløpende. Ambulante tjenester kan tildeles fra trinn 2-4 i mestringstrappa.

Innstilling

Prosjektgruppe veivalg foreslår at ambulante tjenester i Melhus kommune organiseres i en matrise hvor helsepersonell har et forpliktende samarbeid på tvers av fag, avdelinger og enheter. Dette kan sikre både gode fagmiljø, og sikre fleksibilitet i tjenesteutøvelsen. Ambulante tjenester skal så langt det er mulig gis i henhold til brukernes og pårørendes ønsker og valg, jf. Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1.

Prosjektgruppen veivalg foreslår videre å styrke kommunens ambulante tjenester i alle enheter for å sikre at målene i ambisjonen om 100 år i eget hjem skal nås. Dimensjonering av ambulante tjenester skal prosjektgruppe veivalg jobbe videre med i del to av prosjektet.

Prosjektgruppe veivalg foreslår videre at det for hvert tilbud som er del av kommunens ambulante tjenester vurderes om tilbudet også skal være tilgjengelig på kveldstid og i helgene.

²⁰ [Ambulante tjenester - Helsebiblioteket.no](https://helsebiblioteket.no)

Bakgrunn

Vi yter en god del ambulante tjenester i Melhus kommune i dag, både i hjemmetjenesten, psykisk helse og rus, Bo og aktivitet og Familie, forebygging og mestring og Helse- og velferdskontoret. Prosjektgruppe veivalg har diskutert om det er hensiktsmessig å organisere alle ambulante tjenester i en enhet. I diskusjonen kom det fram at en slik omorganisering ville føre til en veldig stor enhet som omfatter et bredt spekter av tjenester, og som reguleres av veldig ulikt regelverk. Prosjektgruppen mener at dette vil føre til store utfordringer i forhold til styring, kontroll og ledelse, som ikke veier opp mot eventuelle fordeler av organisering under en enhet. Et tilleggsmoment er at mange avdelinger som yter ambulante tjenester de siste årene har gått gjennom en reorganiseringsprosess, og at en ny omstilling vil kreve mye energi fra våre ansatte. Dette vil gå på bekostning av tjenestetilbudet til våre innbyggere.

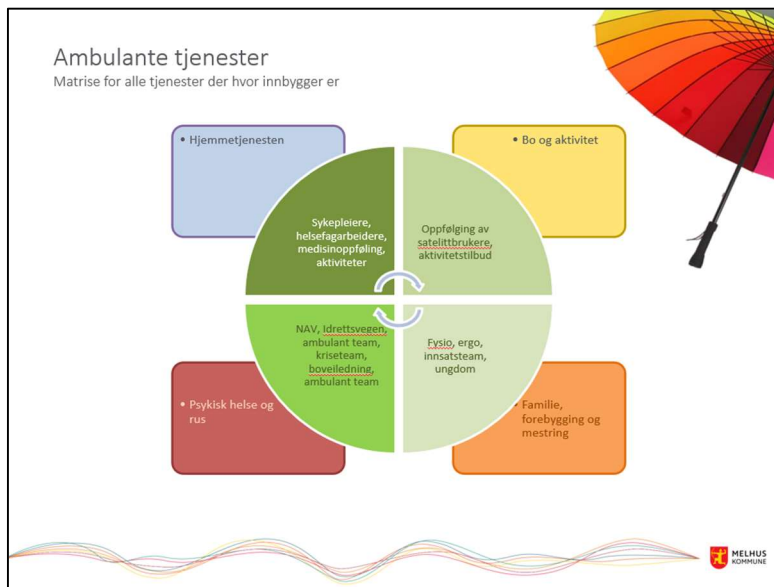
Prosjektgruppen har med bakgrunn i dette landet på at ambulante tjenester best kan organiseres i en matrisestruktur. En matrisestruktur er en organisasjonsstruktur med delt ansvar og autoritet. Matrisen har to dimensjoner der hver dimensjon er en organisasjonsstruktur. Typisk er den ene dimensjonen en fast linjeorganisasjon med en funksjonell inndeling i divisjoner og/eller avdelinger med ledere på forskjellige nivåer. Den andre dimensjonen kan være inndelt etter for eksempel tjenesteansvarsområder eller prosjekter. En medarbeider kan ha en tilknytning i den faste linjeorganisasjonen og samtidig være allokert til ett eller flere tjenestetilbud. Matriseorganisering tillater deling av ressurser med spesialkompetanse på tvers av avdelinger og enheter²¹. Dette kan gi tjenesten en stor grad av fleksibilitet og tverrfaglighet, samtidig som spesialkompetansen ivaretas gjennom linjeorganisasjonen.

I prosjektmøtene har prosjektgruppe veivalg brukt et bilde av ambulante tjenester som en samling av tjenester som formelt er organisert under enhetene, men i praksis har et sterkt samarbeid på tvers av siloene. Ambulante tjenester er i dette bildet et paraply-begrep for tjenester som ikke hører til samme silo.



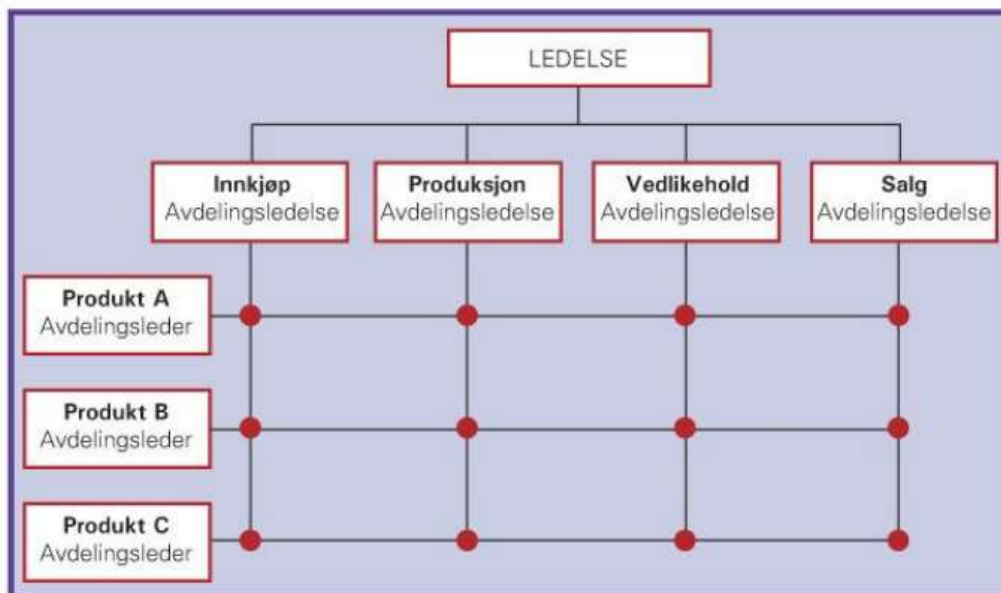
²¹ <https://snl.no/matriseorganisasjon>

Nedenstående bilde er et forsøk å vise matriseorganisering for noen av våre tjenester, med brukeren i sentrum, uten at tjenester nødvendigvis er plassert i riktig boks.



En mer teoretisk forankret fremstilling av en matrisestruktur er skissert i nedenstående bilde. Selv om begrepene i bildet er hentet fra et produksjonsperspektiv, er prinsippene fullt overførbar til serviceorganisasjonen Melhus kommune skal være.

Matrise-struktur



Bygstad 2018

Et eksempel på hvordan denne matrisestrukturen kan fungere for Melhus kommune er området boveiledning. Flere enheter tilbyr boveiledning, men vi har i dagen situasjon ikke en ansvarlig for alle former for boveiledning i kommunen på tvers av enhetene.

Også hukommelsesteamet er et godt eksempel for hvordan matrisestrukturen kan fungere. Flere enheter leverer ressurser og fagkompetanse til hukommelsesteamet, men vi har også behov for en person som har ansvar for tjenesten.

Organiseringen av ambulante tjenester i en matrisestruktur er i store trekk den samme organiseringen av kommunens ambulante tilbud som vi har i dag, men forutsetter mer åpne kommunikasjonskanaler, samt forpliktende og formalisert samhandling på tvers av enheter og avdelinger.

En forutsetning for at en slik organisering skal fungere er god kommunikasjon og avtaler mellom ledere – slik at både innbyggere og ansatte opplever kontinuitet i tjenester og arbeid.

Agenda Kaupangs gjennomgang av kommunens helse- og omsorgstjenester i 2015 beskriver at kommunen på det tidspunkt prioriterte økonomiske ressurser til institusjonstjenesten høyere enn til hjemmebaserte tjenester til eldre innbyggere²². Agenda Kaupang påpekte at dette ikke er i tråd med hovedprinsippene i Samhandlingsreformen, og anbefalte kommunen til å vri ressursene fra institusjonsbasert omsorg til mer hjemmebasert omsorg med fokus på å hjelpe innbyggerne til å klare seg selv i egen bolig lengst mulig. Kommunen har blant annet gjennom prosjektet 100 år i eget hjem jobbet med dette, men som senere utredninger og KOSTRA-tall viser, har vi ikke lyktes godt nok med denne vridningen av ressursbruk ennå. Prosjektgruppen mener at en forsterket satsing på ambulante tjenester må til for å kunne tilby bærekraftige tjenester til våre innbyggere også på sikt og innfri hovedprinsippene i Samhandlingsreformen.

Det er enighet i gruppa om at ambulante tjenester bør være tverrfaglige og fleksible. Deler av våre ambulante tjenester bør også være tilgjengelig hele døgnet og det er viktig at de gis i hele kommunen.

4.4 Styrking og rendyrking av hjemmetjenesten

Hva mener prosjektgruppen med hjemmetjenesten

Prosjektgruppen definerer hjemmetjenesten som en tjeneste som yter sykepleie og praktisk bistand på personnivå til pasienter i eget hjem. Hjemmetjenesten bemannes i hovedsak med sykepleiere, hjelpepleiere, helsefagarbeidere og assistenter.

Hjemmetjenesten har ansvar for blant annet hjelp med medikamenthåndtering og sykepleiefaglig hjelp, som for eksempel sårstell og helsefaglige observasjoner, samt komplisert pleie ved spesielle sykdommer.

Bistand til praktiske oppgaver i eller rundt hjemmet er ikke del av hjemmetjenestens ansvar.

Praktisk organisering, dimensjonering og konkret rollefordeling vil prosjektgruppen komme tilbake til i fase to av prosjektet

Innstilling

Prosjektgruppe veivalg foreslår å styrke hjemmetjenesten i hele kommunen for å sikre at målene i ambisjonen om 100 år i eget hjem skal nås. Dimensjonering av hjemmetjenesten og behov for kompetanse skal prosjektgruppe veivalg jobbe videre med i del to av prosjektet.

²² Organisasjonsgjennomgang helse- og omsorgstjeneste i Melhus kommune, 24.11.2017, Agenda Kaupang

Prosjektgruppen foreslår at basistjenestene i hjemmetjenester utøves lokalt fra basene på ulike steder i kommunen, nært brukerne. Mer spesialiserte og dermed ikke så ofte forekommende oppgaver kan utøves av ett eller flere ambulante team som jobber over hele kommunen.

Prosjektgruppen foreslår at oppgavene av helsepersonell i hjemmetjenesten rendyrkes og bare omfatter *helserelaterte tjenester* rettet mot person. I fase 2 av prosjektet vil prosjektgruppe veivalg vurdere hvor vidt praktisk bistand til oppgaver i bolig og omgivelse vil være del av hjemmetjenesten eller bør settes bort til andre yrkesgrupper, frivillige, private eller kommunale aktører.

Bakgrunn

Helsetjenester i hjemmet er i likhet med andre oppgaver som er beskrevet i denne rapporten en lovpålagt oppgave for kommunen²³.

Alle utredninger som er gjennomført i Melhus kommune de siste årene peker på at en vending fra institusjonelle tjenester til mer hjemmebaserte tjenester er nødvendig for å kunne tilby bærekraftige helse- og velferdstjenester i Melhus kommune. Prosjektgruppa er tydelig på at hjemmetjenesten i Melhus kommune må styrkes for å kunne oppnå målene i 100 år i eget hjem og intensjonene bak Samhandlingsreformen. Vi blir stadig flere eldre, og brukerne har behov for mer komplekse tjenester enn før. Utgangspunkt for helse reformen «Leve hele livet» og kommunens arbeid med 100 år i eget hjem, er at vi greier å bo i egen bolig så lenge som mulig. Pasienter som skrives ut fra sykehuset skal helst hjem til egen bolig, og da må hjemmetjenesten kunne yte tyngre helsefaglige tjenester og starte med rehabilitering. Dermed vil behovet for- og kravene til hjemmetjenestene øke i tiden fremover.

I dag yter hjemmetjenesten et bredt spekter av helsetjenester og praktisk bistand. Flere sykepleiere og helsefagarbeidere påpeker at praktisk bistand de utøver i dag går på bekostning av helsefaglige oppgaver som de har ansvar for. Eksempler prosjektgruppe veivalg har fått høre er alt fra å skifte lypærer, tømme musefeller, måke snø, vedfyring, husvask og være med på besøk hos frisør eller fotpleie. Det er et klart ønske i gruppa om at sykepleiere og helsefagarbeidere skal yte helsetjenester i hjemmet, og at de skal bruke mindre tid og ressurser på praktiske oppgaver. Slik får de mer kvalitativ tid til den enkelte bruker. Det kan være mulig å bruke andre yrkesgrupper og private eller frivillige ressurser til de mer praktiske oppgavene som i dag gis av helsepersonell. Hva dette vil innebære og hvordan det kan organiseres, skal prosjektgruppa se nærmere på i del to av prosjektet. Der skal vi se på hvordan helse- og velferdstjenestene skal dimensjoneres basert på det veivalget kommunestyret går for.

Prosjektgruppen har i lys av rekrutteringsutfordringene diskutert muligheten til å styrke hjemmetjenesten i distriktene uten at det går på bekostning av øvrige tjenester. Spesielt situasjonen på Hølonde ble diskutert. HMS-utvalgene i institusjonstjenesten, som står nær brukerne og kjenner til hvordan de mestrer livet i det daglige, mener at mange pasienter som i dag har fått plass på et sykehjem kunne ha fått et bedre tjenestetilbud i for eksempel et bofellesskap med heldøgns bemanning. Dette dreier seg både om aktivisering og sosialisering, som særlig er viktig for funksjonsfriske eldre med kognitiv svikt.

Prosjektgruppen mener at for å kunne styrke hjemmetjenesten på Hølonde er vi nødt til å endre driften av Hølonde helse- og omsorgssenter. Dette forsterkes av funnene i BDO-rapporten, som viser at en omdisponering av Hølonde helse- og omsorgssenter kan gi et botilbud til 14 ekstra innbyggere til samme kostnad som ved dagens organisering²⁴. Denne beregningen tar utgangspunkt i

²³ https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_3

²⁴ RAPPORT Gjennomgang av institusjons- og hjemmetjenesten i Melhus kommune, 07. januar 2022, BDO

ressursbruken i sykehjemsdelen på Hølonda og bofellesskapet på Flå. Dette vil ikke gi fysisk kapasitet til flere brukere på Hølonda helse- og omsorgssenter, men kan frigjøre kapasitet til å betjene flere hjemmeboende og omsorgsboliger i distriktet. Beregningen BDO har gjort er basert på driftskostnader og ikke bygningskostnader, dette må vurderes i en senere fase.

Hvorvidt det også er nødvendig og mulig å endre driften på Horg helse- og velferdssenter er ikke avklart ennå og vil diskuteres i fase 2 av prosjektet når prosjektgruppe veivalg ser på dimensjonering av antall institusjonsplasser årsverk i de ulike tjenesteområdene.

4.5 Styrking av mestringsboliger

Hva mener prosjektgruppe veivalg med en mestringsbolig?

Prosjektgruppe veivalg har valgt å bruke begrepet «mestringsbolig» framfor begrepet «omsorgsbolig» som ble brukt hittil.

Store norske medisinske leksikon beskriver en *omsorgsbolig* som en bolig tilpasset orienterings- og bevegelsehemmede og som er fysisk tilrettelagt slik at beboerne etter behov skal kunne motta heldøgns pleie²⁵. Omsorgsboligene er ikke fast bemannede, men beboerne får tilbud om hjemmetjenester på lik linje med andre hjemmeboende. Beboerne betaler ordinære egenandeler for disse tjenestene. En omsorgsbolig skal i størst mulig grad være en bolig livet ut ved at tjenestene tilpasses endringene i brukernes funksjonsnivå og omsorgsbehov.

Sett på denne definisjonen, og tråd med prinsippene bak 100 år i eget hjem og reformen leve hele livet, samt forslaget til ny mestringstrapp, mener prosjektgruppen veivalg at begrepet *mestringsbolig* dekker funksjonen til denne boligformen bedre enn *omsorgsbolig*.

Innstilling

Prosjektgruppen veivalg foreslår en økt satsing på mestringsboliger i hele kommunen. Mestringsboliger skal være tilrettelagt for personer som har behov for såpass mye helsetjenester at de ikke kan bo i sin opprinnelige bolig lenger, og av ulike årsaker ikke kan tilpasse eksisterende eller skaffe egen tilpasset bolig. Mestringsboliger kan være både kommunale og private, og tildeles etter behov og faglige kriterier.

Enkelte mestringsboliger bør lokaliseres i nærheten av Helse- og omsorgssenter, eller bofellesskap med heldøgns bemanning. En personalbase med helsepersonell i nærheten kan sikre kortere responstid og dermed raskere oppfølging og trygghet for innbyggerne.

Bakgrunn

Med bakgrunn i både Samhandlingsreformen, 100 år i eget hjem og eldrereformen Leve hele livet er det et ønske at så mange som mulig kan bo i eget hjem. Det inkluderer både personer med nedsatt funksjonsevne – både psykisk og fysisk, eller som av andre grunner ikke mestrer å bo uten (kommunal) hjelp. Det er også en uttalt politisk målsetting at flest mulig skal *eie* sin egen bolig, også blant personer med utviklingshemming²⁶.

Et tilbud om mestringsbolig (privat eid eller leie av kommunen/private aktører) kan utsette eller avverge større hjelpebehov og prosjektgruppen veivalg vurderer at dette er et godt tilskudd i mestringstrappa. En mestringsbolig kan gi trygghet og motvirke ensomhet, og kan bidra til at innbyggeren kan bo lenger i eget hjem i stedet for at det er behov for en institusjonsplass.

²⁵ [omsorgsbolig – Store medisinske leksikon \(snl.no\)](#)

²⁶ [Flere skal kunne eie egen bolig - regjeringen.no](#)

Prosjektgruppe veivalg har diskutert ordningen med mestringsbolig i Melhus kommune, og mener at det per dags dato er for få omsorgsboliger ute i «distriktene». Prosjektgruppen mener at tilbudet bør forsterkes i tråd med intensjonene, slik at flere kan bo i eget hjem med hjelp av noen kommunale tjenester.

4.6 Styrking av bofellesskap

Hva mener prosjektgruppe veivalg med et bofellesskap?

Prosjektgruppe veivalg definerer bofellesskap som en gruppe boenheter hvor brukerne i tillegg til privatenheten har tilgang til et fellesareal, samt at et bofellesskap har heldøgns bemanning med personalbase i samme bygning.

Innstilling

Prosjektgruppen veivalg foreslår at Høllonda helse- og omsorgssenter videreføres som bofellesskap med heldøgns bemanning. Prosjektgruppen mener at brukergruppen i stor grad vil være den samme som i dag, men vil se nærmere på det i prosjektfase 2. Der vil prosjektgruppa også drøfte hvor mange plasser det kan være på bosenteret, ut ifra behov, bygningsmasse og økonomi .

Prosjektgruppe veivalg foreslå videre at Melhus kommune har en økt satsing på bofellesskap med heldøgns bemanning for flere brukergrupper i hele kommunen. Antall boenheter per bofellesskap er avhengig av brukernes funksjonsnivå. I andre del av veivalgprosjektet vil prosjektgruppen komme med forslag til dimensjonering og lokalisering av ulike bofellesskap.

Bakgrunn

Store norske leksikon omskriver bofellesskap som boligbygg der beboerne i tillegg til private arealer er knyttet sammen med en grad av fellesfunksjoner. Begrepet indikerer at det er mest privatbolig, supplert med fellesarealer og -tjenester²⁷.

Husbanken skriver i sin veiviser for bolig og tjenesteområdet at med bofellesskap forstås en gruppe boliger som i tillegg har tilgang til et kompletterende fellesareal. Dette gir beboeren valgfrihet om man vil delta i fellesskapet eller ikke²⁸. Husbanken skriver om designprinsippene for bofellesskap at det handler om et antall av 6-10 boenheter, avhengig av brukergruppen.

På Helsenorge sine nettsider beskrives bofellesskap bare som en mulig boform for eldre med kognitiv svikt²⁹ eller døv-blinde³⁰.

Per i dag er det jfr disse definisjonene 7 bofellesskap for personer med nedsatt funksjonsevne i Melhus, mens et som har leiligheter på 30m², og der det ikke er kjøkken i leilighetene, egentlig ikke faller inn under definisjonen av bofellesskap.

Kartleggingene gjennomført i løpet av de siste årene har synliggjort at Melhus kommune har for få bofellesskap for eldre.

I beskrivelsene av kommunale bofellesskap prosjektgruppen har sett på kommer det fram at bofellesskapene har et forsterket tilbud av kommunale tjenester. Dette gjelder også i beskrivelsen

²⁷ [bofellesskap – Store norske leksikon \(snl.no\)](https://snl.no/bofellesskap)

²⁸ [3.1 Omsorgsboliger - Veiviseren](#)

²⁹ [Demens og rettigheter - helsenorge.no](https://helsenorge.no/demens-og-rettigheter)

³⁰ [Døvblindhet - helsenorge.no](https://helsenorge.no/dovblindhet)

som Trondheim kommune har på sine nettsider³¹. Prosjektgruppen har definert tilstedeværelse av heldøgns bemanning som forskjellen mellom mestringsbolig og bofellesskap.

Kapasiteten i institusjonstjenesten i Melhus kommune er sprenget. Kommunen sliter med å ta imot utskrivningsklare pasienter fra St. Olavs hospital og har flere marginale hjemmeboende som har behov for et bedre tilbud. I og med at Melhus kommune forholdsvis har likt antall (eller flere) institusjonsplasser enn sammenlignbare kommuner, er det sannsynligvis ikke mangel på institusjonsplasser som er årsaken til dagens utfordringer. Flere utredninger har pekt på at Melhus kommune mangler et godt nok tilbud over det laveste nivået på mestringstrappa, noe som også bekreftes av HMS-utvalgene hvor ansatte som kjenner brukergruppen godt deltar. Prosjektgruppe veivalg har diskutert hvorvidt bofellesskap med heldøgns bemanning kunne avlaste presset på institusjonsplassene i kommunen.

Presset på institusjonstjenesten medfører at vi per i dag har flere innbyggere som ikke får det tilbudet de har krav på. Prosjektgruppen mener at dette først og fremst henger sammen med et manglende tilbud på mestringstrappa. Det kommer kanskje tydeligst fram i BDO-gjennomgangen hvor HMS-utvalgene i institusjonstjenesten peker på at mange av dagens beboere i institusjon vil kunne få et bedre tjenestetilbud i heldøgns bemannede mestringsboliger eller bofellesskap. Dette dreier seg både om aktivisering og sosialisering, som særlig er viktig for funksjonsfriske eldre med kognitiv svikt³². En rask kartlegging gjennomført av enhetslederen for institusjonstjenesten i januar 2022 identifiserer mist 15 beboere i denne kategorien. Det vil si at vi kunne frigjøre 15 institusjonsplasser og tilby disse til pasienter som står på venteliste til en institusjonsplass ved å opprette bofellesskap med heldøgns bemanning. Det er denne løsningen prosjektgruppe veivalg peker på for både Hølonda og Horg. Prosjektgruppa ser for seg at kommunen kan ha flere ulike bofellesskap med ulike grupper ut fra helsetilstand og behov. Mange av de som i dag bor på sykehjemsavdelingene på både Buen, Horg og Hølonda, kunne hatt et bedre tilbud i et slikt bofellesskap med heldøgns bemanning. Her vil de bo i leiligheter, med fellesarealer og sosiale soner som stue, kjøkken og uteområder. Mer aktivitet, det sosiale og at de bor i egne leiligheter trekkes frem som viktig for helse og trivsel. Nettopp dette vil kunne utsette og hindre at flere havner på sykehjem. Løsningen vil ifølge analyser fra BDO ikke medføre høyere driftskostnader.

I tillegg til en basebemanning i bofellesskapet, vil hjemmetjenesten og ambulante tjenester kunne bidra i bofellesskapet etter behov. Generelt mener prosjektgruppen som beskrevet tidligere at hjemmetjenesten og øvrige ambulante tjenester i hele kommunen må styrkes.

Prosjektgruppe veivalg har diskutert videreføring og/eller etablering av bofellesskap for innbyggerne med nedsatt funksjonsevne. Dette blant annet med bakgrunn i bestillingen fra kommunestyret i forbindelse med bofellesskapene på Lensmannsgården og Rådhusvegen 14. desember 2021. I diskusjonene kom det fram at prosjektgruppen mener at bofellesskap for funksjonshemmede bør etableres i hele kommunen på linje med bofellesskap for andre brukergrupper. Dette må sees i sammenheng med prosjektgruppens innstilling om tilgjengelighet av aktivitetstilbud i hele kommunen.

I del to av prosjektet vil prosjektgruppe veivalg komme med et mer konkret forslag om plassering av bofellesskap for funksjonshemmede.

Prosjektgruppen har også diskutert størrelsen på bofellesskapene. De siste årene har det nasjonalt pågått en debatt om hvorvidt det er en trend at kommunene etablerer boligløsninger for

³¹ [Bo- og aktivitetstilbud - Trondheim kommune](#)

³² Gjennomgang av institusjons- og hjemmetjenesten i Melhus kommune, 07. januar 2022, BDO

innbyggere med bistandsbehov som utfordrer målene om normalisering, integrering og at alle skal bo i egne hjem. Spørsmålet som ofte stilles er om institusjonene er på vei inn bakveien for personer med bistandsbehov, gjennom store grupper av omsorgsboliger. Bekymringen for dette knytter seg særlig til boligløsninger for personer med utviklingshemming. Funksjonshemmedes organisasjoner har pekt på at flere kommuner planlegger og etablerer bofellesskap som overskrider det anbefalte antallet enheter som fulgte HVPU-reformen. Denne problemstillingen har også vært et tema i diskusjonene om etablering av Lena-v park i Melhus kommune. I diskusjonene kom det fram at flertallet av prosjektgruppe veivalg mener at optimal størrelse for et bofellesskap er 4-8 boenheter, men at endelig utforming er avhengig av funksjonsnivået av brukerne. Prosjektgruppen mener at retningslinjene i Husbankens veileder for bolig- og tjenesteområdet er et godt verktøy ved utforming av bofellesskap i Melhus kommune³³.

Satellittbrukere (dvs personer med bistandsbehov som bor i egne eide/leide leiligheter i nærheten av bofellesskap får i dag ofte bistand fra nærmeste bofellesskap til hjemmesykepleie og praktisk bistand betjenes av bemanning i bofellesskapene

På denne måten kan man bruke ledig kapasitet i løpet av dagen til kortvarige oppdrag på personer som bor i selvstendige leiligheter i nærområdet med behov for punkttjenester

4.7 Styrking av institusjonstjenesten

Hva mener prosjektgruppe veivalg med et sykehjem?

Store medisinske leksikon beskriver et sykehjem som en helseinstitusjon som gir pasienter heldøgns opphold, behandling og pleie som ikke behøver å skje i sykehus, men som likevel krever mer helsefaglig innsats enn det som er praktisk mulig eller forsvarlig å yte i pasientens eget hjem.

Med bakgrunn i dette definerer prosjektgruppeveivalg et sykehjem som en institusjonstjeneste hvor den tyngste og mest ressurskrevende pleien i mestringstrappa tilbys. Begrepet «minisykehus» blir i denne forbindelse ofte trukket fram som et riktigere begrep enn sykehjem. Minisykehuset er ment til de pasienter som trenger spesialisert pleie, de som av helsemessige eller medisinske årsaker ikke kan bo i eget hjem lenger, samt pasienter med korttidsopphold på grunn av spesialisert behandling.

Innstilling

Prosjektgruppe veivalg foreslår å samle den tyngste pleien i institusjonstjenesten på Buen helse- og omsorgssenter.

Om det fortsatt skal være sykehjemsdrift på Horg helse- og omsorgssenter, eller om det bør gjøres om til bofellesskap med heldøgns pleie som foreslått på Høllonda, skal vurderes nærmere i fase to av veivalgprosjektet, ut fra tjenestebehov, bygningsmasse og økonomi.

I fase to i prosjektet skal det vurderes om kommunen skal ha en egen avklaringsavdeling for utskrivningsklare pasienter som ikke kan dra hjem ennå, en egen rehabiliteringsavdeling, og en avdeling med dagplasser. Hvorvidt disse avdelingene er nødvendige og om de eventuelt bør organiseres som hjemmetjenester eller institusjonstjenester må også avgjøres i fase 2 – når totaliteten av kommunens tjenestetilbud er avklart.

³³ <https://www.veiviseren.no/>

Bakgrunn

Som institusjon etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c og institusjon under den kommunale helse- og omsorgstjenesten i pasientskadeloven §1 regnes:

- Institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for barn og unge under 18 år som bor utenfor foreldrehjemmet som følge av behov for tjenester (barnebolig), herunder avlastningsboliger
- Institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige
- Aldershjem
- Sykehjem
- Døgnplasser som kommunen oppretter for å sørge for tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp

Institusjonsplasser kan være planlagt for langtidsopphold, korttidsopphold, avlastning og rehabilitering. Disse institusjonene kan benevnes som sykehjem, helsehus og lokalmedisinsk senter. Aldershjem er tilbud som ikke etableres lengre i Norge, men det fremdeles finnes noen få i landet³⁴.

I Melhus kommune er det i dag sykehjemsdrift på alle våre tre sentre; Buen, Horg og Hølonda. Sykehjem er det øverste trinnet på nåværende mestringstrappa – den aller tyngste og mest ressurskrevende pleien gis her. I praksis opplever institusjonstjenesten ofte driftsproblemer ved Hølonda helse- og omsorgssenter ved at vi ikke klarer å ha sykepleierkompetanse på alle vakter. Det medfører at vi ofte ikke kan tilby institusjonstjenester til de aller sykeste på Hølonda.

Vi vet at vi blir mange flere eldre som vil trenge helsehjelp i årene fremover, og at de som har behov for en sykehjems plass vil være enda mer pleietrengende enn de er i dag. Begrepet minisykehus blir i denne forbindelsen ofte dratt frem som et riktigere begrep enn sykehjem, også i prosjektgruppa.

Med bakgrunn i blant annet de ulike utredninger de siste årene samt innspill fra HMS-utvalgene hvor ledelsen og ansatte deltar, foreslår prosjektgruppe veivalg å samle den tyngste pleien i kommunen på Buen helse- og omsorgssenter. Både fordeler og ulemper med samlet sykehjemsdrift ble drøftet i prosjektgruppe veivalg. Lenger reisevei for pårørende, og det at pasientene ikke får bo på sin hjemmeplass ble trukket frem som ulemper. Samtidig mener gruppa at fordelene kan veie opp:

- Pasientene får trygg og forsvarlig pleie og helsehjelp på et godt bemannet sykehjem, i en fase av livet der de vil være relativt syke og pleietrengende.
- Å samle fagkompetanse i en samlet løsning vil sikre forsvarlig drift og gjøre oss til en mer attraktiv arbeidsgiver for særlig sykepleiere og leger, som vi i dag har utfordringer med å rekruttere.
- Nærhet til St. Olavs hospital vil gi gode muligheter for å videreutvikle et tett samarbeid med spesialhelsetjenesten.
- Nærhet til Trondheim, vil gi bedre tilgang til et bredt utdanningsmiljø for rekruttering av ettertraktet fagkompetanse.
- Frigjør ressurs til hjemmetjenesten/bofellesskap på Hølonda

³⁴ <https://www.veiviseren.no/stotte-i-arbeidsprosess/fremskaffe-og-forvalte-boliger/veileder-for-lokalisering-og-utforming-av-omsorgsbygg/3-ulike-bo-og-aktivitetstilbud/omsorgsplasser-i-institusjon>

4.8 Helse- og velferdskontoret

Innstilling

Prosjektgruppe veivalg foreslår at Helse- og velferdskontoret (heretter HVK) organiseres som i dag. HVK skal være tverrfaglig sammensatt og være den ene døra inn til helsetjenestene.

Videre foreslås det at HVK rendyrkes som ren bestillerfunksjon. HVKs vedtak er styrende for tjenestenivå som gis ute i tjenesten for å sikre likeverdige tjenester og lik tildeling. Utførende tjenester foreslås lagt til andre enheter. I fase to av prosjektet bør det ses på dimensjonering og hvor de skal organiseres.

Prosjektgruppen foreslår at koordinerende enhet, samt rådgivnings- og veiledningsarbeid fortsatt er del av HVK

Bakgrunn

HVK ble opprettet i 2017 som et ledd i prosjektet 100 år i eget hjem. Målet med HVK var å få ei dør inn for helse og omsorgstjenestene i kommunen, sikre lik tildeling og god saksbehandling. HVK er organisert i stab under kommunalsjef for helse og velferd. Modellen som er brukt i oppbygging er bestiller -utfører, der HVK innehar bestillerfunksjon internt i kommunen. I sin rolle som døra inn for kommunens innbyggere, utgjør informasjon, rådgivning og veiledning en viktig funksjon.

Saksbehandlerne er alle utdannet innen helse, og er satt sammen fra ulike fagmiljøer. God fagkompetanse og tverrfaglige sammensetning er viktig for å sikre et solid fundament ved tildeling av tjenester, og sikre god kommunikasjon med fagkompetanse internt i kommunen, ovenfor helseforetakene og kommunens innbyggere.

Det har blitt lagt ulike oppgaver til HVK de senere årene som koordinerende enhet, hukommelsesteam, innsatsteam og BPA.

Vedlegg: mandat for prosjektgruppe

I prosjektplanen er prosjektgruppens mandat som å utarbeide et sammenhengende forslag til fremtidig organisering og dimensjonering av kommunens:

- sykehjem
- hjemmetjeneste
- bofelleskap for funksjonshemmede
- bofelleskap for eldre

I forslaget innarbeides en plan for hvordan fagkompetansen innenfor sektoren kan utnyttes på best mulig måte, samt et forslag til hvilke oppgaver kan ivaretas av andre enn ansatte i sektoren.

Det er ikke et absolutt krav om at prosjektgruppen utarbeider ett forslag til organisering og dimensjonering. Om ønskelig kan prosjektgruppen legge fram flere alternativer med en konsekvensutredning for de ulike alternativene.

Prosjektet deles opp i 2 faser:

1. Veivalg for framtidig organisering og struktur: hvilket tjenestetilbud skal vi ha hvor? Hvilket tilbud skal vi ha i tillegg til det vi allerede har, hvilket tilbud skal vi eventuelt slutte med? Hva skal gjøres av andre enn ansatte i sektoren
2. Dimensjonering av tjenestene basert på vedtaket etter fase 1.

Prosjektresultatet etter fase 2 er grunnlaget for arbeidet med videre utvikling av helse- og velferdstilbudet i Melhus kommune.

Vedlegg: sammensetning av Prosjektgruppen Veivalg

Prosjekteier er rådmannen i Melhus kommune, Katrine Lereggen.

Prosjektgruppe består av følgende personer / funksjoner:

- Kommunalsjef helse og velferd (Albert Verhagen) – prosjektleder
- Rådgiver helse og velferd (Bernt Are Moshaug) - prosjektsekretær
- Konstituert enhetsleder hjemmetjeneste (Siri Busklein)
- Enhetsleder institusjonstjeneste (Kristin Grindstuen)
- Enhetsleder bo og aktivitet (Kjersti Stenvig)
- Leder helse- og velferdskontor (Gry Marit Landmark)
- Økonomisjef (Svein-Erik Bjerkan)
- Hovedtillitsvalgt fagforbundet (Marit Løvseth Seehus)
- Hovedtillitsvalgt Sykepleierforbundet (Elin Johansen)
- Hovedverneombudet (Maria Shin Olsen)
- Leder utvalg helse, oppvekst og kultur (Rita Blokkum)
- Nestleder utvalg helse, oppvekst og kultur (Pernilla Wahlberg)
- Representant Melhus eldreråd (Asbjørg Gylland)
- Representant rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne (Rune Laugsand)
- Kommunikasjonsrådgiver (Marthe Eide)

Vedlegg: prosjektarbeid

Prosjektgruppen består av ledere og rådgivere i helse- og velferdssektoren, hovedtillitsvalgte og hovedverneombud, representanter fra Melhus eldreråd og rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne, samt leder og nestleder for Utvalg for helse, oppvekst og kultur. Dette for å sikre både organisasjons-, ansatt- og brukerperspektiv i prosjektet. Det har hele tiden vært en forutsetning at prosjektdeltakerne har dialog med sitt nettverk underveis i prosjektet.

Prosjektgruppe har i denne første fasen av prosjektet gjennomført 5 halvdagsmøter, hvor ulike temaer ble drøftet. I forkant av møtene har prosjektgruppene diskutert refleksjonsspørsmål med sitt nettverk, og etter hvert møte ble referat fra møtene offentliggjort på nettsidene. Hvert nytt møte ble innspill fra nettverkene gjennomgått før et nytt tema ble tatt opp til drøfting.

På nettsidene for prosjektet ble det åpnet for spørsmål og innspill fra innbyggere. Prosjektgruppen har mottatt over 40 ulike tilbakemeldinger/spørsmål. Disse ble tilgjengeliggjort for hele prosjektgruppen, men er av personvern hensyn ikke del av rapporten eller vedleggene.