



Inderøy kommune

Helse- og omsorgsplan



Kommunedelplan for helse og omsorg

2012 - 2019

Rådmannens høringsutkast

Juni 2011



KOMMUNEDELPLAN FOR HELSE OG OMSORG

Innholdsfortegnelse

1. Om plandokumentet / målsetning	4
2. Sammendrag	10
3. Styringsdokumenter	12
4. Nåsituasjonen.....	14
5. Befolkningsutvikling	16
6. Satsningsområdene	17
6.1 Helhetlig bruker-/pasientforløp	17
6.2 Folkehelse og aktiv omsorg.....	17
6.2.1 Folkehelse.....	18
6.2.2 Forebygging	18
6.2.3 Rehabilitering og habilitering	19
6.2.4 Ernæring / kosthold /aktivitet	20
6.2.5 Kultur- og sosiale aktiviteter	20
6.2.6 Dagtilbud og aktivitetstilbud	21
6.3 Trygghet for heldøgns tjenester.....	21
6.3.1 Hjemmetjenesten	21
6.3.2 Omsorgsbolig.....	22
6.3.3 Sykehjem	23
6.4 Samarbeid med familie og frivillige.....	24
6.5 Samarbeid med spesialisthelsetjenestene, fastleger, privatpraktiserende fysioterapeuter og andre	25
6.6 Forvaltning og dokumentasjon	26
6.7 Organisering/drift.....	27
6.8 Demensomsorg	28
6.9 Barnevern.....	29
7. Framtidige behov	30
8. Tiltaksplan / økonomiske konsekvenser.....	31
Vedlegg 1	32

1. Om plandokumentet / målsetning

Inderøy og Mosvik kommune har som følge av kommunesammenslåingen (1.1.2012) arbeidet sammen om utarbeidelsen av ny helse- og omsorgsplan for nye Inderøy kommune. Mange ansatte og grupper har deltatt i dette arbeidet. Styringsgruppen har bestått av:

Navn	Stilling
Finn Madsen	Kommunalsjef
Per Arne Olsen	Enhetsleder
Bente Molde	Enhetsleder
Heidi Wennes	Fungerende avdelingsleder
Jorid Melhus	Tjenesteleder
Elin Andersen	Enhetsleder NAV
Hanne Dyrendal	Hovedtillitsvalgt
Irene Ulvin	Tillitsvalgt
Inger Anna Saltvik	Koordinator psykisk helse
Anne Helen Skoglund	Fagansvarlig sykepleier

Denne planen er en kommunedelplan som omtaler helse- og omsorgstjenestens utfordringer fram mot 2019. Målet med planen er å klargjøre hvilke utfordringer Inderøy kommune står overfor og hvilke tiltak som må iverksettes på kort og lengere sikt for å møte utfordringene. Utfordringene denne planen skal gi svar på er: når to kommuner blir en, kvalitet og økonomi, samhandlingsreformen og nytt lovverk. Planen vil ha hovedfokus på fireårsperioden fram mot 2016. Framtidens kommunale helse- og omsorgstjenester har som hovedmål å sikre helhetlige og samordnede tjenester som omfatter forebyggende tiltak, utredning, behandling, pleie og omsorg, akuttberedskap, habilitering og rehabilitering og oppfølging på tvers av sektorene.

I nasjonale utredninger er det pekt på at framtidig økning i antall brukere og redusert tilgang til arbeidskraft, en dobbel demografisk utfordring, vil utfordre helse- og omsorgstjenestene. Samhandlingsreformen er fulgt opp med ny helse- og omsorgslov, ny folkehelselov og ny nasjonal helse- og omsorgsplan. Kommunen står da både overfor en velferdsreform og en forvaltningsreform. Forvaltningsreform ved at oppgaver overføres fra staten og helseforetakene og til kommunen.

Inderøy kommune har satt seg som mål å bistå innbyggere og brukere på en faglig og profesjonell måte. Våre tjenester skal ytes i henhold til de myndighetskrav som til en hver tid er gitt i form av lover, forskrifter og retningslinjer. For å oppnå dette er vi avhengig av at våre tjenester er effektive, både faglig og driftsmessig. Dette for å sikre at vi greier å styre ressursene på en rettferdig og ressurseffektiv måte. Det betyr at vi må prioritere folkehelsearbeid, forebygging, rehabilitering og brukere med de største behovene. Det skal utarbeides en egen plan for kommunens folkehelsearbeid/strategi.

Ideologi/brukerverdi:

Inderøy kommunes hovedmål er å sikre at alle som bor eller oppholder seg i kommunen får nødvendig helsehjelp. Nødvendig helsehjelp betyr at alle som søker om tjenester får sin søknad individuelt behandlet. Kommunens tjenester skal ytes etter beste effektive omsorgsnivå (BEON-prinsippet). Alle er kjent med at det er viktig å oppleve mestring. Kommunen har derfor et grunnprinsipp om at alle i utgangspunktet har ansvar for å tilrettelegge for egen livssituasjon. Dette kan oppsummeres med følgende stikkord:

Brukermedvirkning, rett tilbud til rett tid, trygghet, respekt, forutsigbarhet, tilgjengelighet, tillit, kommunikasjon, tydelighet, gjensidig krav og verdig liv.

Tjenestens ambisjonsnivå:

Inderøy kommune står overfor store og interessante utfordringer. Det beste grunnlaget for og lykkes er å innrette virksomheten slik at planen lar seg gjennomføre. Kommunen har som mål å profesjonalisere alle ledd, fra henvendelse, vurdering til tjenesteutøvelsen. Dette forutsetter at organisasjonen tenker og planlegger helhetlig. Dette gjelder på individnivå (ansatte) og på systemnivå (administrativt/drift og politisk). Alle ledd skal planlegge og handle helhetlig. Helhetlig brukerforløp er et hovedmål. Vi har organisert oss slik at alle henvendelser om helse- og omsorgstjenester med unntak av henvendelser om tjenester som helse, rehabilitering og barnevern, fastlegen og private fysioterapeuter, har en felles adresse (postkasse/telefon). Denne er kjent for innbyggerne, samarbeidspartnere og ansatte.

Helse- og omsorgstjenesten skal innrettes slik at den er fleksibel i all tjenesteyting. Alle som arbeider i kommunen har ansvar for at tjenesten lykkes. Nødvendig kompetanse og bruken av denne, sammen med fokus på forebygging, et godt utbygd dagtilbud, hjemmetjeneste, omsorgsboliger og kort- og langtids sykehjemsplasser, vil her være sentrale virkemidler. Hjemmetjenesten skal der det er nødvendig kunne yte døgntjenester.

Inderøy kommune skal organisasjonsmessig fremstå som en attraktiv kommune. Så attraktiv, at kommunen er førstevalg for mange som søker arbeid innen helse og

omsorg. Kommunen har som mål å skape attraktive arbeidsmiljø ved å fokusere på godt og fleksibelt fagmiljø, fleksible arbeidstidsordninger og store stillingsstørrelser der dette er ønskelig og mulig.

Inderøy kommune skal innad i organisasjonen, utad overfor innbyggerne og samarbeidspartnere aktivt informere om helse- og omsorgstjenestene. Dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger skal skje elektronisk. Kommunen skal være åpen for å ta i bruk omsorgsteknologi der dette er faglig begrunnet og til beste for bruker/pårørende og kommunen.

Gjennom Inderøy sin kommunedelplan har kommunen følgende målsettinger (i stikkordsform):

Faglig plattform for våre valg og vårt omdømme

Helhetlig, koordinert, målrettet og resultatorientert

Operere i partnerskap

Offensiv

Jevn og god dialog med innbyggerne

Inderøy kommunes framtidige utfordringer innen helse- og omsorgsfeltet kan oppsummeres med fire kulepunkt:

- Samhandling.
- Kompetanse.
- Forebygging og egenmestring.
- Effektiv ressursutnyttelse (faglig og økonomisk).

Hovedstrategiene og tiltakene er basert på kommunes egne valg og statlige styringssignal. Planen forsøker å ta opp i seg de utfordringene som er skissert i Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) "Mestring, muligheter og mening" (Framtidas omsorgsutfordringer), Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, "Rett behandling – på rett sted – til rett tid" (Samhandlingsreformen) og Stortingsmelding nr. 16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015). Samt ny lov om Helse- og omsorgstjenestene og ny Folkehelselov.

Gjennom Stortingsmelding nr. 16 (2010-2011), har sentrale myndigheter fokusert på følgende hovedutfordringer:

- Helhet og sammenheng
- Demokrati og legitimitet
- Nærhet og trygghet
- Sterkere brukerrolle
- Faglighet og kvalitet
- Arbeid og helse

Beskrivelse av:

Helhet og sammenhengene

Det er et hovedmål å legge til rette for at tjenestetilbudet skal bli mer helhetlig og pasientforløpene mer sammenhengende. Forutsetningene for å oppnå dette er å etablere en forståelse og samarbeidspraksis mellom nivåer og tjenestens ulike deler. For eksempel skal brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester ha oppnevnt en koordinator som skal sørge for nødvendig oppfølging og sikre samordning og framdrift i arbeidet med individuell plan (IP).

Å planlegge og handle helhetlig har også den konsekvens at de organisasjonsmessige skillene oppheves. Fagmiljøene skal i langt større grad enn i dag komme til med sin fagkompetanse der brukeren bor eller oppholder seg.

Framtidens kommunale helse- og omsorgstjeneste

Helse- og omsorgstjenesten skal organiseres på en slik måte at den enkelte kan fortsette å leve trygt, meningsfullt og ha et mest mulig selvstendig liv til tross for sosiale og helsemessige problemer eller funksjonssvikt. Kommunens ansvar vil bli tydeliggjort gjennom de til enhver tid gjeldende lover. Likeså viktig vil det bli å øke befolkningens kunnskap og bevissthet om egen (og barns) helse, levevaner og egenmestring. Forebygging, habilitering og rehabilitering er sentrale grep som skal tilstrebes. For å oppnå dette må vi endre våre holdninger til hvem som har rett til hvilke tjenester. For eksempel ved å gi et tilbud om trening fremfor pleie, og selvhjelp fremfor hjemmehjelp der dette er mulig. Derved gjenskapes de ferdigheter som brukeren selv har lyst og ressurser til å mestre. For å lykkes med dette må vi ta et "oppgjør" med dagens holdninger og forventninger.

Vi må påregne at innbyggernes og brukernes krav og forventninger til den kommunale helse- og omsorgstjenesten endrer seg. Som kommune skal vi i tillegg til forebygging, habilitering og rehabilitering, sørge for gode legetjenester, pleie- og

omsorgstjenester, tjenester til personer med rusproblem og psykiske lidelser. En annen stor brukergruppe er personer med demenssykdom og deres pårørende.

I tråd med de endringer Regjeringen legger opp til vil kommunen i større grad få ansvar for en del tjenester som i dag har vært spesialisthelsetjenesten ansvar. Derfor er det viktig og nødvendig å videreutvikle INVEST- samarbeidet om det distriktsmedisinske senteret (DMS) og mot andre samarbeidspartnere.

Framtidens spesialisthelsetjeneste

Vi må forvente at spesialisthelsetjenestene videreutvikles for å møte fremtidens utfordringer. En av konsekvensene av en slik utvikling vil være at oppgaver desentraliseres. Det tas sikte på at store pasientgrupper med kroniske og sammensatte problemstillinger, i størst mulig grad får sine tjenester nærmere der de bor. Både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten vil ha et "sørge for" ansvar. I dette legges det opp til at forvaltningsnivåene har ansvar for å sørge for nødvendige tjenester ved å planlegge, gjennomføre planer og tiltak, evaluere og korrigere.

Framtidens pasient- og brukerrolle

Brukerrollen er i stadig utvikling. Tradisjonelt har brukere hatt liten innflytelse over tjenestene de mottar og over egen behandling. Brukere skal i langt større grad enn i dag kunne medvirke og ta beslutninger i forhold som angår dem. Brukermedvirkning skjer først når brukerne er aktive deltakere i planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak. Derfor er det helt nødvendig å legge til rette for reell medvirkning. Kommunen bør også legge til rette for et konstruktivt og likeverdig samarbeid med bruker- og pårørendeorganisasjonene. Det anbefales at kommunen tar initiativ til å etablere et felles råd (brukerråd) for eldre og personer med nedsatt funksjonsevne.

Kvalitet og kunnskap

Alle forventer vi god kvalitet på de tjenestene vi mottar. Det vil derfor være nødvendig og systematisk innhente informasjon fra brukere og pårørende. God kvalitet betyr at tjenestene skal være virkningsfulle, trygge, samordnede, preget av kontinuitet, at brukerne gis mulighet til å delta aktivt og god ressursutnyttelse.

Dagens virkemidler er ikke tilstrekkelige for å møte morgendagens behov. Framtiden vil forandre personell med annen kompetanse. Kommunen skal sørge for at den til enhver tid har nødvendig kompetanse. Derfor er fokus på kompetanseutvikling, kompetansebruken, innovasjon (nyteknik), bruk av teknologi, utvikling av gode kvalitetssystem og strategisk og faglig ledelse viktig. Vi må derfor tenke nytt og finne fram til nye måter å arbeide og samarbeide på, blant annet ved å hente kunnskap fra forskning.

Personell

En av de største utfordringene, kanskje den største, er å greie å rekruttere og beholde ansatte. Ansatte er den største og viktigste innsatsfaktoren vi har. For og lykkes er vi helt avhengig av god, tydelig og tilstedeværende ledelse, tilstrekkelig rekruttering, kompetanseheving, trygge fagmiljø og tilrettelagte turnusordninger med størst mulig stillingsandeler for de som ønsker dette. Helse- og omsorgstjenesten skal framstå som en attraktiv arbeidsplass. Det omdømme vi selv skaper kan være avgjørende når vi skal rekruttere eller om ansatte vil arbeide videre i Inderøy kommune.

Økonomiske og administrative konsekvenser

Nasjonal helse- og omsorgsplan gir politiske føringer for utviklingen av helse- og omsorgstjenestene fram til 2015. I planperioden vil det være behov for å øke innsatsen innenfor kompetanse, folkehelse, og utvikling av primærhelsetjenester. Regjeringen opplyser at mange av tiltakene i planen ikke har de store økonomiske og administrative konsekvensene. Viktige unntak fra dette er de økonomiske virkemidlene i samhandlingsreformen, og innføring av plikt for kommunene til å etablere øyeblikkelig hjelp-døgnopphold. Kommunen får dermed et økonomisk medansvar for bruk av spesialisthelsetjenester. Det vil bli innført kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenestene. De endelige bevilgningsmessige konsekvensene for dette blir først klart i forbindelse med kommuneproposisjonen og forslag til statsbudsjett for 2012.

Hovedutfordringer med utgangspunkt i samhandlingsrolle, nye lover etc.:

En tydeligere brukerrolle (pasientrolle)

Inderøy kommune har som mål å ansvarliggjøre den enkelte bruker. Gjennom tett dialog med hver enkelt bruker (og dens pårørende) ønsker vi å bidra til økt livskvalitet, samtidig som presset på helse- og omsorgstjenesten ønskes redusert ved å satse på helsefremmende og forebyggende arbeid.

Helhetlig og koordinerte tjenester

Helhetlige tjenester skal sikres ved at den enkeltes behov for ulike tjenester skal utøves på en rasjonell og koordinert måte. Vi må derfor se helse- og omsorgstjenestene i sammenheng med andre kommunale tjenesteområder og tjenester ytt av spesialisthelsetjenesten. Et overordna mål er å arbeide mot et helhetlig brukerforløp (pasientforløp).

Sykehjemmets rolle

Sykehjemmene våre skal i større grad enn i dag sikre ulike korttidstilbud. Dette som følge av blant annet nye oppgaver / brukergrupper, flere som ønsker å bo hjemme¹, det være seg egen opprinnelig bolig eller omsorgsbolig. I tillegg til ulike korttidstilbud til medisinsk behandling, rehabilitering med mer, skal ha vi ha avsatt plasser for langtidsopphold for de som av helsemessige årsaker ikke kan nyttiggjøre seg andre tilbud.

Folkehelse og forebygging

Kommunen som en helhetlig organisasjon skal ha fokus på folkehelse, forebygging og god dialog med innbyggerne. Dette er en erkjennelse av at god helse først og fremst ikke skapes i helse- og omsorgstjenesten, men gjennom levekår, livsbetingelser og livsstil.

Helsetilstanden til kommunens innbyggere er på kort og lengere sikt en av kommunens viktigste ressurser. Ny folkehelselov har som hovedmål å styrke/systematisere folkehelsearbeidet. Det vil si at Inderøy kommune utarbeider en strategi som bygger på kommunens helseutfordringer, hvor vi planlegger og gjennomfører tiltak fra "vogge til grav" og som involverer og ansvarliggjør totalkommunen.

2. Sammendrag

Høringsutkastet til kommunedelplanen (2012-2019) vil ha hovedfokus på tidsperioden fram til 2016. Helse- og omsorgsplanen viser hvordan vi vil innrette våre tjenester. Hovedmålet er at alle skal få bistand på en slik måte at de kan oppleve mestring og selv ta ansvar for egen situasjon. Det skal være en god sammenheng mellom den enkeltes funksjonsnivå og tjenestenivå.

Nye Inderøy kommune står overfor store utfordringer. Blant annet som følge av kommunesammenslåingen av Mosvik og Inderøy, samhandlingsreformen, hvor kommunen vil få mer ansvar for tilrettelegging av ulike tjenester, og ny helse- og omsorgslov og folkehelselov.

Statisk sett (prognose) vil kommunen fram mot 2020 få en liten vekst i antall innbyggere. I aldersgruppen 0-66 år vil vi få en reduksjon, mens vi vil få en stor økning i aldersgruppen 67-79 år. Antall innbyggere over 80 år vil holde seg jevnt.

¹ Brevik, Ivar og Schmidt, Lene: "Slik vil de eldre bo- En undersøkelse av fremtidige eldres boligpreferanser" NIBR-rapport 2005:17 (Kan lastes ned på WWW.nibr.no)

Vi kan forvente at pasienter blir utskrevet raskere fra spesialisthelsetjenesten og at noen av disse fortsatt har behov for ulike kommunale tjenester. Dette vil forandre gode samarbeidsrutiner med spesialisthelsetjeneste, Inn-Trøndelag DMS og fastlegene.

Våre sykehjem skal innrettes slik at en del av plassene vil bli innrettet for ulike typer korttidstilbud. Både Mosvik sykehjem og Inderøyheimen skal innrettes for å gjøre dette mulig. Samtidig vil begge sykehjemmene kunne tilby avlastnings- og langtidsopphold. De som bor i våre omsorgsboliger skal ha trygghet for heldøgns tjenester når dette er nødvendig. Det samme skal gjelde for de som bor i opprinnelig bolig.

Vi skal langt større grad skal satse på tiltak som er viktig i et folkehelse- og forebyggingsperspektiv. Vår organisatoriske innretning skal IKKE være til hinder for å handle helhetlig og fleksibelt. Fortsatt vil de eldste utgjøre ei stor brukergruppe, samtidig som vi vil få flere og flere yngre brukere med ulike sykdomsbilder eller behov. Vi vil sammen med fastlegene og de privatpraktiserende fysioterapeutene, gjennomgå gjeldende avtaler med mål om ytterligere å bedre samarbeidet og klarstille deres rolle. Det samme gjelder allmennlegeoppgavene.

Vi skal ha fokus på arbeidsmiljø, tilrettelegging av fleksible turnuser og mulighet til større stillingsandeler der dette er mulig og ønskelig. Likeså skal ansattes kompetanse kunne benyttes fleksibelt med utgangspunkt i den enkeltes brukers behov. Vi har også som mål å arbeide for at ansatte står i jobb lengst mulig og at vi er attraktiv overfor nye søkere.

Alle brukere som mottar tjenester skal ha vedtak som viser hvilke tjenester de skal ha. Vi skal ha en organisasjon som handler helhetlig. Stikkord er helhetlig bruker-/pasientforløp. Der det er behov for koordinerte tjenester skal dette ivaretas ved å oppnevne egne koordinatører.

Innbyggere med kognitiv svikt /demens vil isolert sett utgjøre ei stor brukergruppe. Vi vil derfor ha stort fokus på ulike tilbud til denne gruppen og deres pårørende.

For ytterligere å styrke tilbudene vil vi arbeide for å legge til rette for frivillige og kommersielle aktører. Samarbeidet med kulturenheten skal styrkes.

3. Styringsdokumenter

Tjenesteområdene helse og omsorg er i stor grad styrt av nasjonale føringer og lokale valg. De mest sentrale statlige føringene er:

Lover:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.
- Lov om folkehelsearbeid
- Lov om pasientrettigheter
- Lov om helsepersonell
- Lov om spesialisthelsetjenesten
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
- Forvaltningsloven

Forskrifter m.m.:

- Forskrift for sykehjem og boform med heldøgns omsorg og pleie
- Forskrift om pasientjournal
- Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene
- Forskrift om individuell plan
- Forskrift om habilitering og rehabilitering
- St. meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, mulighet og mening
- St. meld. nr. 16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan
- Demensplan 2015 "Den gode dagen" (Delplan til nasjonal omsorgsplan 2015)

Andre føringer:

- Intensjonsplanen – for kommunesammenslåing Mosvik og Inderøy
- Styringsdokument 2011 for Helse Nord-Trøndelag HF
- Strategi for folkehelsearbeidet i Nord-Trøndelag 2011-2014

Ny helse- og omsorgslov har følgende formål:

- forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne,
- fremme sosial trygghet, bedre levekårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer,
- sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre,
- sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud,
- sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasienter og brukere, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov,
- sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet og,
- bidra til at ressursene utnyttes best mulig.

Ny lov om folkehelsearbeid følgende formål:

- formålet med ny lov om folkehelsearbeid er å fremme folkehelse, utjevne sosiale helseforskjeller og sikre at folkehelse prioriteres,
- ansvaret legges til kommunen ved å sørge for “helse i alt vi gjør”,
- kommunene skal sørge for en oversikt over helsetilstanden i befolkningen og påvirkningsfaktorer, og
- at innbyggernes helsetilstand, utfordringer, påvirkningsfaktorer og en vurdering av årsaksforhold og konsekvenser skal inngå som et grunnlag for **all** kommunal planlegging.

Pasient- og brukerrettigheter knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester, samles i pasientrettighetsloven.

4. Nåsituasjonen

Vi har benyttet foreløpige tall fra KOSTRA² 2010 ved utarbeidelsen av tabell 1. For sammenligningens del har vi tatt med tall tilhørende kommunegrupper³ og Nord-Trøndelag fylke (fylket).

	Mosvik	Kommune-gruppe 5	Inderøy	Kommune-gruppe 10	Fylket
Andel innbyggere 0-18 år (prosent)	22,3	23,3	26,2	24,9	25,0
Andel innbyggere 19-66 år (prosent)	59,6	58,2	60,1	61,0	60,3
Andel innbyggere 67-79 år (prosent)	10,7	11,5	9,2	9,0	9,7
Andel innbyggere 80 år og over	7,2	6,9	4,6	5,1	5,1
Antall innbyggere	811		5906		
Antall innbyggere når vi justerer for ⁴ behov innen pleie- og omsorg	1225		6508		
Antall innbyggere når vi justerer for behov innen helse	1458		6632		
Behov i h.h.t. justert innbygger helsetjenesten	179,7	168,4	112,9	108,8	
Behov i h.h.t. justert innbygger pleie- og omsorgstjenesten	150,9	149,6	111,4	111,4	
Netto driftsutgifter i kroner per innbygger, kommunehelse	4.724	2.670	776	1.730	1.897
Netto driftsutgifter i kroner til forebygging, helsestasjon og skolehelsetjeneste per innbygger 0-20 år	12.586	8.585	6.182	6.480	7.312
Netto driftsutgifter pleie og omsorg i prosent av kommunens totale netto driftsutgifter	32,8	36,8	31,1	38,5	34,5

² KOSTRA (KOMMune-STat-RApportering) er et nasjonalt informasjonssystem som gir styringsinformasjon om kommunal virksomhet.

³ Grupperingen i kommunegrupper har ingen innvirkning på kommunene sine inntekter eller kostnader, men er laget ut fra hvilke inntekter og kostnader kommunene faktisk har. Det er således inntekts- og kostnadsnivået i kommunen som bestemmer hvilken kommunegruppe en havner i, det er ikke plassering i kommunegrupper som avgjør inntekts- og kostnadsnivået. Hensikten med en inndeling i kommunegrupper, er å gjøre det mulig å foreta en sammenligning av "like" kommuner. Foruten inntekts- og kostnadsnivå, bestemmes plasseringen i kommunegrupper av folkemengden i kommunen.

⁴ Se vedlegg 1 for forklaring.

	Mosvik	Kommune -gruppe 5	Inderøy	Kommune -gruppe 10	Fylket
Netto driftsutgifter i kroner per innbygger til pleie- og omsorgsformål	21.356	16.958	10.808	14.158	13.086
Netto driftsutgifter i kroner per innbygger 80 år og eldre	298.621	244.730	236.415	291.931	255.567
Andel netto driftsutgifter institusjoner	92,6	57,6	46,5	40,7	41,5
Andel netto driftsutgifter hjemmeboende	5,1	38,3	45,8	54,1	54,7
Andel netto driftsutgifter aktivisering	2,3	4,1	7,7	5,2	3,8
Legeårsverk per 10 000 innbyggere, kommunehelse	10,9	14,0	8,5	9,5	9,8
Fysioterapiårsverk per 10 000 innbyggere, kommunehelse	12,3	9,7	8,5	8,4	8,7
Legetimer per uke per beboer i sykehjem	0,43	0,32	0,38	0,28	0,30
Plasser i institusjon i prosent av innbyggere 80 år og eldre	32,8	23,4	14,8	17,6	16,6
Andel plasser i institusjon og heldøgns bemannet bolig i prosent av innbyggere 80 år og eldre	33,0	33,0	37,0	31,0	33,0
Andel innbyggere 80 år og over som er beboer på institusjon	20,7	18,7	10,4	13,7	12,4

Som kommuner har vi en ulik alderssammensetning i befolkningen. Inderøy har en prosentvis yngre befolkning og har færre innbyggere over 80 år. Selv om statistiske tall nødvendigvis ikke sier alt om behovet for tjenester, viser gjennomgang av tallene i tabell 1 at vi som kommuner prioriterer tjenesteområdene ulikt. Den store forskjellen finner vi når vi ser på innretningen innen pleie- og omsorg og hva vi netto bruker per innbygger til omsorgsformål, forebygging, helsestasjon og skolehelsetjenester. Når det gjelder forskjellene innen pleie- og omsorg skyldes de at Mosvik har registrert beboere i omsorgsboliger med heldøgns bemanning som beboere i institusjon⁵.

I tabellen har vi også tatt inn tall når vi justerer for behov (se vedlegg 1 for nærmere forklaring). Tallene viser at både Mosvik og Inderøy har et større utgiftsbehov enn landssnittet (som alltid er 100 prosent), mens sammenlignet med tilhørende kommunegruppe er behovet noenlunde likt.

⁵ Gjelder for: andel netto driftsutgifter institusjoner, andel netto driftsutgifter hjemmeboende, plasser i institusjon i prosent av innbyggere 80 år og eldre og andel innbyggere 80 år og eldre som er beboere i institusjon.

Vi har startet arbeidet med sammenslåingen. Overordna ledelse innen tjenesteområdene er klar og det arbeides med resten av lederkabalene, system, ulike oversikter etc..

5. Befolkningsutvikling

Tabell 2 under viser at statistisk sett vil antall innbyggere i Inderøy holde seg stabilt på dagens nivå fram mot 2020. Deretter blir det en liten økning fram mot 2030. Prognosen viser at antall 0-19 åringer vil reduseres fram mot 2020. Det samme gjelder for den yrkesaktive delen av befolkningen (20-66 år). Aldersgruppen 80 år og eldre vil ha en liten nedgang fram mot 2015 for deretter å øke. Størst økning får vi i aldersgruppen 67-79 år.

År	2011	2015	2020	2025	2030
0-19 år	1826	1730	1647	1616	1624
20-66 år	3940	3909	3814	3745	3690
67-79 år	621	771	967	1086	1109
80-89 år	275	253	266	334	450
90 år og eldre	54	61	63	61	69
Totalt	6716	6724	6757	6842	6942

Tabell 2

I dag utgjør andelen innbyggere over 80 år 4,9 %. I 2020 er andelen redusert til 4,7 %. Mens andelen innbyggere mellom 67-79 år som utgjør 9,2 % i dag, vil stige til 14,3 % i 2020. Den yngste delen av innbyggerne 0-19 år utgjør i dag 27,2 %. Andelen reduseres til 24,4 % i 2020. Den yrkesaktive andelen i Inderøy utgjør i dag 58,6 %. I 2020 er den redusert til 56,4 %.

Vi må anta at helse- og omsorgstjenesten i tiden som kommer vil bli møtt med større krav fra innbyggere og brukere når det gjelder medvirkning og mulighet til å bestemme selv. De vil i større grad vektlegge individuelle verdier, opplevelser og prestasjoner framfor kollektive løsninger. Mange vil ha høyere utdanning og er vant med høyere materielle standarder. Vi må derfor anta at deres forventninger til kommunen som tjenesteyter vil påvirkes av dette. Dette vil gjelde faglig innhold, grad av medbestemmelse og individualitet, tjenestenivå og hvilken arena tjenesten skal ytes på. Morgendagens brukere vil ha andre behov og problemer enn dagens tjenestemottakere, men vil også ha andre ressurser for å mestre dem. Den

medisinsk-teknologiske utviklingen har vært omfattende de siste tiårene. En utvikling vi forventer vil fortsette. Eldres helse blir stadig bedre og levealderen forventes fortsatt å øke. Utviklingen innenfor medisin, flere innbyggere med annen etnisk bakgrunn og nye kommunale oppgaver vil komme til å endre behovet for helse- og omsorgstjenester.

6. Satsningsområdene

Kommunedelplanen for helse og omsorg tar utgangspunkt i dagens situasjon og hvilke tiltak som er viktig å forsterke eller iverksette i utforming av tjenestene fram mot 2019. Planen har blant annet fokus på helhetlig pasientforløp, aktiv omsorg, trygghet, samarbeid med frivillige og familie, samarbeid med spesialisthelsetjenesten og andre, dokumentasjon, organisasjonen og tilbudet til personer med demenssykdom.

- + Innbyggerne skal møtes med tjenester i nødvendig omfang og med god kvalitet og service.
- + Innbyggerne skal settes i fokus når tjenestene utformes.
- + Tjenestene skal være fornyelsesorienterte.

6.1 Helhetlig bruker-/pasientforløp

Kommunens mål er å sikre at avgrensninger og oppsplitting ikke hindrer kontinuiteten i tjenesteutøvelsen som er nødvendig for at brukere av våre tjenester får de tjenestene som de trenger og som er avtalt. Våre tjenester skal innrettes slik at mottakernes behov for koordinerte tjenester ivaretas der dette er nødvendig. Alle som har behov for individuell plan får dette. For å sikre et helhetlig brukerforløp har vi en tjeneste som aktivt samarbeider med brukeren gjennom aktiv brukermedvirkning. Kommunen har en viktig rolle med å legge til rette for forebygging og til oppbygging av døgnplasser for å unngå sykehusinnleggelser.

Inderøy kommune har i samarbeid med kommunene Snåsa, Verran og Steinkjer inngått et samarbeid med Helse Nord-Trøndelag om drift av Inn-Trøndelag distriktsmedisinske senter, med Steinkjer kommune som vertskommune.

6.2 Folkehelse og aktiv omsorg

Aktiv omsorg vil fordre tilrettelegging av dagliglivets aktiviteter, måltider, aktivitet, sosiale og kulturelle forhold. Dette vil utfordre oss med tanke på å åpne opp for ulike yrkesgrupper. Aktiv omsorg vil også stille krav til brukerne av tjenestene, ved at de skal ansvarliggjøres og aktivt ta del i eget liv. Ved å utvikle samspillet mellom innbyggerne / brukere og kommunen om rehabilitering og forebygging vil kommunen

arbeide for å fastholde og styrke de fysiske, sosiale og kognitive evnene til den enkelte. Målet er at den enkelte skal forbli selvhjulpen lengst mulig.

6.2.1 Folkehelse

Innledning

Inderøy kommune skal etablere en forståelse/fundament som styrker folkehelsearbeidet. Dette krever langsiktig og systematisk arbeid og involverer og ansvarliggjør hele kommuneorganisasjonen. Begrepet "helse i alt" betyr at folkehelsearbeid skjer på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer.

Hovedmål

- Vi framstår som en helhetlig organisasjon, hvor folkehelse som begrep er førende for all planlegging.
- Vi har en helhetlig folkehelseplan.

Resultatmål

- Alle tjenesteområdene og ansatte har kunnskap om viktigheten av folkehelsearbeid.
- Egen folkehelseplan er utarbeidet og foreligger for politisk behandling senest innen juni 2012.

6.2.2 Forebygging

Innledning

Inderøy kommune skal fokusere på forebyggende arbeid. Forebyggende arbeid vil involvere hele kommunen som organisasjon. Kommunen skal arbeide aktivt med å bevisstgjøre innbyggerne og hva de selv kan gjøre. For å lykkes i det forebyggende arbeidet er det nødvendig med kunnskap. Kunnskap om nødvendigheten av forebygging. Kommunens innsatsfaktorer skal basere seg på jevnlig evalueringer slik at vi får kunnskap om hva som virker og ikke virker.

Hovedmål

- Vi arbeider tverrfaglig for å begrense og forebygge sykdom.
- Vi skal utrede behovet for egen frisklivssentral⁶. Alternativt i samarbeid med andre kommuner, eller private aktører.
- Vi har strategier som viser hvilke tiltak som vil bli iverksatt.

⁶ Etablering av Frisklivsentraller er et nasjonalt satsningstiltak. De har som hovedoppgave blant annet å stimulere og tilrettelegge for ulike tilbud innen fysisk aktivitet og helsefremmende opplæring med lav terskel for deltakelse.

- Vi skal styrke det rusforebyggende arbeidet.
- Alle nye tiltak evalueres etter første år. Deretter hvert andre år.

Resultatmål

- Vi har et tverrfaglig team som har hovedansvaret for å planlegge og gjennomføre kommunens strategier. Teamet ledes av en egen koordinator.
- Vi gjennomfører informasjonsmøter for alle over 65 år med informasjon om hva den enkelte selv kan gjøre i forhold til egen helse og bolig. De som ønsker hjemmebesøk skal få dette.
- Vi har informasjonsmøter på alle skoler og i alle barnehager.
- Helsestasjon for ungdom videreutvikles og styrkes.
- Vi har kartlagt og iverksatt tiltak mot barn og ungdom som er overvektige.
- Ruspolitisk handlingsplan ferdigstilles i 2011.

6.2.3 Rehabilitering og habilitering

Innledning

Inderøy kommune sitt mål er å bidra til at brukere av helse- og omsorgstjenestene oppnår best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og mulighet for deltakelse i det inderøysamfunnet her å by på. All rehabilitering og habilitering⁷ skal så langt som mulig skje på den enkeltes premisser. Inderøy kommune har som mål at ingen i utgangspunktet skal være passive mottakere av tjenester. Målet er at kommunen sammen med brukeren og eventuelt dens pårørende arbeider for å styrke / bedre evnen til egenmestring med mål om å utsette tidspunktet for økt bistand/hjelp.

Hovedmål

- Inderøy kommune som organisasjon har et tverrfaglig fokus på rehabilitering og habilitering.
- Vi har som mål at alle tjenester skal støtte opp under brukerens egne ressurser og forutsetninger, det vil si hjelp til selvhjelp.
- Vi har som mål at ingen brukere skal være passive mottaker av tjenester.

Resultatmål

- Vi har en egen rehabiliteringsavdeling med 4 døgnplasser ved Inderøyheimen.
- Vi har et rehabiliterings- og habiliteringsteam som ledes av en koordinator.
- Vi har opprettet koordineringsteam der dette er nødvendig for at brukeren skal sikres koordinerte tjenester.

⁷ Rehabilitering kan defineres som tiltak for å gjenvinne eller bedre funksjoner som er gått tapt grunnet sykdom, skade etc. Habilitering kan defineres som tiltak for å mestre / lære funksjoner som en naturlig burde kunne.

- Vi har utarbeidet en egen plan for kompetanseheving innen rehabilitering og habilitering som omfatter hele vår organisasjon.
- Vi har utarbeidet et eget kartleggingssystem for å få oversikt over den enkeltes muligheter til å mestre egen livssituasjon.
- Vi har organisert hjelpemiddelhåndteringen på en hensiktsmessig måte.
- Vi har gjennomgått og reforhandlet driftsavtalene med privatpraktiserende fysioterapeuter.
- Vi samarbeider tett spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder både på system- og individnivået.

6.2.4 Ernæring / kosthold /aktivitet

Innledning

All kunnskap viser at ernæring og kosthold er viktig fra unnfangelsen, i barne- og ungdomsårene og som voksen. Godt og ernæringsrikt kosthold vil dermed kunne få stor betydning for egen helsetilstand som voksen og som eldre. Det samme gjelder fysisk aktivitet og da først og fremst "hverdagsaktivitet".

Hovedmål

- Vi har fokus på sunn og riktig kosthold og fysisk aktivitet.
- Vi skal legge til rette for og bevisstgjøre innbyggerne om viktigheten av det å være fysisk aktiv.
- Ansatte har god kunnskap om viktigheten av riktig ernæring.

Resultatmål

- Vi informerer om viktigheten av sunt kosthold og fysisk aktivitet i helsestasjon, barnehage og i skolen.
- Vi har fokus på ernæring og på spisesituasjonen i våre institusjoner, i omsorgsboligene og i barnehage og skole.
- Vi har et tilbud om levering av mat til hjemmeboende eldre, personer med bistandsbehov og brukere som bor i omsorgsboliger.

6.2.5 Kultur- og sosiale aktiviteter

Innledning

Kultur og sosial aktiviteter er viktig for opplevelse av egen helsesituasjon og kan påvirke den enkeltes situasjon positivt. Ulike kulturtiltak skal inngå som en naturlig del av helse- og omsorgstjenesten. Det er derfor nødvendig å etablere gode relasjoner med kulturavdelingen, lag og organisasjoner.

Hovedmål

- Vi har et differensiert kultur- og aktivitetstilbud.
- Vi legger til rette for at brukere av helse- og omsorgstjenester skal kunne delta i kulturelle arrangement.

Resultatmål

- Vi har utarbeidet en årlig kulturkalender i samarbeid med kulturavdelingen.
- Vi legger til rette for ulike kulturtilbud som er innrettet mot våre brukere.

6.2.6 Dagtilbud og aktivitetstilbud

Innledning

For mange brukere og familier vil et godt dagtilbud gi en avveksling og mulighet for en meningsfull hverdag. Et dagtilbud vil for noen også bidra til at de får opprettholdt sosial omgang med andre. Et godt dagtilbud vil også bedre situasjonen for mange pårørende.

Hovedmål

- Vi har tilrettelagte tilbud for personer med rusproblemer, psykiske problemer, personer med fysiske og psykiske funksjonshemninger, eldre og personer med demenssykdom.
- Vi samarbeider med frivillige om ulike dagtilbud.
- Samarbeidet med Flyndra og Kroa produkter videreutvikles.
- Vi har etablert en transportordning.

Resultatmål

- Kommunale brukerstyrte tilbud er klarlagt og økt.
- Mulighetene om et samarbeid med andre / kommersielle aktører er klarlagt.
- Vi har et funksjonelt transporttilbud.

6.3 Trygghet for heldøgns tjenester

Innledning

Inderøy kommunes helse- og omsorgstilbud tar utgangspunkt i den enkeltes behov og ressurser. Vi skal ha en tjeneste som imøtekommer behovet for trygghet og forutsigbarhet. De som etter faglige vurderinger har behov for heldøgns tjenester, skal sikres dette i opprinnelig bolig, omsorgsbolig og ved institusjonene våre.

En trygg og godt utbygd tjeneste med god innretning, vil bidra til at flere kan klare seg i eget hjem (opprinnelig bolig og omsorgsbolig). En slik innretning kan redusere behovet for sykehjemsplasser og bidra til at vi i større grad kan tilby ulike typer korttidsplasser, akutt-plasser og mer helserettede oppgaver (jfr. Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen).

6.3.1 Hjemmetjenesten

Innledning

I Inderøy kommune er målet at de fleste skal ha mulighet til å bo i eget opprinnelig hjem. Kommunen skal innrette seg slik at innbyggerne har trygghet om og tillit til at

kommunens tjenester er tilgjengelige når behovet for tjenester oppstår. Derfor er det viktig at kommunen har et differensiert tilbud som ivaretar brukerens behov og kommunens ressurser på en faglig og økonomisk god måte. Kommunen har som mål å bidra til trygghet, fremme selvstendighet og mestring. Videre har kommune en klar målsetning om at den delen av hjemmetjenesten som ytes av hjemmesykepleien er et reelt dekkende tilbud gjennom hele døgnet. De som har behov for hjemmehjelp (praktisk bistand) skal få dette j.fr. vedtatt tildelingspraksis. Hjemmehjelp kan gis alene eller i tillegg til hjemmesykepleie. Det skal være et overordna tjenestemål om våre tjenester skal innrettes slik at den bidrar til å opprettholde eller bedre egenmestringsevnen til den enkelte bruker.

Hovedmål

- Alle som mottar hjemmetjenester har vedtak.
- Vi har utarbeidet standarder for praktisk bistand (hjemmehjelp).
- Vi har en fleksibel hjemmetjeneste.
- Hjemmesykepleien i Inderøy kommune dekker hele døgnet.

Resultatmål

- Vi har etablert en ambulerende nattjeneste.
- Vi har nattjeneste i omsorgsboligene ved behov og når den ambulerende nattjenesten ikke er tilstrekkelig.
- Vi har en "storturnus" for hjemmetjenesten.
- Vi bruker ansattes kompetanse fleksibelt.
- Vi har individuelle planer for enkeltbrukere når dette er nødvendig og ønskelig.
- Vi har etablert et godt samarbeid med fastlegene og spesialisthelsetjenestene.
- Vi har utarbeidet standarder for tjenester på nivå 0 i omsorgspyramiden (se side 30).

6.3.2 Omsorgsbolig

Innledning

Inderøy kommune har omsorgsboliger som skal være et godt alternativ for de som ikke kan bli boende i opprinnelig bolig grunnet nedsatt helse, sosial isolasjon med mer. Kommunens omsorgsboliger skal være et alternativ livet ut, så lenge de som bor i slik bolig ønsker det eller at det ikke er tungtveiende faglige grunner for å flytte. De som bor i en omsorgsbolig har de samme rettigheter og plikter som om de bodde i opprinnelig bolig. Dette skal tydeliggjøres ved tildeling av omsorgsbolig. Beboere i våre omsorgsboliger skal ha mulighet for ulike korttidsopphold ved et av våre sykehjem eller i forbindelse med utskrivning fra sykehus når deres situasjon tilsier dette.

Hovedmål

- Omsorgsboligene i Inderøy er å betrakte som private hjem.
- Tjenestemottaker i omsorgsboliger som ønsker individuelt tilrettelagte tjenester, skal få dette.

- Vi har omsorgsboliger som er innrettet slik at beboerne skal kunne motta heldøgns tjenester ved behovet.

Resultatmål

- Vi har utarbeidet retningslinjer for tildeling av omsorgsbolig.
- Vi har kartlagt behovet for nye omsorgsboliger, gjelder alle brukergrupper. Kartleggingen ivaretas gjennom arbeidet med boligsosial handlingsplan.
- Vi samarbeider med beboerne og deres pårørende for å legge til rette for et aktivt bomiljø, for eksempel ved å opprette beboerutvalg etc.

6.3.3 Sykehjem

Innledning

Inderøy kommune har 2 sykehjem. Sykehjemmene skal sikre innbyggere som har kortvarige og langvarige behov for behandling og helsetjenester på institusjonsnivået et tilbud med høy faglig standard. Ved vår sykehjem skal det legges til rette for at brukerne skal kunne opprettholde eller forbedre sine funksjoner. Helse- og omsorgstjenesten i Inderøy kommune står overfor store utfordringer. En av disse utfordringene er å ta i mot utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenestene, eller å ha et tilbud slik at sykehusinnleggelse ikke er nødvendig. Derfor blir det viktig å ha tilstrekkelig med kapasitet på ulike typer korttidsplasser. Det kan være plasser til rehabilitering, akuttinnleggelser, avlastning, observasjon, palliativ behandling⁸ med mer. Tilstrekkelig antall korttidsplasser er også en forutsetning for at vi skal imøtekomme våre mål om aktiv omsorg og mulighet til å bo i egen bolig lengst mulig. Dette forutsetter en godt utbygd hjemmetjeneste, boalternativ til opprinnelig bolig og sykehjem og sirkulasjon i bruken av korttidsplassene. I tillegg skal vi ha noen langtidsplasser for de som av helsemessige årsaker ikke kan nyttiggjøre seg andre tilbud og som har behov for medisinsk pleie over lengre tid.

Hovedmål

- Hensikten med sykehjemsoppholdet skal så langt det er mulig være avklar før innleggelsen.
- Sykehjemmene har en legetjeneste som er i tråd med myndighetenes anbefalinger i veileder for legetjeneste i sykehjem. Gjelder også behovet for medisinsk kompetanse.
- Ansatte ved sykehjemmene har nødvendig kompetanse som ved behov nyttes fleksibelt med utgangspunkt i brukernes behov innen en samla helse- og omsorgstjeneste.
- Vi skal sikre at ingen må bli boende i sykehjemmene grunnet manglende tilbud utenfor sykehjemmene.
- Vi har tilbud om døgnrehabilitering og ulike korttidsopphold med god kompetanse og "sirkulasjon".

⁸ Palliativ behandling er den medisinske fagbetegnelsen på lindrende behandling som gis til pasienter der man ikke kan fjerne eller stoppe sykdommen.

- Vi har et godt samarbeid med spesialisthelsetjenestene vedrørende veiledning, faglig oppfølging med mer.

Resultatmål

- Inderøyheimen har døgnplasser som ivaretar behovet for rehabilitering og habilitering.
- Inderøyheimen ivaretar behovet ved lindrende og palliativ behandling.
- Inderøyheimen har et tilbud til personer med demenssykdom og andre som har behov for spesiell skjerming.
- Vi har utredet muligheten for en akutt plass⁹ ved Inderøyheimen, alternativt ved Inn-Trøndelag DMS.
- Vi har et skjermet botilbud for personer med demenssykdom ved begge sykehjemmene.
- Begge sykehjemmene har tilbud om langtidsopphold.
- Begge sykehjemmene har avlastningsplasser.
- Begge sykehjemmene har tilbud om terminal pleie.
- Mosvik sykehjem har tilbud om isolering ved smitte.
- Vi har tilbud om dagtilbud ved begge sykehjemmene.

6.4 Samarbeid med familie og frivillige

Innledning

Inderøy kommune ser at et godt gjensidig samarbeid med familien og frivillige vil være en betydelig ressurs også i framtiden. Kommunen skal derfor legge til rette for dette. Denne innsatsen skal ikke erstatte våre lovpålagte oppgaver, men bidra til å opprettholde eller øke kvaliteten på tilbudet til den enkelte. Derfor vil en viktig oppgave være å stimulere til dette.

Hovedmål

- Vi har et formalisert samarbeid med frivillige og kommersielle aktører.
- Vi har et tett samarbeid med brukernes familier der dette er ønskelig.
- Vi samarbeider tett med frivillighetssentralene / senter for frivillighet.

Resultatmål

- Vi har inngått partnerskapsavtale med frivillige og kommersielle aktører. I første omgang innen demensomsorgen, psykisk helse og til personer med rusproblemer.
- Vi har inngått partnerskapsavtaler (individuelle planer) med familien når bruker og familien er enige om dette.
- Vi har avklart samarbeidet opp mot kommunens to frivillighetssentraler / senter for frivillighet.

⁹ Kommunene får en plikt til å sørge for tilbud om døgnopphold for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp. Hvem dette vil gjelde for vil bli klarlagt senere.

6.5 Samarbeid med spesialisthelsetjenestene, fastleger, privatpraktiserende fysioterapeuter og andre

Innledning

En stor utfordring i planperioden er å bedre det faglige samarbeidet innad i kommunen og mellom kommunen og spesialisthelsetjenestene. Skal helse- og omsorgstjenesten lykkes i å tilrettelegge for kvalitative gode tjenester må samarbeidet forstås som et gjensidig ansvar. Dette forutsetter at spesialisthelsetjenestene må endre seg i takt med kommunenes nye rolle (jfr. blant annet samhandlingsreformen). De må blant annet bidra med kompetanseutvikling/oppbygging. Noe som vil forandre at samhandlings- og koordineringsfunksjonene har en tydelig organisatorisk og ledelsesmessig forankring.

Innad i kommunen ser vi blant annet at fastlegene ikke er godt nok integrert i helse- og omsorgstjenesten. De har / vil ha en sentral rolle når det gjelder kommunens mulighet til å sikre helhetlige og koordinerte tjenester. Dette gjelder både i et forebyggende og behandlende perspektiv. Det vil være nødvendig å gjennomgå dagens ordning/avtaler når det gjelder bruken av allmennlegeressursene. Dette for å sikre en god og profesjonell styring basert på et forpliktende samarbeid.

Allmennlegene har en viktig funksjon i forhold til offentlige legeoppgaver som blant annet lege ved helsestasjon, i skolehelsetjenesten og ved våre sykehjem.

Kommunen har som mål å tydeliggjøre fastlegenes rolle som en integrert del av helse- og omsorgstjenesten. Spesielt viktig er dette for at kommunen skal kunne oppfylle og gjennomføre kravene i samhandlingsreformen.

Inderøy kommune har kommunalt ansatte fysioterapeuter og fysioterapeuter med driftsavtale/tilskudd. Deres rolle er viktig som samarbeidspartnere når det f. eks. gjelder helsefremmende og forebyggende arbeid generelt og behandlings- og rehabiliteringstilbud spesielt til kommunens befolkning. Det er derfor nødvendig å gjennomgå dagens avtaler og samhandlingsmønster for å møte kommunens utfordringer på en god måte.

Inderøy kommune ser også at målet med en helhetlig helse- og omsorgstjeneste fordrer at alle faggrupper, uansett organisatorisk plassering, bidrar på system- og individnivå. Kommunens intensjon er at god samhandling oppnår vi først når de ulike tjenesteområdene/faggruppene evner og "løse" felles oppgaver for og nå felles/omforente mål, ved å utføre oppgavene på en koordinert og effektiv måte.

Hovedmål

- Vi har inngått en samarbeidsavtale med helseforetaket som ivaretar kommunes behov.
- Vi har etablert rutiner for samhandling for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester.
- Vi har reforhandlet avtalene med fastlegene og fysioterapeuter med driftsavtale, slik at de er i overensstemmelse med kommunens nye rolle/oppgaver.

Resultatmål

- Vi har jevnlig møter med helseforetaket hvor hovedfokus er samarbeidsavtalen og praktiseringen av denne.
- Vi har en koordinator for brukere som har sammensatte tjenester.
- Vi samarbeider godt med fastlegene der dette er nødvendig og ønskelig.
- Vi har utredet behovet for interkommunalt samarbeid, eventuelt samarbeid med andre aktører.
- Vi har inngått nye avtaler med fastlegene og fysioterapeutene som har driftsavtale.

6.6 Forvaltning og dokumentasjon

Innledning

Inderøy kommune skal sikre brukere av våre tjenester trygge tjenester. Kommunen vil arbeide systematisk med sikkerhet og kvalitetsforbedrende tiltak. I forbindelse med ny helse- og omsorgslov er skille mellom helse- og omsorgstjeneste slik de er i dag opphevet.

Kommunen ser for seg at kravet om dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger forsterkes og skal skje elektronisk. Vi forutsetter at det etter hvert vil foreligge sentrale funksjonskrav og standarder og en sertifisering av programvare.

Kommunen skal ha ett fagsystem for alle faggrupper. Alle som mottar helse- og omsorgstjenester skal ha vedtak, med mindre annet er bestemt.

Vi vet at kravet til dokumentasjon vil øke. Selv om avvik ikke bør forekomme, ser vi på avvik som noe positivt i den forstand at dette er noe vi skal lære av, slik at situasjonen som har ført til avvik ikke oppstår igjen.

For å sikre faglig og økonomisk effektive tjenester skal vi samle vedtaksmyndigheten for tjenester ytt av avdeling for Bistand og omsorg og tjenester innen psykisk helsevern og rus.

Hovedmål

- Vi har samlet vedtaksmyndigheten. Denne skal også fungere som en “postkasse” overfor innbyggere, spesialisthelsetjenesten og andre samarbeidspartnere.
- Vi har et sett av tjenester som gjør at brukeren opplever å bli optimalt ivaretatt i f.h.t. hjelpebehov.
- Vi skal legge til rette for koordinerte (sømløse) tjenester i aktivt samarbeid med brukeren.

Resultatmål

- Alle som mottar tjenester ytt av Bistand og omsorg og innen psykisk helse skal ha vedtak om hvilke tjenester som skal ytes. Tjenestene er preget av høy faglighet og individuelt tilpasset.
- Vi har et tverrfaglig sammensatt saksbehandlerteam som ledes av en koordinator.
- Alle har fått opplæring i, og kan bruke fag- og kvalitetssystemene.
- Vi bruker IPLOS¹⁰ aktivt.
- Vi har utarbeidet standarder (rutiner) for å oppfylle kravet om dokumentasjon.
- Vi evaluerer alle vedtak minimum en gang per år, eller ved endring i behov.

6.7 Organisering/drift

Innledning

Inderøy kommune har en organisasjon som er inndelt i ulike virksomheter. Utfordringen er å arbeide mot felles mål. Dette gjelder på system og individnivå. Denne planen vil utfordre dagens innretning ved at de ulike tjenesteområdene må arbeide mye tettere, for eksempel i forbindelse med den forebyggende innsatsen og det å sikre et helhetlig pasientforløp. Skal vi som kommune lykkes, må vi tenke og handle helhetlig. Prosessene (tjenestene) må sees på tvers og ikke stykkevis og delt. Innen helse og omsorg vil vi trenge tilgang til nytt personell, samtidig som vi skal ha fokus på å beholde de vi har så lenge som mulig. Vi må derfor arbeide aktivt med kompetanseheving, rekruttering, ressursutnyttelse gjennom å arbeide smartere. Og være villige til å forsøke nye arbeidstidsordninger, bedre mulighetene til økte stillingsstørrelser. Vi har som mål at tilgjengelig kompetanse skal kunne benyttes til beste for den enkelte bruker. Noe som fordrer en større fleksibilitet enn det som er situasjonen i dag. Et annet forhold er å tydeliggjøre hva som er kommunale oppgaver og hva som ikke er det.

Ledelse og arbeidsmiljø vil ha stor betydning for vårt omdømme, det å være attraktiv for nye medarbeidere, trivsel og så lavt sykefravær som mulig og ikke minst beholde de ansatte vi har i dag. Fokus på godt arbeidsmiljø er noe vi har felles ansvar for. Inderøy kommune skal derfor ha fokus på forhold som bidrar til dette. Ledelsens

¹⁰ IPLOS er et nasjonalt register med data som beskriver bistandsbehov til de som søker om eller mottar kommunale helse- og omsorgstjenester og hvilke tjenester som ytes. IPLOS har som mål å sikre en entydig forståelse og lik registrering av IPLOS-opplysningene uavhengig av hvem som registrerer og hvor registreringen skjer. Den inngår som en del av den ordinære saksbehandlingen.

betyding for og lykkes ser kommunen på som meget viktig. Derfor vil kommune sørge for at ledere gis mulighet til å utøve ledelse slik vi ønsker det. Kommunen ser på ledelse som den viktigste enkeltfaktoren i gjennomføringen av denne planen. For at vi skal sikre eierskap til planen, er det nødvendig at vi informere aktivt overfor innbyggerne, ansatte, politikerne og samarbeidspartnerne.

Hovedmål

- Vi skal overfor innbyggere, samarbeidspartnere og brukere framstå helhetlig.
- Vi skal ha fokus på de faktorer som bidrar til godt og utviklende arbeidsmiljø.
- Vi skal ha en aktiv rekrutteringsplan.
- Vi har ledere som er tydelige og involverende.
- Vi har vedtak som er tydelig i forhold til hva som er kommunens ansvar.

Resultatmål

- Våre ansatte kjenner innholdet i helse- og omsorgsplanen og hva som skal til for at planen kan gjennomføres.
- Vi informerer aktivt om innholdet og hvilken betydning dette vil ha for kommunens innbyggere.
- Vi har tydeliggjort hvilket ansvar som er tillagt de ulike lederfunksjonene.
- Vi har fokus på faglig og økonomisk effektivitet.
- Vi har som mål at flest mulig skal ha tilbud om hele stillinger.
- Vi har turnuser som ivaretar behovet for fleksibilitet og muliggjør økte stillingsandeler.
- Vi arbeider kontinuerlig med kompetanseheving.
- Vi har tilrettelagt for aktiv brukermedvirkning.
- Vi skal gjennomføre brukerundersøkelser annet hvert år.

6.8 Demensomsorg

Innledning

Ei stor målgruppe for Inderøy kommune er de som har eller vil utvikle demenssykdom. Inderøy kommune skal fortsatt arbeide for å gi denne målgruppa, og deres pårørende, et differensiert og trygt tilbud. Kommunen skal derfor sikre god kunnskap om demenssykdommer og ulike behandlingsformer. Kommunen skal arbeide med opplysning, informasjon og opplæring. Målgruppen vil være egne ansatte, brukerne og deres pårørende og lokalsamfunnet.

Inderøy kommune skal arbeide for å sikre innbyggerne med demenssykdom et godt tilbud slik at de kan bo i opprinnelig bolig lengst mulig, kommunen skal tilrettelegge for gode hjemmetjenester, avlastning og dagtilbud. Ved begge sykehjemmene er det et botilbud for de som ikke kan bli boende i opprinnelig bolig eller i omsorgsbolig. Statistisk regner vi med at i aldersgruppen 65-69 år har 0,9 % en demenssykdom. I aldersgruppen 70-79 år 8,2 %, i aldersgruppen 80-89 år 49,3 % og de over 90 år

40,7 %. Statistikken viser at kommunen i planperioden vil få en liten reduksjon i antall eldre 80 år og eldre. Mens kommunen får en stor økning i aldersgruppen 67-79 år.

Hovedmål

- Vi har etablert et tverrfaglig demensteam som ledes av en demenskoordinator.
- Vi har utarbeidet et eget opplegg for informasjon om demenssykdommer.
- Vi har tilbud om pårørendeskole.
- Alle innbyggere der det er mistanke om demenssykdom skal ha tilbud om utredning.
- Vi har tilbud om dagopphold, eventuelt nattopphold ved begge sykehjemmene.
- Vi skal utrede behovet for spesielt tilrettelagte plasser for de som har behov for et mer skjerma botilbud grunnet utagering etc.

Resultatmål

- Vi har utarbeidet en informasjonsfolder om demens. Pårørendeskole inngår i dette.
- Vi har et demensteam. Teamet ledes av en koordinator. Lege inngår i teamet.
- Vi har tilbud om avlastning og dagopphold og om nødvendig, nattilbud.
- Vi samarbeider godt med fastlege og spesialisthelsetjenesten.

6.9 Barnevern

Innledning

Barn og unge som vokser opp i Inderøy kommune har krav på rett hjelp til rett tid, når de har behov for det. Den enkelte skal være i fokus, og samtidig ses som en del av en *helhet*. Dette innebærer at vi ser barn og unge i sammenheng med sine relasjoner i sitt sosiale nettverk. Barn og unge skal også ses i sammenheng med, og som en del av, de sosiale og økonomiske rammebetingelsene som finnes rundt barnet og dets familie. Vi møter barn, unge og foreldre med et syn om at de selv er aktivt handlende *subjekt* og at de former sine liv ut fra de betingelsene de har. Når det oppstår et hjelpebehov søker vi løsninger sammen med dem ut fra et ressursperspektiv. Vi opptrer med *åpenhet og tydelighet* overfor barn, unge og foreldre på alle områder som angår dem. Vi legger forholdene til rette slik at endring og *utvikling* blir mulig.

Barnevernet skal være en garanti for at alle barn og unge sikres omsorg, trygghet og utviklingsmuligheter. Barnevernet skal ta vare på de mest utsatte barna, gjennom å sette inn nødvendige hjelpetiltak. I tillegg skal barnevernet jobbe forebyggende.

Vi jobber ut fra et relasjonsperspektiv i forhold til brukerne, og anser det som et viktig grunnlag for best å kunne ivareta en løsningsfokustert tilnærming i arbeidet. Det er derfor viktig at stabiliteten og kompetansen i barnevernteamet beholdes.

De barn som får hjelp tidlig har bedre muligheter for å bli mestrende og kompetente personer senere i livet. Derfor skal de oppleve en “dør” inn til de ulike hjelpetjenestene som tilbyr en tidlig tverrfaglig innsats.

Hovedmål

- Barn og unge i Inderøy skal vokse opp under trygge oppvekstforhold.
- Vi fokuserer på de ressursene som er i barnets nettverk, og at løsningene skal finnes sammen med barnet, den unge og deres familier.
- Vi har et spesielt blikk på de minste barna, og sørger for at innsatsen settes inn tidlig og at den er tverrfaglig.

Resultatmål

- Alle som jobber med barn og unge har kompetanse til å ivareta barneperspektivet, og har rutiner for å melde bekymring til barneverntjenesten.
- Barn, unge og deres foreldre mottar tiltak som kan være kompenserende, utviklende eller kontrollerende.
- Barn og unge skal vokse opp uten å oppleve vold, seksuelle overgrep, rusmisbruk og annen form for omsorgssvikt i heimen.
- Barneverntjenesten har et stabilt og kompetent team som ser den enkelte.
- Inderøy Familiesenter gir barn, unge og deres foreldre et helhetlig tilbud.

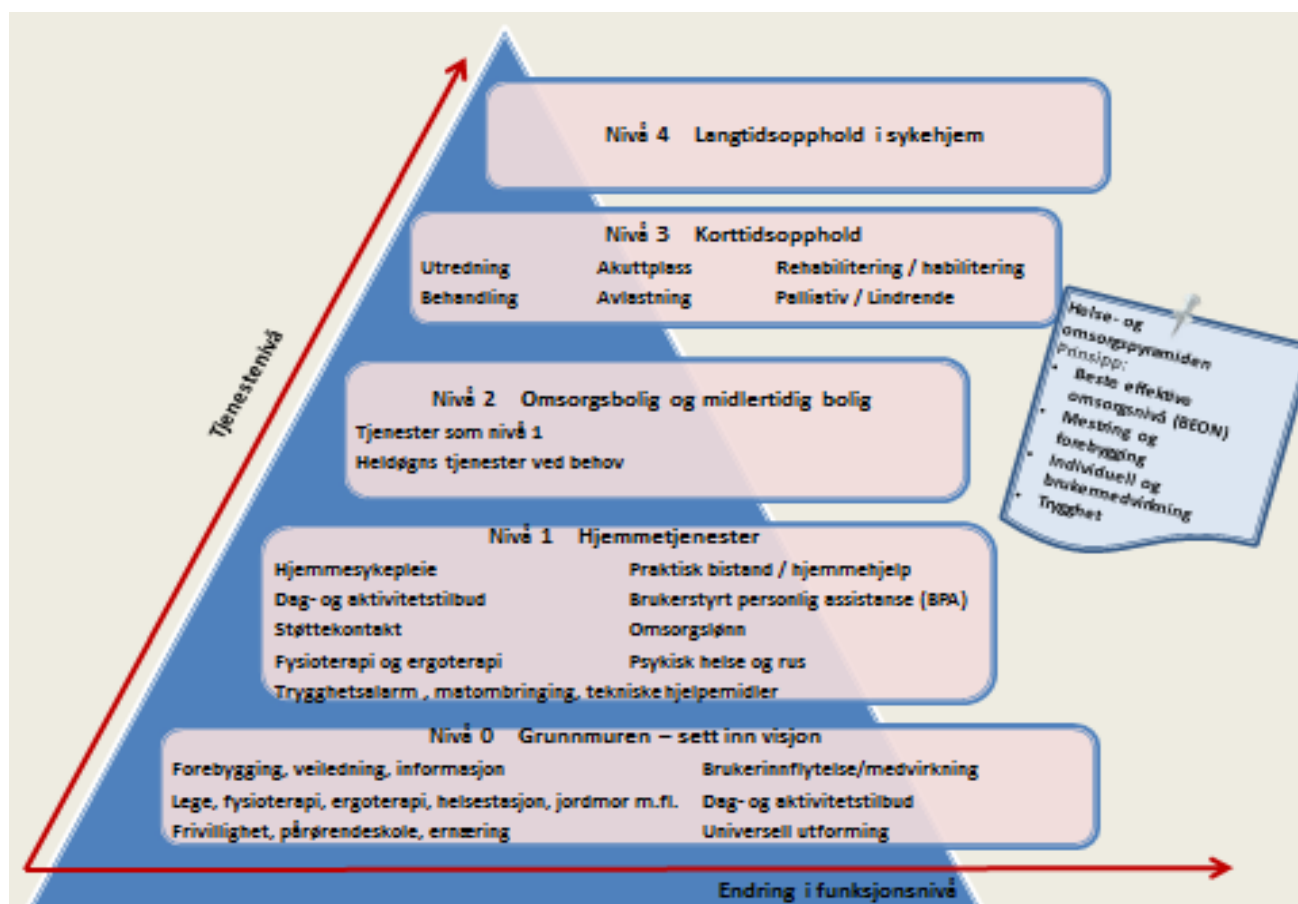
7. Framtidige behov

Inderøy kommune står overfor store utfordringer i den kommende planperioden. Dette som følge av: kommunesammenslåing, samhandlingsreformen, nyrekruttering og beholde de som arbeider hos oss i dag, forebygging, økonomi, oppdatering og ny kunnskap, intern og ekstern samhandling med mer. Kommunen har sett på alderssammensetning hos de som arbeider innen helse- og omsorgstjenesten i dag. Tar vi utgangspunkt i et pensjoneringstidspunkt ved fylte 62 år, vil ca. 45 personer slutte fram mot 2020 (NB tallene gjelder kun for Inderøy, tilsvarende oversikt for Mosvik foreligger ikke pt).

Helse- og omsorgstjenesten vil møte innbyggere i alle aldersgrupper. Derfor ser vi et større behov for å satse på forebygging, bredere kompetanse og helhetlig tenking. For å sikre våre innbyggere gode tjenester innen gitte økonomiske rammer, vil internt og eksternt samarbeid måtte tilstrebes. Det er derfor nødvendig at vi kontinuerlig har fokus på hvordan vi samhandler og drifter våre tjenester.

Vi kan anta at nye brukere vil stille andre krav. Noe som vil utfordre oss i måten vi samhandler med brukerne på, fleksibilitet, kvalitet/faglighet, etc.

For å møte utfordringene Inderøy kommune står overfor, skal vi arbeide etter BEON-prinsippet. Dette kan illustreres ved omsorgspyramiden på neste side:



Omsorgspyramiden viser hvordan tjenestetilbudet skal innrettes. Helse- og omsorgstjeneste i Inderøy skal ha fokus på hva den enkelte bruker mestrer eller vil ha mulighet til å mestre. Derfor blir det viktig å legge til rette for at hver enkelt gis mulighet og bevisstgjøres på egne ressurser. Hovedansvaret for eget liv og hva som skal til, er den enkelte innbyggers ansvar. Inderøy kommune skal arbeide for å legge til rette for nødvendige tjenestetilbud som er i samsvar med sentrale og lokale føringer. Det skal i utgangspunktet være samsvar mellom funksjonsnivå og tjenestenivå.

8. Tiltaksplan / økonomiske konsekvenser

Kapittel 8 vil først bli ferdigstilt i forbindelse med endelig forslag til helse- og omsorgsplan.

Vedlegg 1

Utgiftsbehov og justert innbyggertall

For å beregne en kommunes *justerte* innbyggertall, bruker vi tall fra statens inntektssystem for kommunene. I denne sammenhengen skal vi ikke redegjøre for kommunenes inntektssystem fullt ut, men bare kort forklare de delene av inntektssystemet som gjør det mulig å forstå hvordan vi kommer fram til det justerte innbyggertallet.

Driftsforutsetningene for norske kommuner varierer betydelig – noen kommuner har lange avstander og få innbyggere, andre har mange innbyggere konsentrert på et lite areal, noen kommuner har mange eldre og få barn, andre har mange unge og få eldre, de sosiale utfordringene varierer, osv. To kommuner med samme innbyggertall trenger ulik sum penger for å drive kommunen fordi driftsforutsetningene er så forskjellige.

Når vi beregner det justerte innbyggertallet, tas det hensyn til disse driftsvariasjonene. Vi justerer kommunens innbyggertall slik at vi kan ha som forutsetning at alle kommuner har samme mulighet for å gi hver justert innbygger like mye tjenester med samme kvalitet for samme sum penger. En kommune som har ”tunge” driftsforutsetninger (eksempelvis tynt befolket over lange avstander og mange eldre innbyggere) får flere ”justerte innbyggere” enn det reelle innbyggertallet. En kommune som har ”lette” driftsforutsetninger (få eldre, korte avstander) får færre ”justerte innbyggere” enn det reelle innbyggertallet.

I sitt årlige budsjettvedtak bevilger Stortinget en sum penger som skal dekke kommunenes utgiftsbehov – der utgiftsbehovet er å betrakte som de pengene kommunene trenger for å ”drive” kommunene. Ved å dele det samlede utgiftsbehovet på antall innbyggere i riket, får vi det gjennomsnittlige utgiftsbehovet per innbygger. I 2010 vedtok (beregnet) Stortinget at det samlede utgiftsbehovet til norske kommuner var 158,5 milliarder kroner. Dette tilsvarer et gjennomsnittlig utgiftsbehov på kr 32.843 per innbygger.

Inntektssystemet for kommunene i Norge forutsetter at det skal være (full) utgiftsutjevning ut fra utgiftsbehovet. Det betyr at de kommunene som hadde mindre utgiftsbehov fikk mindre enn 32 843 kr per innbygger i statlig overføring i 2010, kommunene som hadde større utgiftsbehov fikk mer. Utgiftsbehovet beregnes gjennom indekser. Indeks 1 betyr at en kommune har et utgiftsbehov som tilsvarer det gjennomsnittlige utgiftsbehovet for landet, og denne kommunen fikk overført 32 843 kr per innbygger. En kommune som eksempelvis hadde en behovsindeks på 1,1 eller på 0,9, har et beregnet utgiftsbehov som er henholdsvis 10 prosent over og 10 prosent under landsgjennomsnittet. De statlige overføringene varierer tilsvarende.

Utgiftsbehovet beregnes gjennom 25 kriterier, og hvert kriterium har ulik vektning. Transportutfordringene (reisetid og avstander) internt i kommunen beregnes gjennom 3 ulike kriterier. Aldersgrupper, antall arbeidsledige osv. er eksempler på andre kriterier. Ved hjelp av de 25 kriteriene kan det beregnes et samlet utgiftsbehov for hele kommunen og det berignes et utgiftsbehov for 7 ulike sektorer: pleie og

omsorg, helse, skole, barnehage (ny fra 2011), barnevern, sosialtjenester og administrasjon (med landbruk).

Det *justerte* innbyggertallet framkommer ved å multiplisere innbyggertallet i en kommune med kommunens behovsindeks. Hvis en kommune eksempelvis har 5200 innbyggere og et utgiftsbehov på 1,24, blir det justerte innbyggertallet 6448 ($5200 \times 1,24 = 6448$). Er kommunens indeks for utgiftsbehov mindre enn 1 blir altså det justerte innbyggertallet mindre enn kommunens reelle innbyggertall.

Tilsvarende kan en beregne justert innbyggertall når en skal analysere sektorer.

Når vi ser på KOSTRA-tall og sammenligner eksempelvis både netto driftsutgifter per innbygger og netto driftsutgifter per justert innbygger. Kan det hevdes at en sammenligning av utgifter per justert innbygger er "riktigere" fordi vi da kan forutsette at hver enkelt justert innbygger genererer samme utgiftsbehovet for kommunen. Ved å beregne det justerte innbyggertallet, øker eller minker vi den enkelte innbyggers betydning for utgiftsbehovet tilsvarende den prosentandelen som behovsindeksen ligger over eller under landsgjennomsnittet. Innbyggertallet justeres med andre ord slik at hver innbygger genererer samme utgiftsbehov.

Behovsindeksene blir for den enkelte kommune dokumentert årlig i forbindelse med statsbudsjettet: "Inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner 2011. Grønt hefte".

Kunnskapsgrunnlaget for beslutningen om hvilke kriterier som skal inngå i beregningen av utgiftsbehovet med hvilken vektning, er meget komplekst, og er i stor grad basert på forskning som kan vise hvilke kriterier som har betydning for utgiftsbehovet. En diskusjon av dette grunnlaget, se NOU 2005:18 "Fordeling, forenkling, forbedring. Inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner".

Staten har i 2010 endret kriteriene og kostnadsnøkklene (Grønt hefte), dette vil gi konsekvenser for rammeoverføringene til kommunene i 2011 og i årene framover.