

**Meldal kommune**

## **Behovsanalyse – framtidas sykehjem**

*Rapport fra RO – desember 2016*

---

**RO**

Værnesgata 17, 7503 Stjørdal  
Sentralbord: 74 83 97 99

[www.ro.no](http://www.ro.no)



## Innhold

<b>1. Oppdraget og bakgrunn</b> .....	<b>3</b>
1.1 Organisering .....	3
1.2 Gjennomføring og metode .....	4
<b>2. Rammeforutsetninger</b> .....	<b>4</b>
2.1 Kommunereformen .....	4
2.2 Samhandlingsenheten i Orkdalsregionen (SiO).....	5
2.3 Brukerperspektivet i framtidig tjenesteyting .....	5
<b>3. Helse- og omsorgstjenesten i Meldal 2016</b> .....	<b>7</b>
3.1 Omsorgstrappa .....	7
3.2 Styrke og muligheter.....	9
3.3 Utfordringer.....	11
<b>4. Framtidig innretning og dimensjonering av helse og omsorg</b> .....	<b>13</b>
4.1 Hva skal kjennetegne tjenestene? .....	13
4.2 Hva innebærer trygghet i tjenesten? .....	13
4.3 Verdighetsgarantien .....	14
4.4 Innretning av helse- og omsorgstjenesten.....	15
4.5 Dimensjonering av plasser for heldøgns tjenester.....	17
4.6 Økonomiske konsekvenser av en eventuell omlegging av tjenestestruktur .....	21
<b>5. Hvilke behov og funksjoner skal det «nye bygget» dekke</b> .....	<b>25</b>
5.1 Folkemøtet 24. oktober 2016 .....	25
5.2 Forslag til samlokalisering.....	26
5.3 Tjeneste- og personalbase – Helsetunets hjerte.....	26
<b>6. Tilråding</b> .....	<b>27</b>
6.1 Innretning av helse- og omsorgstjenesten.....	27
6.2 Dimensjonering av helse- og omsorgstjenesten .....	27
6.3 «Nye» Meldal Helsetun .....	28
6.4 Bærekraft i helse- og omsorgstjenesten .....	28

# 1. Oppdraget og bakgrunn

Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO) har hatt oppdraget med å gjennomføre en behovsanalyse for framtidens sykehjem i Meldal kommune.

I konkurransegrunnlaget viser Meldal kommune til kjente utfordringer innen helse- og omsorgstjenestene i kommunen, slik som: lite funksjonell planløsning for dagens tjenesteyting som følge av eldre bygningsmasse / tilbygg, for stor andel dobbeltrom på sykehjemmet, endrede krav og forventninger til botilbud.

Kommunestyret i Meldal kommune har i Økonomi- og handlingsprogrammet for 2016-2019 besluttet en ombygging, eventuelt nybygg, av sykehjemmet. Uttalt mål er en «ny» institusjon i 2020, og det er gitt følgende mandat for prosessen:

Det skal utarbeides en behovsanalyse som, gjennom grunnlagsdata, skal gi et beslutningsgrunnlag for omfanget av prosjektet:

- Framtidig innretning og dimensjonering med muligheter og utfordringer.
- Sykehjemmets rolle og funksjon - hvilke behov og funksjoner skal det «nye bygget» dekke.
- Betydningen for de øvrige tjenester innen helse og omsorg.
- Synliggjøre økonomiske konsekvenser av en eventuell omlegging av tjenestestruktur.
- Ekstern konsulent skal bistå i oppstartsfasen med involvering, oppfølging og informasjon til interessentene / aktørene.
- Analysen skal oppsummeres i en skriftlig rapport innen 31.12.2016.
- Tilbakemelding til administrativt og politisk nivå skal skje gjennom en presentasjon av rapporten / powerpoint-presentasjon i januar 2017.

## 1.1 Organisering

### Styringsgruppa:

Medlemmer fra formannskap: Vibeke Mehlum (leder), Olaug Muan (nestleder), Harald Garberg

Medlemmer fra Hovedutvalg helse, oppvekst og kultur: Odd Arild Svartbekk, Mildrid Nesheim, Sivert Dombu

Medlemmer fra hovedutvalg landbruk og teknikk: Lars Kirkholt, Mari S. Myrmæl, Stein Elshaug

### Arbeidsgruppa:

Ann-Lisbeth Tøndel, Kommunalsjef helse og omsorg

Siri Eithun, Kommunalsjef landbruk og tekniske tjenester

Roy Fritzon, Økonomisjef / ass. rådmann

Unni Resell, Seksjonsleder Helsetun og Hjelpetjenesten

Bente Ratøyen, Seksjonsleder Hjemmetjenesten 1

Ole Sandvik, Seksjonsleder Hjemmetjenesten 2

Janne Løkkbakk, Plasstillitsvalgt Fagforbundet, hjelpepleier Helsetunet

Jorunn Kissten, Hovedtillitsvalgt NSF, sykepleier Hjemmetjenesten

Monica Syrstad, Hovedverneombud, sykepleier Helsetunet

Rolf Furuhaug, representant Eldrerådet

Olav Huseby, representant Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne

## 1.2 Gjennomføring og metode

Behovsanalysen bygger på følgende grunnlagsdata:

- Meldal kommunes planverk og styringsdokumenter.
- Registerdata.
- Individuelle samtaler og gruppeintervju med til sammen 39 informanter.
  - Intervju med ledere, tillitsvalgte, verneombud, ansatte fra hjelpetjenesten, hjemmetjenesten og Meldal Helsetun, kommuneoverlege, flyktningekoordinator og enhetsleder i SiO.
  - Intervju med ungdomsrådet.
- Resultatet av fire arbeidsdager i arbeidsgruppa.
- Informasjon innhentet fra to åpne informasjonsmøter med til sammen 150 deltakere.
- Samtaler i styringsgruppa, i alt fire møter.

Arbeidet ble gjennomført i perioden 16. september til 22. desember 2016.

Behovsanalysen presenteres for administrativt og politisk nivå i januar 2017.

## 2. Rammeforutsetninger

I dette kapitlet pekes det på tre viktige rammeforutsetninger for innretning og dimensjonering av helse- og omsorgstjenesten i Meldal kommune.

### 2.1 Kommunereformen

Meldal kommune blir Orkland kommune sammen med kommunene Orkdal, Agdenes og en tredel av Snillfjord kommune fra 1. januar 2020. Kommunesenteret i den nye kommunen skal være Orkanger, og politisk og administrativ ledelse legges dit. Den nye kommunen vil ha et befolkningsgrunnlag rundt 18 000 innbyggere.

Kommunestyret vedtok 27. oktober 2016, intensjonsavtalen for sammenslåingsprosessen. Intensjonsavtalen legger til grunn at den nye kommunen skal gi gode tjenester med utgangspunkt i brukernes behov. Ressursene skal brukes effektivt i en veldrevet organisasjon av kvalifiserte fagfolk. Den nye kommunen skal være en foregangskommune for IKT, for å sikre effektivitet i tjenesteproduksjonen, og gi gode informasjons- og kommunikasjonsløsninger.

Når det gjelder helse- og sosialtjenester<sup>1</sup>, skal helsestasjon, legekontor, tannhelse og fysioterapi opprettholdes med nåværende lokalisering. De mest spesialiserte tjenestene innen helse og sosial skal samles i sterke og kompetente fagmiljøer, som også skal prioritere tilstedeværelse i tverrfaglige samarbeid ute hos enhetene.

Den nye kommunen skal prioritere forebygging gjennom tidlig innsats og tverrfaglig samordning innen helse-, oppvekst- og familietjenestene.

---

<sup>1</sup> Helse- og sosialtjenesten består av NAV, legevakt / kommunelege, helsestasjon- og skolehelsetjenesten, pedagogisk / psykologisk tjeneste (PPT), flyktningetjenesten, barnevernstjenesten, psykisk helsearbeid og rusomsorg, og frisklivsarbeid.

Når det gjelder pleie og omsorg, skal den nye kommunen ha tilbudet plassert nær innbyggerne, og enhetene skal ha ressurser, kompetanse og lokaler som gjør dette mulig. Det skal være klare tildelingskriterier for pleie- og omsorgstjenester. Felles organisering og samordning av administrative ressurser skal sikre gode tjenester.

Innbyggerne skal kunne bo hjemme så lenge som mulig. En felles utvikling av framtidens helse- og omsorgstjenester med blant annet velferdsteknologi, skal være en prioritert oppgave.

## **2.2 Samhandlingsenheten i Orkdalsregionen (SiO)**

Samhandlingsenheten i Orkdalsregionen (SiO) ble etablert i 2012 som middel for å utvikle gode og effektive helsetjenester for deltakerkommunene.

Virksomheten består av en kommunal akuttseingspost drevet etter statlige prosjektmidler og det interkommunale legevaktsamarbeidet. SiO er dessuten organisert slik at den skal kunne initiere og gjennomføre utviklingsarbeid.

Deltakerkommunene har inngått en samarbeidsavtale med Orkdal som vertskommune for virksomheten. Vertskommunenemda er politisk sammensatt og er virksomhetens øverste organ. Hver av kommunene har utnevnt nettverkskoordinator som møtes fire ganger årlig i et koordinatornettverk. Koordinatorene fremmer forslag til tiltak og gir råd om utvikling og drift av virksomheten.

Vertskommunen har tilsatt enhetsleder som ansvarlig for utvikling og drift ved SiO. Enhetsleder rapporterer administrativt til kommunalsjef i vertskommunen og legger fram saker for vertskommunenemda.

## **2.3 Brukerperspektivet i framtidig tjenesteyting**

Helse- og omsorgstjenestene skal gjøre det mulig for brukerne å klare seg selv i hverdagen, tross sykdom, problem og funksjonsnedsetting. Omsorg 2020<sup>2</sup> understreker «mestringsperspektivet» i tjenesteutforming og tjenesteyting i helse og omsorg. Dette innebærer at det er brukeren sine egne ressurser som skal mobiliseres for å endre, bedre eller takle egen livssituasjon. Dette innebærer at de som yter tjenestene, skal møte brukerne / pasientene ut fra et ressursperspektiv.

Tjenesteyting i kommunal sektor har tradisjonelt tatt utgangspunkt i at de ansatte har en ekspertrolle og at tjenestemottakerne er passive mottakere av en tjeneste. Gjennom de siste revideringene av pasient- og brukerrettighetsloven er brukeren / pasienten tilkjent mer makt. Dette innebærer en endring som kan beskrives slik:

- Fra tjenestemottakere til likeverdige parter som er i stand til, og ønsker å ta ansvar for eget liv.
- Fra aktive deltakere til likeverdige parter i alle saker som omhandler deres liv.
- Fra en ansatte-rolle som «ekspert», til at rollen i mye større grad enn tidligere blir å dele kunnskap med brukeren.

Det er lett å glemme mennesket bak sykdommen, diagnosen eller funksjonstapet. Vår helse- og omsorgslovgiving bygger på en faglig forståelse av at aktiv medvirkning i tjenesteutforming og tjenesteyting både er en rett og skal synes i praksis. Om vi trenger assistanse eller behandling, er vi

---

<sup>2</sup> Regjeringa sin plan for omsorgsfeltet 2015-2020

mennesker med de samme grunnleggende følelser og behov for å høre til, og et ønske om å delta i fellesskapet.

Utviklinga i helse- og omsorgstjenesten skal ha en innovativ retning<sup>3</sup>:

- Morgendagens tjenestemottakere skal møtes med et ressursorientert perspektiv.
- Morgendagens omsorgsfellesskap skal gi rom for pårørende, frivillige, ideelle og private tjenesteleverandører.
- Morgendagens omsorgstjeneste spiller sammen med brukeren, familie og nettverk med god kompetanse både faglig og sosialt.
- Morgendagens omsorgsarena er eget hjem med tekniske løsninger og assistanse som gir mestring i hverdagen og i fellesskapet, i et mangfold av løsninger.

Gjennom Meld. St. 26 (2014-2015), Framtidas primærhelsetjeneste, ønsker regjeringa en langsiktig omstillingsprosess som kan sikre nyskaping og utvikling av nye og bedre løsninger i omsorgssektoren. Omsorg 2020 gir sentrale føringer og retning for omsorgsfeltet 2015-2020, med viktige tiltak for å styrke kvalitet og kompetanse i omsorgstjenesten.

Framfor å heve terskelen for å få hjelp, må det i større grad utvikles tjenester som støtter opp under forebygging, tidlig innsats og rehabilitering. For å utløse ressurser på tvers av og utenfor kommuneorganisasjonen, må det ses med nye øyne på hva en tjeneste skal være, og hvem som skal være med på å skape den.

## HVERDAGSMESTRING

et forebyggende og  
rehabiliterende tankesett

Hverdagsrehabilitering er forebygging og rehabilitering mens den det gjelder, bor hjemme. Hverdagsrehabilitering starter med spørsmålet: *Hva er viktige aktiviteter for deg nå?* Hverdagsrehabilitering er en arbeidsmåte, og arbeidsinnsatsen er tverrfaglig. Mestring er sentralt i hverdagsrehabilitering. Hverdagsrehabilitering i Norge omtaler hverdagsmestring som et tankesett som vektlegger den enkeltes mestring uansett funksjonsnivå. Hverdagsmestring er både et rehabiliterende og et helsefremmende tankesett.

Ei sterkere satsing på hjemmebasert omsorg og hverdagsrehabilitering, betinger endring i tankesett og arbeidsmåter som bygger opp om brukeren sine verdier og livskvalitet. Arbeidsmåter som tjenestedesign og bruk av velferdsteknologi vil påvirke innholdet i tjenestene. I tillegg til spesifikk fagkompetanse vil tjenesteyterne trenge fagovergrepene kompetanser, som kommunikativ kompetanse og evne til samhandling. Med arbeidsplassen som læringsarena, kan ledere og medarbeidere involveres i den daglig utviklinga av ei ressurseffektiv helse- og velferdstjeneste.

---

<sup>3</sup> Morgendagens omsorg Meld. St. 29 (2012-2013)

### 3. Helse- og omsorgstjenesten i Meldal 2016

*Sammen skaper vi trivsel og aktive lokalsamfunn*, er Meldal kommune sin visjon. Visjonen er tydelig på at framtidsbildet for Meldal-samfunnet utvikles i et samvirke med de som bor i kommunen. Videre skal Meldal kommune ha helse- og velferdstjenester som stimulerer til sunne levevaner, tilhørighet, trygghet, mestring og deltakelse.

Strategien for å nå dette, er et godt tverrfaglig samarbeid med brukere og frivillig sektor gjennom å:

- Gi riktige tjenester på riktig nivå til riktig tid.
- Prioritere helsefremmende og forebyggende arbeid med fokus på mestring og ansvarliggjøring av egen helse.
- Legge til rette for god livskvalitet, felles sosiale møteplasser, velferdsteknologi, kultur og idrett.
- Jobbe kunnskapsbasert, utvikle tverrfaglig kompetanse om helsetilstand, virkemidler og tiltak som har effekt.

Meldal kommune har de siste årene dreid tjenesten mer og mer over mot hjemmebasert omsorg. Etter en gjennomgang i 2013, ble det vedtatt å legge ned fire langtidsplasser fra 2014. Dette ble gjennomført med bakgrunn i reduksjon i innbyggere 80 år og eldre. Hjemmetjenesten, ergo- og fysioterapitjenesten kunne da styrkes, i tillegg til nødvendig reduksjon i budsjettet.

Meldal kommune har 51 institusjonsplasser<sup>4</sup>. I 2010 ble Solhagen bofellesskap for mennesker med demens med 15 plasser tatt i bruk. Totalt har Meldal kommune 107 boenheter i omsorgsbolig, hvor 28 plasser er heldøgns plasser (HDO-plasser). I 2015 var det 266 personer som fikk hjemmetjenester, inkludert de 28 HDO-plassene. I 2015 var det 48 personer som fikk sitt tjenestetilbud ved institusjonen i Meldal kommune. Dette innebærer en beleggsprosent på sykehjemmet på 94,1 prosent<sup>5</sup>.

Kommunen har etablert viktige funksjoner for framtidig utvikling av helse- og velferdstjenesten. Dette gjelder årsverk til rehabilitering (fysio- og ergoterapi), psykiatri, demensteam, legetjeneste, diabetessykepleier, kreftsykepleier og ernæringsfysiolog. Det satses på økt kompetanse innen tjenestetildeling og hverdagsrehabilitering.

#### 3.1 Omsorgstrappa

Omsorgstrappa er et begrep som beskriver det kommunale tilbudet som en tiltakskjede. Tjenestemottakernes vei innen ulike tjenestetyper kan betraktes som pasientforløp. Tankegangen bak omsorgstrappa er *LEON-prinsippet* (laveste effektive omsorgsnivå). Prinsippet innebærer at helse- og omsorgstjenester skal ytes på laveste effektive tjenestenivå i helsevesenet. Primærhelsetjenesten, eller kommunehelsetjenesten, skal behandle størstedelen av befolkningens helseproblemer og være basis for helsetjenestens øvrige ledd. Primærhelsetjenesten skal også være bindeleddet mellom befolkningen i en kommune og de spesialiserte helsetjenestene.

Omsorgstrappa er en illustrasjon på kommunens tjenestetilbud på ulike nivå, og er fagfolkens og saksbehandlernes rettesnor. De fleste av kommunens tjenester er lovpålagte i henhold til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, men kommunen kan også ha tjenestetilbud ut over det som er lovpålagt. Meldal kommunes omsorgstrapp presenteres i figur 3.1-1.

<sup>4</sup> Institusjonsplassene fordeler seg på 10 korttidsplasser, 38 langtidsplasser og 3 plasser for personer med demens.

<sup>5</sup> Meldal kommunes innrapporterte regnskapstall for 2015 til KOSTRA: Konsern, pleie og omsorg, grunnlagsdata, revidert per 15. juni 2016.

Figur 3.1-1 Omsorgstrappa i Meldal kommune

**Omsorgstrappa brukes aktivt i utvikling, tilpasning og organisering av tjenestetilbudet**

Brukerne er ofte i flere trinn av trappa samtidig, med ulike kombinasjoner av tjenester.

Samspill med andre kommunale tjenester foregår gjennom ansvarsgrupper, individuell plan, koordinator og koordinerende enhet.

Samspill med bruker / pasient, pårørende, frivillige lag og organisasjoner.

- Langtidsopphold sykehjem
- Pleie og omsorg ved livets slutt

- Døgnopphold for øyeblikkelig hjelp (SiO)
- Korttidsopphold
- Hab- og rehabilitering
- Avlastning
- BPA
- Heldøgns bemannet omsorgsbolig
- Barnebolig (fra 1/1-17)
- Andre tiltak fra øvrige trinn

- Døgnopphold for øyeblikkelig hjelp (SiO)
- Avlastning
- Korttidsopphold
- Hab- og rehabilitering
- Praktisk bistand og opplæring
- BPA
- Hjemmesykepleie
- Tilrettelagte omsorgsboliger uten heldøgns bemanning
- Andre tiltak fra øvrige trinn

- Døgnopphold for øyeblikkelig hjelp (SiO)
- Dagsenter
- Korttidsopphold
- Hab- og rehabilitering
- Praktisk bistand og opplæring
- BPA
- Avlastning<sup>1)</sup>
- Støttekontakt
- Omsorgslønn
- Andre tiltak fra øvrige trinn

- Informasjon om tilbud
- Legetjenester
- Fysio- og ergoterapitjenester
- Hjelpemidler
- Bistand fra frivillige
- Trygghetsalarm
- Matombringing
- Vaktmestertjenester/hjelpemiddeltekniker
- Veiledning

- Helsefremmende og forebyggende arbeid
- Hverdagsrehabilitering
- Frisklivssentral
- Aktivitetssenter – psykisk helse/eldre/demente
- Folkehelsekoordinator

1) Familieavlastning/helgeavlastning i institusjon + omsorgsboliger (barn/ungdom)  
Avlastning i institusjon og omsorgsbolig (eldre)

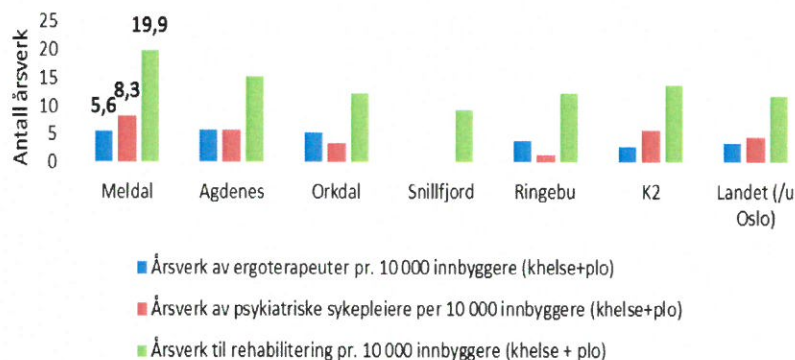




RO mener Meldal har en god og godt gjennomtenkt opplæringsplan for etaten. Det satses også på saksbehandlingskompetanse. Videre satses det på kompetansehevende tiltak i samarbeid med de andre kommunene i SiO.

### Kompetanse innen rehabilitering

Figur 3.2-1 Årsverk – kommunehelse

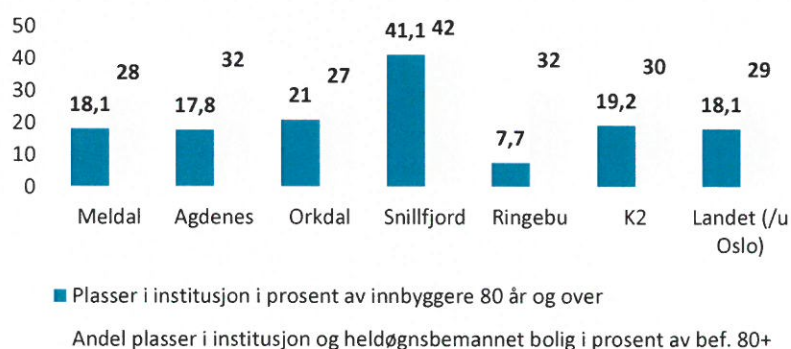


I figur 3.2-1 Årsverk – kommunehelse, har RO sammenlignet Meldal kommune med kommunene Agdenes, Orkdal, Snillfjord og Ringebu, samt KOSTRA-gruppe 2 og landet utenom Oslo. Ringebu er valgt fordi den hører til samme KOSTRA-gruppe som Meldal og har ellers likhetstrekk, når det gjelder tjenester til mennesker med utviklingshemming, bortsett fra at det er bare Meldal kommune som har vertskommunetilskudd. I 2015 utgjorde dette rundt 20 mill. kr. De andre kommunene i sammenligninga er de kommunene som blir den nye kommunen, sammen med Meldal.

Meldal kommune har over tid satset på god kompetanse innen rehabilitering, noe som også har vist resultat. Kommunens innrapporterte regnskapstall for 2015 viser at Meldal kommune har flest årsverk per 10 000 innbyggere når det gjelder ergoterapeuter, psykiatriske sykepleiere og årsverk til rehabilitering i den valgte sammenligninga (figur 3.2-1). Den målretta oppbyggingen av komplementære kompetanser i hele helse- og velferdstjenesten, er et gunstig utgangspunkt for ei bærekraftig tjeneste i samarbeid med bruker / pasient og dennes nettverk. Dette er også et godt utgangspunkt for regionens framtidige felles rehabiliteringstilbud.

### Hjemmebasert omsorg

Figur 3.2-2 Dekningsgrad, plasser for heldøgns tjenester, i prosent av innbyggere 80 år og eldre



Figur 3.2-2 Dekningsgrader i prosent av 80+, viser at Meldal med 28 prosent og Orkdal med 27 prosent, har de laveste dekningsgradene, når det gjelder antall plasser med heldøgns tjenester, institusjonsplasser pluss omsorgsbolig med heldøgns tjenester. Ringebu og Agdenes har begge en dekningsgrad på 32 prosent av innbyggere 80+.

Når det gjelder institusjonsplasser, har Ringebu den laveste dekningsgraden på 7,7 prosent, mens Meldal kommune har samme dekningsgrad som gjennomsnittet for landet utenom Oslo.

Pleie- og omsorgsplanen 2007- 2015 beskriver utviklingsretningen for tjenesten som hjemmetjenesteorientert, med nok tilgjengelige korttids plasser.

### 3.3 utfordringer

På bakgrunn av innhentet informasjon gjennom intervjuprogrammet i forbindelse med oppdraget, Meldal kommunes styringsdokumenter<sup>6</sup> og arbeidet i arbeidsgruppa, vil RO beskrive utfordringsbildet innen helse og omsorg i Meldal kommune som følger:

- Tjenesteutvikling – samfunnsutvikling, statlige føringer og reformer krever endringer i struktur og innhold av tjenesteproduksjonen, basert på BEON-prinsippet, Beste Effektive Omsorgs Nivå<sup>7</sup>.
- Planbehov: revidering av pleie- og omsorgsplan til helse- og velferdsplan, der også helsetjenestene er innlemmet i planen, revidere psykiatriplan, smittevernplan, demensplan og rehabiliteringsplan, jf. Planstrategi 2016-2019.
- Meldal Helsetun har en bygningsmasse som er lite funksjonell etter dagens krav, med store enheter, lange korridorer, flere dobbeltrom og rom uten egne bad og WC.
- Omsorgsboliger trenger oppgradering og tilpasning til bruk av velferdsteknologi.
- Videreutvikle tjenestetildelingsfunksjonen i samarbeid med teamet for hverdagsrehabilitering og koordinerende enhet.
- Skaffe kvalifisert arbeidskraft, ta vare på kompetanse.
- Større medvirkning /autonomi i eget liv for brukerne.
- Økt bemanning i hjemmetjenesten og omsorgsboliger for å unngå for tidlig tildeling av plass ved sykehjemmet – sikre balanse og sammenheng i omsorgstrappa.
- Tjenestemottakerne bør ha færre tjenesteytere å forholde seg til, særlig i hjemmetjenesten, men også på sykehjemmet.

#### Vurdering av bygningsmasse for Meldal Helsetun

Rapport per 02.11.2016 v/ ON arkitekter og ingeniører

Meldal kommune har bedt ON gjøre en betraktning omkring økonomien i å rehabilitere / bygge om dagens bygningsmasse, kontra å bygge nytt. Det er ikke gjort befaring av bygningsmassen, betraktningene er gjort på generell basis. Det legges til grunn at det er gjort normalt godt vedlikehold. Det ligger ingen vurdering av brukbarheten i forhold til funksjoner byggene skal fylle.

---

<sup>6</sup> Meldal kommune Planstrategi 2016 – 2019 vedtatt 30. juni 2016 (ks-037/16)

<sup>7</sup> Stortingsmelding 47 (2008 – 2009) – Samhandlingsreformen

Ved hovedombygging skal hele bygningsmassen tilfredsstillende krav i gjeldende byggt teknisk forskrift, og disse endringene vil føre til store utfordringer, som bl.a.:

- Bærekonstruksjonene skal etter reviderte forskrifter tåle betydelig større belastninger
- Det stilles langt større krav til varmeisolering av gulv, yttervegger og tak
- Brannsikring og brannvern betyr ofte forsterkning av både etasjeskiller, vegger og tak for å tilfredsstillende nye forskrifter
- Universell utforming – adkomst og snusirkler

Som følge av strengere forskrifter på flere områder, ser man at bygg eldre enn ca. 1990 vil ha behov for nærmest total renovering av tekniske installasjoner (EL og VVS). På generell basis kan man ikke nødvendigvis si at det blir dyrere å renovere eldre bygningsmasse, men heller ikke billigere og man får ikke optimale forhold. Ved brannforhold vil man f.eks. komme til kompromisser.

Rapporten tilrår:

- Det er stort sett Solhagen AD (2010) og kanskje omsorgsboligene, bygget på 90-tallet, som er mest egnet til å inngå i en rehabiliteringsplan.
- Byggene fra 1961 og omsorgsboligene mot Ressveien er, ut fra byggeår, moden for sanering. Mellombygget fra 1990 kan man vurdere å bygge om, men da skal dette bygget ha det meste av dagens krav innebygget, og det skal stemme inn i behovet / den nye planen som nå er under utarbeidelse. Det er sannsynlig at det vil være best for en god utvikling av et nytt prosjekt, at også dette bygget saneres.
- Det er mange momenter som spiller inn, og økonomisk vil det høyst sannsynlig ikke være billigere å rehabilitere enn å bygge nytt, særlig hvis en tar hensyn til framtidig drift.

### **Boligsosial handlingsplan for Meldal kommune 2016 -2020**

Kommunene har et lovpålagt ansvar for å medvirke til å skaffe boliger til personer som selv ikke kan ivareta sine interesser på boligmarkedet. Kommunen har felles boligkontor med mandat og arbeidsrutiner. Ombyggings- og restaureringsprosjekter innarbeides i økonomiplanen for godkjenning i kommunestyret.

I boligsosial handlingsplan har kommunen sett boligbygging, omsorgsboliger og gjennomgangsboliger i sammenheng. Meldal kommune har 107 omsorgsboliger og 21 gjennomgangsboliger per 1. des. 2016. Datagrunnlaget som boligsosial handlingsplan bygger på, er et godt fundament for modernisering av omsorgsboligene.

### **Tjenestetildeling**

Tjenestetildeling er den viktigste faktoren for å styrke hjemmetjenesten. Saksbehandling og tjenestetildeling innebærer evne til dialog med tjenestesøkerne, tid til hjemmebesøk, kartlegging og avdekking av det reelle behovet for bistand, og systematikk i utøvelsen av det faglige skjønn i vedtaksfasen. Tjenestetildelingen er en av de viktigste styringsredskapene i ressursstyringa av omsorgstjenesten.

Terskel for tildeling av tjenester er viktig for økonomistyringa. Kvaliteten på tildeling av helse- og omsorgstjenester må kontinuerlig utvikles. Dette innebærer at terskelen for tildeling av tjenester må defineres, og at både de faglige og de økonomiske kriteriene blir gjennomgått og gjort gjeldende.

For saksbehandlingsfunksjonen er det viktig å se forvaltning og koordinerende enhet i sammenheng. Dette vil sikre god flyt mellom tjenestene og målretta økonomistyring.



## Ordsky 4.2-1 Hva legger du i ordet trygghet?



Deretter fikk deltakerne i oppgave å utdype og konkretiserte forståelsen av og innholdet i begrepet Trygghet i tjenesten. Deltakerne skulle drøfte og vurdere trygghet ut fra et brukerperspektiv, pårørendeperspektiv, og et leder- og tjenesteyterperspektiv. I det følgende blir hovedpunktene fra gruppedrøftingene presentert.

Brukerperspektivet:

- bli møtt med respekt og verdighet
- en individuelt tilpasset tjeneste / assistanse
- å vite at det er mulig å få hjelp når en trenger det

Pårørendeperspektivet:

- å vite at bruker får den hjelpen hun / han trenger
- at personen blir respektert for den hun / han er
- Informasjon – god dialog

Tjenesteytere og ledere:

- mulighet for assistanse, råd og veiledning
- kompetanse og mestring når det gjelder oppgavene
- faglig samarbeid og tverrfaglighet

### 4.3 Verdighetsgarantien

Verdighetsgarantien ble etterlyst på folkemøtet, og den presenteres her som ei rettesnor for atferd og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten.

Opplevelsen av kvalitet og verdighet skjer i møte med andre. Samtidig etableres kvalitetssikringssystem, der rutiner og prosedyrer skal minne oss om viktigheten av riktig tjenesteatferd og at tjenesten oppleves å være av god kvalitet.

Forskriften om verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) er hjemlet i Lov om helse- og omsorgstjenester i kommunene. Forskriften har som formål å sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at den bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom.

Forskriften gjelder den eldreomsorgen som ytes i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven. Den får anvendelse uavhengig av hvor tjenesten utføres. Forskriften klargjør hvordan tjenestetilbudet skal utformes for å sikre retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester og et verdig tjenestetilbud.

Tjenestetilbudet skal innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel og sikre at medisinske behov blir ivaretatt, forskriften § 3. For å oppnå disse målsettingene skal tjenestetilbudet legges til rette for at følgende hensyn ivaretas:

- a) En riktig og forsvarlig boform ut fra den enkeltes behov og tilstand.
- b) Et variert og tilstrekkelig kosthold og tilpasset hjelp ved måltider.
- c) Et mest mulig normalt liv, med normal døgnrytme og adgang til å komme ut, samt nødvendig hjelp til personlig hygiene.
- d) Tilby samtaler om eksistensielle spørsmål.
- e) Lindrende behandling og en verdig død.
- f) Å bevare og øke sin mulighet til å fungere i hverdagen. Omsorgen skal bidra til habilitering og rehabilitering.
- g) Faglig forsvarlig oppfølging av lege og annet relevant personell, som sikrer kontinuitet i behandlingen.
- h) Tilby eldre som bor på helseinstitusjon enerom.

#### **4.4 Innretning av helse- og omsorgstjenesten**

Meldal kommune sine helse- og velferdstjenester skal ytes på en måte som stimulerer til tilhørighet, mestring og deltakelse<sup>8</sup>. Målet er riktig tjeneste til riktig tid i eget hjem, og å kunne bo hjemme lengst mulig, enten i opprinnelig hjem eller omsorgsbolig / bofellesskap med heldøgns tjeneste.

I Omsorg 2020 blir hjemmebaserte tjenester omtalt som «Den nye hjemmetjenesten» og «Brukeren sin hjemmetjeneste». Da må brukernes egendefinerte behov stå i fokus ved tildeling av bistand og i gjennomføring og utvikling av tjenestene. Dette utfordrer evnen til kommunikasjon, dialog og innsikt i det reelle behovet for bistand, og målretta utmåling av tjenesten.

##### **Hjemmebaserte tjenester er fundamentet i helse- og velferdstjenesten**

Når det gjelder innretning av helse- og velferdstjenesten, er det hjemmebasert tjeneste som er fundamentet. Ei bærekraftig hjemmetjeneste påvirkes av faktorer som terskel for tildeling av bistand i starten, og terskel for flytting til høyere omsorgsnivå. Dersom terskel for å få hjemmetjenester er for lav, kan dette like gjerne bli tilvenning til mer hjelp, som det blir målretta forebygging eller stimulans til å vedlikeholde funksjoner og aktivitet. Meldal kommunes kompetanse og satsing på habilitering / rehabilitering og hverdagsrehabilitering er viktig å videreutvikle, særlig i saksbehandling og tjenesteutmåling og organisering av tildelte tjenester.

##### **Sykehjemmets rolle og funksjon**

Sykehjemmets rolle og funksjon i den totale tjenestekjeden er avgjørende for å unngå at det oppstår flaskehals i vekslingsfeltet mellom ulike tjenester eller tjenestenivå. Tilgjengelighet til korttidsopphold, sikrer smidighet og fleksibilitet i tiltakskjeden. En velfungerende hjemmetjeneste er også avhengig av at det er etablert ambulerende nattjeneste.

Sykehjemmets rolle og funksjon er behandling, utredning og rehabilitering, enten brukeren bor hjemme, i omsorgsbolig eller bofellesskap med heldøgns tjenester. På denne måten blir sykehjemmet eller institusjonen en arena for korttidsopphold og spesialisert behandling. Dette innebærer ei tydelig målsetting for korttidsoppholdet og målretta arbeid for behandling, rehabilitering og utredning. Korttids plassene kan også være nyttige når det gjelder overgangen mellom sykehuset og eget hjem.

---

<sup>8</sup> Meldal kommune planstrategi 2016-2019 vedtatt 30.06.16 (ks-037/16)

Korttidsopphold er ei tjeneste som er uavhengig av hvilke tjenester personen har fra før. Korttidsopphold innebærer behandling, rehabilitering eller utredning for å takle egen livssituasjon, eller for videre behandling på et annet nivå. Målet er å yte tjenester som gir personen støtte til å mestre hverdagen, både for de med størst behov for lindring og pleie, og de som trenger assistanse gjennom hele livet.

Grad av tilgjengelighet til korttidsplass sier noe om samarbeidet mellom institusjonen og hjemmebasert omsorg. Når behov for korttidsplass oppstår, er hovedspørsmålet om det er ledig plass. Mer viktig enn tallet på plasser, er spørsmålet om hvordan plassene blir brukt og hvilke funksjoner sykehjemmet fyller i den samlede omsorgstjenesten i kommunen.

Langtidsplass i framtida gis som heldøgns tjenester i omsorgsbolig / bofellesskap. Retten til egen heim uavhengig av behov for bistand, er nedfelt i lovverket som regulerer helse- og omsorgstjenestene. De siste tiårenes reformer innen omsorgstjenestene har hatt stort fokus på boliggingjøringen av omsorgstjenestene, også når det gjelder eldreomsorgen.

### **Omsorgsbolig / bofellesskap med heldøgns tjeneste**

En omsorgsbolig med heldøgns tjenester er en bolig der beboeren får den assistansen som han / hun til en hver tid har behov for og som beskrives i enkeltvedtaket. Videre kan beboeren bo der livet ut, når vedkommende ønsker det, og det er faglig forsvarlig. Omsorgsboligen reguleres av husleieloven, noe som sikrer beboeren mot uønsket flytting.

Når det gjelder avlastning for pårørende med særlig tyngende omsorgsarbeid, kan disse tjenestene ytes i en omsorgsbolig. Slik kan tjenestemottaker fortsatt få tjenester fra hjemmetjenesten, på samme måte som hjemme, men med tillegg av de tjenestene som pårørende yter ellers i året.

Omsorgsboliger bør bygges som bofellesskap slik at de som bor der, kan velge om de vil være i fellesarealet eller i sitt private rom. Erfaringer fra tjenesteyting i omsorgsboliger og bofellesskap, er at pårørende oftere besøker sine der, enn når de bor på en institusjon.

Kommunen kan søke Husbanken om investeringstilskudd til omsorgsboliger og sykehjem. Investeringstilskuddet skal stimulere kommunene til å fornye og øke tilbudet av plasser i sykehjem og omsorgsboliger for personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester. Tilskuddet tildeles kommunene gjennom Husbanken.

Gjennomsnittet av den statlige tilskuddsandel pr. boenhet er 50 prosent av maksimalt godkjente anleggskostnader. Dette fordeles med 45 prosent pr. omsorgsbolig og 55 prosent pr. sykehjemsplass. Det kan også gis inntil 55 prosent utmåling av tilskudd der det etableres egne lokaler for dagaktivitetstilbud i tilknytning til allerede eksisterende omsorgsboliger. Det er en forutsetning at dagaktivitetstilbudet omfatter beboerne i omsorgsboligene, men tilbudet kan også benyttes av andre som har et slikt behov. Veiledende størrelse på lokaler til dagaktivitetstilbud er 10 kvm pr. bruker.

På Husbankens nettsider finnes veileder og dialogverktøy for søknadsprosessen og bruken av investeringstilskuddet.



## 4.5 Dimensjonering av plasser for heldøgns tjenester

I dette kapitlet gjør RO en framskrivning av antall institusjonsplasser og plasser med heldøgns tjenester, med utgangspunkt i KOSTRA-tall fra 2015. Framskrivninga er gjort på bakgrunn av framskrivning av folketallet og befolkningsprofilen i Meldal kommune fra 2015 til 2040 etter middels nasjonal vekst, MMMM.<sup>9</sup> Dette innebærer at antall plasser endrer seg med endring i andelen innbyggere 80 år og eldre av det totale innbyggertallet i kommunen.

Forutsetningene i denne framskrivninga er at folketallsframskrivninga og befolkningsprofilen etter SSB sin prognose slår til, og at innbyggerne har samme behov for tjenester som i 2015. Hensikten er likevel å få et bilde av hva som kan bli situasjonen dersom Meldal kommune fortsetter som i 2015.

**Framskrivninga er gjort ut fra tre ulike alternativ:**

**Alternativ 1:** Samme fordeling mellom institusjonsplasser og HDO-plasser som i 2015, tabell 4.5-1.

**Alternativ 2:** Samme fordeling mellom institusjonsplasser og HDO-plasser som i Ringebu kommune, tabell 4.5-2. Ringebu og Meldal kommune har tilnærmet samme beregnet utgiftsbehov for 2015.

**Alternativ 3:** Fordeling mellom institusjonsplasser og HDO-plasser ut fra en vurdering av dagens situasjon i Meldal kommune, tabell 4.5-3.

**Tabell 4.5-1 Alternativ 1: Dekningsgrad, antall institusjonsplasser og HDO-plasser**

Meldal	Folketall	Andel innbyggere 80+	Antall innbyggere 80+	Andel institusjonsplasser 80+	Antall institusjonsplasser	Andel sykeheims-plasser og HDO-plasser 80+	Antall sykeheims-plasser og HDO-plasser 80+	Antall HDO-plasser
2015	3954	7,1	281	18,1 %	51	28 %	79	28
2016	4013	6,8	273	18,1 %	50	28 %	77	27
2020	4164	6,7	245	18,1 %	45	28 %	69	24
2030	4566	7,1	326	18,1 %	59	28 %	92	33
2040	4895	8,5	414	18,1 %	75	28 %	116	41

Med samme dekningsgrad som i 2015, vil behovet for institusjonsplasser i Meldal kommune øke fra 51 til 75 plasser. Behovet for HDO-plasser vil øke fra 28 til 41 plasser. Totalt vil kommunen trenge 24 institusjonsplasser og 13 HDO-plasser, til sammen 116 plasser med heldøgns tjenester.

Det er sett bort fra faktorer som innbyggernes helsetilstand, brukers ressurser, pårørendesomsorg og frivillighet. Likevel kan vi se at i framtidig tjenesteyting, vil vi bli nødt til å utløse og ta hensyn til slike faktorer, for en best mulig helse- og velferdstjeneste. Å dimensjonere tjenestene som i 2015, vil ikke være bærekraftig fram mot 2040.

Variablene som brukes i alternativ 2 og 3, er en annen prosentvis dekning av institusjonsplasser og den totale dekningsgraden av samla antall plasser med heldøgns tjenester.

<sup>9</sup> Med framskrivning ut fra lav nasjonal vekst, LLML, vil antall 80 år og eldre i 2020 være omtrent på samme antall som i MMMM-alternativet. I 2030 vil det være 20 flere 80 år og eldre, og i 2040 vil det være 47 flere over 80 år, sammenlignet med MMMM-alternativet.

Med framskrivning ut fra sterk aldring, LHML, vil det være 10 flere over 80 år i 2020 sammenlignet med MMMM-alternativet. I 2030 vil det være 32 flere over 80 år, og i 2040 vil det være 65 flere over 80 år.

**Tabell 4.5-2 Alternativ 2: Dekningsgrad, antall institusjonsplasser og HDO-plasser**

Meldal	Folketal	Andel innbyggere 80+	Antall innbyggere 80+	Andel institusjonsplasser 80+	Antall institusjonsplasser	Andel sykeheims-plasser og HDO-plasser 80+	Antall sykehjemsplasser og HDO-plasser	Antall HDO-plasser
2015	3954	7,1	281	18,1 %	51	28 %	79	28
2016	4013	6,8	273	7,7 %	22	32 %	90	68
2020	4164	6,7	245	7,7 %	19	32 %	79	60
2030	4566	7,1	326	7,7 %	26	32 %	105	79
2040	4895	8,7	414	7,7 %	32	32 %	133	101

Sammenligna med Ringebu kommune sine dekningsgrader for institusjonsplasser og HDO-plasser, vil Meldal kommune kunne redusere behovet for institusjonsplasser fra 51 til 32, fra 2015 til 2040. Når det gjelder HDO-plasser, vil kommunen måtte øke antallet fra 28 til 101 i samme tidsrom. Totalt innebærer dette at kommunen trenger 54 flere plasser med heldøgns tjenester i 2040 enn i 2015.

I alternativ 2 er sykehjemmets rolle og funksjon i hovedsak definert som korttidsplasser for behandling, rehabilitering, utredning og spesialiserte tjenester.

**Tabell 4.5-3 Alternativ 3: Dekningsgrad, antall institusjonsplasser og HDO-plasser**

Meldal	Folketal	Andel innbyggere 80+	Antall innbyggere 80+	Andel institusjonsplasser 80+	Antall institusjonsplasser	Andel sykeheims-plasser og HDO-plasser 80+	Antall sykeheims-plasser og HDO-plasser 80+	Antall HDO-plasser
2015	3954	7,1	281	18,1 %	51	28 %	79	28
2016	4013	6,8	273	8,8 %	25	32 %	90	65
2020	4164	6,7	245	8,8 %	22	32 %	79	57
2030	4566	7,1	326	8,8 %	29	32 %	105	76
2040	4895	8,5	414	8,8 %	37	32 %	133	96

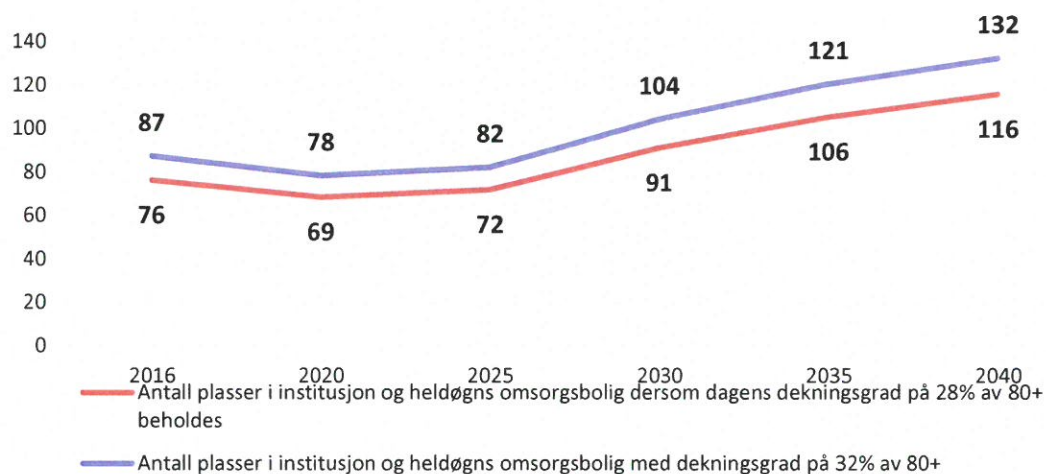
Fordeling mellom institusjonsplasser og HDO-plasser i alternativ 3 er gjort ut fra en vurdering av Meldal kommune sine erfaringer med tjenesteyting både i institusjon og omsorgsbolig i bofellesskap. Dette innebærer en dekningsgrad for institusjonsplasser på 8,8 prosent av innbyggere 80 år og eldre.

Med en slik dekningsgrad vil Meldal kommune trenge 37 institusjonsplasser i 2040 mot 51 institusjonsplasser i 2015. Når det gjelder omsorgsboliger med heldøgns tjenester, HDO-plasser, vil kommunen trenge 96 boenheter i 2040 mot 28 omsorgsboliger i 2015.

Dekningsgraden for det totale antall plasser med heldøgns tjenester er 32 prosent av innbyggere 80 år og eldre, den samme i alternativ 3 som i alternativ 2. Ved å redusere denne prosenten fra 32 til 30 prosent, ville Meldal kommune redusere det totale behovet for plasser med heldøgns tjenester med 8 plasser i 2040, fra 133 plasser til 125 plasser. I 2015 er dekningsgraden for plasser med heldøgns tjenester på 28 prosent av innbyggere 80 år og eldre.

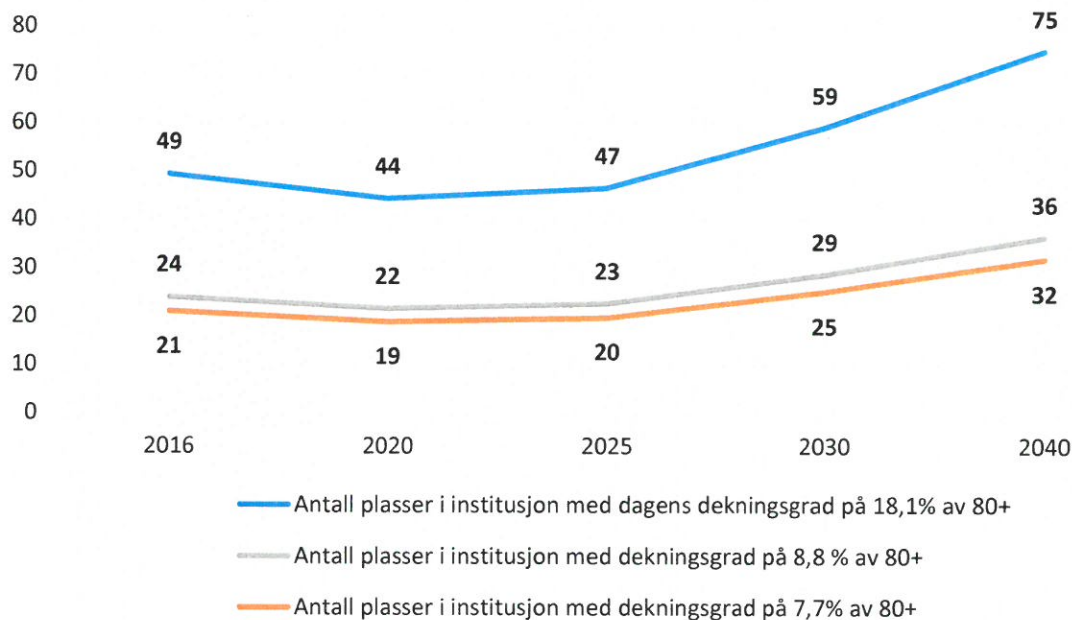
## Visualisering av de tre framskrivingsalternativene

Figur 4.5-4 Framskriving av plasser – institusjon og heldøgns omsorgsboliger samlet



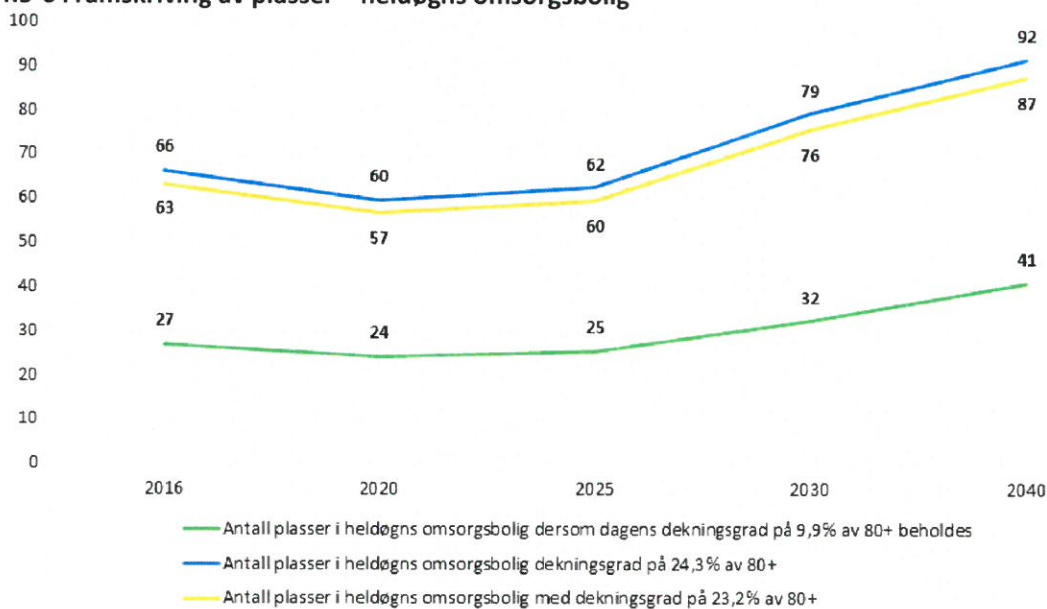
Figuren 4.5-4 viser framskriving av plasser med heldøgns tjenester samla, med en dekningsgrad på 28 prosent av innbyggere 80+, som i alternativ 1, og en dekningsgrad på 32 prosent av innbyggere 80+, som i alternativ 2 og 3.

Figur 4.5-5 Framskriving av plasser – institusjon



Figur 4.5-5 viser framskriving av institusjonsplasser ut fra dekningsgrad 18,1 prosent av innbyggere 80+, som i alternativ 1, alternativ 2 med dekningsgrad 7,7 prosent av innbyggerne 80+, og en dekningsgrad 8,8 prosent av innbyggere 80 år og eldre, som i alternativ 3.

4.5-6 Framskriving av plasser – heldøgns omsorgsbolig



Figur 4.5-6 viser framskriving av plasser i omsorgsbolig med heldøgns tjenester, HDO-plasser, for de tre alternativene:

Alternativ 1: Dekningsgrad 9,9 prosent av innbyggere 80+, se tabell 4.5-1 ( $28 \% \div 18,1 \%$ ).

Alternativ 2: Dekningsgrad 24,3 prosent, se tabell 4.5-2 ( $32 \% \div 7,7 \%$ ).

Alternativ 3: Dekningsgrad på 23,2 prosent, se tabell 4.5-3 ( $32 \% \div 8,8 \%$ ).

#### **4.6 Økonomiske konsekvenser av en eventuell omlegging av tjenestestruktur**

Større satsing på hjemmebaserte tjenester og sykehjemmet som et behandlingstilbud, er en omlegging av tjenestestrukturen. Dette innebærer at den hjemmebaserte tjenesten øker i volum, og at institusjonstjenesten har færre plasser og blir mer spesialisert. En omlegging til større satsing på hjemmebaserte tjenester, vil kreve god tilgjengelighet til korttidsplasser og avlastningsplasser.

Med større satsing på hjemmebasert omsorg vil omsorgsboliger med heldøgns tjenester etter hvert erstatte langtidsplasser i institusjon som boform. I en omsorgsbolig med heldøgns tjenester, vil brukerne motta tjenestene ut fra behov og rettskrav på tjenester, jf. Lov om helse- og omsorgstjenester.

Brukerens enkeltvedtak beskriver brukers tjenestebehov enten i form av antall timer bistand i uka eller som funksjoner som brukeren skal ha bistand til. Slik gir tjenesteutmålingen i enkeltvedtaket grunnlaget for bemanningen i hjemmetjenesten, enten tjenesten gis i opprinnelig hjem eller i omsorgsbolig med heldøgns tjenester.

Når det gjelder bemanning ved institusjonen (sykehjem), tildeles tjenesten oftest som en plass, uten å spesifisere omfanget av bistanden. Slik kan bemanningen ved institusjonen beskrives som bemanning per plass.

I hjemmetjenesten er det summen av vedtakstimer per uke som er grunnlaget for bemanningen. I tillegg må det beregnes tid til kjøring mellom tjenestemottakerne, når tjenesten gis i opprinnelig hjem. Av tilgjengelig arbeidstid beregnes ofte 60 prosent til direkte brukerretna tid.

Når det gjelder organisering av tjenesten som BPA, vil assistansen innebære 100 prosent direkte brukerretna tid når assistentene arbeider hos en og samme bruker.

I omsorgsboligene er prinsippet for bemanning det samme som i hjemmetjenesten. Det er beboernes tjenestebehov som er utgangspunktet for bemanningen. En forutsigbar arbeidstidsordning skal ivareta:

- Brukeren sitt behov.
- Ansatte sine rettigheter, jf. lov og avtaleverk.
- Effektiv ressursutnytting innenfor rammen som er gitt.

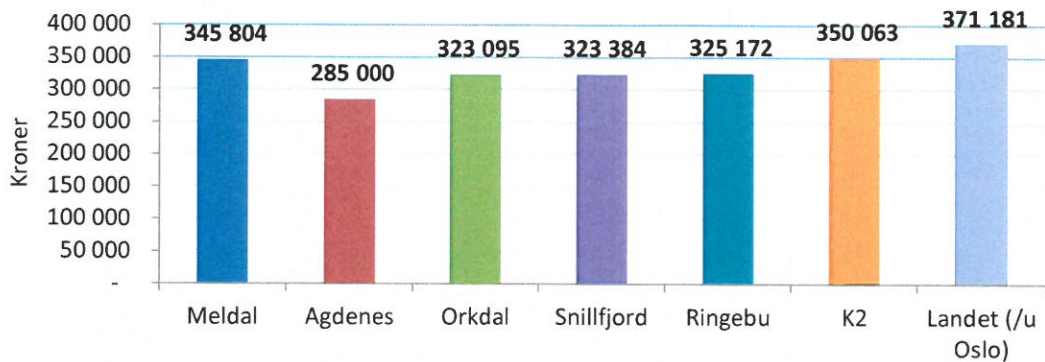
Bemanning handler også om fordeling og bruk av aktuell kompetanse. Riktig bruk av kompetanse handler om å flytte kompetansen dit det er behov for slik kompetanse. Dette innebærer at det er i hovedsak ansatte som skal flyttes, ikke først og fremst brukerne. Riktig bruk og fordeling av kompetanse i tjenesten er en viktig oppgave i utarbeidelsen av bemanningsplanen som grunnlag for valg av arbeidstidsordning, turnus. Kommunen skal sørge for at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene, jf. § 4-1, bokstav d i Helse- og omsorgstjenesteloven.

#### **Prioritering**

Figur 4.6-1 viser Meldal kommunes prioritering av pleie og omsorg per innbygger 80 år og eldre, i sammenligning med kommunene i framtidige Orkland kommune, KOSTRA-gruppe 2 og landet utenom Oslo. Sammenligningen er gjort på grunnlag av kommunenes innrapporterte regnskapstall til KOSTRA for 2015.

Meldal kommune har de høyeste netto driftsutgifter per innbygger 80 år og eldre av kommunene som skal slå seg sammen til Orkland kommune. Gjennomsnittet for KOSTRA-gruppe 2 og gjennomsnittet for landet utenom Oslo til pleie og omsorg per innbygger 80 år og eldre er høyere enn for Meldal kommune.

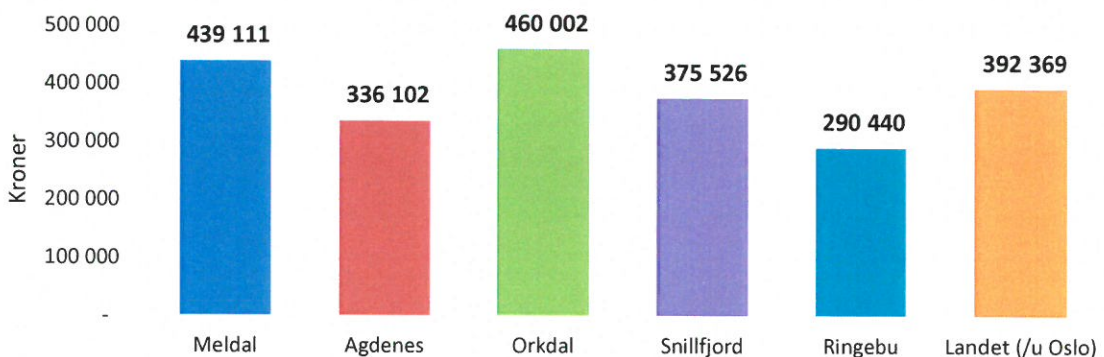
**Figur 4.6.1 Netto driftsutgifter, pleie og omsorg, per innbygger 80 år og over, konsern**



### Produktivitet

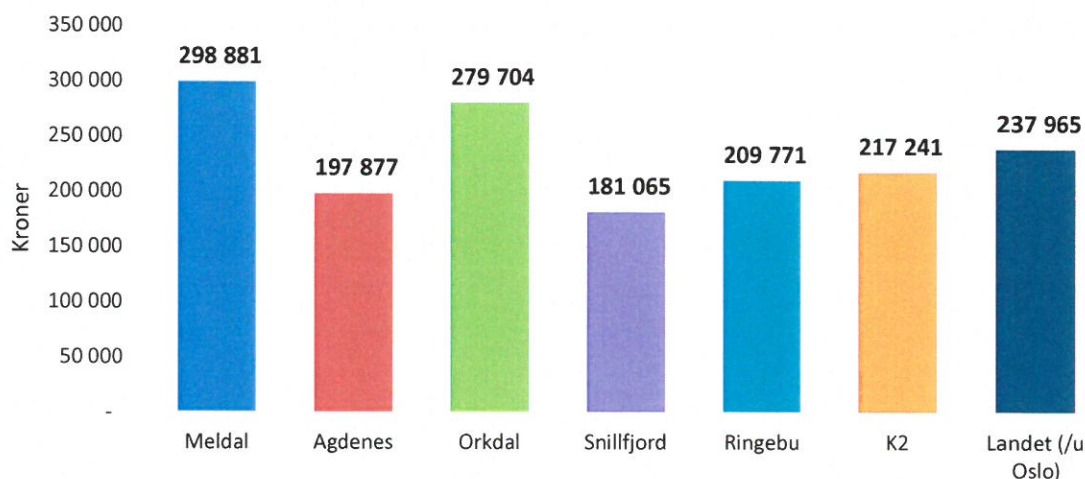
Figur 4.6-2 viser korrigerede brutto driftsutgifter per mottakere av kommunale pleie- og omsorgstjenester i et sammenlignende perspektiv. Figurene 4.6-3 og 4.6-4 viser korrigerede brutto driftsutgifter henholdsvis per mottaker av hjemmetjenester og per institusjonsplass. Korrigerede brutto driftsutgifter brukes i KOSTRA som mål på produktivitet eller enhetskostnad.

**Figur 4.6-2 Korrigerede brutto driftsutgifter per mottaker av kommunale pleie- og omsorgstjenester**



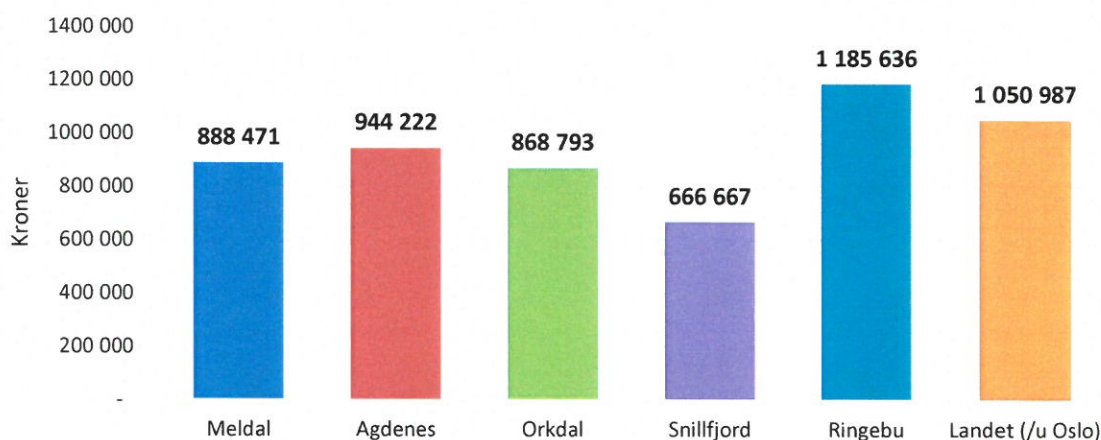
I sammenligningen er K2 tatt ut, fordi det mangler tall i KOSTRA. Meldal kommune har nest høyeste korrigerede brutto driftsutgifter per mottaker av kommunale pleie- og omsorgstjenester i sammenligninga.

**Figur 4.6-3 Korrigerede brutto driftsutgifter per mottaker av hjemmetjenester**



Når det gjelder korrigerede brutto driftsutgifter per mottaker av hjemmetjenester, har Meldal kommune vel 19 000 kr høyere utgifter enn Orkdal kommune. Sammenlignet med Ringebu kommune har Meldal 89 000 kr høyere utgifter per mottaker av hjemmetjenester.

**Figur 4.6-4 Korrigerede brutto driftsutgifter per kommunal plass, institusjon**



I sammenligningen er K2 tatt ut, fordi det mangler tall i KOSTRA. Korrigerede brutto driftsutgifter per institusjonsplass er størst i Ringebu, den kommunen som har færrest institusjonsplasser, 7,7 prosent av innbyggere 80+, i sammenligningen. I Ringebu utgjør dette 21 institusjonsplasser. Meldal har 51 institusjonsplasser, 18,1 prosent dekning 80+.

Forklaringene på hvorfor kommuner med få institusjonsplasser har høyere enhetskostnad per plass kan finnes i bemanningen, både når det gjelder høyere kompetanse og større bemanning. En annen forklaring kan være at brukerbetaling reduseres dersom avlastning for særlig tyngende omsorgsarbeid gjennomføres ved bruk av institusjonsplass, et tilbud som er vederlagsfritt.

#### **Tre regnestykker, økonomi og tjenestestruktur**

I tabellene 4.6-1 til 4.6-3 blir korrigerede brutto driftsutgifter per institusjonsplass og korrigerede brutto driftsutgifter per mottaker av hjemmetjenester, ganget med antall institusjonsplasser og antall mottakere av hjemmetjenester. De tre tabellene tilsvarer de tre alternativene når det gjelder antall institusjonsplasser. Når det gjelder antall mottakere av hjemmetjenester, er disse framskrevet ut fra

andelen innbyggere 80 år og eldre, ut fra samme behov som i 2015. Dette betyr at summen for hjemmetjenester i tabellene, gjelder for alle mottakere av hjemmetjenester, enten de bor i opprinnelig bolig eller i omsorgsbolig med heldøgns tjenester, bofellesskap.

Regnestykket er laget for å gi et bilde av sammenhengen mellom omfanget av hjemmetjenester og antall institusjonsplasser for kommunens utgifter. Variablene i regnestykket er befolkningsframskrivingen, folketallsprofilen, antall mottakere av hjemmetjenester totalt, og de tre alternativene for antall institusjonsplasser.

Det er ikke tatt hensyn til andre viktige faktorer som nye arbeidsmåter i hjemmetjenesten, for eksempel hverdagsrehabilitering og tjenestedesign. Det er heller ikke tatt hensyn til at innbyggerne tar mer og mer ansvar for egen helse, og at satsinga innen folkehelse gir resultat.

**Tabell 4.6-1 Alternativ 1, drift av plasser med utgangspunkt i KOSTRA-tall 2015**

Meldal	Institu- sjons- plasser Antall 18,1 % 80+	Pris per plass i 2015-kr	Mill. kr	Hjemme- tjeneste mottakere per innbygger 80+	Pris per mottaker av hjemme- tjenester	Mill. kr	Sum mill. kr
2015	51	888 471	45,3	193	298 881	57,7	103
2016	50	888 471	44,4	187	298 881	55,9	100,3
2020	45	888 471	40,0	168	298 881	50,2	90,2
2030	59	888 471	52,4	224	298 881	66,9	119,3
2040	75	888 471	66,6	284	298 881	84,9	151,5

Dersom Meldal kommune skulle drifte omsorgstjenestene som i 2015, ville utgiftene øke med 50 mill. kr fra 2015 til 2040.

**Tabell 4.6-2 Alternativ 2, drift av plasser med utgangspunkt i KOSTRA-tall 2015**

Meldal	Institu- sjons- plasser Antall 7,7 % 80+	Pris per plass i 2015-kr	Mill. kr	Hjemme- tjeneste mottakere	Pris per mottaker av hjemme- tjenester	Mill. kr	Sum mill. kr
2015	51	888 471	45,3	193	298 881	57,7	103
2016	22	888 471	19,5	215	298 881	64,3	83,8
2020	19	888 471	16,9	194	298 881	58,0	74,9
2030	26	888 471	23,1	257	298 881	76,8	99,9
2040	32	888 471	28,4	327	298 881	97,7	126,1

Dersom Meldal kommune skulle drifte omsorgstjenestene med samme fordelingsprofil mellom institusjonsplasser og HDO-plasser som Ringebu i 2015, ville utgiftene øke med 23 mill. kr fra 2015 til 2040.

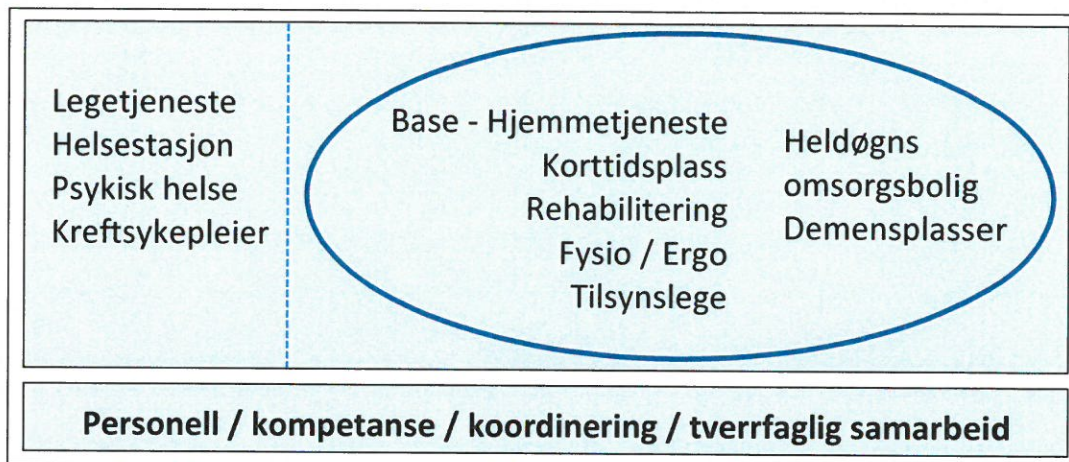




## 5.2 Forslag til samlokalisering

Gjennom intervjuprogrammet og arbeidet i arbeidsgruppa ble tjenestens erfaring med tverrfaglig samarbeid understreket. Samlokalisering som et viktig bidrag som letter og understøtter kontakten og muligheten for å dele kunnskap om felles utfordringer, for å finne kvalitative og ressurseffektive løsninger som gagnar helheten i tjenesten.

Figur 5.2-1 «Nye» Meldal Helsetun



Det anbefales at tjenestene innen helse- og velferdstjenesten som skal lokaliseres i Meldal, samlokaliseres i «Nye» Meldal Helsetun. Legetjenesten og helsestasjonen har i dag leieavtaler med langvarige forpliktelser. Disse må avklares i lokaliseringsprosessen.

I figur 5.2-1 prøver vi å synliggjøre at man opprettholder samlokalisering av lege og helsestasjon dersom det ikke lar seg gjøre å samle alle tjeneste på ett sted.

Når det gjelder framtidige omsorgsboliger med heldøgns tjenester, bør disse lokaliseres i nærheten av tjenestebasen.

## 5.3 Tjeneste- og personalbase – Helsetunets hjerte

Organisering av helse- og omsorgstjenesten må ta utgangspunkt i primæroppgavene og satsingsområdene. Ei hensiktsmessig organisering må gi grunnlag for oversikt, samarbeid og felles bruk av ressurser, der dette er nødvendig. Organiseringa gjelder også rom for felles fora for samråding, kompetansedeling og refleksjon over arbeidsmåter og tjenesteatferd i tjenesteytinga.

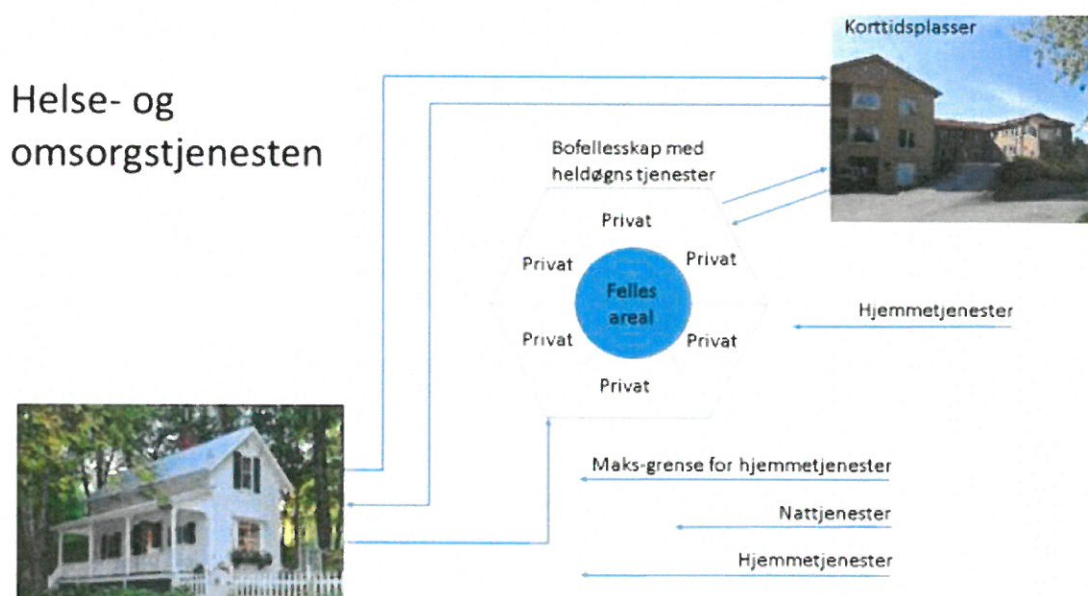
## 6. Tilråding

### 6.1 Innretning av helse- og omsorgstjenesten

Hjemmebasert tjeneste er grunnmuren i helse- og omsorgstjenesten. Dette innebærer at hjemmebasert omsorg, sammen med nystarta hverdagsrehabilitering, skal bistå på en slik måte at tjenestemottakerne kan bo hjemme lengst mulig. Forutsetning for ei funksjonell hjemmetjeneste er tilgjengelige korttidsplasser og nattjeneste.

Langtidsplass i framtida gis som heldøgns tjenester i omsorgsbolig / bofellesskap. En omsorgsbolig med heldøgns tjeneste (HDO-plass) er en bolig der du får tjenester etter behov, og der du kan bo livet ut. Omsorgsboligene bør i hovedsak bygges som bofellesskap, slik at bofellesskapa utgjør arena for tjenestemottakerne med de største behovene, for tjenester gjennom heile døgnet. Nærhet til personell og til fellesarena er tilnærma lik som ved et nytt sykehjem. Bofellesskap fungerer også som arena for tilrettelagte tilbud for innbyggere med demens. Omsorgsboligen reguleres av husleieloven, og betaling for tjenestene er som for hjemmetjenestene.

Institusjonsplassene brukes i hovedsak til behandling, utredning og rehabilitering, og drives i hovedsak som korttidsplasser. Tilgjengelighet til korttidsplass er en forutsetning for ei funksjonell og bærekraftig hjemmetjeneste. Vederlagsforskriften regulerer betaling for institusjonsopphold.



### 6.2 Dimensjonering av helse- og omsorgstjenesten

- Det totale antall plasser med heldøgns tjenester dimensjoneres til 32 prosent av innbyggere 80 år og eldre i kommunen. I denne prosenten inngår institusjonsplasser og omsorgsboliger med heldøgns tjenester.
- Antall institusjonsplasser dimensjoneres til 8,8 prosent av innbyggere 80 år og eldre.
- Antall HDO-plasser, omsorgsboliger med heldøgns tjenester, dimensjoneres til 23,2 prosent av innbyggere 80 år og eldre.

### 6.3 «Nye» Meldal Helsetun

Med bakgrunn i rapport om vurderinga av bygningsmasse fra ON Arkitekter og Ingeniører AS, samt ROs kartlegging av byggets tilstand, alder og funksjonalitet, anbefales det at det gamle bygget saneres og at det bygges nytt.

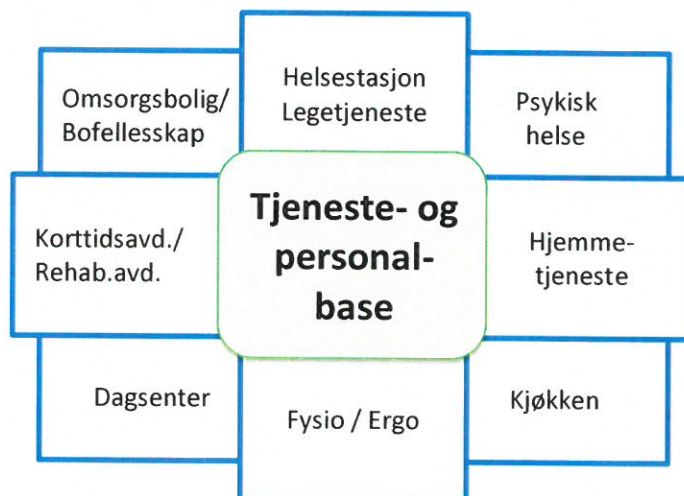
Det anbefales videre å starte med lokaliseringsdebatt og avklaring så tidlig som mulig.

Det anbefales å starte planlegging og dimensjonering av areal nå, med økonomiske rammer og framtidig innretning som utgangspunkt.

RO anbefaler stor grad av samlokalisering i «nye» Meldal Helsetun. For «Nye» Meldal Helsetun er samlokalisering av de ulike tjenestene innen helse og velferd et egnet virkemiddel for å nå de målene som kommunen har satt seg.

Stor grad av samlokalisering vil kunne støtte opp under de gode erfaringene Meldal allerede har med tverrfaglig samarbeid. En samlokalisert tjeneste skaper nødvendig kontakt mellom tjenesteyterne slik at kunnskap kan deles og utfordringer drøftes. RO mener at utstrakt samlokalisering vil legge grunnlaget for god ressursutnyttelse og et inspirerende og utviklende arbeidsmiljø.

Prinsippskissen viser tjeneste- og personalbasen som «hertetet» i «Nye» Meldal Helsetun. Den direkte kontakten med de ulike deltjenester er det store fortrinnet som vil bidra til kvalitativt gode tjenester og effektiv ressursutnyttelse.



Det anbefales at det etableres heldøgns omsorgsboliger i tilknytning til nytt helsetun. Videre anbefales det at bygninger av nyere dato som ikke skal saneres rehabiliteres / opprustet til å møte dagens og framtidens krav til utforming og teknologi.

### 6.4 Bærekraft i helse- og omsorgstjenesten

Det er de interne prioriteringene som blir gjort i helse- og omsorgstjenesten, som i stor grad avgjør om tjenestene er ressurseffektive eller ikke. Utfordringa er å treffe det reelle behovet for bistand og skape brukeren sitt tjenesteforløp. Balansen i omsorgstrappa er avgjørende for ei kvalitativt god og ressurseffektiv tjeneste.

- Saksbehandling / tjenestetildeling, funksjonen koordinerende enhet og hverdagsrehabilitering ses i sammenheng og har felles ansvar for målretta tjenestetildeling.

RO anbefaler at tjenestetildelingsfunksjonen gis ekstra oppmerksomhet og videreutvikling, fordi dette er en av nøkkelfunksjonene i den omstillinga som kommunen ønsker for framtidig bærekraft.

- RO vil anbefale at det gjennomføres arbeid med alternative turnuser med brei involvering av ledere, tillitsvalgte og ansatte. Målet bør være en arbeidstidsordning med mest mulig hele stillinger, både av hensyn til brukernes behov, ansattes rettigheter, jf. Lov og avtaleverk, og behovet for god ressursutnyttelse og økonomistyring.
- RO vil anbefale et utviklingsprogram med fokus på framtidig tjenesteyting for alle ansatte. Ei forsterka satsing på hjemmebasert omsorg, betinger endring i tankesett og arbeidsmåter som bygger opp om brukeren sine verdier og livskvalitet. Tema som hverdagsrehabilitering, nye faglige tilnærminger, kommunikasjon og teknologiske løsninger krever tid og rom for at tanker og ideer kan omsettes til praktisk tjenesteyting. Refleksjon og nytenking er avgjørende i utviklinga av ei helse- og velferdstjeneste som er tilpassa framtidig drift og tjenesteyting i Meldal. En spennende og utfordrende arbeidsplass er den sterkeste enkeltfaktoren for å tiltrekke seg kompetanse og framtidig arbeidskraft. Dette betinger ei helhetlig tenking innen hele helse- og velferdstjenesten.
- Strukturelle og andre endringer som ønskes gjennomført, trenger brei forankring, dvs. at innbyggerne må kjenne til bakgrunnen for og hensikten med endringene. Derfor anbefaler RO at kommunen initierer en slik forankringsprosess, der informasjon og dialog står sentralt.
- I den nye kommunen skal de mest spesialiserte tjenestene innen helse og sosial samles i sterke og kompetente fagmiljøer, som også skal prioritere tilstedeværelse i tverrfaglige samarbeid ute hos enhetene. Meldal kommune har over tid utviklet god kompetanse innen rehabilitering gjennom tverrfaglig samarbeid. RO vil anbefale at denne kompetansen danner grunnlaget for å etablere den nye kommunen sitt felles rehabiliteringstilbud.