



# Veivalg for helse og velferd

Del 2: Dimensjonering av tjenestetilbudet



**MELHUS**  
KOMMUNE

## Innhold

1. Innledning.....	3
2. Fokus på forebygging og mestring .....	5
3. Behovsprøving før tjenestevedtak - én dør inn til alle tjenester .....	10
4. Fortsatt god pleie og omsorg .....	14
5. Samlet bilde av økonomiske konsekvenser.....	23
6. Betydning av forslagene for kommunens planverk.....	24
Vedlegg 1: mandat for prosjektgruppe .....	25
Vedlegg 2: Sammensetning av Prosjektgruppen Veivalg .....	26
Vedlegg 3: Føringer og rapporter som har betydning for prosjektet.....	27
Vedlegg 4: Bakgrunns materialet som ble brukt i prosjektet.....	32
Vedlegg 5: Pleiefaktor i andre kommuner .....	36

# 1. Innledning

## 1.1 Generelt om rapporten og prosjektgruppens arbeid

Dette er den andre rapporten levert av prosjektgruppen Veivalg for helse og velferd i Melhus kommune. I den første rapporten har prosjektgruppen skissert hovedtrekkene for helse- og velferdstilbudet i Melhus kommune framover. Disse hovedtrekkene ble vedtatt i kommunestyrets møte 22. mars 2022.

Med bakgrunn i kommunestyrevedtaket har prosjektgruppen startet arbeidet med delfase 2 i prosjektet. I denne fasen ble det satt ned sju delprosjekter, ledet av enhetslederne i sektoren, som jobbet konkret med organisering og dimensjonering av tjenestene. De sju delprosjektene er:

- Hjemmetjenesten
- Institusjonstjenesten
- Ambulante tjenester
- Familie, forebygging og mestring
- Bo og aktivitet
- Psykisk helse og rus
- Helse- og velferdskontoret

Hvert enkelt delprosjekt har lagt fram en rapport som beskriver arbeidsmetodikken for delprosjektene, informasjonskilder som ble brukt, utfordringene og utviklingene i de ulike tjenesteområdene, samt delprosjektene forslag til organisering og dimensjonering framover. Delprosjektrapportene finnes som vedlegg til denne rapporten.

Delprosjektrapportene ble diskutert i hovedprosjektgruppen, som har gjort en helhetsvurdering av de ulike forslagene. Dette har i noen tilfeller ført til justering av forslagene til organisering og/eller dimensjonering.

Forslagene som beskrives i denne sluttrapporten fra prosjektgruppen for fase 2 i veivalg-prosjektet er et omforent forslag fra den totale prosjektgruppen.

## 1.2 Slik leser du denne rapporten

Rapporten er i stor grad bygget opp etter mestringstrappa som kommunestyret har vedtatt i sitt møte 22. mars 2022. Mestringstrappa bygger opp under kommunens ambisjon om 100 år i eget hjem, og beskriver forholdet mellom innbyggernes mestringsnivå og økning i bruk av spesialiserte kommunale helsetjenester, økt bistandsbehov og økt ressursinnsats. Jo lavere mestringsnivå, jo større innsats og jo mer spesialiserte tjenester innbyggeren har behov for.

Med bakgrunn i mestringstrappa er rapporten delt inn i tre hovedområder:

1. **Forebygging og mestring:** Dette er aktiviteter hvor innbyggerne selv har et stort ansvar for egen helse, og handlingsrom til å påvirke den. Kommunen bidrar med råd, veiledning og tilrettelegging. Forebygging og mestring er viktig i alle trinn på mestringstrappa, men er kanskje mest synlig i de første trinnene.
2. **Behovsprøving av tjenester:** I de tilfeller hvor det blir nødvendig med bistand av mer spesialiserte kommunale helse- og velferdstjenester, skal disse behovsprøves. Denne behovsvurderingen skjer mest i trinn 2, 3 og 4 av mestringstrappa. Tjenester som trenger behovsprøving er for eksempel dagtilbud, avlastningsplass, hjemmesykepleie eller institusjonsplass.

3. **Kommunens pleie- og omsorgstjenester:** Dette er behovsprøvde tjenester hvor kommunen bistår innbyggerne både hjemme og i institusjoner. Disse tjenestene leveres i trinn 2, 3 og 4 av mestringsgruppa. På trinn 2 greier folk seg godt hjemme, eventuelt med god bistand fra pårørende og for eksempel et avlastningstilbud. På trinn 3 er det mer pleiebehov, enten av hjemmesykepleie i hjemmet (bolig, mestringsbolig, bofellesskap), eller de har et så stort pleiebehov at de trenger å være på sykehjem.

For hvert av disse tre områdene beskriver rapporten først utfordringsbildet for innbyggere i dagens situasjon. Dette er gjort for å skissere de utfordringene som prosjektgruppen har prøvd å finne løsninger for. Deretter beskriver rapporten hva kommunestyrets vedtak fra 22. mars 2022 betyr for de områdene prosjektgruppen har vurdert. For å synliggjøre arbeidet med økt mestring, beskriver rapporten videre på hvilke trinn i mestringsstrappa tjenestetilbudet i de ulike kapitlene ligger. Kommunen har et stort ansvarsområde, og midlene som er tilgjengelige må prioriteres mellom tjenesteområdene. I tillegg er det en forutsetning at innbyggerne får lik kvalitet på tjenestene, uavhengig av hvor i kommunen de bor eller mottar tjenester. Disse forutsetninger stiller krav til en nøktern vurdering av tjenestekvalitet og -omfang, slik at det er nok midler til å tilby tjenester til alle som har behov for det. Denne vurderingen er beskrevet i avsnittene om bærekraftig tjenestenivå i kapitlene. Rapporten beskriver videre satsingene innenfor de ulike områdene, samt konkrete tiltak. Kapitlene avsluttes med en beskrivelse av konsekvensene av tiltakene for innbyggerne og for kommunens økonomi.

Melhus kommune strekker seg over et stort geografisk område, med flere tettsteder. Kommunestyret har vedtatt at tjenestene innen helse- og velferdsområdet skal tilbys i hele kommunen, og ikke bare i Nedre Melhus, som er kommunens administrative sentrum. Prosjektgruppen har i rapporten valgt å ta utgangspunkt i de samme kretsene (distriktene) som beskrives i BDO-rapporten fra januar 2022: Horg, Hølonda og Nedre Melhus. Når det i rapporten skrives om for eksempel Horg, betyr det derfor ikke nødvendigvis bare selve tettstedet, men hele kretsen (distriktet) som sogner til tettstedet. Det samme gjelder for Hølonda og Nedre Melhus.

Målgruppen for kommunale helse- og velferdstjenester er sammensatt. På noen områder snakker vi om «brukere», mens det på andre områder snakkes om «pasienter». I tillegg brukes begrep som «barn og unge», «pårørende», eller «foresatte». Prosjektgruppen har valgt å bruke begrepet «innbyggere» for alle i målgruppen, uansett hvilket tjenesteområde som leverer tjenester.

## 2. Fokus på forebygging og mestring

### 2.1 Utfordringsbildet for innbyggere i dagens situasjon

Etterspørsel etter kommunale helsetjenester i Melhus kommune (og andre kommuner i Norge) øker merkbart, og kapasiteten i de kommunale helse- og velferdstjenestene utfordres på grunn av dette. Utredninger som beskriver denne utfordringen, peker i stor grad på flere eldre og færre ressurser (ansatte) som årsaken. I tillegg utfordrer også innbyggernes økende forventninger til kommunale helse- og velferdstjenester kapasiteten.

Det er imidlertid ikke bare eldre som står bak en økt etterspørsel av kommunale helse- og velferdstjenester. Ungdataundersøkelser viser en betydelig økning i ungdommens rapportering av psykiske problemer, bekymringer og stress. Folkehelseprofilen for Melhus kommune viser i tillegg at livskvaliteten ofte er lavere blant dem som har psykiske plager enn blant dem som ikke har slike plager. Antall henvisninger relatert til psykisk helse i kommunen har økt betraktelig i 2021 og denne trenden fortsetter i 2022. Dette gjelder både unge og voksne.

Helse og livskvalitet er viktig for innbyggerne som individ. Det å kunne bestemme over sin egen kropp og helse er en udiskutabel menneskerettighet. Denne menneskerettigheten medfører at det er innbyggeren selv som har ansvar for egen helse. Samtidig er også samfunnet som helhet tjent med en god folkehelse, og kan kommunen på mange måter bidra til en god folkehelse.

### 2.2 Betydning av kommunestyrevedtak fra 22. mars 2022 for dette området

Kommunestyret har i møtet 22. mars 2022 vedtatt 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 for ambisjonen 100 år i eget hjem.

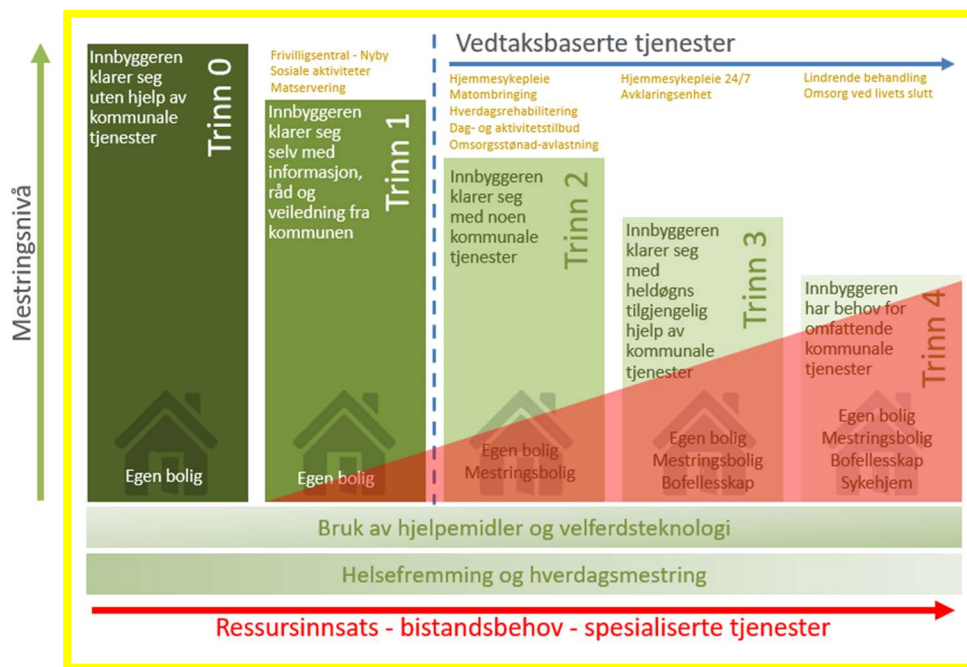
Helsefremmende arbeid defineres som tiltak for å sikre *tilførsel av faktorer* som gir overskudd og livsglede i folks hverdag. Forebyggende tiltak består i å *redusere de faktorer* som truer folks helse.

Kommunestyrevedtaket legger til rette for en kraftig satsing på forebygging og helsefremming, særlig for barn og unge. Denne satsingen vil nødvendigvis medføre en styrking av for eksempel helsestasjon og skolehelsetjenesten, samt en styrking av det tverrfaglige samarbeidet mellom barnehager, skoler og helsetjenestene. Råd og veiledning fra kommunale ansatte, frivillige organisasjoner og lag spiller en viktig rolle i kommunens lavterskeltilbud. Det ligger en forventning i kommunestyrevedtak om at kommunen tar en sterkere rolle i koordinering av og tilrettelegging for dette lavterskeltilbudet.

### 2.3 Plassering av forebygging og mestring i mestringstrappa

Helsefremmende og forebyggende arbeid gjøres på alle trinn i mestringstrappa. I bildet under vises det gjennom et gult markert område.

## MESTRINGSTRAPPA MELHUS KOMMUNE - 2022



Selv om forebygging og mestring spesifikt beskrives i denne rapporten om veivalg for helse og velferd, er arbeidet på disse områdene ikke utelukkende et ansvar for helse- og velferdssektoren. Aktivitetene utøves i alle kommunale virksomheter, samt av ulike private aktører og frivillige.

På trinn 0 og 1 i mestringstrappa 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 også lavterskeltilbudene fra kommunen og øvrige aktører.

Fra trinn 2 i mestringstrappa har kommunen en sterkere rolle, og tiltakene som settes i gang (på toppen av det som allerede er gjort på lavere trinn i trappa) er behovsprøvd. Dette tar imidlertid ikke bort at det fortsatt er viktig med forebyggende og helsefremmende aktiviteter for å øke innbyggernes mestringsnivå og forebygge eller minske behovet for ytterligere kommunale helse- og velferdstjenester. 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.

### 2.3 Et bærekraftig tjenestenivå sikrer tjenester for framtida

Ulike utredninger på nasjonalt og internasjonalt nivå viser at det er kostnadsbesparende å jobbe med forebygging og mestring. En studie fra FHI for eksempel, viser at vi kan komprimere antall år med behov for helsehjelp ved å øke innsatsen på helsefremmende og forebyggende arbeid.

Prosjektgruppen ønsker derfor å prioritere forebygging og helsefremmende arbeid framfor andre områder, og foreslår å øke ressursene som settes av til forebyggende virksomhet, habilitering og rehabilitering. Dette er i tråd med anbefalinger fra Helsedirektoratet og kommunens plan for habilitering og rehabilitering vedtatt i 2018.

Poenget er å gi riktige tjenester på riktig nivå i mestringstrappa på et så tidlig mulig tidspunkt, for å unngå at innbyggerne havner på et trinn på mestringstrappa som gir behov for mer omfattende kommunale tjenester.

## 2.4 Satsingsområder

Prosjektgruppen foreslår følgende satsingsområder innenfor forebygging og mestring i Melhus kommune:

- Barn og unge
- Aktivitet, habilitering og rehabilitering
- Pårørendestøtte og avlastning
- Tverrfaglig samarbeid

## 2.5 Forslag til tiltak

For å konkretisere en økt satsing på forebyggende og helsefremmende tiltak, foreslår prosjektgruppen følgende konkrete tiltak:

- **En styrking av helsestasjonen og skolehelsetjeneste.** Prosjektgruppen foreslår å øke ressursene ved disse avdelingene betydelig i løpet av kommende budsjettperioden (2023-2025), med en gradvis videre økning basert på befolkningsframskrivingen i årene deretter. Prosjektgruppen støtter initiativet fra enhet Familie, forebygging og mestring om å organisere skolehelsetjenesten i klynger av helsesykepleiere som ivaretar flere skoler, samtidig som det er en fast sykepleier per skole. Ressursøkningen synliggjøres i tabellen under.
- **Styrking av aktivitetstilbudet ute i distriktene.** Dette vil bidra til økt mulighet for aktivitetstilbud og sosialisering i distriktene. Aktivitetstilbudet skal være tilgjengelig utenom vanlig arbeidstid, slik at det bidrar til avlastning av pårørende som har omsorgsoppgaver. Prosjektgruppen foreslår at det for eksempel ansettes (flere) aktivitører ved bofellesskapene for eldre eller ved dagsentere i hjemmetjenesten. Ressursbehovet skisseres i tabellen under.
- **Styrking av avlastningstilbudet.** Prosjektgruppen foreslår å etablere flere avlastningsplasser. Avlastningsplassene kan lokaliseres i alle distriktene i kommunen. Dette tiltaket vil kunne bidra til at innbyggerne som ivaretas av familie/pårørende kan bo hjemme lengre, og utsetter/reduserer behov for mer ressurskrevende tjenester. Ressursbehovet skisseres i tabellen under.
- **Etablering av en egen rehabiliteringsavdeling.** Prosjektgruppen foreslår at fysio- og ergoterapitjenesten får ansvar for å etablere en rehabiliteringsavdeling med døgn- og dagplasser. Utredninger fra andre kommuner viser at en egen rehabiliteringsavdeling separat fra korttidsavdelingen, gjør det enklere å få til tverrfaglig samarbeid, og har vist seg kostnadseffektiv. Etableringen bør ses i sammenheng med en styrking av fysio- og ergoterapitjenesten. En egen rehabiliteringsavdeling forutsetter nærheten av et egnet basseng, i tillegg til at transport fra og til avdelingen for pasienter med dagplasser må vurderes ved vurdering av lokasjonen. Antall plasser og ressursbehovet synliggjøres i tabellen under.
- **Etablering av en Frisklivsentral.** Målgruppen er personer med sykdom eller økt risiko for sykdom som trenger støtte til å endre levevaner og mestre helseutfordringer. Tilbudet kan være aktuelt både som forebygging, for å begrense utvikling av sykdom og som del av et behandlings- og/eller rehabiliteringsforløp. Tiltaket kan bidra til økt samarbeid med frivillige lag og organisasjoner, som har en viktig rolle i lavterskeltilbudet. Ressursbehovet skisseres i tabellen under.
- **Etablering av et tverrfaglig bo- og mestringsteam** med en egen teamleder, og ansatte tilhørende ulike enheter/avdelinger organisert i en matrise. Oppgavene er tjenester som omfatter vedtak både på helse, omsorg og sosialtjenester. Eksempler på helse og

sosialfaglige tjenester er støttesamtaler og medisinbehandling. Eksempler på omsorgstjenester er personlig assistanse, sosiale ferdigheter som eks. å gå til lege, NAV, bank, rengjøring og rydding. Dette er tjenester som etter vedtak kan gis til innbyggere som bor i egen bolig eller mestringsbolig (men ikke i bofelleskap med heldøgns bemanning eller institusjon) og det kan være ulike diagnoser og utfordringer. Målgruppen er personer med utviklingshemning, utviklingsforstyrrelser, psykiatriske diagnoser, rusmisbruk og psykiske lidelser, samt rus med mild, moderat eller alvorlig grad. Tjenester som gis i opplæringsøyemed for en avgrenset periode kan være sosiale ferdigheter som matlaging og eksempelvis trening i å gå til NAV, lege, bank og frisør. Somatiske utfordringer eller utfordringer som krever spesialisert eller somatisk fagkompetanse (for eksempel sårstel og råd om tilpassing av bolig på grunn av fysiske utfordringer) faller utenfor målgruppen og gjøres av innsatsteam eller hjemmetjenesten. Ressursbehovet skisseres i tabellen under.

- **Innsatsteam/hverdagsrehabiliteringsteam:** Kommunens innsatsteam opererer på flere trinn i mestringsstrappa, og har en viktig rolle i forebygging, tilrettelegging og rådgivning. Innsatsteam kartlegger henvendelser der det kommer fram at det er begynnende vansker med daglige gjøremål. De gir informasjon og veiledning, hjelper innbyggeren med trening på daglige gjøremål med fokus på selvstendighet. De kan også bidra med enkle tilrettelegginger i bolig til innbyggere med bevegelses- eller orienteringsproblemer, samt bestilling og tilpassing av enkle bevegelsehjelpemidler. Videre er forebyggende hjemmebesøk en del av innsatsteamets arbeidsområder. Prosjektgruppen foreslår at utøvende oppgaver gjøres i en matrise-organisering av ansatte med helsefaglig bakgrunn tilhørende andre enheter og avdelinger. Ressursbehovet skisseres i tabellen under.
- **Hukommelsesteam:** Demens er en av de største globale utfordringene verden står overfor. I 2020 hadde vi ca. 315 personer med demens i Melhus kommune. Det forventes mer enn en dobling innen 2050. Hver innbygger med demens har en eller flere pårørende som også kan ha behov for et tilbud fra kommunen. Hukommelsesteamet skal være lavterskel tilbud til innbyggere og pårørende som gir råd, informasjon og veiledning. De skal jobbe forebyggende samt bistå fastleger i utredningen. I tillegg bør teamet bidra med økt kompetanse ut i samfunnet og til tjenestene. Teamet jobber på flere trinn i trappa, men hovedvekten av innsatsen ligger på trinn 0 og 1. Prosjektgruppen foreslår at oppgaver gjøres i en matrise-organisering av ansatte med helsefaglig bakgrunn tilhørende andre enheter og avdelinger.
- **Etablering av et tverrfaglig velferdsteknologiteam,** med en egen teamleder og ansatte tilhørende ulike enheter/avdelinger. Teamet kan bistå ansatte og innbyggere med råd og veiledning ved bruk av velferdsteknologi og hjelpemidler. Bruk av velferdsteknologi og hjelpemidler vil være av betydning for å forebygge behov for mer omfattende tjenester på sikt. Tiltaket krever ikke ressursøkning, utover behovene skissert på andre områder.
- **Etablering av «Familiens hus».** Gjennom å samle alle kommunale tilbud rettet mot barn og familie under ett tak vil barn, unge og deres familie kunne få et tilbud om en helhetlig hjelp på et tidlig tidspunkt. Dette gjelder for eksempel helsestasjon, skolehelsetjeneste, barnevern og psykisk helsehjelp. Tiltaket som prosjektgruppen foreslår bør ses i sammenheng med arbeidet i prosjektet som utarbeider en tverrfaglig strategi for barn og unge. Tiltaket krever ikke ressursøkning utover det som ligger under de øvrige tiltakene nevnt i denne rapporten, men vil kreve investering i egnet bygningsmasse.
- **Rendyrking av oppgaver til helsepersonell.** I tråd med vedtakene fra kommunestyret etter første fasen av veivalg-prosjektet rendyrkes oppgavene som helsepersonell har. Ikke helse-relaterte oppgaver overføres til andre for å frigjøre ressurser og kompetanse.
- **Besøksrom ute på bygda.** Formålet med besøksrom er å gi kunnskap om hjelpemidler, teknologi og lavterskeltilbud som fremmer hverdagsmestring og kan være et alternativ eller



supplement til tjenester. Dette tilbudet til innbyggere bør i tillegg til besøksrommet på helse- og velferdskontoret finnes ute på flere steder i kommunen, for eksempel i bygdekafeene, allrom/aktivitetsareal i bofellesskap og helse- og velferdssenter. Prosjektgruppen foreslår at besøksrommene driftes av en «postvert». Helse- og velferdskontoret bør ha en koordinerende og veiledende funksjon her. Drift innebærer også rådgiving, informasjon om teknologi og hjelpemidler, samt hjelp til å anskaffe.

- **Utvikle og forbedre tilbudet med fritidskontakt og tilrettelagt fritid.** Prosjektgruppen foreslår å opprette en stilling med ansvar for tjenesten fritidskontakt. Denne ressursen bør se på hvordan vi kan videreutvikle tjenesten fritidskontakt, utrede behov for tilrettelagte tilbud, og være en pådriver for å få iverksatt tilbud, i samarbeid med lag og organisasjoner. Ressursbehovet skisseres i tabellen under.
- **Endring av enhetsnavn «Arbeid, psykisk helse og rus».** Enhets navn «arbeid, psykisk helse og rus» er en tung tittel som et rettet mot diagnoser, noe som kan også oppfattes stigmatiserende. I tillegg dekker ikke navnet hele ansvarsområdet for enheten lenger. For å legge mer vekt på forebyggende virksomhet og et helseperspektiv, foreslår prosjektgruppen nytt navn for enheten: Enhet arbeid og helse. Prosjektgruppen foreslår at legetjenesten opprettes som egen avdeling under enhet Arbeid og helse med en egen avdelingsleder, og at det utarbeides en legeplan som vil legge grunnlaget for hvordan legetjenestene i kommunen organiseres i framtida.

## 2.6 Akkumulert kapasitetsbehov for perioden 2025-2050

Prosjektgruppens forslag til tiltak innebærer en opptrappingsplan for antall ansatte for årene framover. Tabellen under viser denne opptrappingsplanen med akkumulerte tall. Dette betyr at tallene for 2030 også inneholder oppbyggingen fram til 2025, tallene for 2040 inneholder oppbyggingen fram til 2030, og tallene for 2050 også inneholder oppbyggingen fram til 2040.

	2025		2030		2040		2050	
	Netto kostnad	Nye årsverk	Netto kostnad	Nye årsverk	Netto kostnad	Nye årsverk	Netto kostnad	Nye årsverk
Helsestasjon og skolehelsetjeneste	4 410 000	6,0	4 943 610	6,7	6 070 753	8,3	6 902 446	9,4
Ergo- og fysioterapitjenesten	1 470 000	2,0	2 970 870	4,0	3 648 228	5,0	4 148 036	5,6
Frisklivssentralen	-	-	1 249 500	1,7	1 534 386	2,1	1 534 386	2,4
Avlastningstjenesten	-	-	-	-	735 000	1	835 695	1,1
Ergo- og fysioterapitjenesten, rehabilitering	-	-	6 909 000	9,4	8 484 252	11,5	9 646 595	13,1
Ergo- og fysioterapitjenesten, dagplasser	2 360 820	3,2	2 646 479	3,6	3 249 876	4,4	3 254 110	4,4
Hukommelsesteam	1 984 500	2,7	2 719 500	4	4 189 500	6	4 924 500	7
Innsatsteam	5 145 000	7,0	5 145 000	7	5 880 000	8	6 615 000	9
Bo og mesringstjenester	735 000	1	735 000	1	735 000	1	735 000	1
Legetjenester	1 470 000	2	1 470 000	2	1 470 000	2	1 470 000	2
Psykisk helse og rus	-	-	882 000	1	1 617 000	2	1 617 000	2
NAV	-	-	588 000	1	1 176 000	2	1 176 000	2
Idrettsveien	1 470 000	2	1 764 000	2	2 058 000	3	2 058 000	3
<b>SUM akkumulert</b>	<b>19 045 320</b>	<b>25,9</b>	<b>32 022 959</b>	<b>44</b>	<b>40 847 996</b>	<b>56</b>	<b>44 916 767</b>	<b>61</b>

Årstallene i tabellen er å anse som en milepæl. Selve oppbyggingen periodiseres over årene før det aktuelle milepælsåret. Kostnadene relatert til Idrettsveien bofellesskap hører egentlig til pleie- og omsorgsdelen, men er av praktiske årsaker tatt med i denne tabellen.

## 2.7 Konsekvenser for innbyggere

Lykkes Melhus kommune med en økt satsing på forebygging og mestring, er det sannsynlig at mestringsnivået blant innbyggerne øker. Økt mestring og evne til selvhjelp blant innbyggerne i alle aldersgrupper vil kunne gi økt mestringsfølelse, og dempe etterspørselen etter hjelp fra helse- og velferdstjenestene. Et økt aktivitetstilbud i hele kommunen vil gi kortere veg fra tjenesten til innbyggeren, og bidra til mer aktivisering og sosialisering. Tiltak som kommunen setter i gang for å bedre folkehelsen vil ikke bare bidra til høyere livskvalitet og et friskere liv for den enkelte av oss, det vil også gi et «friskere» samfunn og store kostnadsbesparelser både for innbyggeren og samfunnet.

### 3. Behovsprøving før tjenestevedtak - én dør inn til alle tjenester

#### 3.1 Utfordringsbildet for innbyggere i dagens situasjon

For innbyggerne er det grunnleggende at informasjon om hjelpemidler, teknologi og aktiviteter som fremmer hverdagsmestring, samt rettigheter og hvilke tjenester kommunen gir er god og lett tilgjengelig. Vi opplever i dag at innbyggerne ofte ikke vet hvor de skal henvende seg om ulike spørsmål. Kundemottaket ved helse- og velferdskontoret er en naturlig kilde, men har redusert åpningstid. Dette medfører at innbyggerne har redusert mulighet for råd og veiledning når hverdagsmestringen endres. De har i liten grad mulighet til å søke på tjenester muntlig og digitalt, og opplever manglende informasjon om saksgang.

Innbyggerne opplever at det tar tid fra det søkes til vedtak fattes. De opplever også at det kan ta tid fra vedtak er fattet til tjenester igangsettes. De opplever at de har liten grad av påvirkning av tjenestebildet og at tjenestene kan være fragmentert. Innbyggere med langvarige og sammensatte helse og -omsorgstjenester, og som har behov for en koordinator, opplever at det tar lang tid før noen tar ansvar. De opplever også ulik praksis i utøving av koordinatorrollen.

#### 3.2 Betydning av kommunestyrevedtak fra 22. mars 2022 for dette området

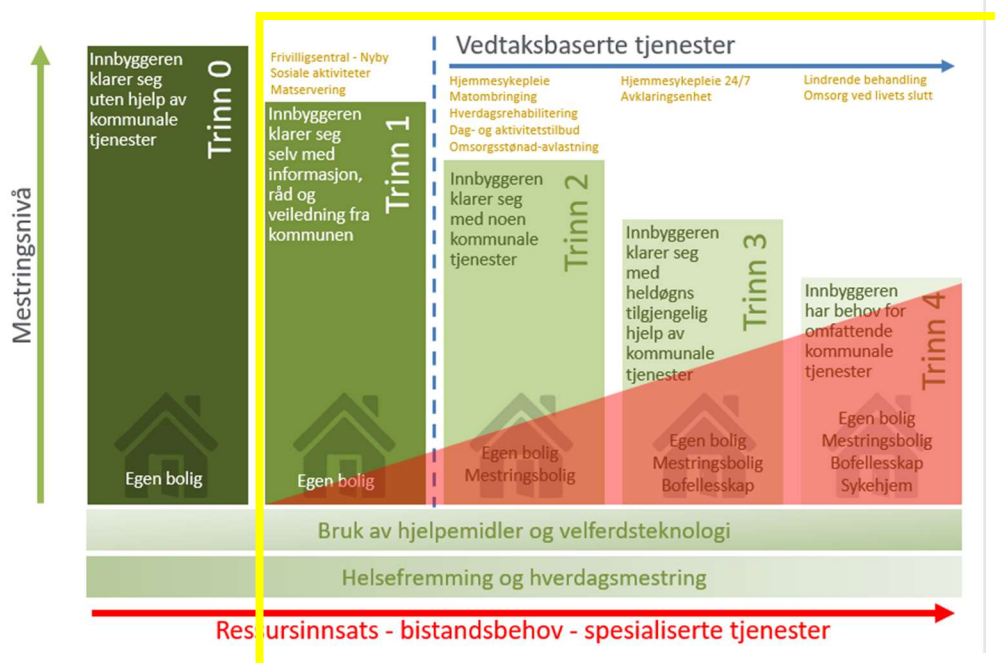
Kommunestyret har i møtet 22. mars 2022 vedtatt at helse- og velferdskontoret organiseres som stabsenhet under kommunalsjef for helse og velferd. Helse- og velferdskontoret skal være tverrfaglig sammensatt og være den ene døra inn til helsetjenestene. Videre skal helse- og velferdskontoret rendyrkes som ren bestillerfunksjon. Helse- og velferdskontorets vedtak er styrende for tjenestenivå som gis ute i tjenesten for å sikre likeverdige tjenester og lik tildeling.

Utførende tjenester skal legges til andre enheter og avdelinger. Koordinerende enhet, samt rådgivnings- og veiledningsarbeid, er del av ansvaret som ligger på helse- og velferdskontoret.

#### 3.3 Plassering av behovsprøving i mestringstrappa

Tjenester som kommunen leverer etter behovsprøving finnes stort sett i trinn 2, 3 og 4 i mestringstrappa.

MESTRINGSTRAPPA MELHUS KOMMUNE - 2022



Helse- og velferdskontoret har også en tydelig rolle i trinn 1 når det gjelder råd og veiledning av innbyggerne, ikke minst for å unngå at tjenestebehovet oppstår. I bildet over vises ansvarsområdet for helse- og velferdskontoret gjennom den gule markeringen.

### 3.4 Et bærekraftig tjenestenivå ved behovsprøving sikrer tjenester for framtida

Saksbehandling innebærer kartlegging, vurdering og vedtak av behovsprøvede tjenester. Vedtakene er førende for tjenestene innbygger skal motta. Saksbehandler må sikre god kvalitet i utførelsen av arbeidet. Det handler om å være kreativ i handlingsrommet, finne løsninger som fungerer for hver enkelt innbygger og sikre at tverrfagligheten benyttes. Saksbehandler må se helheten, og sørge for god samhandling. Saksbehandling skal sikre at ressursene utnyttes på en god måte og at innbygger mestrer livet best mulig.

### 3.5 Satsingsområder

Prosjektgruppen foreslår følgende satsingsområder innenfor behovsprøving, vedtak og koordinerende enhet i Melhus kommune:

- Utvidet tilgjengelighet på råd og veiledning
- Enklere å komme i kontakt med saksbehandler
- Tidlig kontakt ved henvendelse
- Digitalisering og robotisering av søknadsprosess
- Økt kvalitet på saksbehandling som sikrer god ressursutnyttelse
- Styrke koordinerende enhet

### 3.6 Forslag til tiltak

Som oppfølging av kommunestyrevedtak om helse- og velferdskontoret og prinsippet om «en dør inn» til kommunale helsetjenester, foreslår prosjektgruppen følgende tiltak:

- **Digital informasjonsportal om helse- og velferdstilbudet som finnes i kommunen.** Et slikt tiltak vil det gjøre mulig for innbyggere å lete etter informasjon på det tidspunktet som passer en best. Tiltaket vil også bidra til at innbyggerne har mer og mer tidlig informasjon, og vil redusere antall henvendelser til helse- og velferdskontoret eller andre ansatte i kommunen.
- **Digitalisering og robotisering av søknadsprosessene for kommunale helse- og velferdstjenester.** Mange vurderinger og vedtak som gjøres ved helse- og velferdskontoret egner seg godt for digitalisering. Omgjøring fra manuelle saksbehandlingsprosesser til mer digitale prosesser vil gjøre det mulig for innbyggere å søke på det tidspunktet som passer de best, samtidig som saksbehandlingstida kan forkortes og saksbehandlere får tid til å jobbe med mer sammensatte søknadsprosesser.
- **Utvidet åpningstid på kundemottak samt mulighet for å booke tid med saksbehandler.** For innbyggerne er det grunnleggende med råd og veiledning som fremmer hverdagsmestring. For å sikre dette må kundemottaket utvide åpningstiden. Det er også ønskelig at innbyggerne selv kan velge tidspunktet for en samtale med en saksbehandler. Utvidet åpningstid av kundemottaket og mulighet for at innbyggerne selv kan bestille time, vil muliggjøre god planlegging og forberedelse av samtalene. Sammen med digitalisering av søknadsprosessen, vil det også bidra til tidlig kontakt med innbyggerne i søknadsprosessen. Ressursbehovet for utvidet åpningstid av helse- og velferdskontoret synliggjøres i tabellen under.
- **Styrking av kvaliteten på saksbehandling** gjennom at beslutninger om tjenester er basert på god tverrfaglig kartlegging og vurdering, involvering og ansvarliggjøring av innbygger samt god utnyttelse av ressursene. Ressursbehovet for dette tiltaket synliggjøres i tabellen under.

- **Styrking av koordinerende enhet og formalisering av koordinatorrollen.** Brukere som har behov for langvarige og koordinerte helse og -omsorgstjenester kan ha rett på en koordinator. Koordinatoren skal sikre nødvendig oppfølging for den enkelte bruker, og sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan. Prosjektgruppen mener at koordinatorrollen ikke bør kobles mot en spesifikk ansatt eller en spesifikk diagnose, men er også tydelig på at alle som har behov for skal få tildelt en koordinator. Dette for å sikre lik tilgang og likebehandling for alle innbyggere. Om kommunen har en godt fungerende koordinerende enhet har vi mulighet til å yte “tidlig innsats”, og være en medspiller for den hjelpetrequende selv og dens pårørende, og for ansatte på den arenaen hvor personen befinner seg i det daglige (barnehage, skole, hjemme, osv.). For å sikre dette må koordinerende enhet videreutvikles og sees i sammenheng med en ønsket pårørendestrategi, avlastning og andre pårørendestøttetiltak, samarbeidet mellom helsetjenestene og oppvekstsektoren, samt “strategiplan for tverrfaglig samarbeid barn og unge”. Det handler om å få gitt riktig hjelp tidlig nok, ha systemer i kommunen som er bærekraftige over tid, samt ivareta innbyggers rettigheter til tjenester som er koordinerte. Med gode rutiner, felles praksis, tidlig innsats og god dialog kan forventningene avklares.  
Prosjektgruppen mener at koordinatorrollen bør formaliseres i større grad enn i dag, og kan utøves av ansatte fra ulike sektorer. Prosjektgruppen foreslår derfor at koordinerende enhet organiseres i en matrise hvor en teamleder er ansatt ved helse- og velferdskontoret, mens selve utførelsen av koordinatoroppgaver utøves i linjen av ansatte i ulike sektorer, både helse og velferd og oppvekst.
- **Systemansvar for Profil:** Helse- og velferdskontoret har systemansvar for fagsystemet Profil. Dette innebærer bl.a. opplæring og brukerstøtte. Profil utfases ved innføring av Helseplattformen.
- **BPA-ordningen:** Helse- og velferdskontoret har per i dag ansvar for administrasjon av BPA-ordningen. Prosjektgruppen foreslår at administrasjon og arbeidsgiveransvaret overføres til en annen enhet i helse- og velferdssektoren.
- **Revurdering av prinsippet om «en dør inn».** Det er i noen tilfeller utydelig hvilke henvendelser som kommer inn til helse- og velferdskontoret og på hvilken måte. Dette gjelder spesielt:
  - Tjenester relatert til barn og unge, hvor henvendelser ofte følger en annen vei inn til kommunale tjenester. Dermed er det for barn ofte flere veier inn til kommunale tjenester. Prosjektgruppen mener at dette kan bidra til utydelighet om tjenestetilbudet, og foreslår at «en dør inn»-prinsippet for barn med behov for kommunale tjenester avklares og synliggjøres med bakgrunn i prosjektet for en tverrfaglig strategi for barn og ungdom. Barnevern har et eget mottak for saker som faller inn under barnevernloven og dør inn til disse tjenestene. Prosjektgruppen foreslår at denne praksisen fortsetter.
  - NAV-tjenester, som faller inn under sosialtjenesten. NAV Melhus har som mål å få folk ut i arbeid, selvstendig og selvhjulpne. NAV gir opplysning, råd og veiledning med mål om at brukerne skal bli selvhjulpne og mestre egen hverdagsøkonomi. Henvendelser som omhandler dette, går direkte til NAV som har en egen dør inn på det sosialfaglige området. Prosjektgruppen foreslår at denne praksisen fortsetter.
  - a. Boligtildeling. I dag deles kommunale boliger i to grupper. Den første er mestringsbolig der døra inn er helse- og velferdskontoret, den andre gruppa er gjennomgangsboliger der enhet bygg og eiendom er døra inn. I tillegg har vi boligtilskudd der NAV Melhus er også døra inn. Prosjektgruppen foreslår at helse- og velferdskontoret blir døra inn for alle boliger og boligtilskudd fra 2025.

### 3.7 Akkumulert kapasitetsbehov for perioden 2025-2050

Prosjektgruppens forslag til tiltak innebærer en opptrappingsplan for antall ansatte for årene framover. Tabellen under viser denne opptrappingsplanen med akkumulerte tall. Dette betyr at tallene for 2030 også inneholder oppbyggingen fram til 2025, tallene for 2040 inneholder oppbyggingen fram til 2030, og tallene for 2050 også inneholder oppbyggingen fram til 2040.

	2025		2030		2040		2050	
	Netto kostnad	Nye årsverk	Netto kostnad	Nye årsverk	Netto kostnad	Nye årsverk	Netto kostnad	Nye årsverk
Saksbehandling HVK	2 903 250	4,0	5 255 250	7,15	6 357 750	8,65	6 725 250	9,15
Koordinerende enhet	294 000	0,4	294 000	0	294 000	0	294 000	0
Systemansvar profil	- 441 000	- 0,6	- 441 000	- 1	- 441 000	- 1	- 441 000	- 1
Kundemottak	735 000	1,0	735 000	1	735 000	1	735 000	1
<b>SUM akkumulert</b>	<b>3 491 250</b>	<b>4,80</b>	<b>5 843 250</b>	<b>7,95</b>	<b>6 945 750</b>	<b>9,45</b>	<b>7 313 250</b>	<b>9,95</b>

Årstallene i tabellen er å anse som en milepæl. Selve oppbyggingen periodiseres over årene før det aktuelle milepælsåret.

### 3.8 Konsekvenser for innbyggere

Tiltakene som prosjektgruppen foreslår vil føre til enklere tilgang på råd og veiledning, samt økt kunnskap om hjelpemidler, teknologi og aktiviteter som fremmer hverdagsmestring. For innbyggerne vil det være enklere å søke og komme i kontakt med en rådgiver ved helse- og velferdskontor. Informasjon om saksgang, prosess og nivå på tjenester er mer tilgjengelig og transparent. Dette fører til en bedre forventningsavklaring, samt at innbyggere blir involvert, mer ansvarliggjort og får innflytelse på utforming av tjenester ut fra mestringsnivå. Innbyggeren vil få en opplevelse av tjenester som er samordnet og preget av kontinuitet.

Innbyggere med langvarige og koordinerte helse og -omsorgstjenester og som har koordinatør vil oppleve lik praksis i utøving av koordinatørrollen og tilbud av tjenester.

## 4. Fortsatt god pleie og omsorg

### 4.1 Utfordringsbildet for innbyggere

Pleie- og omsorgssektoren i Melhus kommune omfatter sykehjemsavdelingene og omsorgsboligene i kommunens helse- og omsorgssentre, bofellesskapene for eldre, bofellesskapene for personer med utviklingshemming, bofellesskap Idrettsveien, familiebolig, avlastningstjenester, og tjenester levert hjemme hos innbyggerne. Tjenestene leveres av institusjonstjenesten, hjemmetjenesten, enhet bo og aktivitet, enhet psykisk helse og rus, og enhet Familie, forebygging og mestring.

De siste årene har vi i økende grad opplevd kapasitetsutfordringer på dette området. Konkrete symptomer er for eksempel et økende antall utskrivningsklare pasienter som venter på et kommunalt tilbud, bruk av dobbeltrom på institusjon, skrøpelige hjemmeboende eldre som venter på et annet og mer passende tilbud, og slitne pårørende (både av unge og eldre) som har behov for avlastning. Korttidsavdelingen opplever at avdelingen har mange langtidspasienter som venter på et annet tilbud. Kapasitetsutfordringene bidrar i noen tilfeller til at rehabilitering starter senere, noe som kan bidra til funksjonsfall og behov for lengre og mer intensiv rehabilitering.

Kapasitetsutfordringene oppstår på grunn av en ubalanse mellom antall tilgjengelige plasser og tilgjengelige ressurser (bemanning). Utfordringen manifesterer seg ofte som en mangel på institusjonsplasser ved våre sykehjemsavdelinger. Dette på tross av at Melhus kommune har et likt antall (eller flere) sykehjems plasser sammenlignet med andre kommuner i samme KOSTRA-gruppe og i regionen. KOSTRA-analysen av kostnader relatert til pleie og omsorg i Melhus kommune viser at institusjonstjenester prioriteres foran hjemmebaserte tjenester, på tross av at kommunen over flere år har hatt et mål om å vri tjenestene fra institusjon til mer hjemmebaserte tjenester.

Prosjektgruppens analyser viser at det ikke er mangel på sykehjems plasser som ligger bak plassmangelen, men mangel på plasser i heldøgns bemannet bofellesskap. Innbyggere som har behov for en plass i et heldøgns bemannet bofellesskap har ikke tilgang til dette tilbudet, og havner derfor på en sykehjemsavdeling. Der okkuperer de en plass som egentlig kunne ha gått til en innbygger med behov for mer pleie og omsorg. Dette bildet bekreftes av ansatte ved sykehjemsavdelingene, som peker på at flere som ligger på en sykehjemsavdeling kunne ha fått et bedre tilbud om de hadde fått plass på et bofellesskap, hvor det er rom for aktivisering og sosialisering. Dette er særlig viktig for funksjonsfriske eldre med kognitiv svikt (demens).

I tillegg til plassmangel, opplever Melhus kommune også rekrutteringsutfordringer når det gjelder helsefaglig personell. Sterkest kommer det til uttrykk i manglende sykepleierkompetanse, men også for andre stillingsgrupper opplever vi utfordringer. Denne rekrutteringsutfordringen er ikke enkelt å løse, og er ikke unikt for Melhus kommune. Helsedirektoratet publiserte allerede i 2018 en rapport hvor det ble synliggjort en mangel på 5 600 sykepleiere i Norge det året, og en prognose på manglende sykepleierkapasitet på svimlende 28 000 årsverk i 2035. Statsforvalteren for Trøndelag nevnte i mars 2022 et behov for minst 500 årsverk sykepleie bare i Trøndelag.

Regjeringen har innvilget 500 nye studie plasser for sykepleierutdanningen i Norge fra høsten 2022, men det vil ikke være nok til å fylle behovet primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har. Samordna opptak skriver på sine nettsider at sykepleie er den største utdanningstypen innen utdanningsområdet «helsefag», både når det gjelder studie plasser og søkere. Likevel sto 139 studie plasser for sykepleiere tomme våren 2022. Opptakstallene for høsten 2022 viser at totalt 10 299 søkere valgte sykepleie som førstevalg. Det er om lag 3000 færre enn i fjor og en nedgang på 23 prosent.

Melhus kommune jobber sammen med Skaun og Midtre Gauldal kommuner i prosjektet «Sammen om framtidens helsetjenester». De tre kommunene har samme utfordring med å tiltrekke helsepersonell og stilte alle det samme spørsmålet; hvordan beholde og rekruttere flere ansatte innen helse- og omsorgstjenesten? Gjennom et felles prosjekt jobber vi for å gjøre oss mer attraktive for helsepersonell og ruste seg for fremtiden. Prosjektet har fem delprosjekter (heltidskultur, faglig utvikling, veiledningssystem, lønns- og arbeidsvilkår, kommunikasjon og omdømmebygging). Samarbeidspartnere i prosjektet er SINTEF, NTNU, Nord Universitet, OsloMet, Regionalt Forskningsfond, Distriktsforsk, Statsforvalteren i Trøndelag, KS, KS Jobbvinner og Adresseavisen.

Utfordringene med behov for økt kapasitet og mangel på tilstrekkelig med ressurser gjør at kommunen i tillegg til aktivitetene for å rekruttere, utvikle og beholde ansatte må gjøre alvor av målet om å dreie tjenester mer mot hjemmebaserte tjenester. Det er mindre ressurskrevende, og den beste muligheten vi har til å kunne tilby tjenester til våre innbyggere også på lengre sikt.

#### 4.2 Betydning av kommunestyrevedtak fra 22. mars 2022 for dette området

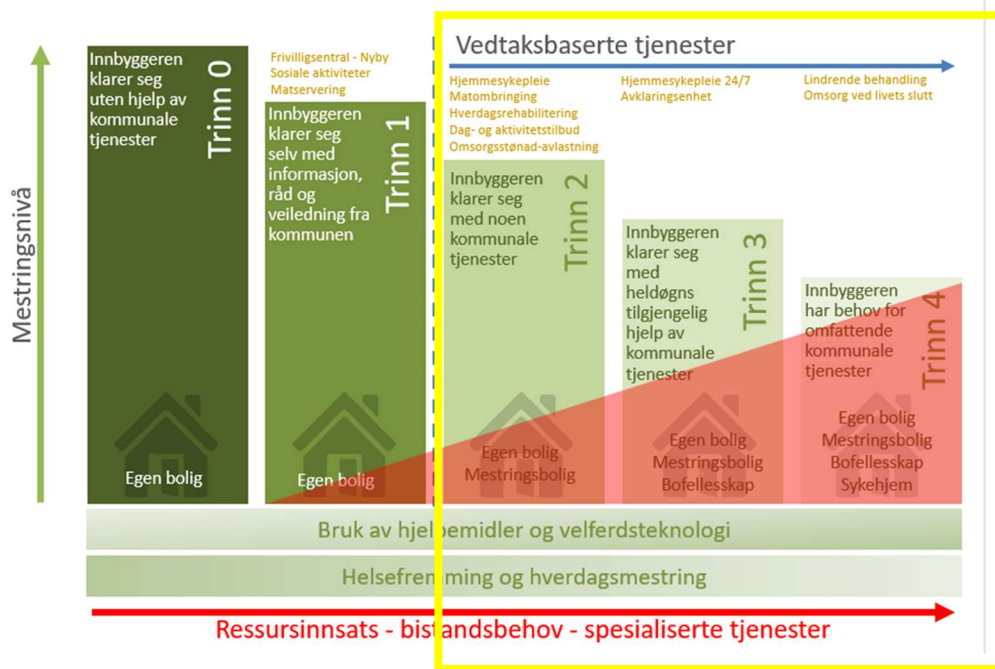
Kommunestyret har i møtet 22. mars 2022 vedtatt at hjemmetjenesten skal styrkes for å sikre at målene for ambisjonen om 100 år i eget hjem skal nås. Dette gjelder både kompetanse og antall årsverk. Vedtaket sier også at oppgavene av helsepersonell i hjemmetjenesten skal rendyrkes og bare omfatte helserelaterte tjenester rettet mot person. Videre har kommunestyret vedtatt en økt satsing på mestringsboliger og heldøgns bemannede bofellesskap for flere brukergrupper i kommunen.

Når det gjelder sykehjemsavdelingene har kommunestyret vedtatt at den tyngste pleien i institusjonstjenesten skal samles på Buen helse- og omsorgssenter. Om det fortsatt skal være sykehjemsdrift ved Hølanda helse- og omsorgssenter og Horg helse- og omsorgssenter fikk prosjektgruppen i oppdrag å utrede i delfase 2 av veivalg-prosjektet. Dette gjelder også en eventuell etablering av en egen avklaringsavdeling for utskrivningsklare pasienter, en egen rehabiliteringsavdeling og en avdeling med dagplasser.

#### 4.3 Plassering av pleie og omsorg i mestringstrappa

Pleie- og omsorgstjenester utøves i trinn 2, 3 og 4 i mestringstrappa. I bildet under vises det gjennom den gule markeringen. Tjenesten er behovsprøvd, og kan både utøves i eget hjem (for eksempel eget hus eller leilighet, mestringsbolig som er tilrettelagt for personer med orienterings- eller mobilitetsproblemer, og bofellesskap). Jo lavere mestringsnivå en innbygger har, jo mer sannsynlig det er at innbyggeren bruker en eller flere kommunale tjenester. Tjenestetilbud og bosituasjon vurderes i disse trinnene i mestringstrappa i sammenheng.

## MESTRINGSTRAPPA MELHUS KOMMUNE - 2022



### 4.4 Pleiefaktor

Når pleie- og omsorgstjenester (og spesielt eldreomsorgen) diskuteres, kommer det med jevne mellomrom meldinger om for lite plasser, for høy arbeidsbelastning, for lav bemanning og for lav kompetanse. En viktig del av arbeidet i delfase 2 av veivalgprosjektet har derfor vært dimensjonering av pleie- og omsorgstilbudet i Melhus kommune. I dette ligger en beregning av antall plasser og tjenestebrukere vi forventer i årene som kommer, men også å bestemme riktig antall tjenesteutøvere (ansatte) i forhold til tjenestebehovet, både kvalitativt og kvantitativt.

I motsetning til oppvekstsektoren har de fleste områder i pleie og omsorg ikke *nasjonale* bemanningsnormer. KOSTRA-tallene som kommunene bruker til å sammenligne seg med andre kommuner viser at dimensjonering av bemanningen i pleie og omsorg dermed varierer fra kommune til kommune.

Melhus kommune har hittil heller ikke hatt *interne* bemanningsnormer som gjelder for pleie og omsorg. Dermed har avdelingene i stor grad blitt bemannet ut fra et opplevd eller antatt behov, og kan reell arbeidsbelastning variere fra avdeling til avdeling. Dette bekreftes av funnene i BDOs gjennomgang av pleie- og omsorgsavdelingene. Rapporten fra januar 2022 viser at hjemmetjenesten og institusjonstjenesten har ulike bemanning/pleiefaktor på de ulike avdelingene på Horg, Hølonda og nedre Melhus. Men det er et mål at tjenestetilbudet i utgangspunktet skal være likt, uavhengig av hvor du bor i kommunen.

For å unngå denne ulikheten opererer noen kommuner med egne standarder for bemanning i pleie- og omsorgssektoren. Standarden som brukes kalles «pleiefaktor». Dette begrepet ble også brukt i BDO-rapporten for å sammenligne bemanning mellom avdelingene. Enkelt forklart er pleiefaktor totalt antall årsverk på en avdeling delt på antall plasser eller tjenestemottakere.

Ikke alle typer brukere av kommunale helsetjenester har imidlertid samme pleiebehov, og dermed vil det være feil å bruke samme pleiefaktoren for alle avdelinger i pleie- og omsorgssektoren.



Eksempelvis vil en institusjonsplass være mer ressurskrevende enn en plass i et bofellesskap, og en skjermet demensplass er mer ressurskrevende enn en plass i et vanlig bofellesskap for eldre.

«Vektet pleiefaktor» er en metode for beregning av pleiefaktor som hensyntar forskjeller i hvor ressurskrevende ulike plasstyper er. Utgangspunkt for beregningen av vektet pleiefaktor for de ulike avdelingene er somatiske avdelinger med vektfaktor 1. Det vil si at pleietyngde for ulike pasientgrupper sammenlignes med, og beregnes ut fra pleietyngden på en somatisk avdeling. En somatisk avdeling er en avdeling som tar imot pasienter med kroppslige (somatiske) symptomer og lidelser.

Prosjektgruppen har i delfase 2 av veivalgprosjektet utredet et forslag til pleiefaktor for pleie- og omsorgstjenester i Melhus kommune. Forslaget er basert på tilbakemeldingene fra HMS-teamene på de ulike avdelingene på det de mener er reell og nødvendig bemanning (BDO-rapport), samt informasjon om pleiefaktoren som brukes i andre kommuner (blant annet Fredrikstad, Drammen, Steinkjer, Levanger, Sandnes, Øyer og Modum, se vedlegg) og en sammenligning med bemanningstall for kommunene i KOSTRA-gruppen 7.

Prosjektgruppen har beregnet en vektet pleiefaktor for ulike brukergrupper i tråd med veilederen for beregning av enhetskostnader i pleie- og omsorgstjenester utarbeidet av KS, NHO Service og Virke<sup>1</sup>. Vektene for de ulike plasstypene og vektet pleiefaktor som følger av denne vektingen følger av nedenstående tabell.

Type avdeling	Vektfaktor*	Forslag pleiefaktor
Somatisk avdeling	1,00	0,73
Korttidsavdeling	1,13	0,82
Skjermet demensavdeling	1,07	0,78
Forsterket skjermet plass	2,00	1,46
Forsterket psykisk helse / adferd	1,52	1,11
Rehabiliteringsavdeling	1,44	1,05
Avlastningsplass	1,10	0,80
Bofellesskap for eldre	0,68	0,50
Bofellesskap for personer med kognitiv svikt / demente	0,75	0,55
Bofellesskap for personer med nedsatt funksjonsevne	1,52	1,11
Arbeidssenter	0,64	0,47

\* Vektfaktor: basert på veilederen for beregning av enhetskostnader i pleie- og omsorgstjenester utarbeidet av KS, NHO Service og Virke

I praksis betyr forslaget fra prosjektgruppen at det på en somatisk avdeling bør være 0,73 årsverk per bruker, på korttidsavdeling 0,82 årsverk per bruker, og så videre. Beregningen av pleiefaktoren for de ulike avdelinger, er som beskrevet før gjort ut fra pleiefaktoren for en somatisk avdeling:

For eksempel: En somatisk avdeling har pleiefaktor 0,73.

Slik kommer vi da frem til pleiefaktor på skjermet demensavdeling:

$$0,73 \times 1,07 = 0,78$$

Prosjektgruppen har med bakgrunn i tallmaterialet fra BDO-rapporten og tilbakemeldingene fra HMS-teamene, samt sammenligning med andre kommuner basert på KOSTRA-tall, også utarbeidet et forslag til en vektet pleiefaktor for hjemmetjenesten:

- Hjemmetjenesten Nedre Melhus : 0,10
- Hjemmetjenesten Horg/Flå : 0,16
- Hjemmetjenesten Hølonda : 0,19

<sup>1</sup> [Hva koster pleie- og omsorgstjenestene? - KS](#)

Forskjellen i ulike pleiefaktorer for sonene i hjemmetjenesten gjenspeiler tida som brukes til transport mellom brukerne i de ulike sonene. Det er større kjøreavstand på Horg og Hølonde, enn i nedre Melhus.

I prosjektgruppens beregning av pleiefaktor er ikke årsverk avsatt til ledelse, administrasjon, eller aktiviteter inkludert. Disse kommer i tillegg til det beregnede behovet for antall årsverk på en avdeling. Heller ikke årsverk avsatt i forbindelse med ressurskrevende brukere er hensyntatt i beregningen. Pleiefaktoren og bemanningsbehovet for avdelingene som er beregnet på basis av denne er dermed en god indikator for basisbemanningen for en avdeling, gitt avdelingens normalfunksjon og «standardpasienter» for denne avdelingen. Ved plassering av en ressurskrevende bruker på en avdeling, eller «feilplassering» av en pasient med en høyere pleiefaktor enn avdelingens målgruppe skal behovet for ekstra bemanning vurderes ut ifra pasientens behov og gjeldende vedtak for pleie og omsorg.

Prosjektgruppen har sammenlignet dagens pleiefaktor med pleiefaktoren som er foreslått av prosjektgruppen. For hjemmetjenesten medfører prosjektgruppens forslag en reell økning av bemanning i forhold til dagens situasjon, noe som er i tråd med satsingen på mer hjemmebaserte tjenester. Denne økningen i bemanningen vil hensyntas i tertialrapporteringene for 2022 og budsjettforslagene for 2023. For bofellesskapene for funksjonshemmede og flere institusjonsavdelinger er den foreslåtte pleiefaktoren noe lavere enn dagens faktor. Dette skyldes at flere av disse avdelingene har ressurskrevende brukere, og dermed økt bemanning. Prosjektgruppens beregninger viser at kommunens kostnader for denne økte bemanningen kompenseres gjennom refusjonen kommunen mottar for ressurskrevende brukere. Andre avdelinger kan i perioder ha pasienter som ikke tilhører standard målgruppe for avdelingen. Dermed skal de i denne perioden ha en tilsvarende høyere pleiefaktor. Når vi hensyntar ressurskrevende brukere og «feilplasserte» pasienter, stemmer dagens vektet pleiefaktor med beregnet vektet pleiefaktor for den sammensatte pasientgruppen.

Prosjektgruppen foreslår at justering av bemanning med bakgrunn i vedtatt ny pleiefaktor gjøres gjennom tertialrapporteringen og budsjettforslagene for 2023.

Brukergruppen for helse- og velferdstjenester i kommunene er ikke en stabil gruppe. Flere rapporter peker på at kompleksiteten i de kommunale helsetjenestene har økt som følge av samhandlingsreformen, og forventningen er at denne trenden fortsetter i framtiden. Det kan gjøre en justering av pleiefaktoren nødvendig på sikt, for å sikre at vi også i framtiden har nok ressurser til å levere forsvarlige tjenester. Prosjektgruppen forslår at pleiefaktoren vurderes (og om nødvendig justeres) ved rullering av helse- og velferdsplanen for Melhus kommune.

#### 4.5 Et bærekraftig tjenestenivå sikrer tjenester for framtida

Melhus kommune har en lovfestet plikt til å yte forsvarlige og behovsdekkende helse- og omsorgstjenester uavhengig av innbyggerens boplass. Hva som er forsvarlige tjenester diskuteres ofte, spesielt i situasjoner hvor ulike kommunale tjenester må prioriteres opp mot hverandre og budsjettammene er begrenset. Diskusjonen handler da gjerne om hva som er god nok eller riktig kvalitet. Spørsmål som «Selger vi en Mercedes eller en Toyota?» dukker ofte opp i diskusjonene.

Svaret på disse spørsmålene er ikke enkelt å gi. Et viktig premiss er at pleie- og omsorgstjenester i Melhus kommune skal utøves i tråd med de faglige normer og lovbestemte krav som til enhver tid gjelder for arbeidsområdet. Utgangspunktet for tjenesteutøvelse i Melhus kommune er likebehandling av innbyggerne (likt tilbud under like omstendigheter), riktig tjeneste til riktig tid (for å

forebygge behov for tyngre tjenester), og et tjenestetilbud som er tilpasset innbyggerens behov (hva er viktig og nyttig for deg?).

Tildeling av helse- og omsorgstjenester skjer gjennom en skjønnsmessig vurdering utført av helse- og velferdskontoret. Helse- og velferdskontoret har med bakgrunn i Forskrift om tildeling av langtidsopphold og helse- og omsorgstjenester for Melhus kommune instruksjonsmyndighet over tjenesteutførende organisasjonsledd. Vurderingsmomenter for tildeling av tjenester er beskrevet i forskriften. Et viktig element i forskriften er FN-konvensjonen om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne og verdighetsgarantien. Også brukermedvirkning og forventningsavklaring inntar en viktig plass i tildelingsprosessen. I tillegg til disse formelle krav, vil utgangspunktene for reformen Leve hele livet være viktige temaer i vurderingen. De samme prinsippene vil ligge til grunn for tjenesteutøvelsen.

#### 4.6 Satsingsområder

Med bakgrunn i kommunestyrevedtakene relatert til pleie- og omsorgssektoren i Melhus kommune, har prosjektgruppen definert følgende satsingsområder:

- Økt bruk av velferdsteknologi
- Tjenester der innbyggeren er
- Mestringsbolig
- Bofellesskap
- Samle tyngste pleie innen institusjonstjenesten på Buen helse- og omsorgssenter
- Riktig kompetanse på riktig sted på riktig tidspunkt

#### 4.7 Forslag til tiltak

For å konkretisere kommunestyrets vedtak relatert til pleie- og omsorgssektoren i Melhus kommune, foreslår prosjektgruppen følgende tiltak:

- **Økt bruk av velferdsteknologi i pleie om omsorgssektoren.** Gjennom bruk av velferdsteknologi og hjelpemidler kan ressursbehovet reduseres. Det gjelder for eksempel bruk av medisindispensere som førstevalg for både hjemmeboende, forflytningshjelpemidler og bevegelseshjelpemidler, RoomMate for å våke over pasienter, elektroniske døråpnere, alarmer, toveis taleenheter, GPS-sporing, sensorteknologi m.m. Økt bruk av velferdsteknologi stiller krav til IT-utstyret som avdelingene har tilgjengelig. Investeringsbehovet vil synliggjøres gjennom tertialrapportene og budsjettforslagene.
- **Melhus kommune etablerer flere bofellesskap.** Bofellesskapene med heldøgns bemanning etableres i alle kretser. I opptrappingsforslag fra prosjektgruppen er det ikke definert brukergrupper eller funksjonsnivå (for eksempel innbyggere med demens), slik at vi står fritt til å definere bofellesskapene etter behovene som oppstår. En del av plassene vil imidlertid være tilegnet innbyggere med kognitiv svikt/demens. Bofellesskapene skal ha et høyt dag- og aktivitetstilbud for beboere og øvrige innbyggere. Kostnader forbundet til ansettelse av aktivitetører er inkludert i den økte satsingen på hjemmetjenesten og bofellesskapene. Bofellesskapene skal også være en levende møteplass, med kjøkkendrift og annen aktivitet. Behov for ressurser for disse bofellesskapene beregnes ut ifra prosjektgruppens forslag til pleiefaktor for Melhus kommune og synliggjøres i nedenstående tabell.
- **Sykehjemsavdelingene ved Hølonda helse og omsorgssenter gjøres om til bofellesskap.** Hølonda helse- og omsorgssenter har per dags dato 2 sykehjemsavdelinger med en samlet kapasitet på 15 plasser. Helse- og omsorgssenter har i tillegg 23 boenheter i form av mestringsboliger. Prosjektgruppen har også tidligere argumentert for at det ikke anses som

mulig å drifte to sykehjemsavdelinger på Hølonda, og at disse bør gjøres om til bofellesskap med samme antall boenheter som nåværende antall plasser på sykehjemsavdelingene. På grunn av et lavere pleiebehov og dermed lavere pleiefaktor, vil det være lettere å bemanne et slikt bofellesskap. I tillegg vil vi kunne bygge et sterkere fagmiljø når hjemmetjenesten og institusjonstjenesten i ett geografiske område ikke lenger trenger å konkurrere om de samme ressursene. Omgjøring til bofellesskap vil i tillegg bidra til kommunens økte satsing på bofellesskap og gi et bedre tilbud til innbyggerne som ikke har behov for en institusjonsplass, men likevel trenger heldøgns bemanning. Bemanningsbehovet relatert til omgjøringen til bofellesskap synliggjøres i nedenstående tabell og er basert på prosjektgruppens forslag til pleiefaktor for Melhus kommune.

- **Den tyngste pleien i institusjonstjenesten samles på Buen.** Oppbygging av kapasitet for sykehjems plasser skjer i Buen helse- og omsorgssenter. Dette med bakgrunn i at den tyngste pleien (sykehjemsdrift) skal samles på Buen, og at Buen allerede er tilrettelagt for utvidelse. Dermed vil bygningsmassen i god tid framover kunne absorbere det framtidige behovet for sykehjems plasser i Melhus kommune. Bemanningsbehovet relatert til dette tiltaket synliggjøres i nedenstående tabell og er basert på prosjektgruppens forslag til pleiefaktor for Melhus kommune.
- **Sykehjemsavdelingene ved Horg helse- og omsorgssenter videreføres med nåværende kapasitet.** Prosjektgruppen foreslår at dagens kapasitet for sykehjemsavdelingene ved Horg helse- og omsorgssenter videreføres. Bemanningsbehovet relatert til dette tiltaket synliggjøres i nedenstående tabell og er basert på prosjektgruppens forslag til pleiefaktor for Melhus kommune.
- **Utskrivningsklare pasienter tas raskere imot i kommunen.** Melhus kommune har de siste årene opplevd utfordringer med tildeling av kommunale tilbud til innbyggere som er ferdigbehandlet ved St. Olavs hospital. Dette har medført store kostnader som i dagens ordning belastes helse- og velferdskontoret. En arbeidsgruppe bestående av helsefellesskapet i Trondheimsregionen har utarbeidet en rapport med anbefalinger for å redusere antall liggedøgn for utskrivningsklare pasienter ved St. Olavs hospital. Prosjektgruppen støtter ikke forslaget fra arbeidsgruppen om å opprette en egen avklaringsavdeling i kommunen med senger. Dette med bakgrunn i tidligere erfaringer som viser at et slikt tiltak vil føre til institusjonalisering av utskrivningsklare pasienter framfor raskere rehabilitering og hjemmebaserte tjenester. Prosjektgruppen foreslår at innsatsteamet får ansvar for en rask kartlegging av behovene for disse pasientene, om nødvendig med besøk hos pasientene på sykehuset, og at plasstildeling skjer i samråd med helse- og velferdskontoret. Prosjektgruppen foreslår videre at kostnadene for utskrivningsklare pasienter belastes den tjenesten hvor pasienten har fått tildelt plass. Dette for å ansvarlig gjøre enhetene mer for raskere mottak av utskrivningsklare pasienter, samt synliggjøre kostnadene på riktig sted.
- **Utredning av en boligpolitikk for personer med nedsatt funksjonsevne.** Prosjektgruppen foreslår å utrede en boligpolitikk for denne målgruppen, som blant annet hensyntar antall plasser per bofellesskap, mulighet for egne leiligheter i stedet for leieforhold, lokalisering og andre rammer som påvirker livskvaliteten. Delprosjekt Bo og aktivitet har organisert et møte med representanter fra NFU, pårørende og rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne for å få innspill til en slik politikk.
- **Nye lokaler for bofellesskap Lensmannsgården.** Enhet bo og aktivitet er i dialog med pårørende for dette bofellesskapet for å finne nye, egnede lokaler. Alternativer utarbeides sammen med enhet bygg og eiendom og de pårørende. Investeringsbehovet for dette tiltaket legges fram for kommunestyret i en egen sak.

- **Rehabilitering/oppussing av bygningsmasse bofellesskap Rådhusvegen.** Kommunestyret har bedt om en utredning av framtida for bofellesskapet i Rådhusvegen. I et møte med pårørende kom det tydelig fram at det ikke ønskes en flytting, og at lokalene anses som godt egnet, under forutsetning av tilstandsvurderingen for bygningsmassen følges opp med utbedring av konstatert etterslep i vedlikehold.
- **Rendyrking av helsepersonellens oppgaver.** I tråd med kommunestyrevedtaket fra 22. mars 2022 foreslår prosjektgruppen å rendyrke oppgavene helsepersonell har. Prosjektgruppen foreslår å ta i bruk rollen som postvert, som kan bistå med frakte, bestille, tilberede og servere mat, tøybehandling, påfylling av rom, skyllerom, og fylle lager. Serviceverter kan bistå med organisering av besøk, frivillige, husmor oppgaver, bestilling og lagerpåfylling. Videre foreslås en økning av ressurser ved vaskeritjenesten. Praktisk bistand med renhold er en oppgave som er et privat ansvar og ikke utøves av kommunen.
- **Utvikling av kjøkkener og bygdecafe.** Delprosjektgruppe for institusjonstjenesten har diskutert kjøkken og cafe-tilbudet, og utarbeidet noen forslag til utvidet tilbud som vil bidra til en levende møteplass i bofellesskap og institusjon. Bygdekafé er et sosialt møtested for mange i kommunen. Denne funksjonen kan enkelt utvides i samarbeid med dagsenteret. Det vurderes også å starte med catering. Forslagene krever en beskjeden bemanningsøkning 2,2 årsverk for de 3 kjøkkener samlet. Siden forslagene ikke er ferdigutviklet og konkretisert, er denne økningen ikke hensyntatt i prosjektgruppens beregninger for bemanningsbehov i framtida og vil dette utredes i et eget forslag.
- **Utvikling av vaskeritjenesten.** Ved økende institusjonsplasser og bofellesskap må kapasiteten på vaskeriet økes. Det er behov for en gjennomgang av utstyr og drift for å se på effektivisering og optimal håndtering av oppgavene. Kjøp av eksterne tjenester bør vurderes og eventuelt forhandles på nytt. Det er store utgifter knyttet til tjenestene og en bør se på alternative løsninger enn dagens organisering. Med bakgrunn i usikkerheten knyttet til fremtidig behov er kapasitetsbehovet ikke beregnet ennå og vil utredes i en egen sak.

#### 4.8 Akkumulert kapasitetsbehov for perioden 2025-2050

Prosjektgruppens forslag til tiltak innebærer en opptrappingsplan for antall plasser og antall ansatte for årene framover. Tabellen under viser denne opptrappingsplanen med akkumulerte tall. Dette betyr at tallene for 2030 også inneholder oppbyggingen fram til 2025, tallene for 2040 inneholder oppbyggingen fram til 2030, og tallene for 2050 også inneholder oppbyggingen fram til 2040. De økonomiske konsekvenser av oppbyggingen finnes i vedleggene.

	Akkumulert 2025			Akkumulert 2030			Akkumulert 2040			Akkumulert 2050		
	Netto kostnad	Nye årsverk	Nye plasser	Netto kostnad	Nye årsverk	Nye plasser	Netto kostnad	Nye årsverk	Nye plasser	Netto kostnad	Nye årsverk	Nye plasser
Institusjonsplasser Buen - langtid	4 944 802	11	15	6 640 539	15	20	10 243 981	23	31	12 575 620	28	38
Institusjonsplasser Buen - korttid	-	-	-	1 382 530	2	3	4 320 408	7	9	6 221 387	11	13
Institusjonsplasser Buen - FKP	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Institusjonsplasser Horg - langtid	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Institusjonsplasser Horg - Midttun	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Institusjonsplasser Horg - Hølanda	4 944 802	11	15	4 944 802	11	15	4 944 802	11	15	4 944 802	11	15
Omstilling 1:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Omstilling 2:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>SUM akkumulert</b>	-	-	-	<b>3 078 268</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>9 619 587</b>	<b>19</b>	<b>25</b>	<b>13 852 205</b>	<b>27</b>	<b>36</b>
	2025			2030			2040			2050		
	Netto kostnad	Nye årsverk	Nye plasser	Netto kostnad	Nye årsverk	Nye plasser	Netto kostnad	Nye årsverk	Nye plasser	Netto kostnad	Nye årsverk	Nye plasser
Hjemmetjenester Nedre Melhus	3 055 743	4	43	6 395 742	9	90	13 857 440	20	195	18 253 816	27	273
Hjemmetjenester Hølanda	1 511 332	2	11	2 610 482	4	19	4 580 830	7	37	6 003 860	10	50
Hjemmetjenester Horg/Flå	3 891 360	5	33	6 542 887	9	56	10 488 731	16	99	13 333 408	21	130
Bofellesskap nedre Melhus	825 000	1	-	19 711 951	27	52	22 033 869	31	60	24 065 548	34	67
Bofellesskap Horg/Flå	1 816 053	2	5	2 542 474	3	7	4 528 433	6	11	5 399 153	8	14
Bofellesskap Hølanda	5 448 159	7	15	7 990 633	11	22	9 441 832	13	27	10 602 791	15	31
Omstilling 1:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Omstilling 2:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>SUM akkumulert</b>	<b>16 547 647</b>	<b>23</b>	<b>107</b>	<b>45 794 169</b>	<b>63</b>	<b>246</b>	<b>64 931 136</b>	<b>93</b>	<b>429</b>	<b>77 658 576</b>	<b>115</b>	<b>565</b>
<b>SUM institusjon og hjemmetjeneste</b>	<b>16 547 647</b>	<b>23</b>	<b>107</b>	<b>48 872 437</b>	<b>69</b>	<b>254</b>	<b>74 550 723</b>	<b>112</b>	<b>454</b>	<b>91 510 781</b>	<b>143</b>	<b>601</b>

Årstallene er å anse som en milepæl. Det betyr at tallet som står i kolonnene «akkumulert 2025», «akkumulert 2030», «akkumulert 2040» og «akkumulert 2050» gjenspeiler oppbyggingen fram til de årene. Selve oppbyggingen kan skje i årene før.

Tabellene viser en annen opptrapping av tjenestebehov og ressurser enn framskriving i BDO-rapporten viste. Dette henger sammen med at BDO har tatt utgangspunkt i befolkningen over 80 år, samt uendret drift i forhold til dagens situasjon. Prosjektgruppens opptrappingsplan tar utgangspunkt i befolkningsveksten av gruppen over 67 år, samtidig som den hensyntar den forventede effekten av forebyggende virksomhet.

Befolkningsframskrivingen viser at antall innbyggere i Melhus kommune vil øke i årene som kommer. Utviklingstrekkene viser at antallet personer med utviklingshemming som vil ha behov for bolig med bemanning ikke vil øke sterkt i årene som kommer. Enhet bo og aktivitet har estimert at det frem til 2050 kan være behov en økning på 10 plasser ift. dagens antall. I og med at vi har 3 ledige plasser per dags dato, anser prosjektgruppen det ikke som sannsynlig at kommunen på kort sikt har behov for oppbygging av tjenesten. Derfor er ikke denne økningen hensyntatt i tabellen med ressursbehov.

#### 4.9 Konsekvenser for innbyggere

En vridning fra institusjon til hjemmebaserte tjenester vil redusere behov for bemanning som er vanskelig å rekruttere. Tiltakene som prosjektgruppen foreslår, vil bidra til at flere innbyggere kan motta tjenester tidsnok. Innbyggerne settes i stand til å bo hjemme så lenge det er mulig (enten om det er deres opprinnelige hjem, en mestringsbolig eller et bofellesskap med heldøgns bemanning) og vi kan unngå eller utsette innleggelse på institusjon. Utskrivningsklare pasienter vil kunne avklares raskere, og kan starte med rehabilitering eller andre kommunale tilbud tidligere.

## 5. Samlet bilde av økonomiske konsekvenser

Nedenstående tabell viser en oppsummering av de økonomiske konsekvensene av prosjektgruppens forslag til opptrappingsplan for helse- og velferdstjenestene.

	2025	2030	2040	2050
SUM akkumulert forebyggende	19 045 320	32 022 959	40 847 996	44 916 767
SUM akkumulert Behovsprøving	3 491 250	5 843 250	6 945 750	7 313 250
SUM akkumulert pleie og omsorg	16 547 647	48 872 437	74 550 723	91 510 781
SUM akkumulert alle	39 084 217	86 738 646	122 344 469	143 740 798
SUM akkumulert BDO	40 616 814	85 338 094	151 879 301	220 305 211

Oversikten viser at prosjektgruppens opptrappingsplan på sikt har lavere driftskostnader enn BDOs «worst case» scenario. Årsaken til dette er følgende:

- BDO har i sin framskriving tatt utgangspunkt i dekningsgraden for pleie- og omsorgstjenester gjeldende for befolkningen i aldersgruppen 80+, prosjektgruppen har tatt utgangspunkt i dekningsgraden for befolkningsgruppen 67+. Dette betyr at vi har en lavere, og mer realistisk dekningsgrad.
- BDO har i sin beregning tatt utgangspunkt i uendret drift. Prosjektgruppen har innkalkulert effekten av forebyggende arbeid, samt en prioritering av hjemmebaserte tjenester og forebyggende arbeid.

I likhet med BDO-rapporten er investeringskostnader relatert til forslagene ikke beregnet ennå. Disse vil etter kommunestyrets vedtak inkluderes i økonomi- og handlingsplanene framover.

Nedenstående tabellen viser at driftskostnadene som følger av prosjektgruppens forslag ligger innenfor kostnadsøkningen og økte rammetildelinger som følger av KS sitt anslag på årlige endringer i utgiftsbehovet som følger av befolkningsendringer.

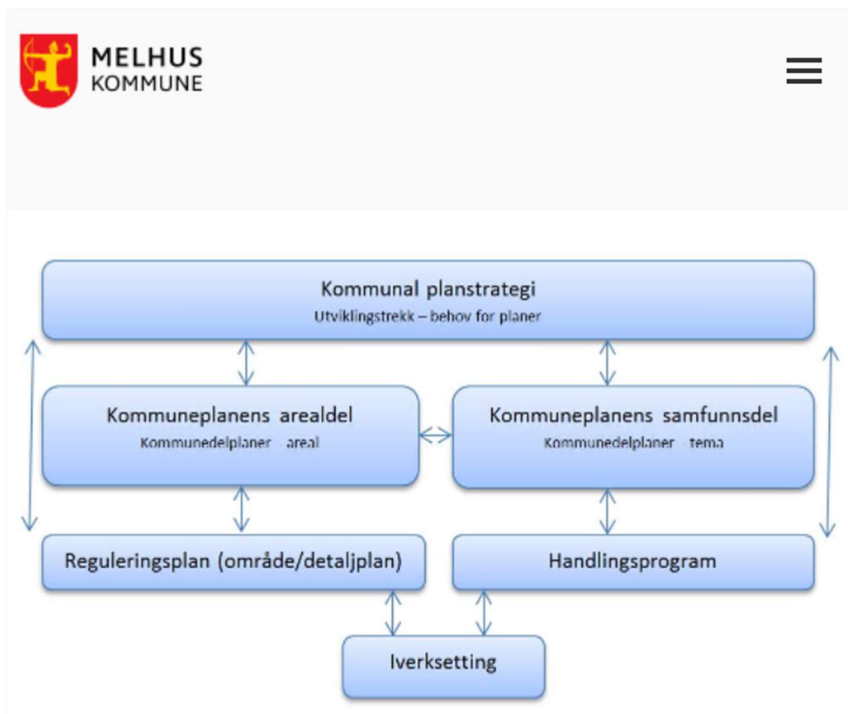
KS sitt anslag på årlige endringer i utgiftsbehovet som følge av befolkningsendringer

Årlig endret utgiftsbehov	Pleie- og omsorg	Sosial	Kommunehelse	Sum årlig endret utgiftsbehov	Akkumulert utgiftsbehov
2022	7 919	710	680	9 309	9 309
2023	10 198	468	763	11 428	20 738
2024	16 842	518	567	17 927	38 664
2025	10 163	478	758	11 399	50 064
2026	11 713	362	815	12 890	62 953
2027	8 643	517	638	9 798	72 751
2028	10 836	469	731	12 037	84 787
2029	14 163	465	780	15 409	100 196
2030	11 120	434	680	12 234	112 430
2031	12 801	350	805	13 956	126 385

Differansen mellom forventede økte bevilgninger på grunn av befolkningsveksten og prosjektgruppens kostnadsberegning gir rom for justeringer underveis, samt investering i andre satsingsområder. Differansen svarer også opp mot kommunestyrevedtak i sak 88/21 om at tjenestetilbudet innen oppvekst og helse og velferd skal skjermes ved en opptrapping av hjemmetjenesten og institusjonstjenesten.

## 6. Betydning av forslagene for kommunens planverk

Melhus kommune har en vedtatt planstrategi:



Prosjektgruppen Veivalg for helse og velferd foreslår at delrapport 1 brukes som grunnlagsmateriale i arbeidet med rullering av kommuneplanens samfunnsdel, samt at delprosjekt 2 er utgangspunkt for handlingsprogrammet på helse- og velferdsområdet. Dimensjoneringsforslagene i delrapport 2 bør i tillegg legges til grunn for økonomi- og handlingsplanene i kommende planperioder.



## Vedlegg 1: mandat for prosjektgruppe

Prosjektgruppens mandat er 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 2: Sammensetning av Prosjektgruppen Veivalg

Prosjekteier er rådmannen i Melhus kommune, Katrine Lereggen.

Prosjektgruppen i delfase 2 av veivalg-prosjektet består av følgende personer / funksjoner:

- Kommunalsjef helse og velferd (Albert Verhagen) – prosjektleder
- Rådgiver helse og velferd (Bernt Are Møshaug) - prosjektsekretær
- Konstituert enhetsleder hjemmetjeneste (Siri Busklein)
- Enhetsleder institusjonstjeneste (Kristin Grindstuen)
- Enhetsleder bo og aktivitet (Kjersti Stenvig)
- Enhetsleder for arbeid, psykisk helse og rus (Monica Brækken)
- Enhetsleder for familie, forebygging og mestring (Vigdis Ledal)
- 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 Eid)

Prosjektgruppen har gjennomført flere møter i hovedprosjektet. I tillegg ble det opprettet 7 delprosjekt, ledet av enhetslederne i ansvarsområdet helse og velferd. Delprosjektene har involvert ansatte og brukergrupper i arbeidet sitt. En oversikt over aktivitetene er beskrevet i delprosjektrapportene, som vedlegges denne rapporten.

## Vedlegg 3: Føringer og rapporter som har betydning for prosjektet



### Kommuneplanens samfunnsdel Melhus kommune (2009)

Kommuneplanens samfunnsdel skal ta stilling til langsiktige utfordringer, mål og strategier for kommunesamfunnet som helhet og kommunen som organisasjon. Kommuneplanens samfunnsdel skal være grunnlag for sektorenes planer og virksomhet i kommunen. Den skal gi retningslinjer for hvordan kommunens egne mål og strategier skal gjennomføres i kommunal virksomhet, og ved medvirkning fra andre offentlige organer og private.



### Stortingsmelding 47: Samhandlingsreformen (2008-2009)

Lik tilgang på gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester skal være den viktigste bærebjelken i den norske velferdsmodellen, uavhengig av personlig økonomi og hvor du bor. Hvordan skal vi sikre framtidens helse- og omsorgstjenester? Pasientens behov for koordinerte tjenester skal ivaretas, samtidig skal sektoren klare å svare ut de store samfunnsøkonomiske utfordringene som venter. Regjeringen peker på bedre samhandling som et av de viktigste utviklingsområdene for helse- og omsorgssektoren.



### Pleie- og omsorgsplan Melhus kommune (2011-2014)

Er primært et ledelsesverktøy for å nå sentrale og kommunale føringer og mål for pleie- og omsorgstjenestene i kommunen. Lederne har ansvar for å bruke planen aktivt, både i plan- og utviklingsarbeid i egen enhet og avdeling, og i arbeidet med rulleringen av den årlige tiltaksplanen, og i arbeidet med økonomi- og handlingsplan. I strategidelen av planen finner du lenker til vedlegg som utdypet noen områder, som sentrale mål og føringer, serviceerklæringer og statusrapporter på de ulike tjenestene.



### Stortingsmelding 26: Primærhelsemeldingen (2014-2015)

Teambasert organisering, mer samarbeid på tvers av kommunegrensene og kompetanseløft for helsepersonell og for lederne innen helsesektoren, er hovedtemaene i denne meldingen. Det handler om å endre fokuset fra behandling til mer forebygging i de kommunale helsetjenestene.



### Prosjekt «100 år i eget hjem» (2016-2021)

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. Kommunestyret vedtok omstillingsprosjektet «Hundre år i eget hjem – aktiv i eget liv» i mai 2016. Hovedmålet med prosjektet 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 tjenester som kompenserer og kan gjøre innbyggerne mer passive, til forebyggende og rehabiliterende tjenester.



### Stortingsmelding 15: Kvalitetsreformen «Leve hele livet» (2017-2018)

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.



### Gjennomgang av økonomi og tjenesteorganisering i de tre helse- og omsorgsvirksomhetene og i Bo og avlastning, (Agenda Kaupang, 2015)

Gjennomgang viste at kommunen prioriterte økonomiske ressurser til institusjonstjenesten høyere enn til hjemmebaserte tjenester til eldre innbyggere. Dette er ikke i tråd med hovedprinsippene i Samhandlingsreformen (BEON-prinsippet). Agenda Kaupang anbefalte at kommunen skulle 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.

I praksis betyr at kommunen bør omgjøre flere institusjonsplasser til omsorgsboliger med mulighet for heldøgns bemanning og øke antall årsverk i hjemmesykepleien.



### 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 kommunen. 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 kom med sterke anbefalinger om å snu tjenester fra institusjonsbasert til mer hjemmebaserte og ambulante tjenester.



### SINTEF: Er smått alltid godt i demensomsorgen? (2016)

En av de største gevinstene ved å benytte mindre enheter med oppfølging, er at det kan utsette behovet for sykehjemsplass.

SINTEF har sett på hvilke tiltak som kan bidra:

- Samlokalisering av ulike botilbud
- Flere dagtilbud for de som ikke bor på institusjon
- Gjøre det attraktivt for pårørende og frivillige å bidra
- Skape gode områdekvaliteter og tilgang til uteområde

Rapporten viser til en konsensus i forskningen, som sier at den enkelte må settes i stand til å utnytte egne ressurser maksimalt. Det gir mestring, som gir best livskvalitet. De fysiske omgivelsene må støtte opp under dette.



### 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 kommunen. 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. 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.



### Sammen om fremtidens helsetjenester (2021-2023)

Interkommunalt rekrutteringsprosjekt helse Melhus, Skaun og Midtre Gauldal ble etablert som et forprosjekt i 2020. Bakgrunnen er de utfordringene vi har med å rekruttere nok helsepersonell nå, og spesielt i framtida når vi blir mange flere eldre. 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 har fem delprosjekter:

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



### Kartlegging av dagens status for helse- og omsorgstjeneste - PWC (2021)

PWC gjennomførte våren 2021 et forprosjekt med kartlegging av dagens status for helse- og omsorgstjeneste på Høllonda. PWC anbefalte at Melhus kommune omgjør de 15 institusjonsplassene på Høllonda til omsorgsboliger med heldøgns omsorg. Videre anbefalte PWC å vurdere hvor mange heldøgns omsorgsboliger det er behov for på Høllonda, og eventuelt gjøre om noen av dagens heldøgns omsorgsplasser til ordinære omsorgsboliger uten heldøgns omsorg. En endring av tjenestene ved Høllonda helsehus vil etter PWCs mening kunne påvirke både øvrige pleie- og omsorgstjenester ved Høllonda, og sykehjemstjenester i øvrige deler av Melhus kommune. PWC mente at det videre arbeidet bør både handle om å tilpasse tjenestene ved Høllonda helsehus og justere det samlede tjenestetilbudet i kommunen .



### 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. Kartleggingen avdekket at kommunen kan få store effekter av å legge om tjenestesammensetningen i årene som kommer. BDO har ikke kommet med anbefalinger basert på kartleggingen, men skissert handlingsrommet som kommunen har.



### Arbeidsgruppe utskrivningsklare pasienter (2021/2022)

Melhus kommune deltok sammen med Malvik kommune, Trondheim kommune og St. Olavs hospital i en arbeidsgruppe som har kommet med anbefalinger for å kunne redusere antallet utskrivningsklare pasienter på St. Olavs hospital.

### Kommunestyrevedtak 14.12.2021

I sak 88/21 behandlet kommunestyret i Melhus kommune budsjett 2022 og økonomi- og handlingsplan for 2022-2025. Kommunestyret ba i vedtakene rådmannen komme tilbake i budsjett og økonomiplan 2023-2026 med ulike forslag til en opptrappingsplan for å styrke hjemmetjenesten og institusjonstjenesten betydelig. Rådmannen bes i tillegg komme med en sak i starten av 2022 om hvordan bofelleskapene i Lensmannsgården og Rådhusvegen skal ivaretas og få tilfredsstillende lokaler, samt en sak 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. Videre ba kommunestyret rådmannen å se på hvordan fagkompetanse innen Helse og omsorg kan utnyttes mer målrettet mellom personellgruppene.



### FNs bærekraftsmål

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. Bærekraftsmålene skal ligge til grunnlag for alle beslutninger i Melhus kommune.



### Stortingsmelding 19: Folkehelsemeldinga "Gode liv i eit trygt samfunn" (2018-2019)

Denne meldingen følger opp deler av kvalitetsreformen «Leve hele livet». Utfordringsbildet er i all hovedsak det samme som i 2015. Mange elementer fra den forrige meldingen blir videreført, og det understrekes at folkehelsearbeidet må være langsiktig.

Meldinga understreker særlig viktigheten av 1) tidlig innsats for barn og unge, 2) forebygging av ensomhet og 3) mindre sosial ulikhet innen helse



### Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet (2015-2020)

Formålet med denne strategien er å synliggjøre gode måter å samarbeide på mellom frivilligheten og kommunesektoren.

Det handler om å legge til rette for frivillig innsats som kan bidra til et inkluderende lokalsamfunn, der flest mulig i alle aldre kan leve aktive og meningsfulle liv. At det legges til rette for aktiviteter og fellesskap vil også føre til mindre ensomhet og utenforskap.

KS skal hjelpe kommuner med å utvikle en frivillighetspolitikk, og vil starte opp et kommunenettverk for frivillighet innen helse og velferd.



### Mestre hele livet – regjeringa sin strategi for god psykisk helse (2017-2022)

Folkehelsekoordinator-funksjonen i kommuner og fylker skal utvikles gjennom skoling i psykisk folkehelsearbeid. Fra 2021-2027 skal Program for folkehelsearbeid gjennomføres, og det retter seg særlig mot barn og unge.

Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet har ansvaret for å bidra med kompetansestøtte til kommunene. De har i oppdrag å bygge opp kunnskap og kapasitet knyttet til psykisk helse og livskvalitet i forvaltningen, kommuner, andre sektorer og i frivilligheten.



### Demensplan 2020 – eit meir demensvennlig samfunn

Målet med Demensplan 2020 er å skape et mer demensvennlig samfunn, som tar vare på og integrerer personer med demens i fellesskapet. Pasienter og pårørende har medvirket til planen.

Den skal bidra til å utvikle gode, fleksible og tilpassende kommunale helsetjenester med vekt på selvbestemmelse, forebygging, tidlig diagnostisering og oppfølging etter diagnose.

Kommuner oppfordres til å lage lokale demensplaner. Statsforvalteren skal medvirke til gjennomføring av denne planen, og bistå kommunene i arbeidet med å lage de lokale planene.

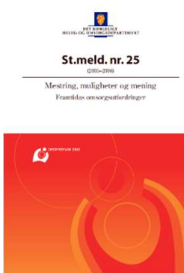


### **Omsorg 2020 – Regjeringa sin plan for omsorgsfeltet 2015-2020**

Planen omfatter de prioriterte områdene i regjeringsplattformen, med viktige tiltak for å styrke kvaliteten og kompetansen i omsorgstjenestene. Samtidig skal de følge opp Stortingets behandling av Meld. St. 29 (2012-2013) «Morgendagens omsorg».

Det skal legges til rette for en langsiktig omstillingsprosess, som kan sikre nyskaping og utvikling av nye og forbedrede løsninger i omsorgssektoren.

Forenkling, fornyelse og forbedring av offentlig sektor er et av hovedsatsingsområdene. En forutsetning for dette, er at kommunene har handlefrihet til å utvikle fag, ledelse, ny teknologi og nye organisasjonsformer.



### **Stortingsmelding 25: Mestring, muligheter og mening (2015-2016)**

Gjennom Handlingsplan for eldreomsorgen ble det tatt et krafttak både for å øke kapasiteten og ruste opp kvaliteten på tjenestetilbudet.

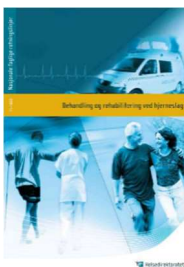
Samtidig, i kjølvannet av reformen for utviklingshemmede og opptrappingsplanen for psykisk helse, er tallet på yngre brukere av de kommunale omsorgstjenestene nær fordoblet de siste ti år.

Med denne meldingen vil regjeringen gi en oversikt over de framtidige hovedutfordringene og fastlegge både kortsiktige og langsiktige strategier for å møte dem. De nye brukergruppene stiller krav til nye arbeidsformer og endret kompetanse, og veksten i tallet på eldre vil kreve en betydelig utbygging av tjenestetilbudet.



### **Læring og mestring i helse- og omsorgstjenestene – rapport fra Helsedirektoratet 2021**

I 2019 ga Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) de regionale helseforetakene (RHF-ene) og Helsedirektoratet i oppdrag om å gjennomføre to forprosjekter. For henholdsvis gjennomgang av lærings- og mestringstjenestene i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og samhandlingen mellom tjenestenivåene. Forprosjektene har avdekket utfordringer og forbedringsområder for lærings- og Mestringsvirksomheten.










### **Nasjonal faglig retningslinje behandling og rehabilitering ved hjerneslag (Helsedirektoratet)**

Det overordnede målet for organiseringen av tilbudet til pasienter med hjerneslag er å gi et effektivt og helhetlig behandlingstilbud som ivaretar ulike behov gjennom ulike faser: Fra debut av slagsymptomer, via akutt behandling, rehabilitering, forebygging av nye hjerneslag og videre oppfølging tilbake til et meningsfylt liv.



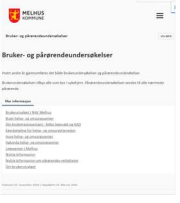



Standardiserte pasientforløp kan være en god basis for slike behandlingsskjeder både med hensyn til ressursbruk, kvalitet og effekt.

## Vedlegg 4: Bakgrunnsmateriale som ble brukt i prosjektet

Prosjektgruppe har benyttet seg av følgende bakgrunns- og tallmateriale:

 <p>Trondheimsregionen</p> <p>Befolkning og bolig Transport Kartportal</p>	<p><b>Befolkningsframskrivning Trondheimsregionen</b> (<a href="http://www.trondheimsregionen.no">www.trondheimsregionen.no</a>)</p>
 <p>Nasjonale befolkningsframskrivinger</p> <p>6,1</p>	<p><b>Befolkningsframskrivinger SSB</b> (<a href="http://www.ssb.no">www.ssb.no</a>)</p>
 <p>Trøndelag i tall</p> <p>Statistikk som grunnlag for regional planstrategi</p>	<p><b>Trøndelag i tall</b> (<a href="http://www.trondelagfylke.no">www.trondelagfylke.no</a>)</p>
 <p>Arbeidsgruppe</p> <p>Utredning av utfordringer og prosjekter i et bærekraftig helsefelleskap</p>	<p><b>Statistikk arbeidsgruppe håndtering av utskrivningsklare pasienter i et bærekraftig helsefelleskap – Helsefelleskap Trondheimsregionen</b></p>
 <p>Kommunehelsetenesta</p> <p>3 615</p>	<p><b>KOSTRA-tall</b> (<a href="http://www.ssb.no">www.ssb.no</a>)</p>
 <p>Årsberetning og årsmelding 2020</p>	<p><b>Økonomi- og regnskapsrapporter Melhus kommune</b> (<a href="http://www.melhus.kommune.no">www.melhus.kommune.no</a>)</p>
 <p>Heldøgns omsorg kommunenes dekningsgrad</p>	<p><b>Heldøgns omsorg – kommunenes dekningsgrad – KS</b> (<a href="http://www.ks.no">www.ks.no</a>)</p>



	<p><b>Enhetskostnad norske kommuner 2018 - HelseDirektoratet</b> (<a href="http://www.helsedirektoratet.no">www.helsedirektoratet.no</a>)</p>
	<p><b>Beregning av enhetskostnader i pleie- og omsorgstjenester</b> / grunnlag for vurdering av kostnader og kvalitet - Virke, NHO og KS (<a href="http://www.nhosh.no">www.nhosh.no</a>)</p>
	<p><b>Bruker- og pårørendeundersøkelser Melhus kommune</b> (<a href="http://www.melhus.kommune.no">www.melhus.kommune.no</a>)</p>
	<p><b>Ledelsens gjennomgang helse- og velferdsområdet Melhus kommune</b> (<a href="http://www.melhus.kommune.no">www.melhus.kommune.no</a>)</p>
	<p><b>Tall fra fagsystem Profil</b>      Profil er kommunens journalsystem. Helsepersonell har en lovpålagt dokumentasjonsplikt. I fagsystemet registreres dermed alle behovsprøvde tjenester og det dokumenteres hvordan tjenestene ytes. Rapporter på brukerdata er hentet ut fra dette.</p>
	<p><b>Rapport prosjekt boligtildeling Melhus kommune</b> (<a href="http://www.melhus.kommune.no">www.melhus.kommune.no</a>)</p>
	<p><b>Demenskart for Melhus kommune</b> (<a href="http://www.demenskart.no">www.demenskart.no</a>)</p>

	<p><b>Økonomi- og handlingsplan Melhus kommune 2022-2025</b> (<a href="http://www.melhus.kommune.no">www.melhus.kommune.no</a>)</p>
	<p>Data uthentet fra IPLOS (<a href="http://www.helsedirektoratet.no">www.helsedirektoratet.no</a>)</p>
	<p>Data uthentet fra Kommunalt pasient- og brukerregister (<a href="http://www.helsedirektoratet.no">www.helsedirektoratet.no</a>)</p>
	<p><b>ROS-analyser for helse- og velferdssektoren i Melhus kommune</b></p>
	<p><b>Helsedirektoratets retningslinjer for Helsestasjon – og skolehelsetjenesten</b> Helsedirektoratet publiserer ulike normerende produkter som gir råd og anbefalinger til helsetjenestene og til befolkningen. I de normerende produktene gir Helsedirektoratet råd og anbefalinger på områder med behov for nasjonal normering eller der det er ønskelig å gi nasjonale råd og praktiske eksempler relatert til pasienter og befolkning.</p>
	<p><b>Ungdata Melhus kommune 2021</b> Ungdata er lokale barn- og ungdomsundersøkelser der skoleelever over hele landet svarer på spørsmål om hvordan de har det, og hva de driver med på fritiden. Undersøkelsene er tilpasset barn og ungdom på mellomtrinnet (5.-7.-trinn), ungdomstrinnet og i videregående opplæring. De som svarer på undersøkelsen får spørsmål om foreldre, venner, skole, lokalmiljø, fritidsaktiviteter, helse og trivsel. På ungdomstrinnet og i videregående opplæring er det også med spørsmål om rusmiddelbruk, seksualitet, risikoatferd og vold.</p>
	<p><b>Folkehelseprofil Melhus kommune 2022</b></p>

	rapport fra prosjekt "sammenligning av tildelingspraksis" som ble gjennomført av PWC i 2020.
	Nasjonal pårørende veileder <a href="#">Pårørendeveileder - Helsedirektoratet</a>

## Vedlegg 5: Pleiefaktor i andre kommuner

Nedenstående tabell viser pleiefaktoren for ulike brukergrupper i andre kommuner, samt prosjektgruppens forslag basert på standarden fra NHO, KS og Virke.

	Sandnes kommune	Øyer kommune	Modum kommune	Steinkjer kommune	Drammen kommune	Levanger kommune	Fredrikstad kommune	Melhus kommune ny
Langtidsavdeling - somatisk	0,73	0,73-0,75		0,70	0,70	0,74-0,81	0,71	0,73
Korttidsavdeling	0,85			0,77		0,83		0,82
Demensavdeling	0,76							0,78
Skjermet demensavdeling	0,89	0,78			0,86		1,26	
Forsterket skjermet avdeling					1,17			1,46
Forsterket psykisk helse/adferd								1,11
Rehabilitering								1,05
Avlastningsplass								0,80
Institusjon samlet			0,78					
Bofellesskap for eldre		0,78						0,50
Bofellesskap demens								0,55
Bofellesskap funksjonshemmede			1,13					
Rehabilitering	1,10							
Bo- og dagsenter			0,49					
Barnebolig								0,95
Forsterket plass lindrende behandling								1,27