



Evaluering av helse- og omsorgs-tjenestene i Inderøy kommune

En delutredning i prosjektet "Utredning av framtidens helse- og omsorgstjeneste"

Utformet av prosjektleder Anne Solberg

22.09.2017

1.1 Bakgrunn

Del-utredningen "Organisasjonsnotat" inngår som et deldokument i kommunens samlede utredning av "Framtidas helse- og omsorgstjenester. Dokumentet er utformet på bakgrunn av innsamlet dokumentasjon og informasjon hentet gjennom kartleggingsøvelser, dokumentgjennomgang, teamarbeid, tilbakemeldinger og refleksjoner som er gjort under prosjektarbeidet. Dokumentet er utformet med sikte på å belyse forutsetninger for effektiv drift og organisering i kommunen, og har til hensikt å bidra med refleksjoner og råd, som kan understøtte kommunens videre prosesser med langtidsplanlegging innen sektoren.

Dokumentet må sees i sammenheng med de øvrige del-notatene fra utredningens arbeid:

-Del-notat Helse IKT og velferdsteknologi

-Del-notat vurdering teknisk og økonomiske bygningsrapport for pleie og omsorgstjenesten i Inderøy Kommune

-Del-notat økonomiske vurderinger, beregning kapitalkostnader ved investering i byggeplan, og effekter på budsjett for pleie- og omsorg

1.2 Formål

I sak fremmet for formannskapet i Inderøy kommune, 92/2015, ble det fattet vedtak om å gjennomføre en utredning av framtidas helsetjeneste i kommunen. I innledningen av mandatet heter det blant annet at: "Rullering av kommuneplanens samfunnsdel gjennomføres, i den forbindelse vurderes og konsekvensbeskrives struktur innen skole, bistand og omsorg. Det planlegges med beslutning i 2017, slik at dette får konsekvens for budsjett 2018. Det gjennomføres innbyggerundersøkelse, og videre dialog med innbyggere og berørte skal vektlegges "

Dette vil si at rådmannen har fått et utredningsoppdrag hvor det skal ses nærmere på fremtidens struktur innen Bistand og omsorg. Det vurderes imidlertid som hensiktsmessig at man tar med relevante tjenester innen enhet for helse og rehabilitering, siden utvalgte tjenester innen denne enheten har en viktig rolle, både innenfor dagens tjenestetilbud og dermed også fremtidens tjenestetilbud. Selv om mandatet skal ta utgangspunkt i et politisk vedtak som setter organisasjonsstruktur på dagsorden, bør utredningen ha fokus på å synliggjøre fremtidig dimensjonering av tjenestetilbud innenfor helse- og omsorg. På denne måten tar man opp de utfordringer kommunen står overfor innenfor demografi, nye reformer mm. Resultatet av dette arbeidet kan bli at man har behov for hensiktsmessige strukturer som støtter opp om helhetlig tjenestetildeling og kvalitativt gode tjenester, samt en hensiktsmessig struktur som gir effektiv ressursstyring.

1.3 Om utredningen

Utredningen tar for seg en sektor som er svært kompleks sammensatt, og til dels vanskelig å få et nyansert oversiktsbilde på. Metodene for å innhente tilstrekkelig datagrunnlag er basert på et slik utgangspunkt, og således tilpasset de ulike særtrekk som kjennetegner de ulike delene av sektoren.

1.4 Noen begrep som benyttes i analysen

Funksjonsnivå: Beskriver mestringsevne ihht aktiviteter i dagliglivet. Helsepersonellet vurderer funksjonsnivå hos brukere ved bruk av kartleggingsverktøyet **IPLOS**. Ut i fra en skala 1-5 vurderes brukeres mestringsnivå ihht 17 variabler. Når alle variabler er vurdert/skåret beregnes et samlet veiet gjennomsnitt, ved hjelp av vektorer som SSB har utarbeidet. Det beregnede veiede gjennomsnittet vil ligge på skalaen 1-5.

Skalaen deles videre inn i 16 intervaller, hvor brukeren plasseres i en av de 16 funksjonsnivågruppene. 1 tilsier lettere funksjonstap, og 16 tilsvarer svært tunge funksjonstap.

Funksjonsprofil: Viser fordelingen av tjenester til brukere ut i fra vurdert funksjonsnivå.

Funksjonsprofilene kan si noe om tildeling av tjenester skjer ihht befolkningens reelle behov for tjenester. Ved sammenlikning av de ulike tjenestenivåene kan funksjonsprofilene si noe om tildeling av tjenester følger en forventet bruk av BEON som prinsipp for tildeling av tjenester.

BEON: Beste Effektive Omsorgs Nivå: Henviser til et omforent, bærende prinsipp om at all tildeling av tjenester skal skje på beste effektive omsorgsnivå.

Tjenestetrapp

HDO-Institusjon: Heldøgns omsorg institusjon

HDO-Omsorgsbolig: Omsorgsbolig med heldøgns tilbud

Produktivitet: Måler i hvilken grad tjenesteproduksjonen tilfredsstiller krav til bruk av riktig ressursmengde for å produsere vedtatte tjenester til brukerne.

2.0 Metode

Kommunens tjenester innen helse- og bistand og omsorg er svært komplekse og sammensatte, noe som kan gjøre det vanskelig å få et helhetlig og nyansert inntrykk av sektoren. Det har lagt føringer for hvilke metoder man valgt å ta i bruk, for å sikre tilstrekkelig informasjon og data, for analyser som ligger til grunn for utredningens anbefalinger. I samråd med bestiller av utredningen er det valgt en metodisk tilnærming, basert på kvalitative og kvantitative metoder.

2.1 Analyse av eksisterende datagrunnlag

- Oversikt på kommunens institusjoner og boliger
- Relevante plandokumenter
- Tidligere gjennomførte tilstandsvurderinger av bygningsmasse
- Rapporter fra Profil: IPLOS-vurderinger, fordeling av tjenester basert på funksjonsnivå
- Framsikt (KOSTRA-tall): Befolkningstall, befolkningsutvikling og befolkningssammensetting.
- Framsikt analyse: Kostnader og prioritering av kommunens tjenester

2.2 Organisering av utredningen:

Utredningen har vært organisert som et prosjekt. Undertegnede har vært prosjektleder. Prosjektet har hatt en administrativ styringsgruppe bestående av representanter fra rådmannens stab, og en politisk styringsgruppe bestående av formannskapet i kommunen. Tillitsvalgte og to enhetsledere har deltatt i administrativ styringsgruppe.

Prosjektleder har fulgt en prosessbasert tilnærming til prosjektledelse, hvor styringsgruppen har utøvd sin styring og beslutning gjennom gitte beslutningspunkter i definerte faser for prosjektet. Se dokument 1.0.2 Prosjektbegrunnelse for nærmere beskrivelse.

I den praktiske gjennomføringen av utredningen har prosjektet etablert arbeidsteam som gjenspeiler tema som det har vært naturlig å berøre i dette utredningsarbeidet. Det har vært utarbeidet arbeidspakker med tema og problemstilling som hvert team har hatt ansvar for å utrede i samarbeid med prosjektleder. Arbeidsteamene har arbeidet ut i fra metodikk for pasientforløp/ tjenestereise, hvor prosesskartlegging har lagt grunnlag for felles problemforståelse for såkalte "hull" eller svakheter i det sammenhengende tjenestebildet. Med utgangspunkt i forløpstenkning har teamene bidratt med innspill og forslag til forbedringsområder, tiltak og løsninger. Se avsnitt 2.6 for nærmere beskrivelse av metode for pasientforløp/ tjenestereise

1. Folkehelse, mestring, hverdagsrehabilitering og rehabilitering
Tildeling, vedtak og forvaltning
Helse IKT og velferdsteknologi
2. Legetjeneste, Ø-hjelp, legevakt, kommunal akutt døgnbehandling og
ekstern samhandling
3. Institusjonsomsorg og hjemmebasert omsorg

- Psykiatri og rustjeneste
- Barn med behov for koordinerte tjenester
- 4. Økonomi og personal
Eiendom
- 5. Frivillighet og pårørende

For å kunne danne et bakteppe for en fremtidig organisering og dimensjonering av helse og omsorgstjenestene i kommunen har det vært nødvendig å få kartlagt nå-situasjonen. Det er i analysen lagt vekt på å gjennomføre måling av produktivitet og effektivitet av tjenestene slik de driftes pr i dag. Å framskaffe objektive, entydige målinger av produktivitet i helsetjenester er imidlertid ingen enkel oppgave. Det er lett å telle antall behandlede pasienter og relatere antallet til ressursinnsats for eksempel målt ved årsverk eller timeverk. Det er imidlertid viktig å være observante på at slike mål forteller oss lite om helsetjenestens egentlige produktivitet. Slike analyser gir oss i beste fall et teoretisk øyeblikksbilde om samsvar mellom tildeling av tjenester og kommunens dimensjonering og kapasitet koplet opp mot pasientpopulasjonens behov for helse- og omsorgstjenester, på det aktuelle tidspunktet hvor målingene gjennomføres. Prosjektleder har tvilt seg fram til at vi gjennomfører en slik analyse som en del av utredningen i prosjektet. Målet med denne delen av utredningen er å gi interessentene for prosjektet et inntrykk av hvorvidt det foreligger samsvar mellom behov og dimensjonering, samsvar mellom forventinger til tjenestenes leveranser, utnyttelsesgrad av kommunens ressursinnsats og praksis for tildeling av tjenestene i kommunen. Samlet vil funn i denne delen av utredningen kunne legge grunnlag for å anslå forventninger til framtidig dimensjonering av de framtidige tjenestetilbudene i kommunen.

2.3 Tallmateriale, statistikk og dokumentanalyser.

Prosjektet har hentet tallmateriale fra Framsikt (Plattform/verktøy for framstilling av KOSTRA-tall), Rapporteringsmodul fra kommunens personaldatabase, Rapportmodulen i kommunens elektroniske pasientjournal Profil og SSB Tallmaterialet er benyttet som grunnlag for å beskrive sentrale utviklingstrekk i kommunen generelt, og for helse- bistand og omsorg spesielt.

Det er gjennomført gjennomgang av kommunens plandokumenter for sektoren, og tidligere utredningsarbeid som er gjennomført i kommunen. Prosjektleder har også gått gjennom tilsvarende plandokumenter og utredninger i utvalgte nærkommuner, og for kommuner som Inderøy kommune kan forventes å være sammenliknbare med.

Det er gjennomført gjennomgang av dokumenter med relevant forskning på området, og sentrale dokumenter som angir lovpålagte oppgaver eller føringer for kommunens innretning av området helse- bistand- og omsorg.

Analyser i dokumentet har fokus på lønn som produksjonskostnad, og man har valgt å holde inntekter utenfor analysegrunnlaget, da de varierer med andre forhold enn brukernes pleietyngde og behov. Når produksjonskostnader beregnes er det lønnskostnader knyttet til personell i direkte brukerrettet virksomhet som står i fokus. Lønnskostnadene til disse omfatter alle kostander, inkl

variabel lønn, vikarer, sosiale utgifter osv Konklusjoner som trekkes i forhold til nåværende og framtidige økonomiske rammer, produktivitet med videre har altså kun relevans for lønnskostander i direkte brukerrettet produksjon. (Etter modell fra Rune Devold) Begrepet økonomiske rammer må i denne sammenheng ikke forstås som budsjettammer i vanlig forstand som også rommer andre driftsutgifter (tjenester som ikke står i direkte pasientrettet produksjon), overføringer, kapitalkostnader, inntekter osv.

For nærmere oversikt på de sentrale dokumenter for denne gjennomgangen se vedlagte referanseliste.

2.4 Omsorgstrappa og BEON-prinsippet

Det er allmenn enighet om at det er fornuftig at kommunene innretter helse- og omsorgstjenestene etter det såkalte BEON-prinsippet, hvor BEON er en forkortelse for Beste Effektive Omsorgs Nivå. I henhold til BEON-prinsippet er det et mål å yte tjenester på et slik nivå at det ikke fratar eller hemmer brukerens egenaktivitet og evne til å hjelpe seg selv. BEON-prinsippet følges opp ved å bruke den såkalte helse- og omsorgstrappen der tilbudene innen helse- og omsorgstjenesten sorteres fra de mest til de minst ressurskrevende tjenestene.

En god og effektiv hjemmetjeneste er nøkkelen til å oppnå effektivitet i hele omsorgstrappa. Mange kommuner erfarer at det er stor variasjon i tildeling av tjenester. I hovedregel skal det være samsvar mellom funksjonssvikt hos brukeren og den mengde tjenester brukeren skal motta. Ved tildeling av tjenester i kommunen brukes IPLOS som verktøy for å vurdere den enkelte brukers funksjonsnivå. Det vil være en viktig del av utredningen å se på sammenhengen mellom skåring av funksjonsnivå, og tildeling av antall timer. En framstilling av slik sammenheng kan si noe om innretningen av hjemmetjenestene i kommunen. Finner man sammenhenger som viser at kommunen gir få timer til svært mange brukere kan dette gi en indikasjon på effektiviteten i tjenesten, og hvorvidt tjenesten evner å prioritere tilstrekkelig bistand til brukere med større behov.

I hvilken grad kommunen evner å fordele sine tjenester i henhold til omsorgstrappen sier noe om helse- og omsorgstjenestenes kapasitet, kvalitet og effektivitet. Vurdering av kommunens tjenester opp i mot en "ideell" omsorgstrapp legger derfor grunnlaget for systematikk (den røde tråden) i denne organisasjonsrapporten.

2.5 IPLOS

Analysene i utredningen benytter IPLOS-individdata fra kommunens elektroniske pasientjournal Profil, her ligger også informasjon om pasientenes funksjonsnivå og tjenester som brukerne har vedtak på i kommunen. Data som er hentet ut fra Profil er avidentifisert og behandles på bakgrunn av gjeldende regelverk for saksbehandling i kommunen. Det er inngått databehandleravtale i samsvar med krav fra Datatilsynet (Personopplysningsloven, IPLOS-forskriften og Helseregisterloven)

Det forutsettes at kommunen har gjennomført og dokumentert IPLOS ihht nasjonal veileder for dette.

IPLOS ble innført i Inderøy kommune 2004/2005. Kommunen har arbeidet godt med innføring av IPLOS ved registrering og vurdering av nye pasienter. Kvalitetssikring av kommunens registrering av IPLOS viser likevel at registrering av IPLOS kan mangle på enkelte brukere, samt at IPLOS kan være foreldet. Forklaringer på dette kan være at brukere med aktive tjenester, har vedtak som i systemet har gått ut på dato. En annen årsaksforklaring som blir presentert er at brukere kan ha avsluttet tjenester uten at dette er fullstendig saksbehandlet i kommunens systemer, noe som kan føre til at feil data fanges opp følger med i kommunens rapportering til SSB.

IPLOS er et av flere verktøy som benyttes av kommunen som grunnlag for vurdering av tildeling av tjenester.

IPLOS-data og kommunens elektroniske pasientjournal Profil gir tilgang til kriteriefordeling og rapportert som kan anvendes som styringsdata i tjenesten. Dette er data som til nå ikke har vært i bruk. Fordi dette er data som ikke har vært etterspurt eller benyttet til budsjett og ressursfordeling i kommunen, har ledere og ansatte heller ikke opparbeidet kompetanse på systematisk bruk av slike data. Ideelt sett kunne man sammenstille slike data med økonomisk data, som grunnlag for ressursstyring og styring i og av kommunens tjenester, både internt i Helse- og omsorgstjenestene, men også på tvers av kommunens tjenesteområder.

2.6 Metode for pasientforløp/ tjenestereise

Diagnosebaserte behandlingslinjer har hatt suksess i spesialisthelsetjenesten. Det er utviklet behandlingslinjer nasjonalt og regionalt. Mange har ment at resultatene som oppnås ved bruk av standardiserte pasientforløp og behandlingslinjer kan bli enda bedre om man strekker disse ut slik at de også omfatter tiden både før og etter et sykehusopphold. Det kan virke logisk, men både forutsetninger og målsettinger med behandlingen er annerledes i primærhelsetjenesten.

En viktig erfaring har vært at spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten tenker forskjellig om pasientforløp. (A. Grimsø:2012) Mens utvikling av pasientforløp i spesialisthelsetjenesten er basert på faglige retningslinjer for enkeltdiagnoser, er hovedmålet for utarbeidelse av pasientforløp i kommunehelsetjenesten å ivareta pasientens samlede medisinske behov og funksjonsevne, samtidig som forløpet må legge til rette for at pasienten skal greie seg selv på best mulig måte. I kommunen må pasientforløp tilpasses den enkelte bruker eller pasients preferanser, og også kunne ivareta det forhold at de fleste pasientene har flere diagnoser. 90 % av alle pasienter i allmennpraksis, som hører til aldersgruppen over 70 år, har mer enn en kronisk sykdom. I behandlingen og oppfølgingen av disse pasientene må man kompromisse mellom flere retningslinjer og mål. I tillegg må man tilpasse behandlingen slik at pasienten kan greie seg selv best mulig.

Ved utvikling av pasientforløp for kommunehelsetjenesten ser man derfor på hva som er felles behov og tiltak for ulike pasientgrupper, strukturerer disse og setter dem sammen til ett helhetlig kommunalt pasientforløp. Det medisinske aspektet sikres gjennom etablering av faste rutiner for involvering av fastlegen.

Et kommunalt pasientforløp utvikles av den enkelte kommune, og beskriver en normert prosess for hovedvekten av pasienter i kommunen. Det kommunale pasientforløpet fungerer som modell for den enkelte pasientens forløp, og må tilpasses den enkelte pasienten eller brukeren der dette er nødvendig. Det strukturerte forløpet vil i virkeligheten bli annerledes enn det prosessmodellen viser. Prosessmodellen representerer i praksis en kvalitetssikring av hva som skal gjennomføres for alle pasienter som skal motta kommunale tjenester. Helt sentralt i beskrivelsen av et kommunalt pasientforløp er beskrivelse av rutiner for flyten av informasjon.

Et standardisert pasientforløp i kommunen skal sikre at pasientene mottar en raskt, forutsigbar og helhetlig tilbud gjennom diagnostikk, utredning, behandling og oppfølging.

Fastlegerollen koordinerer i praksis deler av pasientforløpet, enten pasienten kun mottar kommunale tjenester eller om pasienten også mottar tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Det er derfor viktig med et godt samarbeid mellom fastlegen, sykehuset og kommunehelsetjenesten underveis i pasientforløpet.

I forbindelse med sykehus innleggelse og behandling i sykehus skal spesialisthelsetjenesten sørge for koordinering av tjenestene. Koordineringen i sykehuset ivaretas av pasientansvarlig lege, en sykepleier eller av en spesielt ansatt koordinator.

Koordinatorer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasienten og sikre samordning av tjenestetilbudet og framdrift iht det definerte pasientforløpet. Kommunens plikt til å oppnevne koordinator gjelder når pasienten har behov for langvarige og koordinert tjenester. Koordinator for oppfølging av pasientforløp i kommunen kan legges til ressursykepleier (kontaktsykepleier), spesialisykepleier, fastlege eller også til egen koordinatorstilling som kommunen oppretter. Et viktig prinsipp med utvikling av pasientforløp er at ingen pasient skal bli overlatt til neste tjenesteledd uten at det er oppnevnt et kontaktpunkt og neste aktivitet er avtalt.

2.6.1 Kartlegging av det kommunale pasientforløpet i Inderøy kommune

Gjennom prosjektet har prosjektleder arbeidet med kartlegging av det kommunale pasientforløpet i Inderøy kommune.

Det ble gjennomført kartleggingsøvelser som ledd i arbeidet med å utarbeide en felles forståelse og enighet om pasientforløp, samhandling og tildelingspraksis for "nå-situasjonen" i kommunen. Dette arbeidet er lagt til grunn for analysene i 0-alterantivet, og også for forslagene som er skissert til pasientforløp i 1- og 2-alterantivene.

For hvert element i det beskrevne kommunale pasientforløpet er det gått gjennom samtlige etablerte prosedyrer og sjekklister i kommunens kvalitetsstyringssystem EQS.

Videre er det arbeidet med forbedringstiltak, endringstiltak og OU-tiltak hvor det opprinnelige skisserte kommunale pasientforløpet er foreslått justert for å understøtte ulike forslag om framtidens helse- og omsorgstjeneste. Det må utformes forslag til nye prosedyrer og sjekklister som har til hensikt å understøtte de alternative retningsvalgene når endelig retningsvalg er foretatt.

2.7 Befaring og vurderinger av den kommunale bygningsmassen som benyttes av helse- og omsorgstjenesten

Det er i forbindelse med utredningen gjennomført befaring på kommunens institusjoner og boliger som benyttes i tjenestene for bistand- og omsorg. Under befaringen har det vært fokus på teknisk- og bygningsmessige vurderinger, forventet levedyktighet, muligheter for utvikling/ tilbygg og egnethet for den kjernevirksomhet som skal utøves i bygningene.

Kommunen har tidligere kjøpt tjenester for gjennomgang og vurdering av eksisterende bygningsmasse av Byggingeniør Anders Overrein AS, og prosjektet har benyttet leveranser fra dette oppdraget. Prosjektet har i tillegg bedt om ytterligere bistand fra Byggingeniør Anders Overrein AS for å komplettere det foreliggende materialet. Gjennomgang av bygningsmasse, analyser, kostnadsoverslag og anbefalinger følger vedlagt som egen delutredning for prosjektet. Delutredningene omtales som "Tilstandsrapport Inderøyheimen" og "Tilstandsrapport Mosvik sykeheim". Rapportene tar opp i seg tilstandsvurdering av de ulike bygningsmassene, vurdering av kapasitet ved eiendommene, anbefalinger for aktuell gjenbruk og utvikling av bygningsmassene og anbefalinger av alternativene ut i fra en vurdering av investeringskostnader og forventet endringer i driftskostnader (inkludert FDV-kostander)

Rapporten fra Byggingeniør Anders Overrein AS konkluderer med at kommunens bygningsmasse, ut i fra standardene som gjelder for dagens nybygg, ikke tilfredsstillende moderne krav til sykehjem og omsorgsboliger. Det vises i rapporten til krav som stilles til areal, utforming, størrelse, ventilasjon og tilgang til eget bad osv. Dette tilsier at kommunen verken i dag, eller i fremtiden, vil gi et kvalitetsmessig godt nok tilbud til kommunens innbyggere ut i fra nevnte kriterier for byggtekniske standarder. Uavhengig av om kommunen i framtiden skal tilby omsorgsbolig eller sykehjem som boform, vurderes standarden på begge sykehjemmene, stort sett å være av så dårlig forfatning, at de ikke tilfredsstillende moderne krav til utforming. Det er derfor helt nødvendig med en total gjennomgang, og en renovering og/eller nybygging, for å tilfredsstille dagens- og morgendagens krav til hva og hvordan byggene skal innrettes.

Det er som del av utredningen også utarbeidet en egen del-utredning "Modeller og anbefaling, framtidig innretning HDO" som utreder 3 alternative veivalg mht bygningsmasse. Hvert av de 3 alternativene tar mål av seg å fungere som anbefalt byggeplan for en framtidig organisering og dimensjonering av kommunens heldøgns omsorgstjeneste. I tillegg er det i byggeplanen foreslått samlokalisering av enkelte funksjoner som pr i dag ikke er hensiktsmessig lokalisert. Utredningen tar i klapittel 5 opp vurdering av framtidig innretning og dimensjonering av kommunens helse- og omsorgstjenester, og anbefalte bygningsmessige tiltak presenteres nærmere

3.0 KOSTRA-analyse: Økonomiske rammebetingelser

3.1 Framsikt

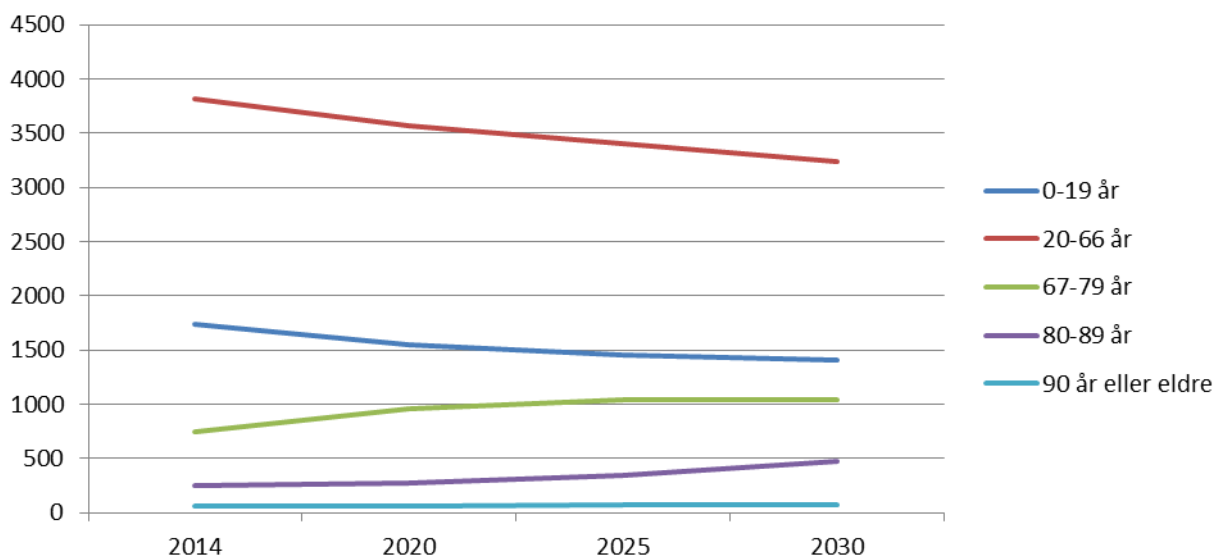
Det er i analysen gjort en KOSTRA-analyse hvor det er benyttet KOSTRA-tall fra verktøyet Framsikt. Framsikt gir oversikt på gjeldende KOSTRA-tall og rapporteringer fra hele tjenesteporteføljen til kommunene, samtidig som verktøyet er egnet til å bryte ned disse data på den enkelte enhet i den aktuelle kommune. Verktøyet publiserer kommunens rapportering og skåring på fastlagte kvalitetsindikatorer, angir trender og mulighet for å sammenlikne kommunen med sammenliknbare kommuner i samme KOSTRA-gruppe.

KOSTRA-analysen er gjennomført for å vurdere samsvaret mellom kommunens inntekter, kostnader og utgiftsbehov. Prosjektleder har forholdt seg til tallene slik de foreligger i Framsikt justert for "middels vekstkommune" og laget en analyse og framstilling av den faktiske ressursbruk i kommunen. I analysen er kommunen sammenliknet med andre kommuner i samme kostragruppe, kostragruppe 11. Dette for å kunne gi et sammenlikningsgrunnlag, og på bakgrunn av dette kunne si noe om hvordan kommunen prioriterer de tjenestene som omfattes av helse, bistand og omsorg. På generelt grunnlag kan man presisere at en sammenstilling av kommunens prioritering av et tjenesteområde opp mot tilsvarende område for kostragruppe 11, ikke kan konkluderes å være "riktig" eller "galt", da kommunens prioritering også må tilskrives å være et resultat av et politisk valg over tid. Prosjektleder har i analysen forholdt seg til det uttrekk av KOSTRA-registreringer tilbake til 2012.

Det forutsettes at kommunen har ført regnskapet i henhold til KOSTRA-veilederen.

3.2 Demografi, forventet befolkningsutvikling, og alderssammensetting

Folketallet i Inderøy kommune har som tidligere omtalt, hatt en svak vekst de siste årene. Veksten er størst i aldersgruppene over 67 år. Det betyr at man må planlegge for en endring i befolknings-sammensetningen over tid; det blir relativt flere eldre.



De siste 20 år har ikke tallet på eldre brukere av de kommunale helse- og omsorgstjenestene økt. Veksten har vært størst blant brukere under 67 år, med fokus på langvarige og kroniske sykdommer, funksjonsnedsettelse, psykiske og sosiale problemer. De nærmeste årene er det sannsynligvis tallet på brukere i aldersgruppen 67-79 år som vil øke, mens den forventede veksten i aldersgruppen 80+ først vil ha en forventet økning om 10-15 år (2025-2030). Da vil også utfordringene knyttet til dimensjonering og tjenesteinnhold for denne aldersgruppen øke tilsvarende.

Aldersevnen viser forholdet mellom den yrkesaktive befolkningen og den eldre delen av befolkningen, og er av vesentlig interesse for framtidens økonomiske bæreevne og for tjenestetilbudet innen helse- og omsorgstjenestene i kommunen.

	2016	2041
Under 67 år	83.2	73.5
Over 67 år	16.8	26.5

Tabellen viser forholdet på mellom befolkningen under og over 67 år for 2016 og 2041

En slik endring i befolkningens alderssammensetning har betydning for hvor mange familieomsorgsgivere de aller eldste kan støtte seg på, og vil påvirke framtidige omsorgsmønstre man kan forvente i kommunen.

Denne nedgangen i andel personer i yrkesaktiv alder i forhold til andel eldre, vil trolig bringe på banen nye utfordringer mht personell, herunder utfordringer knyttet til dimensjonering og organisering av helse- og omsorgstjenestene.

3.3 Økonomiske prioriteringer

PWC utarbeidet i 2016 en rapport "En skolestruktur for framtida" for Inderøy kommune. Som del av denne rapporten ble det presentert en analyse for kommunens økonomiske rammebetingelser med finansielle nøkkeltall, og en KOSTRA- og effektivitetsanalyse som gir et bilde av kommunens økonomiske prioriteringer som helhet. I PWCs rapport presenteres også tallene for pleie og omsorg. Det er valgt å gjenbruke funn og beskrivelser fra denne analysen slik at man anvender samme økonomiske analyse som grunnlag for langtidsplanlegging av det samlede kommunale tjenestetilbudet.

De økonomiske rammebetingelsene til kommunen er styrende for hvilket tjenestetilbud kommunen kan levere. Inderøy kommune er definert som en middelinntektskommune med korrigerte frie inntekter på 96 prosent av landsgjennomsnittet (PWC 2016)

I KOSTRA som er kommunenes økonomiske rapporteringssystem er kommunen i kommunegruppe 11, dvs mellomstore kommuner med middels bundne kostnader per innbygger og middels frie disponible inntekter.(PWC 2016)

Korrigerte frie inntekter viser nivået på de frie inntektene justert for variasjon i utgiftsbehov. Indikatoren viser inntekt- og utgiftssiden samlet. Kommuner med et lavt beregnet utgiftsbehov (billig i drift) får justert ned sine inntekter.(PWC 2016)

Inderøy kommune lå 4% under landsgjennomsnittelig nivå for korrigerte frie inntekter (inkl eiendomsskatt og konsesjonskraftbetingelser) i 2015. Dette betyr at kommunen har et noe mindre handlingsrom enn sammenlignbare kommuner. Kommunen har i dag eiendomsskatt på verker og bruk og annen næring, men ikke på boliger og fritidseiendommer. Kommunen er i 2017 i ferd med å innføre eiendomsskatt på boliger og fritidseiendommer, noe som vil forventes å kunne gi en høyere inntekspotensial for kommunen kommende periode.

Netto driftsresultat blir ofte brukt som en hovedindikator for økonomisk balanse i kommunesektoren. Netto driftsresultat er et mål på hvor mye kommunene sitter igjen med av driftsinntekter etter at driftsutgifter og netto renter og avdrag er betalt. Målt i prosent av driftsinntektene uttrykker netto driftsresultat dermed hvor stor andel av de tilgjengelige driftsinntektene kommunen kan disponere til avsetninger og egenfinansiering av investeringer (PWC 2016)

Teknisk beregningsutvalg (TBU) anbefaler at netto driftsresultat bør ligge på 1.75% over tid, men at netto driftsresultat for kommunen som helhet bør utgjøre om lag 2% av driftsinntektene. (PWC 2016)

Inderøy kommune hadde i 2015 et netto driftsresultat på 2.9%, mens samme tall for 2016 var på 1%, og kommunen vil dermed være å anse for å være under TBUs anbefaling.

Inderøy kommune har et disposisjonsfond pr 31.12.16 på 7.3%%, noe som ligger lavere enn landsgjennomsnittet, men høyere enn sammenlignbare kommuner. Ihht budsjett skal disposisjonsfondet reduseres med kr 14,3 mill. kroner iht. økonomiplanperioden 2017-2020. Vedtak om å avsette mindreforbruket i 2016 kr 7,4 mill. kroner til disposisjonsfondet, reduserer netto bruk til 6,9 mill. kroner i planperioden. Disposisjonsfondet forventes dermed å utgjøre omlag 5,5 % av driftsinntektene pr 31.12.20

Netto lånegjeld er et uttrykk for kommunens gjeldsbelastning, soliditet og finansieringsstruktur. Jo lavere tall, jo bedre er det for kommunens økonomi (PWC 2016) Netto lånegjeld målt i forhold til brutto driftsinntekter er et sentral nøkkeltall, ofte benevnt som gjeldsgrad. Gjeldsgraden for Inderøy kommune er pr. 31.12.2015 103 % og pr 31.12.16 106 %. Dette er høyere enn både sammenliknbare kommuner og landsgjennomsnittet utenom Oslo som pr. 31.12.16 ligger på henholdsvis 86,9 % og 81,7 %. Inderøy kommune har også høyere finansutgifter (i forhold til brutto inntekter) enn sammenliknbare kommuner. (Det vil si at en større andel av kommunens brutto inntekter går til å dekke renter og avdrag)

Som rapporten fra PWC peker på har dette sammenheng med investeringer som kommunen har gjort på oppvekstområdet de senere årene, blant annet AKSET. Dette er økonomiske rammebetingelser som tilsier at kommunen bør utvise forsiktighet med store investeringer i tiden fremover. Eventuelle investeringer må forventes å gi økte netto driftsresultater, slik at kommunen sitter igjen med økte driftsinntekter, etter at driftsutgifter og netto renter og avdrag er betalt.

Inderøy kommune mottar inndelingstilskudd etter sammenslåingen med Mosvik kommune. Inndelingstilskuddet vil gradvis reduseres fra 2026 over en periode på 5 år. Til sammen utgjør dette 18 MNOK og vil påvirke kommunens rammebetingelser betydelig. (PWC 2016)

I 2016 ble inntektssystemet for kommunenes rammeoverføringer for kostnadsutjevning og basistilskudd endret. Frie inntekter i 2016 utgjorde 385,8 mill. kroner. Økningen i frie inntekter for 2017 er iht. budsjett 6,6 mill. kroner større og som utgjør en vekst på 1,1 %. (vekst fra 2015 til 2016 var 5 %).

3.3.1 Prioritering for kommunen samlet.

Netto driftsutgifter viser hvordan kommunen prioriterer de frie midlene. Prioriteringsindikatorene gjenspeiler hvordan kommunen velger å bruke kommunens inntekter. Prioriteringene påvirkes av lovpålagte oppgaver, demografi, geografi og politiske retningsvalg.

Tabellen under viser andel av totale netto driftsutgifter på tjenesteområdene som inngår i kostnadsnøkkelen i inntektssystemet. Siden tabellen bare omfatter tjenesteområdene som inngår i inntektssystemet, er ikke summen lik 100. Blant annet omfattes ikke tekniske tjenester og kultur.

Tabell 1 Andel av totale netto driftsutgifter på tjenesteområdene som inngår i kostnadsnøkkelen i inntektssystemet. Kilde: KOSTRA (konsern), beregninger ved Telemarksforskning, tabellen hentet fra PWC 2016

Kostragruppe 11				Hele landet		
2013	2014	2015	2015	2015	2015	2015
Administrasjon og styring	7,6	7,5	9,1	8,1	7,6	

Barnehage	13,4	13,2	12,2	12,8	14,9
Grunnskole	27,7	27,1	26,7	24,7	23,8
Pleie og omsorg	26,3	28,7	24,9	33,3	30,1
Kommunehelse	3,9	3,9	3,6	4,6	4,4
Samhandling	1,9	2,1	-	-	-
Sosialtjenesten	3,9	4,8	5,5	4,8	5,8
Barnevern	4,3	4,5	4,9	3,3	3,4
Sum	87,1	89,7	86,9	91,6	90,0

Tabellen viser at Inderøy kommune bruker mindre andel av kommunens samlede driftsinntekter på "pleie og omsorg" og "Kommunehelse" i forhold til sammenliknbare kommuner og landet for øvrig.

PWC 2016 har også presentert en analyse som viser sammenlikningsgrunnlaget normert for kommunens utgiftsbehov. PWC har i tabellen beregnet kommunens mer-/mindreforbruk målt opp mot et normert utgiftsnivå. Hensikten er å gjengi en mer reell sammenlikning i kommunenes prioriteringer hvor disse er korrigert for kommunens frie inntekter.

Tabellen viser Ressursbruk/ prioritering sett i sammenheng med beregnet utgiftsbehov i 2015, KOSTRA (Konsern)/ KMD med beregninger ved Telemarksforskning

Netto driftsutgifter			Mer-/mindreutgift ift.			
Inderøy kommune	Lands-gjennomsnitt	Inderøy "normert nivå"	Lands-gj.snitt	Normert utgiftsnivå	Normert og innt.just.-nivå	
kr pr innb	kr pr innb	kr pr innb	MNOK	MNOK	MNOK	
Barnehage	0,8959	6 623	7 855	7 037	-8,3	-2,8
Administrasjon	1,1677	4 916	4 020	4 693	6,1	1,5
Grunnskole	1,1532	14 072	12 333	14 223	11,8	-1,0
Pleie og omsorg	1,1055	13 519	15 903	17 581	-16,1	-27,5
Kommunehelse	1,1333	1 970	2 348	2 661	-2,6	-4,7
Barnevern	0,9123	2 670	1 807	1 648	5,8	6,9
Sosialhjelp	0,6158	1 283	2 216	1 364	-6,3	-0,6
Sum	1.0626			-9,7	-28,1	-14,4

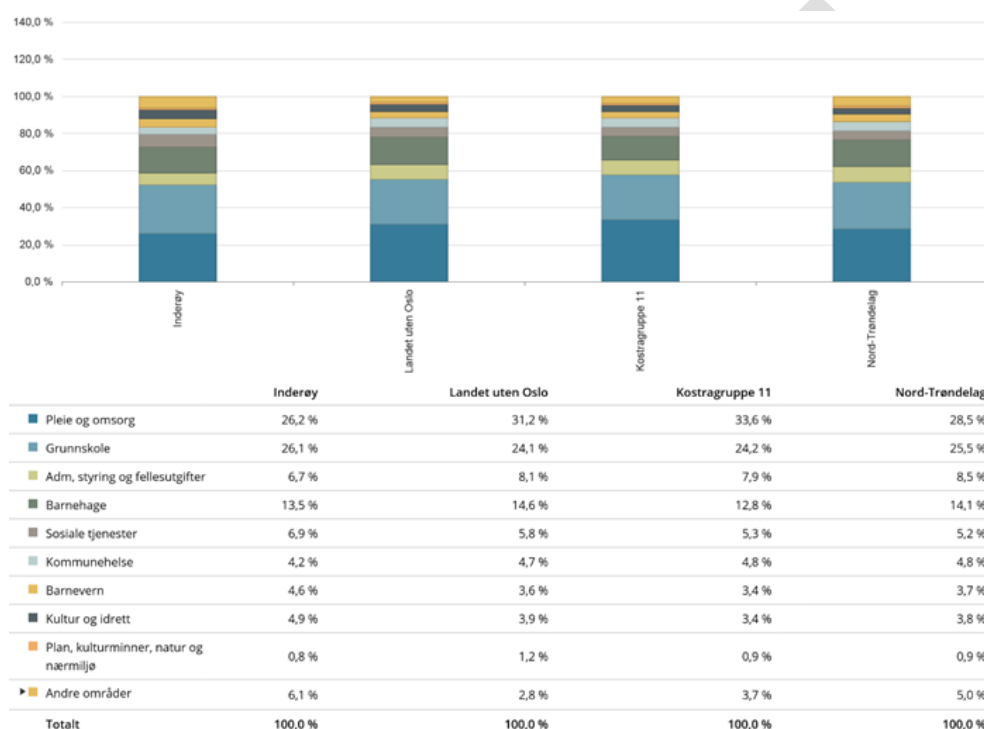
Kommunekonsern består av kommunen og særbedrifter som utfører kommunale oppgaver for kommunen som kommunen ellers ville ha utført selv. Med særbedrifter menes kommunale foretak organisert etter kommuneloven kap 11 og interkommunale selskaper organisert etter lov om interkommunale selskaper

Beregningene til PWC viser at kommunen har mindre utgifter, i forhold til landsgjennomsnittet, på de sentrale tjenesteområdene. I forhold til kommunens normerte utgiftsbehov er det beregnet mindreutgifter på om lag 28 MNOK (Dette er hensyntatt kriteriene og vektene i inntektssystemet)

Etter justering for et nivå på korrigerte inntekter på 96% av landsgjennomsnittet viser PWCs beregning et samlet mindreforbruk på 14.4 MNOK.

På områdene administrasjon, grunnskole og sosialtjeneste er det beregnet et merforbruk sammenlignet mot et "normert og inntektsjustert nivå" mens det på områdene barnehage, pleie og omsorg og kommunehelse er beregnet et betydelig mindreforbruk (PWC 2016)

Kommunens regnskapstall for 2016 følgende prioritet pr tjenesteområde, målt i andel av netto driftsutgifter:



Tabellen viser at Inderøy kommune i 2016 bruker mindre enn sammenlignbare kommuner og landet uten Oslo, på tjenesteområdene pleie og omsorg, administrasjon og fellesutgifter, barnehage, kommunehelse, plan, kulturminner og natur.

3.3.2 Refleksjoner rundt rammebetingelser for Helse, bistand og omsorg i Inderøy kommune

Rapporten fra PWC peker på at kommunen over tid har nedprioritert pleie- og omsorgstjenestene, og kommunehelsetjenestene. Framskriving av kommunens demografi og alderssammensetting viser at kommunen i kommende perioden vil stå overfor en "eldrebølge" som vil utfordre sektoren med en forventet dobling i antall brukere av disse tjenestene. I samme periode vil kommunen blant annet forvente en reduksjon i antallet brukere i oppvekstsektoren. Dette vil medføre at kommunen endrer sine prioriteringer for den kommende perioden. Det vil bli nødvendig å øke ressurstilgangen innen helse- og omsorgssektoren. Dette både for å jevne ut den nedprioritering sektoren har levd med over

tid, men også med tanke på å øke ressurstilgangen til en sektor som forventes å doble antall brukere de neste 10 årene.

Det er gjennomført en delutredning, ved byggingeniør Anders Overrein, som peker på en utdatert og uhensiktsmessig bygningsmasse for sektoren, noe som angir et betydelig behov for omfattende investeringer i rehabilitering og nye bygg.

Ser man disse utfordringene opp mot en kommende nedtrapping av kommunens inndelingstilskudd etter sammenslåingen med Mosvik kommune, og PWCs analyse av kommunens relativt høye gjeldsgrad, tegnes det et framtidsbilde av sektorens økonomiske rammebetingelser som utvilsomt vil utfordre kommunen betydelig. Skal kommunen ha mulighet for å møte dette utfordringsbildet må kommunen vise evne til å gjennomføre betydelige endringer i prioriteringen av kommunens samlede budsjettfordeling, sørge for en hensiktsmessig organisering, og også gjennomføre nødvendige endringer i innretningen av de samlede helse- og omsorgstjenestene. Helse- og omsorgstjenestene i Inderøy kommune

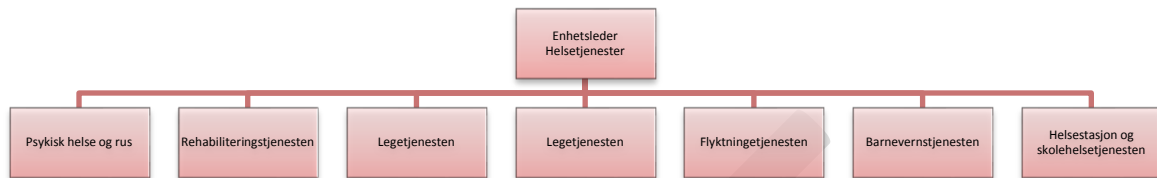
4.0 Enhetene Helse, og Bistand og omsorg

Helse og omsorgstjenestene i Inderøy kommune er organisert i to organisatoriske enheter, enheten Helsetjenesten og enheten Bistand og omsorg.

4.1 Enhet helsetjeneste

Enhet Helsetjenesten omfatter tjenestene rus- og psykiatritjeneste, fysio- og ergoterapitjeneste, legetjeneste, flyktningetjeneste, barnevernstjeneste, og helsestasjon- og skolehelsetjeneste. Det er enhetsleder som har personalansvar for tjenestene. Med unntak av legetjenesten har alle tjenestene fagleder som ivaretar det faglige ansvaret for driften i de respektive tjenestene.

Organisasjonskart enhet helsetjenester

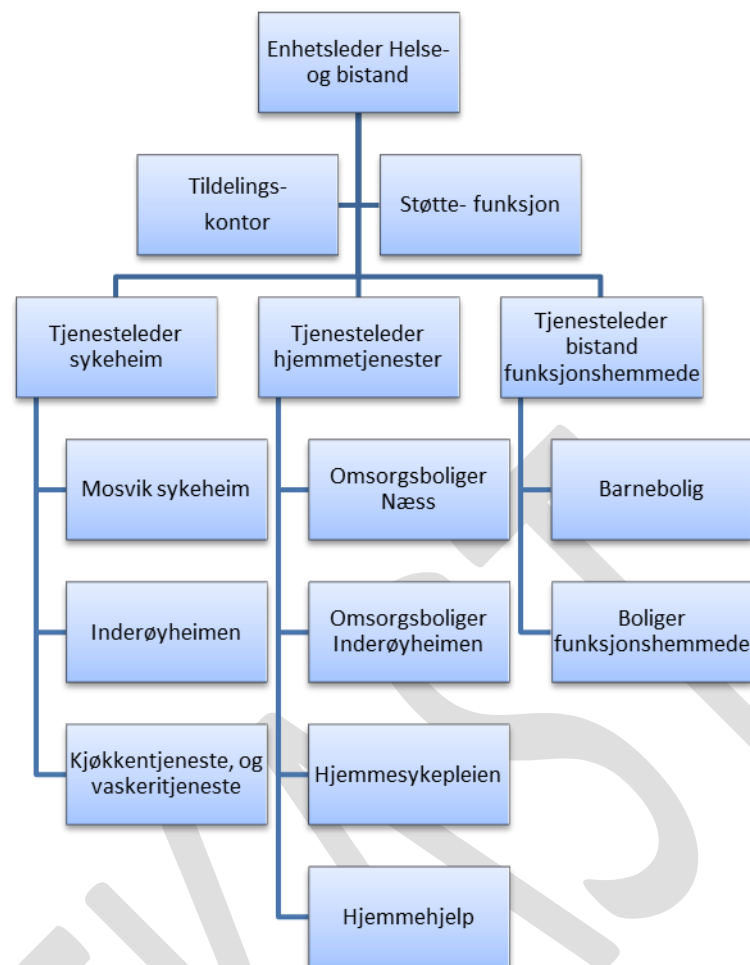


4.2 Enhet bistand og omsorg

Enhet bistand og omsorg omfatter heldøgns omsorgstjenester ved sykehjem, heldøgns omsorgstjenester i omsorgsbolig, hjemmebasert omsorg, og bistand funksjonshemmede.

Enheten bistand og omsorg har 3 tjenesteledere fordelt på tjenestene institusjonstjeneste, hjemmetjeneste og bistand funksjonshemmede. Tjenesteledere har personalansvar, og er sammen med enhetsleder for bistand og omsorg delansvarlig for sine respektive budsjettområder. Den daglige driften og fagansvaret i tjenestene ivaretas av fagleder. Fagleder har verken personalansvar eller økonomisk sluttansvar.

Organisasjonskart enhet bistand og omsorg



4.3 Innledende refleksjoner om organisering, rolle og ansvarsfordeling

Den organisatoriske modellen i en kommune gjenspeiler gjerne kommunens historie, særpreg og visjoner. Inderøy kommune har valgt å dele helse og omsorgstjenestene i to adskilte ansvarsområder med respektive enhetsledere og -budsjettansvar. Dette er en organisasjonsmodell som gjenspeiler en tradisjonell måte man innretter helse- og omsorgstjenestene på. Den todelte organisasjonsmodellen har tradisjonelt fungert godt i mindre organisasjoner, kjennetegnet av enkel tilgang til- og god oversikt på brukere og involverte tjenesteytere, avgrensede arbeidsprosesser og hvor koplingene mellom arbeidsprosessene har hatt mindre omfang. Til grunn for en slik organisasjonsstruktur ligger en forståelse av at kommunen organiserer gitte tjenester, og at brukerne tilbys de tjenestene kommunen har. I en mer moderne forståelse av tjenesteytelse vil en slik organisasjonsmodell

utfordres av brukerperspektivet, og hvordan tjenestene kan bli oppfattet som fragmenterte og "silo"-organiserte. Spørsmålet man må stille seg i dag, er derfor om dette er organisasjonsmodell som kan møte kravene til en mer kompleks og sammensatt helse- og omsorgstjeneste?

I dag forventes det at kommunene skal tilby stadig mer spesialiserte og sammensatte tjenester, samtidig med at tjenestene skal ha utstrakt samhandling med eksterne tjenesteleverandører. En ytterlig kompliserende faktor er at mange av pasientene er mottakere av flere tjenester både fra helse- og omsorgstjenestene, men også fra eksterne interkommunale tjenester, private tjenesteleverandører og spesialisthelsetjenesten. For at enhetene skal lykkes med å skape gode pasientforløp forutsettes det betydelig koordinering av arbeidsprosesser på tvers av den todelte enhetsstrukturen. Det er enhetsledernes ansvar å styre arbeidsprosessene i sine respektive enheter, og ivareta grenseflatene mellom dem. Gjennom utredningsarbeidet har man identifisert utfordringer med å etablere gode pasientforløp på tvers av enhetene, fordi det ikke er etablert nødvendige strukturer for slik samhandling. Mange av enhetenes interne samhandlingsprosesser kjennetegnes ved "ad-hoc" styrings- og ansvarsstrukturer. Enhetene har til dels etablert strukturer for å koordinere pasientenes tjenester, men i den kliniske hverdagen skjer samhandlingsprosessene i en mer ad hoc form.

Alle organisasjoner har prosesser, selv om de nødvendigvis ikke har valgt å tegne dem ut i form av prosesskart og eller egne pasient- og brukerforløp. Prosessene består av aktiviteter som løses av forskjellige funksjoner i organisasjonen, og ofte går prosessene på tvers av de organisatoriske grensene. Således skaper prosessene organisasjonens verdier gjennom at de svarer ut på pasienten eller brukerens behov. I helse- og omsorgstjenestene i Inderøy kommune kan man ikke observere at det er etablert en *"prosessbevissthet"*. Det vil si at det ikke er etablert definerte og dokumenterte arbeidsprosesser. Hvorvidt en organisasjon har etablert slike, sier i utgangspunktet ingen ting om driften er forsvarlig eller ikke. Det betyr heller ikke at det ikke eksisterer arbeidsprosesser i enhetene, men at arbeidsprosessene i enhetene er basert på innarbeidede løsninger som har utviklet seg over tid, og således utgjør viktige uformelt stabiliserende strukturer for hvordan driften i praksis utøves. *"Slik gjør vi det her hos oss..."*

Når en organisasjon ikke har implementert *"prosessbevissthet"*, er det lite sannsynlig at organisasjonen evner å jobbe optimalt, spesielt om man går inn og analyserer effektivitet og samhandling på tvers av enhetene. En avdeling som utfører en aktivitet i prosessen kan alene prestere bra, men når man ser prosessen som helhet kan man oppdage at den ikke presterer godt. Dette kan oppstå fordi det eksisterer forskjellige oppfatninger om hvordan prosessen "egentlig" er, og at "ingen" har ansvar for, eller ser, helheten. *På en forenklet måte kan man nesten sammenlikne samhandlingen mellom to enhetsnivå med øyhopping, det er ikke alltid kommunikasjonen mellom øyene er like bra, og det er ikke alltid velkomstkomiteen står på plass når man kommer til neste øy.* Jo flere kryssninger et pasientforløp har mellom enhetene, jo større er risikoen for at nødvendig informasjon og tverrfaglig samhandling rundt pasienten kan være mangelfull. Det er viktig å bemerke at manglende samhandling ikke nødvendigvis har sammenheng med manglende velvilje hos enhetsledere eller ansatte, men er et uttrykk for at organisasjonsmodellen ikke understøtter nødvendige rammer og strukturer.

Ut i fra data som ligger til grunn for utredningen, vet vi at helse- og omsorgstjenestene i kommunen vil få en betydelig økning i antall brukere, samtidig med at kompleksiteten og kravene til samhandling

vil øke. I praksis betyr dette at de fremtidige arbeidsprosessene vil få flere og hyppigere koplinger enn det de tradisjonelt har hatt, og at tjenestene må fremstå mer helhetlige. Det må således forventes at det vil bli stadig vanskeligere å holde prosessene som skjer innen rammene av de ulike enhetene fra hverandre. Dette vil utfordre dagens todelte organisasjonsstruktur. En fremtidig organisasjonsstruktur må understøtte et helhetlig eierskap til de prosessene som involveres i et pasientforløp. Det er prosesseier som har ansvaret for hele verdiskapingen, aktiviteter og de ulike rollene som involveres på tvers av tjenestene (avdelinger). Det må ligge til en prosesseier å sørge for at tjenestenes prosesser fungerer som de skal, og også ha det fulle ansvar for å gjennomføre nødvendige forbedrings- og effektiviserende tiltak. Ut i fra disse refleksjonene vil det umiddelbart fremstå naturlig om kommunen vurderer en prosessorientert organisasjonsstruktur hvor enhetsleder kan ivareta et helhetlig ansvar som prosesseier av de samlede helse- og omsorgstjenestene. Til grunn for en slik prosessorientert organisasjonstilnærming ligger et premiss om at det må være pasientenes behov som styrer organiseringen av tjenestene, og ikke omvendt.

Det er enighet blant de involverte i utredningsteamene om at dagens organisering ikke fungerer optimalt, blant annet ved at det mangler god koordinering og overordnet beslutningsmyndighet på tvers av enhetene.

4.4 Sykefravær

En gjennomgang av enhetenes sykefravær viser at enheten bistand og omsorg har et høyt, og også økende sykefravær. Den samme trenden gjør seg ikke gjeldende for Helsetjenestene, som er organisert i mindre enheter med kortere kontrollspenn.

Flere av avdelingene i Bistand og omsorg, har brukt betydelige ressurser på å kartlegge og utarbeide tiltak for å redusere sykefravær. Det er arbeidet med tiltak både gjennom enhetenes oppfølging av ansatte som har sykefravær, og gjennom HMS og IA-arbeid. På tross av dette har sykefraværet ved enhetene økt. Det er det legemeldte sykefraværet som er høyt, og økende, ikke det egenmeldte sykefraværet.

Det er gjennom utredningens arbeid pekt på flere utfordringer knyttet til det høye sykefraværet i enhetene. Det blir vist til at sykefravær medfører utfordringer mht kvaliteten på tjenesten, blant annet fordi forutsigbarhet i relasjonen mellom bruker og ansatt er en viktig del av tjenestetilbudet. I tillegg pekes det på at høyt sykefravær medfører økt belastning for ansatte som fortsatt er på jobb.

Enhet bistand og omsorg har på denne bakgrunn startet opp et prosjekt som har fokus på nærværskultur, hvor målet er at ansatte skal være på jobb så langt det lar seg gjøre. Prosjektet har en ambisjon om å vri fokus bort fra den negative trenden med sykefraværet, og mot arbeidsplassens behov for stabilt nærvær av faste ansatte. Det er pr dd for tidlig å vurdere effektene av prosjektet.

Enkelte kommuner har forsøkt å etablere et samarbeid med kommunens fastleger for å redusere høyt sykefravær. Gjennom å etablere et slik samarbeid kan enhetene holde fastlegene orientert om sitt arbeid med jobbnærvær, og også presentere ulike muligheter for praktisk tilrettelegging. Antakelsen er at man gjennom et tett samarbeid på systemnivå kan forebygge unødvendig høyt sykefravær på individnivå.

En enhetlig og vitenskapsbasert teori på sykefravær finnes ikke, men mye forskning er gjort på å finne årsaker til høyt sykefravær. Man vet at mange sykemeldte er sykemeldte av andre årsaker enn avklarte fysiske lidelser. Arbeidsgiver bør derfor vurdere interne strukturelle forhold som kan virke inn på høyt sykefravær. Eksempler på dette kan være psykososiale strukturer som jobbmestring, tilhørighet trivsel og arbeidsmiljø. Dette er faktorer man vet kan ha årsakssammenhenger med blant annet lederkompetanse og lederstil. Ofte er sykefravær et symptom på at man ikke trives i jobben, eller at belastningen i stillingen er så stor at ansatte opplever et høy stressnivå. Relasjonen mellom leder og medarbeider har betydning for det psykososiale arbeidsmiljøet. Forholdet til nærmeste leder er ofte årsaksforklaring til organisasjoners sykemeldingsstatistikk. For å kunne si noe om dette viktige punktet har utredningen sett nærmere på den strukturelle faktoren "kontrollspenn" i Inderøy kommune. Som i mange andre kommuner, er det stor variasjon i antall ansatte pr leder på førstelinjenivå, og mange ledere har også svært store kontrollspenn (dvs ansatte pr leder). Generelt viser tendenser at kontrollspenn er større i helsesektoren, sammenliknet med andre bransjer. I helsesektoren har det vært et økende fokus på effektivitet og produktivitet, og over tid har det dannet seg et inntrykk av at større enheter gir mindre kostnader til lederlønn og andre stordriftsfordeler. Kunnskapen om hva strukturelle forhold som kontrollspenn betyr for drift av avdelinger i helsetjenesten er begrenset, men den forskningen som foreligger viser at dette representerer en viktig variabel. Teoretisk kan man finne interesse for hvordan strukturelle karakteristika ved en organisasjon spiller en viktig rolle for resultatene organisasjonen evner å oppnå. Tidlig var man opptatt av at man kunne måle bedre produktivitet der man hadde få ansatte pr leder, et organisatorisk prinsipp som i sin konsekvens medførte et stort antall ledere. I senere ledelseslitteratur har man vært mer opptatt av at prinsippet om lite kontrollspenn står i et direkte motsetningsforhold til en organisatorisk målsetting om å holde antall ledernivå på et minimum. Man har også teoretisk vært mer opptatt av at produktiviteten øker ved fokus på menneskelige og uformelle sider ved struktur, som arbeidsmiljø, motivasjon og de ansattes behov for faglig selvrealisering. Ideen her har vært at mindre kontrollerende ledere og økt delegering, vil medføre mer selvstendige medarbeidere med større grad av medvirkning. Dette prinsippet åpnet for flere ansatte pr leder.

I dag er man innen ledelsesteorien opptatt av at ledelsens hovedoppgave er å legge til rette for den enkelte medarbeider, noe som retter fokus mot relasjonsforholdet mellom leder og ansatte, og måling av hvordan kontrollspenn påvirker ulike lederstiler, og lederes evne til å utøve god ledelse. Man har forskningsresultater som viser at enheter med store kontrollspenn virker negativt inn på de ansattes opplevelse av leders adferd. Dette tyder på at store kontrollspenn utfordrer lederes muligheter for å utøve "god ledelse". Dette måles blant annet gjennom variabler som samspill, kommunikasjon, psykososialt arbeidsmiljø, medvirkning, faglig utvikling og kjennskap til enhetens mål. Ved undersøkelser finner man at ved enheter som overgår et antall med 22 ansatte får man en reduksjon i ansattes opplevelse av engasjement og forpliktelse til arbeidsplassen, og ved enheter som overgår 34 har direkte negative effekter på de ansattes psykososiale arbeidsmiljø. (M. Norheim)

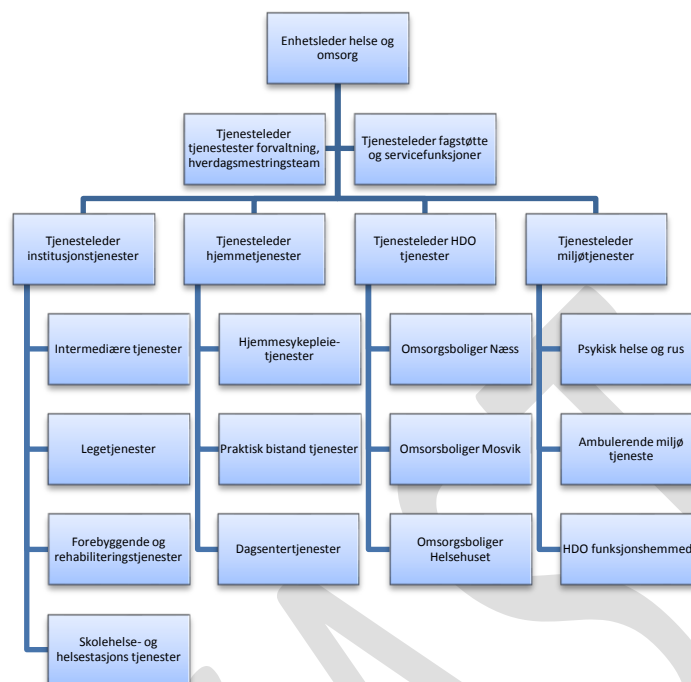
Det finnes ingen kunnskapsbasert norm for riktig dimensjonering av en organisasjonsenhet. Den mer moderne ledelseslitteraturen anbefaler en situasjonsbestemt tilnærming til problemstillingen hvor høyt nivå av spesialisering tilsier et større kontrollspenn, mens en organisasjon kjennetegnet ved større behov for gjensidig tilpasning, tilsier mindre kontrollspenn. En tradisjonell virksomhet, som en sykehjemsenhet, vil en stor del av de daglige oppgavene utgjøre produksjon av standardiserte

helsetjenester, og hvor tjenestene utøves av selvstendige kunnskapsmedarbeidere, ville man teoretisk ha gode forutsetninger for å yte god produktivitet ved større kontrollspenn. Imidlertid er antakelig dagens brukere i større grad preget av mer sammensatte og komplekse diagnoser, noe som krever oppfølging og behandling av mange spesialiserte tjenester, og forutsetter mer sammensatte arbeidsprosesser kjennetegnet av mange samarbeidende aktører og tjenestenivå. Mer komplekse pasientforløp krever større grad av koordinering og beslutningstaking på tvers av involverte aktører. De mer moderne organisasjonsteoriene innen helse og omsorgstjenesten tilsier derfor at produktivitet i tjenestene vil øke ved mindre kontrollspenn. Ser man på organisering, kontrollspenn, og sykefravær ved de store enhetene i Bistand- og omsorg, bør man vurdere om organisasjonsstrukturen bør revurderes til fordel for mindre kontrollspenn mellom ansatte og den enkelte leder. Kortere kontrollspenn mellom leder med personalansvar og den enkelte ansatte kan forventes å bidra til å redusere kommunens høye sykefraværstatistikk. I forslag til nytt organisasjonskart har man forsøkt å ivareta en tjenestelederstruktur som sikrer kortere kontrollspenn, blant annet ved at tjenesteleder for hjemmetjenesten ikke har personalansvar for tjenester i HDO omsorgsboligene. I forslag til ny organisasjonsstruktur er det også lagt til rette for at kommunen kan vurdere å flytte personalansvar på lavere nivå i organisasjonsmodellen, og på denne måten kunne legge til rette for kortere kontrollspenn mellom ledere og ansatte i organisasjonen.

4.5 Forslag til ny struktur for helse- og omsorgstjenestene

For å understøtte en sterkere prosessorientert styring av tjenestetilbudet i kommunen anbefales det at kommunen samler de tjenestene som naturlig bidrar med tjenester inn i kommunens pasientforløp. Det er utarbeidet forslag til endring av dagens organisasjonskart. Dette forslaget anbefales som et utgangspunkt for iverksetting av en prosess med mål om endelig løsning. Forslaget tar opp i seg behovet for kortere kontrollspenn, blant annet ved at hjemmetjenester og HDO-tjenester splittes i to ulike tjenesteområder. Forslaget anses ikke som ferdig utarbeidet, men som et innspill til den videre prosessen med utvikling av framtidens helse- og omsorgstjeneste. I en prosess for endelig organisering bør kommunen også se på kontrollspenn, antall ledere, og ansvar som ligger til de ulike lederrollene. Det fremstår i dag som en noe uavklart arbeidsfordeling mellom tjenestelederrollen og faglederrollen. Det anbefales at man utreder dette nærmere i den videre prosessen.

Forslag til nytt organisasjonskart for helse- og omsorgstjenestene i Inderøy kommune:



*De øvrige tjenestene som pr i dag inngår i enheten Helsetjenester må man vurdere å samle i en hensiktsmessig enhet. Dette er tjenester som Barnevern, Flyktningetjeneste, og SLT-koordinator. Det er ikke vurdert at utforming av en hensiktsmessig organisatorisk modell for disse enhetene er en del av mandatet for denne utredningen. Det vil imidlertid være naturlig at kommunen iverksetter en egen utviklingsprosess for disse tjenestene.

5.0 Tildeling av kommunale helse- og omsorgstjenester

5.1 Behovsprøvd velferdsproduksjon

Mange har de senere årene argumentert for en dreining av kommunenes tradisjonelle forståelse av sin rolle som tjenestetilbyder. Fordi forventninger til- og etterspørsel av kommunale helse- og omsorgstjenester vil øke, samtidig med at kommunenes kapasitet må forventes å flate ut, ser man et behov for en dreining i kommunenes holdning til tildeling av slike tjenester. På den ene siden vil et økt antall brukere ha lovmessig rett på kommunale tjenester, samtidig som kommunen på den andre siden må etablere en praksis og definisjon av innholdet i de lovpålagte tjenestene. Dette er like mye en politisk verdidebatt som et spørsmål om administrering av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Denne politiske verdidebatten bør ha fokus på skjæringspunktet mellom

brukernes ønsker og forventninger til nivå og innhold i tjenestene, og et rimelig krav til egenomsorg og avgrensning til servicebegrepet på den andre siden.

Utgangspunktet for saksbehandling og tildeling innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene er at det skal tilbys riktige tjenester til rett tid og i tilstrekkelig omfang. Kommunalt ansatte som arbeider med saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenester forvalter et stort ansvar på vegne av myndighetene, og tjenestene er ofte av stor betydning for pasient, bruker og pårørende.

Kommunens innretning av saksbehandling skal ivareta en rekke hensyn som er viktige for pasienter og brukere med behov for helse- og omsorgstjenester. Særlig viktig er det at pasientens/brukerens behov blir tilstrekkelig grundig utredet, at pasienten/brukeren gis mulighet for medvirkning, at rettssikkerheten for øvrig ivaretas og at saksbehandlingen ivaretar grunnleggende personvern hensyn. Disse hensynene må balanseres mot hensynet til en effektiv forvaltning og riktig bruk av kommunens ressurser.

Grunnleggende i all saksbehandling, tjenestetildeling og tjenesteyting innenfor helse- og omsorgstjenestene er forsvarlighetskravet. Saksbehandlingen må sikre at pasient/bruker mottar riktige tjenester til rett tid og i tilstrekkelig omfang. Forvaltningsloven har en rekke bestemmelser som bidrar til å sikre at tjenestene som tildeles oppfyller kravene til forsvarlighet. Blant annet stilles det krav om at forvaltningen foretar nødvendige undersøkelser for å sikre at vedtak og tjenester bygger på korrekt og tilstrekkelig informasjon. Kravet til god utredning av tjenestebehovet og grundig saksbehandling må ses i sammenheng med dette. En kompliserende faktor er at forsvarlighetskravet til en hver tid er under endring. Endringer i lovkrav og forventninger over tid, bidrar til at forhold som vurderes som forsvarlig i dag, ikke nødvendigvis ble vurdert å være forsvarlig for ti år siden.

Et sentralt prinsipp i forvaltningens saksbehandling er at partene skal gis mulighet til å bli hørt i spørsmål som berører dem. Videre er det et krav etter pasient- og brukerrettighetsloven at pasienten/brukeren skal kunne medvirke ved utformingen av tjenestetilbudet. Det er derfor viktig at kommunen organiserer saksbehandlingen på en slik måte at pasienten/brukeren, eventuelt sammen med en representant eller pårørende, involveres i en dialog om hvordan tjenestetilbudet bør utformes.

Oppsummert gjengir helsedirektoratet følgende lovverk som grunnlag for tildeling av tjenester: - "Pasient/bruker har rett til nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester fra kommunen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a. Det er pasientens/brukerens hjelpebehov etter en helse- og sosialfaglig vurdering som styrer hvilke tjenester han eller hun har rett til, og i hvilket omfang.

- Forsvarlighetskravet setter rammer for tjenestetilbudets utforming og organisering, omfanget av tjenester og tidspunktet for iverksettelse av tjenestene. Videre må kommunen ivareta pasientens/brukerens rett til medvirkning ved utformingen av tjenestetilbudet. Ut over dette står kommunen relativt fritt til å bestemme hvordan tjenestene til den enkelte skal utformes.

- Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 bestemmer at kommunen har plikt til å yte nødvendige tjenester til alle som oppholder seg i kommunen. Ved midlertidige opphold må omfanget av kommunens plikt ses i sammenheng med oppholdets varighet. Hvis en pasient eller bruker skal flytte fra en kommune til en annen, kan tilflyttingskommunen ha plikt til å fatte vedtak om tjenester til personen før flyttingen er iverksatt."

Kommunen står relativt fritt til å utforme et tjenestetilbud som dekker den enkeltes behov for nødvendige og forsvarlige tjenester.

Det følger av forvaltningsloven § 17 at kommunen har plikt til å påse at alle søknader er så godt utredet som mulig før enkeltvedtak treffes. Kommunens saksbehandler skal utrede saken, og sørge for at alle relevante forhold er belyst. Avhengig av hva saken dreier seg om, kan det være aktuelt å innhente ulike opplysninger om helsetilstand/diagnose, funksjonsnivå, familieforhold, sosiale forhold, boforhold, nåværende tjenester, egne ressurser mv. Hvis det skal innhentes informasjon om personlige forhold fra andre enn pasienten/brukerens selv, må vedkommende samtykke til at disse fritas fra taushetsplikten. Det vil for eksempel kunne være aktuelt å innhente opplysninger fra pasienten/brukeren selv, pårørende, fastlege, spesialisthelsetjenesten, kommunens øvrige helse- og omsorgstjenester og andre instanser som barneverntjenesten, NAV mv.

Alle som søker på nye tjenester i kommunen utredes blant annet ved bruk av IPLOS. Registrering av opplysninger i IPLOS er obligatorisk for landets kommuner, og opplysningene som skal registreres der er en viktig del av den relevante og nødvendige dokumentasjonen som må innhentes når et tjenestebehov utredes IPLOS (Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk) er et lovbestemt helseregister som danner grunnlag for nasjonal statistikk for helse- og omsorgssektoren. I den lokale saksbehandlingen benyttes IPLOS til å vurdere funksjonsnivået for brukeren ved vurdering av søkerens tjenestebehov.

Oppsummering av lovverk som styrer tildeling og utmåling av tjenester: - Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 skal det fattes enkeltvedtak ved tildeling, endring eller avslag på tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8 som er ment å vare lenger enn to uker. - Enkeltvedtaket skal være skriftlig og begrunnet. Det skal videre inneholde en redegjørelse for hvilke regler som er anvendt, beskrivelse av hvilket faktum som er lagt til grunn for avgjørelsen og redegjørelse for hvilke hovedhensyn som har vært avgjørende i skjønnsutøvelsen. - Det skal også fremgå av vedtaket at det er klageadgang, hva klagefristen er, hva som er riktig klageinstans og nærmere fremgangsmåte ved klage. Det skal opplyses om innsynsretten og adgangen til å be om utsatt iverksettelse. - Tjenestene skal iverksettes fra det tidspunktet a og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Hva som er forsvarlig, vil bero på et helse- og sosialfaglig skjønn, og skal fremgå av vedtaket

5.2 Tildeling og forvaltning av tjenester i Inderøy Kommune

Det er ulik praksis i de ulike kommunene mht hvem som står for kartlegging av personers behov for omsorgstjenester. De fleste kommuner har etablert tildelingskontor som mottar henvendelser om omsorgsbehov og helsetjenester fra brukere, pårørende, leger og sykehus.

I Inderøy kommune har man flere instanser som tar i mot og vurderer slike henvendelser, bistand og omsorg har samlet denne tjenesten i et eget tildelingskontor, mens de ulike tjenestene organisert under enhet Helse tar i mot og saksbehandler slike henvendelser pr tjeneste.

Primæroppgaven til instansene som saksbehandler søknader om kommunale tjenester, er å tildele tjenester og foreta saksbehandlingen på en profesjonell måte. Det er et omfattende forarbeid med kartlegging av den enkelte søker, funksjonsvurdering, hjemmebesøk, kontakt med fastlege og andre samarbeidspartnere osv. før et vedtak kan fattes. Øvrige oppgaver er å gi veiledning til brukerne i søknads- og tildelingsprosessen, og overfor de utøvende tjenestene. Tildelingskontoret og saksbehandlere har også ansvar for kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten i forbindelse med overføring av pasienter mellom tjenestenivåene.

Det er utformet kommunale søknadsskjema, prosedyrer, maler og kriterier for utfylling- og vurdering av søknader, og saksbehandlerne mener disse er "klare" å forholde seg til i saksbehandlingen. I tillegg må saksbehandlerne utøve faglig skjønn i sine vurderinger, og hver bruker må vurderes individuelt.

Ikke alle saker er kurante. Dersom saksbehandler er usikker på sine vurderinger, drøftes saken med kolleger. Enhetsleder signerer alle vedtak sammen med saksbehandler, men det er hver enkelt saksbehandler som står ansvarlig for de vurderinger og vedtak som blir fattet. Saksbehandlerne er opptatt av at de tverrfaglige drøftingene og fagmiljøet ved enheten bidrar til at brukerne i Inderøy kommune sikres likebehandling etter lovverket på like vilkår.

Pasient- og brukerrettighetsloven gjelder også for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Klage på et vedtak kan sendes til kommunen. Dersom en innbygger søker på tjenester, men mener at en pasient- eller brukerrettighet er brutt, har vedkommende mulighet for å henvende seg til den som yter tjenesten, og be om at rettigheten oppfylles. Dersom rettigheten likevel ikke oppleves å bli fylt, har vedkommende mulighet til å klage til fylkesmannen. Saksbehandlerne i kommunen er opptatt av at kommunen skal yte et forsvarlig tilbud til den enkelte, og brukerne oppfordres til å klage til Fylkesmannen dersom de er misfornøyde; På denne måten sikrer man at søker gis mulighet for å få prøvd saken i en overordnet instans. Det har ikke vært mange klagesaker i kommunen. Det har vært enkeltsaker der noen klager på utmåling av tjenestetilbud med bakgrunn i at bruker eller pårørende mener å ha krav på en bestemt type tjenester, f.eks sykehjemsplass, uten at de har fått dette innvilget. Inderøy kommune hadde kun 1 klagesak i 2015, og 4 klagesaker i 2016. Av disse ble ingen av sakene omgjort som følge av klage. Et lavt antall klagesaker indikerer at kommunens brukere opplever å få tildelt de tjenestene de har forventninger om.

Et tett samarbeid mellom tildelingskontoret og utøvende tjenester er svært viktig. Saksbehandlerne er helt avhengige av den informasjon som gis av utførende tjeneste, for å kunne fungere som en kompetent "bestiller". Den utøvende tjenesten er på sin side helt avhengig av å ha tilstrekkelig informasjon fra saksbehandler for å kunne drifte effektivt. Tjenesteutøvere og "bestillere" (tildelingskontoret) har i en del tilfeller ulike syn på hvilke hjelpetiltak som er best for brukerne. For å unngå unødvendige konflikter er det derfor viktig at kommunen får etablert gode systemer for samarbeid, basert på tydelig rolleavklaring. Møtestruktur og kommunikasjonsprosesser mellom den som utformer vedtakene (bestiller) og den som utfører tjenestene, må organiseres slik at det bidrar til god samhandling på systemnivå og individnivå. Gjennom kartleggingsøvelsene ser man at kommunen har etablert faste møter mellom utøvende tjenester og tildelingskontoret, men det stilles spørsmål ved sammensetting og den praktiske beslutningsmyndighet for deltakerne i møtene. I hovedsak fungerer kommunikasjon og samhandlingen i møtene godt. Det pekes imidlertid på stadig tilbakevendende uenigheter mellom saksbehandlere og tjenesteutøvere, uten at man finner gode avklaringer på dette. Dette er en spesielt fremtredende problemstilling i saker der brukere skal ha

tjenester på tvers av kommunens ulike enheter (Helse og Bistand og omsorg) Kommunen kan med fordel regulere samarbeidet mellom saksbehandlerne ved tildelingskontoret og de utøvende tjenestene, slik at saksbehandlerne tilskrives en mer fremtredende rolle som veiledere mht koordinering og ansvar for å sikre gjennomgående og helhetlige pasientforløp i det samlede tjenestetilbudet i kommunen.

Et vedtak skal til enhver tid avspeile brukerens behov. Det er derfor viktig at det på forhånd er klart, både for "bestiller" (tildelingskontoret) og den utførende tjenesten, hvor store endringer som må til før det vil være behov for å skrive et nytt vedtak. Til en viss grad må vedtakene innarbeides med noe fleksibilitet, slik at de tar høyde for mindre variasjoner i brukernes behov. I hovedsak opplever både tildelingskontoret og utøvende tjenester at vedtakene har klare formuleringer, slik at det sjeldent er tvil om hva som er tildelt av tjenester.

Tildelingskontoret kontrollerer ikke den utførende tjenestens utførelse. Det er den utførende tjenestens ansvar å iverksette et vedtak, med riktig tjeneste og til riktig tid. Saksbehandler tar det som en selvfølge at vedtak blir fulgt opp. I praksis har kommunen ikke etablert systemer for regelmessig vurdering av brukernes vedtak. Endringer i brukernes behov håndteres av den utøvende tjenesten. En slik praksis kan ha flere negative konsekvenser; Den kan medføre en risiko for at vedtakene ikke gjennomføres som forutsatt, fordi det ikke foreligger kontrollmekanismer med hvordan den utførende tjeneste følger opp vedtaket for tjenesten. En annen konsekvens av denne praksisen innebærer en viss risiko for at utførende enhets vurderinger vil styre ressursbruk og prioriteringer, og dermed gjennomføre tjenesten på bekostning av de forventningene som er knyttet til vedtakene. Kommunen bør derfor etablere systemer som sikrer samhandling, oppfølging og kontroll med de utførende tjenestenes virksomhet. Dette kan f.eks gjennomføres ved regelmessige gjennomgang av vedtak for brukere som har mottatt tjenester over tid. Utevende tjenester dokumenterer fortløpende hvilke tjenester som er planlagt og utført i den elektroniske pasientjournalen (Profil) Gjennom systematiske internkontroller vil saksbehandler kunne følge med på om det er samsvar mellom vedtak og faktiske tjenester for brukerne.

En annen problemstilling, knyttet til manglende praksis for evaluering av vedtak, er at tjenestene (spesielt i hjemmetjenestene) oppjusterer tjenestebildet for brukeren, slik at tjenesteutøver iverksetter endringer i tjenestene uten at det foreligger bestilling på slik endring. Utførers virksomhet styres av tildelte rammer og innholdet i vedtakene. Dersom det ikke er kontroll med at utfører faktisk følger vedtakene, og utfører også endrer tjenesten for brukere uten at dette blir kommunisert til saksbehandler, foreligger det en risiko for at ressursbruken i kommunen ikke styres av vedtakene, men av utførerenhetene.

Etter prosjektleders vurdering virker enhetene likevel å ha god økonomistyring. Til dels kan dette knyttes til relativt små forhold og lavt brukervolum i kommunen. Vurdert opp mot et framtidig bilde, hvor volumet på antall brukere er forventet å dobles, samtidig med at budsjettene skal strammes inn, må kommunen forvente at det vil oppstå et behov for bedre styring og kontroll med ressursene som brukes i tjenesteytingen.

5.2.1 Framtidig videreutvikling av tildelingskontorets ansvarsområde.

Kommunen bør vurdere om tildelingskontorets funksjon på sikt også bør inneha et mer rendyrket bestiller- og økonomiansvar. Dette innebærer i praksis en organisasjonsmodell ihht prinsippene om bestiller- utførermodell.

En bestiller-utførermodell innebærer et skille mellom kommunen som forvalter og myndighetsutøver for innbyggernes rettigheter, og kommunen som tjenesteleverandør. En slik modell baserer seg på fastsettelse av kontrakter som regulerer forholdet mellom disse to rollene, samt etablering av et system for prisfastsettelse av tjenestene med tilpassede regnskapssystemer, hvor pengene følger brukeren. Dette vil innebære en ny tilnærming til den økonomiske styringen i kommunen, sett i forhold til dagens tradisjonelle rammestyring.

Helsedirektoratet har gjennomført flere store prosjekt for å prøve ut ulike modeller for slik prisfastsettelse av tjenestene. Stjørdal kommune har vært en pilotkommune i dette arbeidet. Erfaringene fra kommuner som har deltatt i prosjektene mener det er en forutsetning for å ivareta den økonomiske bestillingen, at bestillerenheten også har budsjettansvaret. Ideen er at kommunen vil få bedre økonomisk styring, dersom budsjettet legges hos bestiller, og bestiller har ansvar for å kontrollere volum og kvalitet.

Rapportene fra de nasjonale prosjektene tilsier at dette er finansieringsmodeller som vil implementeres som del av nasjonale krav og system, for finansiering av Helse- og omsorgstjenestene. KS har utarbeidet en egen veileder for "Bestiller- og utførerorganisering i pleie- og omsorgssektoren". Veilederen er ment å være en håndbok for kommuner som ønsker å implementere en slik modell. Kommunen bør innrette sin videreutvikling av et samlet forvaltnings og tildelingskontor, slik at man er forberedt til å håndtere en slik overgang.

Organisering av et felles forvaltningskontor der man rendyrker en bestiller- utførermodell vil kunne gi bedre styring med vedtak og bestilling av tjenestene, og dermed redusere risiko for at tjenestenes ressursbruk blir styret av de utførende tjenestene.

Tildelingskontoret er i dag organisert under enheten bistand- og omsorg, men bør vurderes organisert som en egen forvaltningsenhet under en enhetsleder, for å kunne rendyrke rollefordelingen i bestiller og utførermodellen.

Oppsummering av anbefalinger:

- Tildeling av tjenester bør koordineres og samles til en felles forvaltningsenhet underlagt en kommunal enhetsleder for Helsetjenesten og Bistand og omsorgstjenesten.
- En felles forvaltningsenhet bør ivareta et ansvar for koordinering av tjenester. Herunder bør ansvar for kvalitetssystem, pasientforløp, koordinering av tjenester, systemansvar som koordinerende enhet tilflyttes.
- Rutiner for evaluering og endring av vedtak, og innhold i tjenestebildet, må etableres
- Det bør innføres kontroll med omfang og kvalitet på utførende tjeneste.

- Et felles forvaltningskontor bør organiseres med prinsipper fra en tydeligere bestiller-utførermode, og på sikt ha strukturer som kan implementere økonomimodeller hvor "penger følger vedtak." (Ikke full enighet i gruppen om en slik modell, men prosjektleder mener dette er en modell kommunen bør utrede nærmere)

I FØLGE DEN NASJONALE VID-RAPPORTEN DEFINERES EN VELLYKKET TILDELING AV TJENESTER AV AT KOMMUNEN FINNER EN GOD BALANSE MELLOM ØKONOMI OG KVALITET, ET GODT SAMARBEID MELLOM ORGANISATORISKE ENHETER OG GOD DIMENSJONERING/ KAPASITET AV TRINNENE I OMSORGSTRAPPEN

5.3 Tjenestetrappa for Inderøy Kommune

Det foreligger en sterk sammenheng mellom tjenestetilbudenes kompleksitet, brukernes nytte og kommunens kostnadsnivå, en sammenheng som beskrives som BEON-prinsippet, Beste Effektive Omsorgsnivå.

Prosjektet har gjennom kartleggingsøvelser kartlagt de ulike tjenestene ut i fra kompleksitet og kostnadsnivå med å utforme en samlet tjenestetrapp for helse og omsorgstjenestene i Inderøy kommune.

Ideen er at tjenestene som visualiseres gjennom tjenestetrappa gjenspeiler hvordan kommunens brukere har ulike behov, og hvordan det foreligger en sammenheng mellom behovet for hjelp og bistand og nivå på de tjenester som tilbys.

Tjenestetrappen visualiserer dermed hvordan ulike tjenester retter seg mot brukere med mindre behov og andre tjenester retter seg mot brukere med mer sammensatte og omfattende behov.

I praksis er det flytende overganger mellom de ulike trappetrinnene, og brukere kan bevege seg opp og ned mellom trinnene ihht brukerens behov. En bruker kan også motta tjenester fra ulike trinn av tjenestetrappa.

En tjenestetrapp kan brukes som et verktøy for interne forbedrings- og samhandlingsprosesser, samtidig som den også kan benyttes som informasjon til brukere og pårørende om de kommunale tjenestene som tilbys av kommunen.

Gjennom kartleggingsøvelsene har man vurdert at kommunen samlet sett har dimensjonert tjenestene godt i forhold til innbyggernes behov. Ved vurdering av det samlede tjenestetilbudet, ser man at kommunen har prioritert spesielt de høyeste tjenestetrinnene høyt, noe som kan se ut til å ha

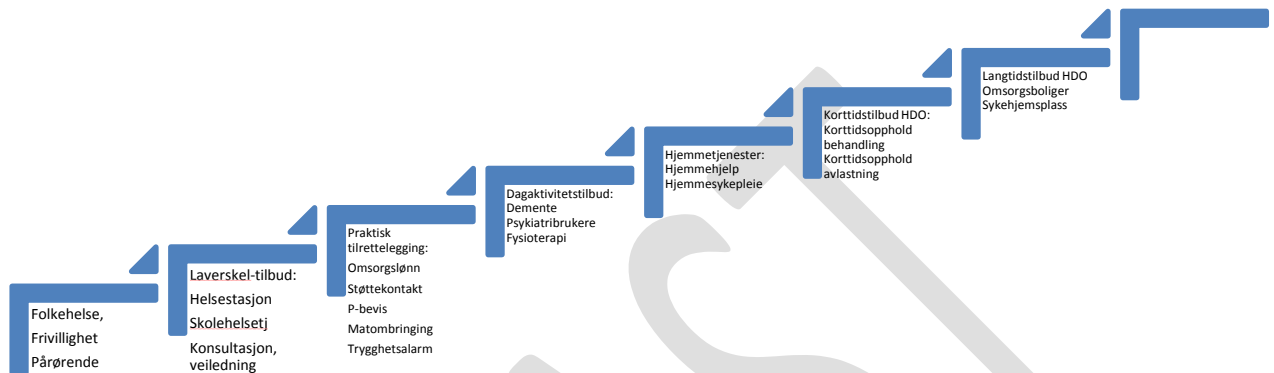
gått på bekostning av prioritering av tjenestetilbud lavere ned i trappen. Dette ser man blant annet ved den høye dekningsgraden, som ligger på hele 30.6%, som kommunen har valgt å opprettholde innen HDO.

En utfordring man har sett gjennom kartleggingsøvelsene er at mange tjenesteutøvere (ansatte) har utfordringer med å plassere den tjenesten de selv tilbyr i en mer helhetlig forståelse av kommunens samlede tjenestetilbud. Mangel på en helhetlig forståelse av kommunens samlede tjenestetilbud, eller manglende forståelse for de faglige grenseflatene på tvers av kommunens tjenestetilbud, vil kunne få konsekvenser for den interne samhandlingen mellom tjenesteyterne. Dette ser man også kommer til uttrykk gjennom andre deler av utredningsarbeidet, hvor organisasjonen har "mye å gå på" mht å etablere en prosessbasert forståelse av tjenesteproduksjonen. Det foreligger faglig konsensus innen feltet helsetjenesteutvikling om prosessbaserte metoder og prinsipper som grunnlag for å forstå, og utvikle helsetjenestene. Utvikling av kommunale pasientforløp, diagnosespesifikke pasientforløp, tjenstedesign, pasientreiser på tvers av tjenester og tjenestenivå, LEAN i forbedringsarbeid, sykepleieprosess, spesifikke behandlingsprosesser, utvikling av tverrgående standardiserte dokumentasjonsprosesser er eksempler på hvordan prosess legges til grunn for felles tilnærming og utviklingsarbeid på feltet. Prosjektet har forsøkt å ta tak i dette gjennom utarbeidelse av et kommunalt pasientforløp og en felles tjenestetrapp. Hensikten er at man gjennom strategisk bruk av tjenestetrappen og kommunale pasientforløp skal ha mulighet for å arbeide med en prosessbasert tilnærming til den beste utnyttelse av kommunens samlede ressurser.

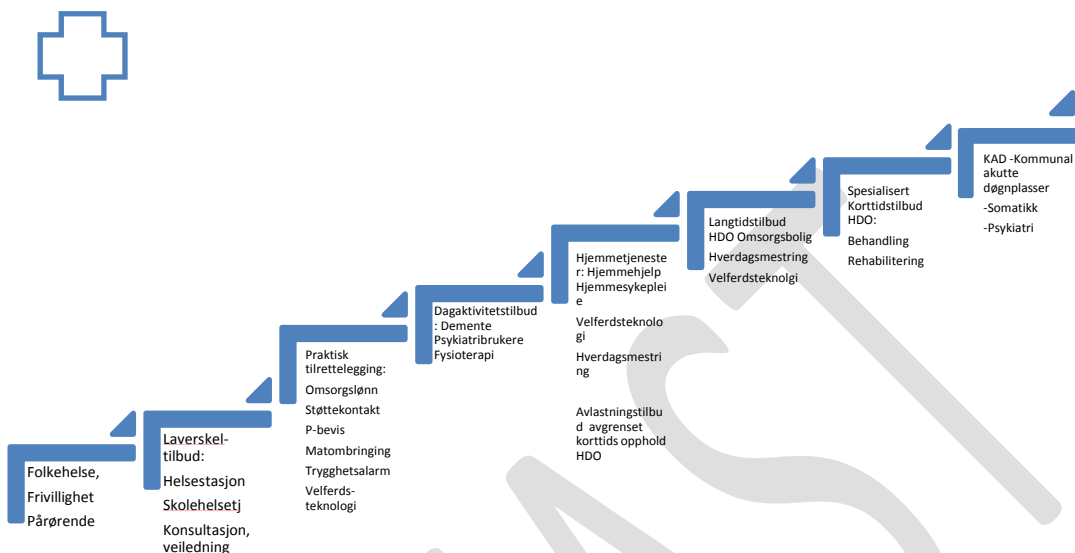
Den videre analysen bygger på en forståelse av at man kan se kostnadsstrukturer, organisasjonens effektivitet og produktivitet ut i fra kommunens evne til systematisk anvendelse av BEON prinsippet, dvs tildeling av tjenester ihht kommunens tjenestetrapp og evne til utnyttelse av samlede ressurser (intern samhandling) på tvers av organisatoriske enheter/ tjenester.

Arbeidsgruppene som har vært involvert i prosjektets utredningsarbeid har kartlagt kommunens tjenestetrapp slik den er, og også hvordan den burde utvikles for framtida. Begge trappene presenteres her, og den videre analysen har til hensikt å understøtte en utvikling av kommunens samlede tjenestetilbud som presentert i tjenestetrappen slik vi ønsker at den skal være.

Tjenesterappa slik den foreligger ved oppstart av prosjektet – Et godt tjenestetilbud men som med fordel kan videreutvikles



Tjenestetrappa slik vi gjerne vil at det skal se ut – En hensiktsmessig utvikling av det samlede tjenestetilbudet i kommunen



Anbefalte tiltak.

Etablering av et hverdagsmestringsteam

Nye helsepolitiske forventninger og krav til kommunehelsetjenesten innebærer at det er nødvendig med en faglig omstilling i omsorgstjenestene. Sterkere vektlegging av rehabilitering for å øke brukernes mestringsevne og redusere hjelpebehovet er et viktig mål (Omsorg, 2020, s. 27). Rehabilitering defineres som «å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet» (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2012, kap.2, § 3).

Hverdagsrehabilitering er etablert som tilbud i mange norske kommuner, og stadig flere innfører dette. Hverdagsrehabilitering er tverrfaglig, målrettet og tidsbegrenset rehabilitering i brukerens hjem og nærmiljø hvor et tverrfaglig team, ofte bestående av ergoterapeut, fysioterapeut, sykepleier og helsefagarbeider bistår brukeren i å nå sine aktivitetsmål. Målgruppen er primært eldre brukere som har behov for rehabilitering etter et plutselig eller gradvis funksjonsfall (Meld. St. 26 (2014–2015), s. 108). Hverdagsrehabilitering skiller seg fra den tradisjonelle tilnærmingen i hjemmetjenestene hvor fokus er på å «ta vare» på pasienten og kompensere for funksjonssvikt. I hverdagsrehabilitering er målet å bidra til at brukeren blir i stand til å gjennomføre nødvendige aktiviteter selv (Parsons, Rouse, Robinson, Sheridan, & Connolly, 2013). Utgangspunktet er en antagelse om at eldre ønsker å bo i eget hjem så lenge som mulig (Cutchin, 2009).

Hverdagsrehabilitering innebærer en personsentrert tilnærming ved at hjelperen tar utgangspunkt i enkeltindividets livssituasjon, denne personens mål og mening, samt hvordan personen selv opplever at helseutfordringer påvirker hans/hennes hverdagssituasjon (McCormack & McCance, 2010). Dette betyr at enkeltindividets stemme er viktig for å kunne tilrettelegge rehabiliteringsforløpene på best mulig måte.

Det er gjennomført flere studier som viser funn hvor hverdagsrehabilitering som metode har effekt. I Norge er det gjennomført en multisenterstudie med følgeforskning som tilnærming der 43 kommuner var inkludert. Studien viser at hverdagsrehabilitering har bedre effekt enn ordinære tjenester på utførelse og tilfredshet med daglige aktiviteter, fysisk funksjon og helserelatert livskvalitet (Langeland et al., 2016). Funn i studiene som er gjort peker blant annet på at:

- For å fremme eldre personers autonomi og styrke deres mulighet for å bo i eget hjem, må de involveres i planleggingen av egen rehabiliteringsprosess. (Wallin, Talvitie, Cattani og Karppi (2007)
- Det må tas hensyn til den enkeltes ønsker om arenaer for aktiviteter når det settes mål. (Åberg 2008)
- Effektiv rehabilitering er avhengig av deltagernes samarbeid og motivasjon. Rehabilitering må derfor tilpasses den enkeltes behov og perspektiv. (Trappe-Lomax, Hawton 2012)
- Hverdagsrehabilitering har et potensial for økt effektivitet i tjenesteytingen særlig når hjelperne viser forståelse for brukerens egne prioriteringer og ønsker når det gjelder selvstendighet (Wilde, Glenning 2012)
- Psykososial støtte fra helsepersonell og pårørende er en forutsetning for å nå målene om å komme tilbake til dagliglivets rutiner og utføre meningsfulle aktiviteter uten å være avhengig av andre. (Asplund, Svedlund, Paulson (2013)
- Helsepersonellens evne til å etablere relasjon til brukeren og gi oppmuntring øker brukerens motivasjon. (2010)
- Hverdagsrehabilitering gir grunnleggende støtte i en fase av livet hvor brukere opplever funksjonsfall. Brukerne selv opplever at hverdagsmestringsteamet bidrar til økt kunnskap, motivasjon og støtte til å finne måter å mestre funksjonsfall, bidrar gjennom definerte mål og krav til å utfordre brukeren til målrettet rehabilitering, bidrar til at brukeren blir bekreftet og oppmuntret til aktivitet, deltakelse og mestring i eget liv. (Jokstad, Landmark, Hauge, Skovdal 2016)

Tilbakemeldinger fra brukere som har mottatt tjenester fra et hverdagsmestringsteam gir inntrykk av at hverdagsmestring som metode implementerer flere prosesser som gjensidig påvirker hverandre i et dynamisk samspill. Gjennom rehabiliteringsprosessen utvikles mål ut i fra brukerens behov, slike kan handle om alt fra selvstendighet på hjemmearenaen til å handle om mål knyttet til aktivitet og deltakelse på arenaer utenfor hjemmet.

Etablering av hverdagsmestringsteam fremstår som en vellykket metodisk tilnærming for å lykkes med den nødvendige dreining av kommunenes helse- og omsorgstjeneste. Det forventes at etablering av et hverdagsmestringsteam vil kunne ha stor effekt på kommunens tildelingspraksis, og bidra til å utsette brukeres behov for mer kostnadskrevende tjenester. Det anbefales på denne

bakgrunnen at kommunen iverksetter et prosjekt for etablering av et hverdagsmestringsteam, organisert sammen med et felles tildelingskontor.

6.0 Brukeroversikt for de ulike tjenestene, fordelingsprofil og ressursbruk

I dette kapittelet vil vi se hvordan kommunen tildeler tjenester, fordelingsprofil for kommunens brukere og bruk av ressurser på de ulike tjenestene.

For å kunne si noe om produktivitet i kommunen, ser man på forholdet mellom tjenestenes tilgjengelige ressursramme (budsjett og regnskap) og vurderer denne opp mot bruk og registrering av vedtak på brukere, såkalt ATA (ansikt-til ansikt tid med bruker) I et optimalt bilde bør inntil 70% (Devold) av tid og ressurser knyttes til ATA, 30% av ansattes tid må påregnes reisetid, administrasjon- og møtevirksomhet og dokumentasjonsplikt. For spesielle tjenester som innebærer psykiatri og veiledning/ konsultasjoner bør forholdet ligge på ca 50%-50% På et teoretisk grunnlag kan man anta at små endringer i andelen direkte ATA, reduksjon av indirekte tid, vil utløse kapasitetsøkning for tjenesten samlet sett. Det vil si at man tilstreber en produktivitetsfaktor på 1.4 som optimal utnyttelse av kapasitet i tjenesten. For spesielle tjenester vil en optimal produktivitetsfaktor ligge på 2.0 Det er ikke gått nærmere inn på potensialet for kapasitetsøkning i denne utredningen.

Det vil være å forvente at det skal foreligge en sammenheng i fordeling og vedtak på antall timer, og funksjonsvurdering av den enkelte bruker. Ser man på IPLOS-skår i kommunens samlede brukerprofil for tildeling av timer kan man danne seg et inntrykk av kommunens praksis for tildeling av tjenester.

KS har gjennomført en studie hvor man har sett på praksis for tildeling av tjenester, fordelt på funksjonsprofil i kommunene. I denne studien, basert på 18.000 brukere, har man funnet en normalfordeling for tildeling av timer fordelt på brukerprofiler i de kommunene som ble undersøkt.

Tabellen viser hvordan fordelingen av timer øker ihht funksjonsnivået for brukerne. KS har også på bakgrunn av materialet definert en normert tildelingskurve. Brukere med lettere funksjonstap tildeles 1.0-4.0 timer pr uke, middels funksjonsskår tildeles 5.0-10.2 timer pr uke, og brukere med omfattende funksjonstap tildeles inntil 20.6 timer pr uke. Effektiviteten måles blant annet ved å se på hvor stor andel av ressursene som brukes til de ulike gruppene, lette-middels-omfattende funksjonstap. Målet må være at det er mulig for hjemmetjenestene å ta seg av brukerne selv om behovet for bistand blir omfattende. For å lykkes med en slik innfallsvinkel må man innrette tildelingspraksis på en slik måte at man begrenser tjenestene til de brukerne med lettere funksjonstap til et minimum, og overfor denne gruppen brukere søker å vinkle bistand mot at brukeren skal hjelpes til å hente ut egne ressurser, for egen mestring. Den mest effektive praksis innebærer av kommunens ressurser innrettes mot brukere som middels og omfattende behov (Devold) Dette er forenlig med BEON-prinsippene, og allmenne oppfatninger i samfunnet om hva som er god fordelingspolitikk.

6.1 Hjemmetjenesten

Hjemmetjenestene i kommunen er organisert i to soner, og har i tillegg ansvar for drift av omsorgsboliger med døgnbemanning på Inderøyheimen og ved omsorgsboligene på Næss.

Tjenesten har samlet sett en kapasitet på 3709,92% stillingsandeler. Inkludert i dette tallet er tjenesteleder med 100% stilling, saksbehandlerstillinger fordelt på 95% og fagledere 250% (fagledere går deler av sin stilling i turnus). Hjemmetjenesten i Inderøy kommune har utadrettet virksomhet til brukere som bor i privat bolig, men også betjener også beboere i 42 kommunale omsorgsboliger med HDO.

6.1.1 Hjemmetjenesten, brukeroversikt Pr 17.01.17

I tabellene vises fordeling av brukere ihht funksjonsprofil og fordeling av hjemmetjenestenes timer fordelt på en funksjonsprofil.

Ut fra oversikten ser man at hjemmetjenestene betjener 230 brukere. Av disse mottar 42 brukere tjenester i heldøgns omsorgsbolig, øvrige brukere 178 mottar tjenester i egen privat eller leid bolig uten døgnbemanning.

Gjennomsnittlig tildeling av timer pr uke, ihht bistandsbehov

Tjenesteområde	Bistandsbehov (IPLOS)				
Hjemmetjenesten	Noe/ avgrenset	Middels/ stort	Omfattende	Uoppgitt	Gjennomsnitt
Gjennomsnitt	3:15	5:10	14:02	1:00	6:06
Normert	0.1-4.9	5.0-10.2	10.3-20.6		

6.1.2 Funksjonsprofil for brukere i hjemmetjenesten

Funksjonsprofil for brukere i hjemmetjenesten (pr 17.01.17)					
Aldersgruppe	Noe/ avgrenset	Middels/ stort	Omfattende	Uoppgitt	I alt
0-17	1	2	0	0	3
18-49	7	12	8	0	27
50-66	6	8	5	1	20
67-79	8	11	2	1	22
80-84	20	16	3	0	39
85-89	25	19	8	0	52
90+	10	28	6	0	44
Uoppgitt	0	0	0	0	0
Totalt	89	100	38	2	220

6.1.3 Fordelingsprofil for tildeling av tjenester i hjemmetjenesten

Dersom man sammenlikner tildelingspraksis i Inderøy kommune ser man at kommunen ligger under gjennomsnittet for tildeling av timer til brukere i funksjonsgruppen "Noe/ avgrenset" behov, og i enda større grad for brukere i funksjonsgruppen "Middels/ stort behov". Dette kan forstås som at kommunen har en lav terskel for tildeling av tjenester, hvor man i praksis smører tynt utover med tjenester til de fleste som søker om kommunale helsetjenester. For brukere i funksjonsgruppen "Omfattende" behov ser man at praksis for tildeling av timer viser en betydelig økning. Differansen mellom tildeling av timer fra gruppen med "Middels/ stort" behov, og gruppen med "omfattende" behov er svært stor, og bør gi grunnlag for refleksjoner. Normalt vil man forvente at det er en sammenheng mellom funksjonsnivå og omfang av tildeling av timer. Den relativt store differansen man ser i tildelingspraksis for Inderøy kommune, kan reflektere en praksis hvor tildeling av timer til brukere med middels/stort bistandsbehov blir underfordelt til fordel for at mange med "noe/ avgrenset" behov får tildelt kommunale timer/ tjenester.

Vurdert opp i mot prinsippene for beste effektive omsorgsnivå, BEON, ser man en lav grad av samsvar mellom brukernes kartlagte funksjonsnivå og tildeling av tjenester. Det er rimelig å forvente at dette bidrar til å svekke effektiviteten i omsorgstjenestene, da en slik praksis for tildeling av tjenester vi kunne medføre at brukere med mer omfattende behov må søke om tjenester høyere opp i tjenestetrappen for å få dekket nødvendig tjenestebehov.

Dette funnet må ses i sammenheng med kommunens samlede innretning av sine omsorgstjenester. Kommunen har en høy dekningsgrad for Heldøgns Omsorgstjenester, 30.6%, med en fordeling av de samlede HDO plassene fordelt på hhv 56% institusjon og 44% omsorgsboliger. Man kan forstå kommunens tildelingspraksis som en konsekvens av at kommunen over tid har hatt god tilgang på plasser i HDO, og på dette grunnlaget har etablert en praksis med lav tildeling av vedtak på timer i hjemmetjenesten, og en høyere grad av tildeling av tjenester i sykeheim.

Beregning effektivitet hjemmetjenestene uten HDO omsorgsboliger		
	Effektivitet	Kostnad tjenesten
Gjennomsnittlig beregnet timer pr årsverk i turnus	1846	
Disponibel ressurs i hjemmetjenesten	24.86 årsverk= 45892 timer	
Vedtak timer helsetjenester i hjemmet/ praktisk bistand pr 19.05.17	34245	
Produktivitets-faktor	$45892/34245=$ 1.3	
Optimal time og ressursbruk	Optimal timebruk: 44519	
Effektiviseringstap, potensiale for omstilling	$45892-44519=1373$	Teoretisk effektiviseringspotensial lønnsmidler: $1373*344=472.312,-$ <i>**Tallene må ikke tolkes slik at bevilgningene umiddelbart kan reduseres tilsvarende – det kreves operativ omstilling for å realisere mulighetene.</i>
Fastlønnsbudsjett	$15800593,-/45892=$ Timepris: 344,-	

6.1.4 Refleksjoner om tilbudet innen hjemmetjenestene i Inderøy kommune

Med et utregnet produktivetsmål på 1.3 ser man at produktiviteten samlet sett for kommunens hjemmetjeneste er god. Et produktivitetstall på 1.3 som angir en teoretisk optimal utnyttelse av tjenestene samlet sett. Vurdert opp mot et teoretisk økonomisk effektiviseringspotensial, kan man anta at tjenesten har et mulighetsområde på ca 0.5MNK, et teoretisk potensiale det vurderes å være vanskelig å realisere gjennom praktiske driftsendringer. Det forventes derfor at det vil være lite å hente på å gjennomføre endringer i bemanningsfaktoren for organiseringen av denne delen av tjenesten

6.2 Heldøgns omsorgsboliger

Inderøy kommune har 42 omsorgsboliger med heldøgns omsorg.

Omsorgsboligene driftes som en integrert del av hjemmetjenesten. Omsorgsboligene har i motsetning til ordinær hjemmetjeneste fast bemanning. Standarden som brukes for å beregne bemanningsfaktor eller pleiefaktor er basert på et enkelt regnestykke man deler antall årsverk på antall beboere, hvilket gir en beskrivelse av bemanningsforholdet på en avdeling.

Tjenesten driftes som en integrert del av hjemmetjenestene, og omfang av tjenester behovsvurderes og knyttes opp mot vedtak på den enkelte bruker.

Kriteriet for at en tjeneste kan defineres som en HDO-tjeneste (Heldøgns omsorgstjeneste) er at tjenester og nattevakt er tilgjengelig innen 10 min. Det er ingen nasjonale krav til standard for bemanningsfaktor knyttet til omsorgsboliger. Prinsippet er at beboerne skal få nødvendig bistand og helsetjenester i sin bolig ihht vedtak.

Sted	Type	Antall plasser
Inderøyheimen	Omsorgsboliger	20
Ness	Omsorgsboliger	22
Totalt		45

5.2.1 Funksjonsprofil for brukere i HDO omsorgsbolig (IPLOS) pr 19.05.2017

Brukerprofil for brukere av omsorgsboliger i hjemmetjenesten (pr 17.01.17)					
Aldersgruppe	Noe/ avgrenset	Middels/ stort	Omfattende	Uoppgitt	I alt
0-100	2	18	16	6	42
Totalt	2	18	16	6	42
Gj.snitt tildelt timer					3.25 timer

5.2.2 Effektivitet og produktivitet i HDO omsorgsbolig

Fordi Omsorgsboligene med heldøgns omsorg driftes som en integrert del av hjemmetjenestene kan det være en utfordring å skille ut driftskostnadene knyttet til disse brukerne, fra driftskostnadene knyttet til øvrige brukere av hjemmetjenestene. For å få en vurdering av produktivitet i tjenestene har man valgt å plukke ut driftskostnader knyttet til bemanningsfaktor i denne analysen. Det totale kostnadsbildet får man ikke produsert da dette må sees i en helhetlig sammenheng med driftskostnadene for hjemmetjenestene samlet sett. Til grunn for vurdering av produktivitet legges en forståelse av at ordinær beregning på produktivitetsfaktor på 1.3 (basert på ATA), blir for høyt, da ansatte ikke har reisetid inkludert i sin aktivitet. Man har derfor valgt å legge seg på et produktivitetsmål på 1.1

Det er fast bemanning på 11,8 stillinger i kommunens omsorgsboliger. Disse betjener 42 omsorgsboliger. Det gir en bemanningsfaktor på 0,28 ved omsorgsboligene med HDO

Ut i fra gjeldende fastlønsbudsjett for omsorgsboligene har man en lønnskostnad pålydende 6.941.810 MNOK pr

Beregning effektivitet i 42 omsorgsboliger med HDO		
	Effektivitet	Kostnad tjenesten
Gjennomsnittlig beregnet timer pr årsverk i turnus	1846	
Disponibel ressurs i omsorgsboliger med HDO	21782 timer	
Vedtak timer helsetjenester i hjemmet/ praktisk bistand pr år (uttrekk pr 19.05.17)	12324	
Produktivitets-faktor	Beregnet 1.79	Optimalt effektivitetsmål: 1.1
Optimal time og ressursbruk	13556	
Fastlønsbudsjett	6.941.810,- /21782= 319,-/time	
Effektiviseringstap, potensiale for omstilling	21782-13556=8226	Teoretisk effektiviseringspotensiale lønnsmidler: 8226*319=2.624.094,-

		<i>**Tallene må ikke tolkes slik at bevilgningene umiddelbart kan reduseres tilsvarende – det kreves operativ omstilling for å realisere mulighetene.</i>
Korrigert framstilling dersom nattevakttimer trekkes fra beregningsgrunnlaget		
Korrigert framstilling dersom nattevakt trekkes fra disponibel ressurs. Ingen av brukerne har pr dd egne vedtak på tjenester på natt, man velger derfor å se bort fra denne ressursen i vurdering av effektivitet ved enhetene.	Ant timer nattevakt v Inderøyheimen: 3953*** +Ant timer nattevakt v Næss2372**** =Tot 6325.5 (Dvs 304% stillingsressurs) 21782-6325.5 =15456.5	Tot antall timer tilgjengelig-totalt antall timer nattevakt=15456.5
Produktivitet Optimal produktivitet 1.1	Disponibel ressurs(korrigert for nattevakt) 15456.5/12324 timer vedtak pr år Produktivitetsfaktor =1.25 Optimal timebruk for 12324 timer vedtak=13556	
Effektiviseringstap, potensiale for omstilling	15456.5-13556=1900.5	Teoretisk effektiviseringspotensiale lønnsmidler: 1900*319,=606.100,- <i>**Tallene må ikke tolkes slik at bevilgningene umiddelbart kan reduseres tilsvarende – det kreves operativ omstilling for å realisere mulighetene.</i>

**inkl vacante stillinger, da disse ligger medberegnet i bemanningsfaktor*

****Beregning stillingsressurs natt Inderøyheimen: Her går det fast 3 nattvakter som betjener 20 omsorgsboliger og 33 institusjonsplasser. Dvs 3*9.5t/vakt, noe som gir 10402timer/år. Andelsvis beregning ut i fra fordeling på senger omsorgsboliger 38% og institusjon 62% viser en grov fordeling av timefordeling burde gi ca 6449timer nattevakt for institusjonsplassene og 3953 timer nattevakt for omsorgsboligene. Til sammen 10402 timer nattevaktressurs.*

*****Beregning stillingsressurs natt omsorgsboligene på Næss. 1 Fast nattvakt fordeler sin stilling slik at den også bistår 3 timer av sin vakt HDU Lauthan. Dette gir 6.5t/vakt, noe som gir 2372 timer disponibel nattevaktressurs pr år for omsorgsboligene.*

6.2.3 Refleksjoner om tilbudet innen Heldøgns Omsorg i omsorgsbolig i Inderøy kommune

Turnustjenester er omsorgssektorens store kostnadsdrivende enkeltfaktor. Kjennetegn ved turnus er at det er mer kostnadsdrivende jo mindre enheter er mht antall brukere. Omsorgsboligene i Inderøy har til dels delt turnus med hjemmetjenestene, noe som ivaretas ved at hjemmetjenesten bistår omsorgsboligene i perioder med mere krevende arbeidspress. Det er ikke undersøkt i hvor stor grad dette faktisk gjennomføres. Tilbakemeldingene fra ansatte er at det i praksis er så travelt hos hjemmetjenesten, at det ikke er rom for å bistå omsorgsboligene slik tiltekt. Man har derfor forholdt seg til å måle produktivitet av de dedikerte fastlønnsressursene knyttet til omsorgsboligene.

Vurdert opp mot et teoretisk økonomisk effektiviseringspotensiale, kan man anta at tjenesten har et mulighetsområde på ca 0.5MNK, dette er kun et teoretisk potensiale som det i praksis vil vurderes å være vanskelig å realisere gjennom driftsendringer. Det forventes derfor at det vil være lite å hente på å gjennomføre endringer i bemanningsfaktoren for organiseringen av denne delen av tjenesten.

Kommunen har hatt en praksis for tildeling av omsorgsboliger med HDO for relativt funksjonsfriske brukere. Målt opp mot effektivitet på 1.25, ser man at kommunen legger seg i det lavere sjiktet for HDO. Dette forstås å ha sammenheng med at brukerne har vedtak på få timer pr bruker. Med utgangspunkt i de funksjonsvurderinger som er gjort og tildeling av timetall pr vedtak, fører dette til en lav produktivitet i omsorgsboligene. Den svake produktiviteten kan forklares av at kommunen yter mye tjenester til godt fungerende brukere, hvor spesielt nattevakt medfører høy ressursinnsats for kommunen. Når man korrigerer beregningsgrunnlaget for nattevakt ser man at produktiviteten øker betydelig.

Tar man hensyn til disse faktorene, og sammenlikner tildeling av tjenester til hjemmeboende brukere, kan man konkludere med at kapasiteten i omsorgsboligene er rommelig nok til å kunne ta i mot brukere med større behov for tjenester (større pleietyngde) Dersom man opprettholder dagens praksis for tildeling av omsorgsboliger til brukere med et forholdsvis godt funksjonsnivå medfører dette et høyt servicenivå i forhold til det reelle behovet.

Gjennom utredningsarbeidet er gapet mellom dokumenterte vedtak på timer, og kommunens bruk av ressurser i omsorgsboligene drøftet mer inngående. Det store produktivitetsgapet forklares til dels med at tjenesten ikke har gode rutiner med oppdatering av IPLOS og endring av vedtak. En annen forklaring ligger antakelig i en sammenblanding av de ansattes forståelse av skillet mellom vedtaksførte tjenester og generell service. Det er etablert en praksis hvor tjenestene lokalt endrer innhold i tjenestene (dokumenteres ofte riktignok i tjenestebildet i profil)uten at dette alltid følges opp med endringer i vedtak på pasienten. I det videre omtales slik ekstra tjeneste som mer-service. En praksis med mer-service gir manglende samsvar mellom kommunens dokumenterte bruk av

ressurser, brukernes reelle behov for tjenester, og de ressurser som brukes hos brukerne. Dette gir en styringsutfordring for kommunen, da det svekker kommunens mulighet for aktivt styring og kontroll med hjemmetjenestenes behov og bruk av ressurser i omsorgsboligene med HDO-tjenester. En annen side ved manglende skille mellom tjenesteyting og mer-service vil være at de ansatte til en hver tid vil oppleve at den tildelte tid og ressurs ikke vil strekke til. Kommunen bør gå gjennom aktivitetene ved bosentrene for omsorgsboliger, med sikte på å avklare hvilke aktiviteter som skal være vedtaksførte tjenester og avvike det som observeres som mer-service overfor beboerne.

HDO utgjør øverste tjenestenivå i kommunens omsorgstrapp, og skal ihht BEON-prinsippene være rettet mot brukere med middels og stort behov for bistand. Vurdering av funksjonsnivå for brukere ved tildeling av omsorgsboliger med noe/avgrenset behov og middels behov har mange likhetstrekk med brukere som mottar hjemmetjenester i egen bolig. Det kan derfor være rimelig å stille spørsmålstegn ved om tildeling av heldøgns omsorgstjeneste er nødvendig for denne brukergruppen, eller om brukergruppen kunne ha fått tilfredsstillende tjenester på lavere tjenestenivå, tilrettelagt i egen heim. Kommunen kan dermed med fordel vurdere strammere kriterier for tildeling av HDO. I et framtidig bilde hvor påtrykket på tjenestene vil øke, vil kommunens tjenester i omsorgsbolig ha et betydelig potensiale som kan frigjøres ved at tjenesten tildeles brukere med et mer omfattende tjenestebehov (som har et faktisk behov for HDO) Implementering av hverdagsmestring som metode i vurdering og tildeling av tjenester kan være et nyttig verktøy for å motivere brukere til å bo lenger i egen bolig.

*Etablering av hverdagsmestringsteam presenteres som et av tiltakene for at kommunen skal kunne arbeide metodisk med motivasjon og tilrettelegging, med mål om at brukere skal kunne nyttiggjøre seg tjenester på lavest mulig nivå i tjenestetrappa.

6.3 Heldøgns omsorg i institusjon Inderøy kommune, Mosvik sykeheim, og Inderøyheimen

Inderøy kommune har 53 plasser på institusjonsnivå i sykeheim*. I tillegg har kommunen tilbud om barnebolig tilrettelagt for avlastning for barn med funksjonshemming.

Sykehjem er en institusjonstjeneste og representerer øverste del av tjenestetrappen for pleie- og omsorgstjenesten i kommunen. Kommunen har 2 sykehjem. Mosvik sykehjem har 20 institusjonsplasser og Inderøyheimen har 33 institusjonsplasser. En betydelig andel av plassene tilbys til brukere som har behov for korttidsopphold. Det er knyttet 60% tilsynslegeressurs til kommunens institusjonstjeneste i sykeheim.

Kommunen organiserer dagtilbudet "Hyggestua" som har tilbud om dagtilbud for eldre hjemmeboende brukere. 1 dager pr uke ved Mosvik sykeheim, og 3 dager pr uke ved Inderøyheimen og 1 dag på Næss. Kommunen kjøper i tillegg tjenester av privat tjenestetilbyder, for brukere med demens. Denne tjenesten tilbyr både dagtilbud, men også muligheter for HDO ved behov. Det er

ikke vurdert innhold, omfang og kapasitet for kommunens samlede dagsentertilbud i denne evalueringen. Det er utformet egen rapport for kommunens dagsentertilbud i samarbeid med Ressurssenter for omorganisering i kommunene RO, i 2013.

Ved Inderøyheimen har kommunen 33.7 årsverk, som i turnus fordeles ihht en pleiefaktor på 0.9, og ved Mosvik sykeheim har kommunen 17.5 årsverk, som i turnus fordeles ihht en pleiefaktor på 0.87

Tjenesteområde Institusjon	Ant brukere	Antall timer pr år/ HDO 8760			Sum timeverk	Produksjons- faktor	
Inderøyheimen	33	33*8760=289080			33.7 =62210		
Mosvik sykeheim	20				17.5 =32305		
Barnebolig (Buchtrøa)	2				7.85 =14491		

6.3.1 Årskostnader pr bruker i institusjon (sykeheim)

I følge Kostra-tall fra 2016 er kostnadene pr bruker kommunal plass i institusjon 1 108 055 NOK, noe som med 53 institusjonsplasser gir en årskostnad for institusjonstjenesten på 58.726.915NOK, hvorav årskostnaden for fastlønnsutgifter tilsvarer 35.560.088,-

6.3.2 Funksjonsprofil for brukere i institusjon (IPLOS)

Brukerprofil for brukere i institusjon, Inderøyheimen (pr 05.01.17)					
Aldersgruppe	Noe/ avgrenset	Middels/ stort	Omfattende	Uoppgitt	I alt
0-17	0	0	0	0	0
18-56	0	0	0	0	0
50-66	0	0	1	0	1
67-79	0	5	2	0	7
80-89	0	2	8	0	10
90+	0	2	9	0	11
Uoppgitt	0	0	0	0	0
Totalt	0	9	20	0	29

Brukerprofil for brukere i institusjon, Mosvik sykeheim (pr 05.01.17)					
Aldersgruppe	Noe/ avgrenset	Middels/ stort	Omfattende	Uoppgitt	I alt
0-17	0	0	0	0	0
18-56	0	0	0	0	0
50-66	0	0	0	0	0
67-79	0	0	2	0	2
80-89	0	7	3	0	10
90+	0	1	7	0	8
Uoppgitt	0	0	0	0	0
Totalt	0	8	12	0	20

Det er vanlig å trekke en grense på 4.0 i gjennomsnittlig IPLOS-skåre for pleietyngde for å utløse plass i HDO. Ved manuell gjennomgang ser man at 8 av samlet 17 registrert brukere ved Inderøyheimen har IPLOS-skåre under 4.0 Tilsvarende gjennomgang av brukere ved Mosvik sykeheim viser at 4 av 13 registrerte brukere har IPLOS-skåre under 4.0 Til sammen viser gjennomgangen at 12 av 30 registrert sykehjemsbeboere, dvs at 40% av tildelte sykehjemsplasser tildeles brukere som normalt vil forventes å kunne greie seg i omsorgsbolig med døgnbemanning eller tilsvarende hjemmetjenester i egen bolig.

Det er imidlertid viktig å presisere at tallene kan skjule en andel relativt funksjonsfriske brukere med begynnende kognitiv svikt. Dette er gjerne brukere med begynnende kognitiv svikt, men har moderat fysisk svikt. Denne gruppen brukere som vil kunne ha omfattende behov for et HDO-tilbud, men som i en funksjonskartlegging vil kunne få IPLOS-skårer under 4.0, noe som kan bidra til en underrapportering av hjelpebehov. Etter hvert som kognitiv svikt øker vil også fysisk svikt øke, og dermed også hjelpebehovet øke. Det er i slike tilfeller viktig at kommunen har gode rutiner for systematiske evaluering av brukernes IPLOS-status.

Kommunen har ikke et eget spesialtilbud for demente i sykehjem. Dette har kommunen arbeidet med å få etablert tidligere, uten å lykkes med slik gjennomføring. Kommunen har imidlertid forsøkt å tilrettelegge egne avdelinger ved Inderøyheimen og i Mosvik for denne gruppen brukere.

Det foreligger ulik dokumentasjon på forventede trender mht utvikling av lidelser med kognitiv svikt og demens. Noen studier viser at man vil ha en forventet økning i andel av befolkningen som vil få slike lidelser, mens andre studier viser at man vil få en utflating. Uavhengig hvilke av studiene man velger å ha tillitt til vil prognosene medføre at Inderøy kommune, med en forventet endring i innbyggernes alderssammensetting, må forvente en betydelig økning i antallet eldre med slike lidelser. Dette tilsier at det vil være strategisk riktig for kommunen å målrette et mer spesialisert tilbud for denne brukergruppen.

6.3.3 Refleksjoner om tilbudet innen institusjonsnivået (=sykeheim) i Inderøy kommune

Ved manuell opptelling av antall registrerte brukere ser man at beleggsprosenten i kommunen er svært lav. Kommunen har pr dd 23 ledige sykehjemssenger. Trenden med lav beleggsprosent har bestått over flere år. Dette har blant annet sammenheng med at kommunen har en høy dekningsgrad på 30.6% Dekningsgrad er definert som et nasjonalt nøkkeltall som sier noe om antallet plasser i HDO delta på antallet eldre i kommunen i aldersgruppen 80+ Som beskrevet i tidligere analyser forefinnes ingen nasjonal norm for dekningsgrad i en kommune, men mange kommuner har valgt å legge seg på ca 24% dekningsgrad. I praksis ville en dekningsgrad på 24% for kommunen tilsvare 74 plasser i HDO, en reduksjon på 21 plasser, fordelt på 42 omsorgsboliger og 32 sykehjemsplasser. Vurdert opp mot antallet ledige sykehjemssenger pr dd ville en dekningsgrad på 24% være fornuftig vurdert opp mot dagens innretning av kommunens helse- og omsorgstjenester. Det vil derfor være å anse som et umiddelbart effektiviseringstiltak, såkalt quick-winn, for kommunen å redusere antallet plasser i HDO, med inntil 21 sykehjemsplasser. Dette vil kunne øke produktiviteten i tjenestene, samtidig som det vil gi kommunen en betydelig økonomisk gevinst. På

tross av en slik umiddelbar reduksjon i tilgjengelige sykehjemsplasser vil kommunen ha en god dekningsgrad sammenliknet med andre kommuner. En ytterligere endring av kommunens samlede innretning av de samlede helse- og omsorgstjenestene vil kunne åpne opp for ytterligere reduksjon i framtidig dekningsgrad. Dette kommer jeg tilbake til i anbefalingene for en framtidig innretning av HDO-tjenesten, mot slutten av analysen.

***Kommunen har under veis i arbeidet med denne utredningen valgt å redusere antall plasser i institusjon med 10 senger. Antallet senger kan ut i fra et produktivitetsperspektiv, med fordel reduseres ytterligere.**

Oppsummert har utredningen pekt på at kommunen har stor kapasitet på sykehjemsplasser på øverste nivå av tjenestetrappen, noe som har medført at en andel brukere med mindre funksjonstap tilbys tjenester på høyere nivå enn det som anses som nødvendig. En slik praksis er kostnadsdrivende for kommunen. Det må antas at dette også får uheldige konsekvenser mht skjevfordeling av ressurser mellom innbyggere, og unødvendig institusjonalisering av de mer funksjonsfriske brukerne. I et målbilde hvor man ønsker å utvikle en helse og omsorgstjeneste som i størst mulig grad støtter opp om, og utløser brukernes egne ressurser med fokus på hverdagsmestring, vil dagens dekningsgrad ikke forventes å bidra til en ønsket utvikling av HDO-tjenestene i kommunen.

En strammere tildeling av tjenester gjennom hele tjenestetrappen vil være å anse som nødvendig og riktig utvikling for HDO-tjenestene i kommunen.

6.4 Korttidsplasser, og behandlingsplasser i institusjon.

Kommunen tilbyr mange brukere korttidsopphold i institusjon. Fordi kommunen pr i dag har mye ledig kapasitet, benytter kommunen et varierende antall plasser som korttidsplasser. Plassene brukes til ulike formål. Som konsekvens av samhandlingsreformen har behovet for økt kapasitet og spesialisering av korttidsplasser i kommunen økt. Bruk av korttidsopphold er nødvendig for mange brukere som skrives ut fra sykehus, men som ikke anses som ferdig behandlet og stabilisert. Pr 2016 hadde Inderøy kommune antall utskrivningsklare fra sykehus, som ble tilbudt korttidsopphold i kommunens sykehjem. For brukere som bor i egen bolig, men har en utfordrende helsesituasjon, kan bruk av korttidsopphold bidra til at brukeren får utsatt behovet for mer omfattende HDO-tjenester. I mange tilfeller tilbyr kommunen også korttidsopphold for å avlaste pårørende. Flere ansatte peker under utredningen på at den måten kommunen har valgt å (ikke) organisere korttidsplassene på kan være utfordrende. Pr i dag gir organiseringen av korttidsplassene liten mulighet for å rendyrke mer spesialiserte behandlingstilbud. Dette har med kommunens mulighet for å tilby målrettede korttids behandlingstilbud med spesialisert fagpersonell.

For å møte endringene som kom med samhandlingsreformen, og også tilpasse driften til et ønsket mål bilde, pekes det på behov for å kunne rendyrke korttidsplasser for:

- Utskrivningsklare fra sykehus
- Behandling og stabilisering
- Rehabilitering
- Avlastning
- Tidlig utagerende demente
- Lindrende behandling og palliasjon (avslutning av livet)

Drift av korttidsplasser er dyrere sammenliknet med øvrige former for institusjonsplasser. Dette har sammenheng med betalingsordningene for korttidsplasser. All den tid kommunen anvender et varierende antall plasser til korttidsopphold, medfører dette er en praksis som kan gi variasjon i inntektsgrunnlaget til kommunen. Kommuner som etablerer egne avdelinger med rendyrkede korttidsplasser, erfarer at dette er en innretning som gir mer forutsigbar driftssituasjon. Det kan derfor være en fordel for kommunen om man organiserer korttidstilbudet i egne avdelinger for dette.

6.5 Refleksjoner rundt dagens innretning av kommunens HDO-tilbud

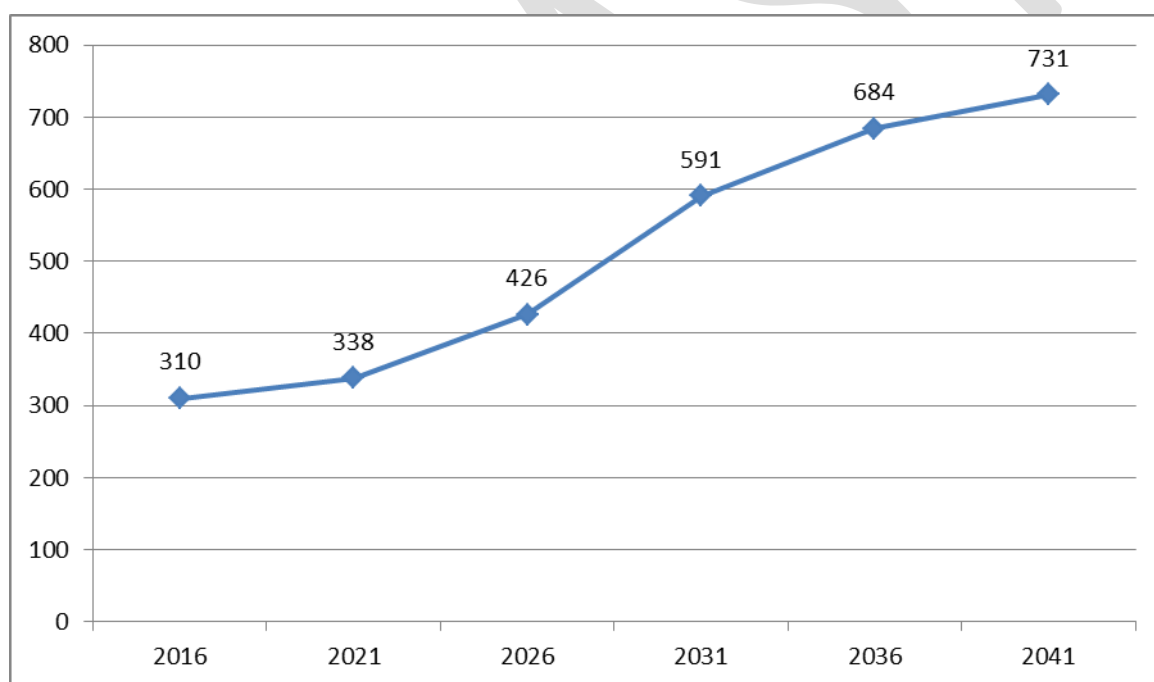
HDO-drift krever heldøgns turnus, noe som er svært ressurs og kostnadsdrivende. Pr i dag har kommunen en innretning av sitt heldøgns omsorgstilbud, hvor 56% av det samlede HDO tilbudet tilbys i sykehjem, og 44% av det samlede HDO tilbudet tilbys i omsorgsbolig. Beregninger gjort i utredningen har vist at dette er en svært kostnadskrevende måte å innrette tjenestene på. Dette er utredet nærmere i delutredningen "Modeller og anbefaling, framtidig innretning HDO" Analysen anbefaler en fordeling av kommunens samlede HDO-tilbud, hvor man definerer 20% av det totale antallet plasser som korttidsplasser og 80% av plassene som langtidsplasser. Videre anbefaler man en innretning av kommunens samlede HDO-tjenester, hvor institusjonsnivået forbeholdes korttidsplasser, og hvor langtidsplasser tilbys som omsorgsbolig med døgnbemanning. I dag har kommunen 95 HDO-plasser fordelt på 53 institusjonsplasser og 42 omsorgsboliger. Skulle man ha hatt en slik innretning på 20-80, ville en ønsket innretning ha vært på 19 institusjonsplasser og 76 omsorgsboliger.

***I og med at kommunen under veis i analysen har redusert antallet institusjonsplasser med 10 senger, tilsvarer dette at kommunen i dag har 85 plasser i HDO, hvor disse fordeler seg på 43 institusjonsplasser og 42 omsorgsboliger. En ønsket innretning av dagens HDO-plasser ville derfor være 17 institusjonsplasser og 68 omsorgsboliger.**

6.5 Framskriving av HDO-behovet i kommunen, 2017-2031

Framskriving av kommunens behov for HDO-plasser kan gjøres på ulike måter. Det vanlige er at man tar utgangspunkt i at sykehjemsbehovet varierer med antall innbyggere over 80 år. Ut i fra antallet i aldersgruppen 80+ dividerer man antallet HDO-plasser, og får et tall som angir kommunens dekningsgrad. Det foreligger ingen nasjonal norm for hvor stor dekningsgrad en kommune bør ha, men det har over tid eksistert en forventning om at kommunen bør ligge på ca 24% En nasjonal rapport bestilt av KS peker imidlertid på at mer moderne innretning av helse- og omsorgstjenestene, med økt satsing på hjemmetjenester og utvikling av egnede private boliger, vil gi en betydelig reduksjon i behovet for antall HDO-plasser. KS-rapporten peker på at det antakelig ikke vil være hensiktsmessig med en nasjonal norm for antall sykehjemsplasser, men at den samlede lokale innretningen av helse- og omsorgstjenestene må hensyntas ved dimensjonering av HDO-tilbudet. Det pekes imidlertid på at det vil kunne være mulig å bygge gode helse- og omsorgstjenester med en dekningsgrad godt under 20%

Når man henter ut demografisk statistikk fra SSB for aldersgruppen 80+ i Inderøy kommune ser denne slik ut:



Den forventede befolkningsutviklingen for Inderøy kommune tilsier en dobling av antall eldre i aldersgruppen 80+ i perioden fram mot 2031-2036. Dette vil få betydelige konsekvenser for omfanget av de tjenester som skal tilbys i helse- og omsorgssektoren.

Det er i utredningsarbeidet arbeidet med ulike modeller for framtidig innretning av helse- og omsorgstjenestene i Inderøy kommune. Hvor stor dekningsgrad kommunen skal velge å legge seg på, må ses i sammenheng med en helhetlig organisering og innretning av det samlede tjenestetilbudet.

En viktig del av utredningens arbeid har vært å dimensjonere et riktig omfang på framtidig antall plasser i kommunens HDO-tjeneste. Det er utformet en egen del-utredning "Modeller og anbefaling, framtidig innretning HDO." Den finner man [her](#).

Ut i fra faglige og politiske tilbakemeldinger har man anbefalt en modell som baserer seg på at kommunen i 2031 skal ha 122 HDO-plasser, fordelt på 24 institusjonsplasser og 98 omsorgsboliger med heldøgns omsorg. Modellen forutsetter en gradvis oppbygging av antall HDO-plasser, og samtidig en omfattende utvikling av kommunens hjemmebaserte tjenester. Samlet vil modellen redusere kommunens dekningsgrad fra 30.6% til 20.7 i perioden fram mot 2031.

Pr i dag er det fastlege som har ansvar for brukere i omsorgsboliger med HDO. Kommunen har ingen ordning med tilsynslege i omsorgsboligene. I en framtidig løsning hvor kommunen vil tilby langtidsopphold i omsorgsbolig som øverste nivå av tjenestetrappen, bør kommunen tilby tilsynslege som tjeneste i omsorgsboliger med HDO.

Bygg- og utviklingsplan HDO:

År	Antall plasser Institusjon	Antall plasser omsorgsboliger	Antall timer hjemmetjeneste	Dekningsgrad	Estimat antall stillinger
2017	53	42		30,1%	87,7
2021	24	66	45892	26,7%	92,6
2026	24	66	75850	21,2	102,2
2031	24	98	81711	20,7	124,7

6.6 Kommunale boliger/ omsorgsboliger uten døgnbemanning.

Kommunen disponerer i tillegg også en del boliger uten heldøgns omsorg.

Kommunen har 39 kommunale "trygdeboliger," 29 omsorgsboliger, og 8 omsorgsboliger tilrettelagt for brukere med psykiske utfordringer. Disse boligene leies ut uten døgnbemanning, men brukerne kan ha tildelt andre kommunale tjenester som f.eks hjemmesykepleie. For å få tildelt en kommunal bolig må bruker søke på denne. Søknaden saksbehandles ved tildelingskontoret ved bistand- og omsorg. Gjennom saksbehandlingen skal det gjennomføres en funksjonsvurdering av den enkelte (IPLOS) Fordi kommunen har hatt svært god tilgang til institusjonsplasser med døgnbemanning har kommunen etablert en praksis hvor mange som søker om kommunale omsorgsboliger har et godt funksjonsnivå, vurdert som "Lette funksjonstap"

Som velferdsgode er kommunal bolig en knapphetsfaktor. Effektiviteten i omsorgstrappa vil øke dersom dette godet beholdes brukere med større omsorgsbehov. Det bør være et sterkt samspill mellom hjemmetjenestene og botilbudene i en kommune. Manglende sammenheng mellom funksjonsnivå og tildelingspraksis kan medføre at boligmassen blir benyttet til brukere med lettere funksjonstap, og at brukere med mer omfattende funksjonstap søkes høyere opp i tjenestetrappen, og dermed innvilges omsorgsboliger med døgnbemanning eller sykehjemsplass. Det må forventes at

det ligger et betydelig gevinstpotensial for helse- og omsorgstjenestene i å implementere tydelige og målbare tildelingskriterier for tildeling av alle typer kommunale boliger.

Med et framtidig utfordringsbilde som peker i retning av at kommunen vil få betydelig mindre tilgjengelighet på boliger for brukere med behov for bistand og omsorgstjenester, bør tildeling av slike boliger gis en tydelig prioritering ihht vurdert funksjonsnivå.

Det er ikke gjennomført tilstandsvurdering av de kommunale boligene i utredningen, men tilbakemeldingene fra ansatte går på at mange av disse boligene er av svært dårlig forfatning. Det må forventes at disse kommunale boligene vil spille en mer sentral rolle mht den samlede innretningen og tildelingen av kommunens helse- og omsorgstjenester. Kommunen bør på slik bakgrunn prioritere tiltak for renovering og modernisering av denne boligmassen.

6.7 Heldøgns omsorgsboliger utviklingshemmede (HDU)

6.7.1 Årskostnader pr bruker i HDU omsorgsbolig (Agresso 2543)

Beregning effektivitet i omsorgsboliger med HDU		
	Effektivitet	Kostnad tjenesten
Gjennomsnittlig beregnet timer pr årsverk i turnus	1846	
Disponibel ressurs i omsorgsboliger med HDO	60918 timer	30.86 stillingsressurs
Vedtak timer pr år (uttrekk basert på 19.05.17)	$899.15 \cdot 52 = 46756$	
Produktivitetsfaktor	$60918 / 46756 = 1.3$	
Optimal produktivitetsfaktor	1.1	
Optimal time og ressursbruk	$46756 \cdot 1.1 = 51432$	
Effektiviseringstap, potensiale for omstilling	$60918 - 51432 = 9486$	Teoretisk effektiviseringspotensiale lønnsmidler: $9486 \cdot 207 = 1.963.602,-$ <i>**Tallene må ikke tolkes slik at bevilgningene umiddelbart kan reduseres tilsvarende – det kreves operativ omstilling for å realisere mulighetene.</i>
Fastlønnsbudsjett (Inkl fratrukk statlige tilskudd for krevende brukere)	$12.610.184,- / 60918 =$ Timepris 207,-	

*Tar man årsverkressurs og deler på timer vedtak/ tjenester=produktivitetsfaktoren

*Optimal produktivitet HDO regnes ut i fra vedtak*1.1 (optimal ATA 90-10)

6.7.2 Funksjonsprofil for brukere i HDU omsorgsbolig (IPLOS)

Brukerprofil for bistand funksjonshemmede (pr 05.01.17)					
Aldersgruppe	Noe/ avgrenset	Middels/ stort	Omfattende	Uoppgitt	I alt
0-17	0	0	0	0	2
18-56	0	2	13	0	15
50-66	0	0	6	0	6
67-79	0	0	0	0	0
80-89	0	0	1	0	1
90+	0	0	0	0	0
Uoppgitt	0	0	0	0	0
Totalt	0	2	20	0	24

*Kommunen har 2 brukere som er under 17 år. Når antallet i pasientgruppen blir lavt holdes funksjonsbeskrivelse utenfor rapporten av hensyn til gjenkjennerbarhet overfor den enkelte bruker.

6.7.3 Refleksjoner om tilbudet innen Heldøgns Omsorg i omsorgsbolig for utviklingshemmede i Inderøy kommune

Miljøtjenesten har to driftsområder, omsorgsboliger for funksjonshemmede og barneboliger for avlastning (institusjonstjeneste) Utover dette ytes også tjenester til noen hjemmeboende brukere.

Bofellesskap for HDU har gjerne en blanding av brukere med ulike behov for tjenester. Funksjonsprofilen til brukere av HDU i Inderøy kommune viser at tjenesten yter tjenester til brukere med svært omfattende behov. 20 brukere har store funksjonstap, mens 2 brukere har mer moderate funksjonstap. Dette betyr at nesten alle brukerne har store behov for bistand. Sammenlikner man tjenesten med tilsvarende tjeneste i andre kommuner er det en betydelig skjevfordeling funksjonsnivå for brukergruppen, vurdert opp mot en forventet normalfordeling. Dette kan ha forklaring i tilfeldig fordeling (antallet brukere i gruppen er lav, N=24, og dermed er datamaterialet sårbart for skjevfordeling) alternativt kan en slik skjevfordeling forklares ved uriktig bruk av IPLOS ved funksjonsvurdering av brukerne.

Tjenesten har nylig samlet brukerne i et nytt bofellesskap. Et bofellesskap antas å ha grunnlag for best mulig produktivitet der beboerne har ulike funksjonsprofiler, og hvor personellet kan yte tjenester til brukere med mindre behov i perioder med hvor brukere med mer omfattende behov har mindre behov for tilgjengelig personell. Det er vanskelig å se for seg at kommunen vil kunne hente ut effekter av samlokaliseringen pga den svært tunge funksjonsprofilen til brukergruppen samlet sett. Når 91% av brukerne har en funksjonsvurdering som tilsier omfattende tjenestebehov, vil dette ha konsekvenser ved at driften til en hver tid må ha omfattende bemanning. Med et utregnet produktivitetsmål på 1.3 ser man at produktiviteten for tjenesten legger seg noe lavt.

Den lave timeprisen for tjenesten skyldes at tjenesten omfattes av ordning for statlige finansieringstilskudd, noe som gjør tjenesten kostandseffektiv for kommunen. Det vurderes at kommunen har et omstillingspotensiale i tjenesten, og det estimeres at tjenesten har et økonomisk effektiviseringspotensiale på ca 1.9 MNK.

6.8 Bruk av tjenestetilbudet Brukerstyrt Personlig Assistent, BPA

Inderøy kommune har (pr 19.06.2017) 8 antall brukere som har BPA, brukerstyrt personlig assistent. Disse brukerne har i snitt 26.6 antall timer. I tabellen under er det plukket ut tilfeldige kommuner hvor det er gjort tilsvarende målinger tidligere. (Hentet fra Devold utredning, Røros) Ser man på tildeling av timer ATA for brukere i Inderøy kommune opp mot fordeling og snittberegning for de øvrige kommunene, så ligger tildeling i Inderøy kommune relativt høyt på skalaen. Det er i statistisk sammenheng et veldig lavt antall brukere i tallgrunnlaget (N=8). Det lave antallet gjør det vanskelig å konkludere om kommunen har lagt seg på en for høyt eller for lavt timenivå i sin tildelingspraksis knyttet til tjenestetilbudet. Ved et lavt antall brukere i tallgrunnlaget vil man også få store utslag som vil gjøre seg gjeldene knyttet til enkeltbrukere med store behov. Skal man trekke noen teoretiske konklusjoner ut i fra det sammenlikningsgrunnlaget man har tilgjengelig, kan det se ut til at kommunen legger seg noe høyt i tildelingspraksis, og at det derfor kan foreligge noe potensiale for innsparing knyttet til tildeling av timer BPA. På en annen side burde kommunen vurdere å hente ut det potensiale som ligger i en slik ordning, ved at flere brukere får tildelt tjenesten BPA, med den hensikt å redusere trykket på mer kostnadskrevenne tjenester lenger opp i tjenestetappa.

Oversikt over tilfeldig valgte kommuner, for sammenlikning tildeling av timer BPA:

Kommune	Antall brukere med BPA	Ant timer/uke	Gjennomsnitt timer/uke
Ringebu	8	147	18.4
Øyer	1	25	25.0
Sel	7	84	12.0
Dovre	3	31	10.0
Snittberegning	19		15.1
Snittberegning Inderøy kommune	8		26.6
Differanse			11.5

6.9 Omsorgslønn

Omsorgslønn er lønn til privatpersoner, f.eks. ektefelle eller andre pårørende, som tar seg av særlig tyngende omsorgsarbeid på privat basis.

Formålet med ordningen er å bidra til best mulig omsorg og gjøre det mulig for private omsorgsytere å stå for arbeidet. En privatperson kan få omsorgslønn for å utføre omsorgsarbeid som er nødvendig på den måten at kommunen ellers hadde måttet ta seg av dette. Videre er det en forutsetning at den som har hjelpebehovet ønsker at privatpersonen skal stå for hjelpen og mener det er best for seg. Kommunen må også vurdere hjelpebehovet slik at hjelp fra privatpersonen er det beste alternativet for brukeren.

Pr i dag har kommunen 5 brukere hvor pårørende mottar omsorgslønn. Disse 5 brukerne er til sammen tildelt 48 timer omsorgslønn pr uke. Kommunen har dermed i liten grad tatt i bruk omsorgslønn som virkemiddel ved tildeling av tjenester. Omsorgslønn er samfunnsøkonomisk lite kostbar tjeneste, og kan ved riktig bruk utgjøre et svært effektivt tjenestetilbud på den lavere delen

av tjenestetrappa. I et perspektiv hvor målsettingen er å tilby tjenester på laveste mulige effektive nivå, og hvor målsettingen er å utsette behov for tjenester høyere opp i tjenestetrappa, vil det være en god strategi for kommunen å ta i bruk omsorgslønn som et mer aktivt virkemiddel ved tildeling av tjenester.

6.10 Rehabiliteringstjenesten i Inderøy kommune

Kostra viser at Inderøy kommune har 10.1 fysioterapiårsverk pr 10.000 innbyggere. Kommunen ligger høyere enn landsgjennomsnittet for kostragruppe 11 som ligger på 9.7, også høyere enn fylket som ligger på 9.1 I praksis har kommunen 3 årsverk kommunale fysioterapistillinger, 100% ergoterapistilling, og avtaler med 360% privatpraktiserende fysioterapeuter.

Ser en på styringsdataene over, vil kommunen ha behov for fysioterapiårsverkene.

Årskostnader rehabiliteringstjenesten i Inderøy kommune		
Driftstilskudd private fysioterapeuter	1 347 254/år	ASA 4313 og ASA 4303 Driftstilskudd og takster
Tilskudd varmebasseng Verdal	40 000/år	Lokal avtale
Tilskudd ridesenter	30 000/år	Lokal avtale, kommunal fysioterapeut behandler 30 pasienter/gruppetilbud, terapiridning barn og voksne
Kommunalt ansatte fysioterapeuter	300% stilling	
Kommunalt ansatt ergoterapeut	100% stilling	
Service hjelpemidler	20% stilling	Frakt, vedlikehold av hjelpemidler
Aktivitør	125%	Hyggestua, dagsentertilbud (ikke rehabiliteringstilbud, men organisert til rehabilitering i kommunen)

Fysioterapi er i utgangspunktet en lovpålagt tjeneste som alle pasienter har krav på, primært etter henvisning fra lege. I henhold til ASA 4313 punkt 3 skal selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter drive fysioterapivirksomhet i henhold til lovverk og etter den plan for helsetjenesten som gjelder i kommunen. Fastlønnede og selvstendig næringsdrivende skal dermed samarbeide om et fysioterapitilbud som dekker befolkningens behov, i tråd med kommunens prioriteringer.

6.10.1 Fordeling av pasienter, kommunale og private fysioterapeuter.

Det er et overordnet mål at pasientene skal ha et stabilt og forutsigbart behandlingstilbud. Fordeling og overføring av pasienter mellom fastlønnede og selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter bør derfor gjøres på bakgrunn av en vurdering hvor pasienten skal ha sitt tilbud i et langsiktig perspektiv.

Kartlegging viser at det ikke er implementert samarbeidssystemer og rutiner for samarbeid og fordeling av brukere, for kommunens fastlønnede og selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter. I praksis har disse lite og ingen samhandling. Denne oppgaven bør ivaretas av et samarbeidsutvalg, der

både fastlønnede og selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter er representert. Pr i dag har ikke Inderøy kommune etablert et slik samarbeidsutvalg mellom kommunens fastlønnede og selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter.

Det har tidvis vært intensjoner om å etablere et tettere samarbeid mellom aktørene, uten at man har realisert slike. Det etablert seg en kultur hvor fordeling av pasienten skjer ved at fastlege eller pasientene selv kontakter og sender henvisning til private næringsdrivende fysioterapeuter. De kommunalt fastlønnede fysioterapeutene ivaretar et behandlingstilbud for barn, og brukere av tjenester fra enheten bistand og omsorg. De private fysioterapeutene (Fresk Fysioterapi) ivaretar hovedansvaret for den voksne hjemmeboende delen av befolkningen. Eldre med sammensatte tjenestebehov (som mottar mer enn en helsetjeneste fra kommunen), som trenger hjemmebehandling eller som bor i omsorgsbolig/institusjon får behandling av de kommunale fysioterapeutene. I praksis ser man imidlertid at en del av brukerne i omsorgsboliger og i hjemmetjenesten fortsetter med behandling hos de private fysioterapeutene også etter at de har blitt tjenestemottakere i HDO.

Det pekes på at det ikke er utarbeidet lokale planer for en samlet fysioterapitjeneste i kommunen, og det er heller ikke utarbeidet prioriteringsverktøy for fordeling av pasientene. Dette er uheldig på mange måter.

- Ifht avtalen mellom kommunen og de privat næringsdrivende fysioterapeutene plikter disse å ha et åpent behandlingstilbud til befolkningen, uten at kommunen har oversikt på hvilke tilbud dette omfatter og omfanget av disse.
- Kommunen som ansvarlig tjenesteleverandør mangler en samlet oversikt på brukere som ønsker eller har behov for fysioterapitjenester, men som ikke får dette, og motsatt de som får tilbud men som ikke har behov for flere fysioterapitjenester (varmebasseng, privat fysio og kommunal fysio)
- Kommunen som ansvarlig tjenesteleverandør har ingen oversikt over utnyttelsesgrad av tilgjengelige fysioterapiressurser
- Kommunen som ansvarlig tjenesteleverandør mangler en samlet oversikt på hastegrad for pasienter som henvises, omfang på henvisninger, henvisningsårsak og behandling som tilbys.
- Kommunen som ansvarlig tjenesteleverandør mangler en samlet oversikt på hvilken spesialkompetanse det samlede fysioterapitilbudet har, og dermed også mulighet for å sette inn kompetansehevende tiltak som kan bidra til et kompletterende tjenestetilbud.

Det er viktig å presiserer at de private fysioterapeutene ved "Fresk Fysioterapi" må antas å ha den lovpålagte oversikt på sine brukere, ventelister og ventegarantier – Hva utredningen peker på, er at det ikke foreligger oversikter som gir en helhetlig oversikt eller styring med det samlede antallet brukere og omfang av hvilke tjenester disse mottar, for kommunen som ansvarlig tjenestetilbyder.

Både fastlønnede og selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter plikter i følge lovverket å tilby behandling i hjem, barnehager, skoler og lignende, til pasienter som ikke selv kan møte fram ved fysioterapeutens behandlingssted. Det bør allikevel tas hensyn til at selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter med kompetanse knyttet til behandlingsformer som vanskelig kan gjennomføres utenfor instituttet, normalt bør få gjennomføre 80% av pasientbehandlingene på eget praksissted. For å ivareta kontinuitet og behovet for spesialisert behandling, skal allikevel selvstendig

næringsdrivende fysioterapeuter tilbyr oppsøkende behandling i en del situasjoner. Selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter bør inntil 8 timer pr uke forvente å ivareta:

- Pasienter som selv kan oppsøke institutt for behandling.
- Pasienter som har behov for et oppsøkende tilbud en kort periode (inntil 3 uker), og som deretter er i stand til selv å oppsøke institutt for behandling.
- Pasienter som har behov for et oppsøkende tilbud med spesialiserte behandlingsformer, som manuell terapi og psykomotorisk fysioterapi.
- Manuellterapeuters rolle og ansvar som behandler med henvisnings- og sykemeldingsrett.

6.10.2 Det kommunale rehabiliteringstilbudet.

Fastlønnede fysioterapeuter har normal arbeidsoppgaver innen forebygging, enkeltstående behandling til barn, voksne og eldre, samt fysioterapi som del av en habiliterings-/ rehabiliteringsprosess. Med bakgrunn i lover, forskrifter og avtaleverk er det enkelte pasientgrupper/arbeidsoppgaver som ikke kan fordeles til selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter, disse må derfor ivaretas av fastlønnede fysioterapeuter:

- Forebyggende virksomhet som ikke er basert på henvisning fra lege.
- Pasienter som har kort/ langtidsopphold på HDO-institusjon, inkludert barneboliger.
- Pasienter som ønsker å ha fysioterapeuten som koordinator for Individuell Plan (IP).
- Oppfølging av pasienter der fysioterapeuten bruker mye tid på søknad om og oppfølging av hjelpemidler, slik at tidsbruken ikke står i forhold til honorartakstene.

Primært arbeider de kommunale fysioterapeutene og ergoterapeuten med tjenestetilbud til hjemmeboende, beboere i HDO omsorgsboliger. Aktiviteten retter seg i hovedsak mot:

- Gruppetilbud
- Individuell behandling og oppfølging i behandlings-/ treningssal
- Individuell behandling og oppfølging til beboere i institusjon, rehabilitering i Sykeheim og omsorgsbolig

6.10.3 Forebyggende tjenestetilbud.

Kommunen har pr i dag ikke organisert egne kommunale tjenestetilbud som forebyggende aktiviteter.

Lavterskeltiltak som kommunen mangler i tjenestetrappa:

- Lærings- og mestringstilbud, inkludert kognitiv mestring
- Kostholdsveiledning
- Treningsgrupper, FYSAK

6.10.4 Rehabiliteringstilbud til barn

Det er den kommunale fysioterapitjenesten som har hovedansvaret for rehabiliteringstilbudet for barn. Inderøy kommune har prioritert fysioterapitilbud til barn svært høyt ved å ha fysioterapeut i hel stilling dedikert til denne delen av tjenesten. Vedkommende som innehar ansvar for tilbudet til barn har videreutdanning innen spesialisert barnefysioterapi. For å få et tilbud om rehabilitering må barn ha henvisning til fysioterapi fra lege eller fra helsestasjon. Tjenesten som er rettet mot barn har etablert et tett samarbeid med helsestasjon, familiesenteret, barnehager og skoler. Kommunen har tilbud om terapiridning med fysioterapeut og avtale med et ridesenter.

Barnefysioterapitilbudet tilbys i lokalene til Inderøyheimen. Gjennomgang av kommunens behandlingsarealer viser at kommunen har svært dårlige tilrettelagte fasiliteter for denne tjenesten. I praksis er det avsatt et lite behandlings-/ undersøkelsesrom i Inderøyheimen. Omgivelser og utforming av behandlingsrommet er lite egnet for mottak av barn og foresatte. Det bør stilles spørsmål om behandlingsrom for barn bør lokaliseres permanent i samme lokaler som helsestasjonen (og familiesenteret). Det er i helsestasjonen (og familiesenteret) kommunen har etablert et godt fagmiljø for oppfølging av barn, og hvor også fasiliteter og omgivelser er tilrettelagt for mottak av barn og deres familier. Det virker lite naturlig at barnefysioterapitilbudet skal lokaliseres sammen med rehabiliteringstilbudet for eldre.

6.10.5 Refleksjoner rundt fysioterapitilbudet i Inderøy kommune.

De fastlønnede fysioterapeutene i Inderøy kommune jobber for at folk kan bo hjemme lengst mulig - og i størst mulig grad mestre hverdagen, i tillegg til at ansvar for rehabilitering av pasienter som har opphold ved kommunens HDO. For å få et tilbud av kommunal fysioterapeut må det foreligge en henvisning. Henvisningen saksbehandles av fysioterapeuten selv. For brukere som mottar tjenester fra HDO fordeles fysioterapitjenester i faste samarbeidsmøter mellom tildelingskontoret og tjenestene.

Fysio- og ergoterapitjenesten er lokalisert i ved sykehjemmene i kommunen. Det er tilknyttet fast 200% fysioterapistillinger ved kommunens HDO-tilbud. Selv om tjenestene er samlokalisert pekes det på flere forhold som vanskeliggjør mulighetene for å hente ut forventede synergieffekter av dette. Kartlegging av arbeidsprosesser viser at tjenestene i liten grad har utarbeidet felles arbeidsprosesser og praksis som sikrer et fullverdig rehabiliteringstilbud til brukerne. Det pekes på at organisering under to ulike enheter gjør det vanskelig å etablere felles arbeidsprosesser, samtidig som det er utfordrende å finne naturlige arenaer for den daglige kliniske og tverrfaglige samhandlingen. Det pekes blant annet på at det ikke er tilrettelagt for medvirkning av fysioterapeut i den daglige rapporten ved avdelingene, ved legevisitt eller ved andre fagmøter. Manglende medvirkning på fagpersonellens arenaer gjør at overføring av informasjon- og rehabiliteringskompetanse i fagmiljøet blir krevende. I praksis ser man at fysioterapeuten tilbyr tjenester "på siden" av den daglige driften ved institusjonene, og at fokuset på rehabilitering mistes av syne i den ordinære pleie- og omsorgsvirksomheten. Det er gjort flere forsøk på å etablere felles arbeidsprosesser, uten at man har lyktes med dette.

Regjeringen har fremmet "Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)

Habilitering og rehabilitering er et viktig satsingsområde. Opptappingsplanen retter seg i hovedsak mot brukere med funksjonsnedsettelse som følge av fysisk sykdom, uavhengig av alder, diagnose og bosted. Målet er at framtidens brukere skal kunne motta gode habiliterings- og rehabiliteringstjenester i den kommunen de bor.

Mange har eller vil få behov for rehabilitering i løpet av livet. Rehabilitering av god kvalitet kan være avgjørende for å sikre den enkeltes deltakelse i samfunnet. Det blir flere og flere eldre som lever med kronisk sykdom, flere overlever traumer og alvorlig sykdom, flere vil bo i egen bolig og må mestre egen funksjonsnedsettelse. Tradisjonelt har rehabilitering vært definert som tidsavgrensede behandlingsprosesser. I dag ser man imidlertid at den tradisjonelle definisjonen er på tur ut, til fordel for en definisjon hvor rehabilitering, for mange brukere (kronikere), er en livslang prosess. Dette markerer et signifikant brudd med den tradisjonelle måten å tenke organisering og oppbygging av rehabiliteringstilbudet på, og utfordrer feltet på utvikling av tjenester som har mer helhetlige og tverrfaglig rehabiliteringsforløp.

Som ledd i samhandlingsreformen skrives nå pasienter, som tidligere ville ha fått et tilbud i spesialisthelsetjenesten, ut til behandling og rehabilitering i kommunen. Denne endringen i pasientflyten mellom tjenestenivåene utfordrer det tradisjonelle kommunale rehabiliteringstilbudet. Ikke bare kreves det økt kapasitet, det kreves fremfor alt endrede arbeidsformer og innretning av tilbudet i kommunene. Eldrebølgen vil i ytterligere grad øke trykket og kravet om økt spesialisering og kompetanse, rettet mot rehabiliteringstilbudet i kommunen. Det er viktig at kommunen dimensjonerer kapasitet for rehabiliteringstilbudet slik at rehabiliteringsprosessen videreføres etter utskrivning fra sykehus. Mange kommuner har hatt utfordringer med å sikre kontinuitet i rehabiliteringsforløp ved overgang mellom behandling i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Avbrudd i rehabiliteringsforløp kan få store konsekvenser for pasientenes muligheter for å lykkes med sin rehabilitering.

Kartleggingen viser at det arbeides lite tverrfaglig med rehabiliteringstilbudet i kommunen. Dagens arbeidsform beskrives som "siloorganisert" og at kommunikasjonen på tvers av ulike enheter er dårlig. Dette er trekk ved dagens organisering som kan føre til at mange brukere med kronisk sykdom og sammensatte behov ikke får tett nok oppfølging eller god nok opplæring til å mestre sin funksjonsnedsettelse. Når brukere ikke fanges opp i tide, øker risikoen for dårligere egenmestring og ytterligere funksjonsfall, man ellers kunne unngått. For å lykkes med god rehabilitering for alle brukergruppene, er det av vesentlig betydning av man etablerer god systematikk rundt tverrfaglig kartlegging, og også sikrer tverrfaglig samhandling rundt pasientens forløp. Ved utvikling av rehabiliteringstilbudet må det tenkes i form av forløp, og informasjonen må deles mellom de ulike tjenesteyterne for at forløpene skal henge sammen. *Opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering* peker på en ønsket utvikling i form av mer teambaserte rehabiliteringstjenester, som hverdagsmestringsteam og primærhelseteam, som aktuelle organisatoriske løsningsalternativer.

Hverdagsrehabilitering (hverdagsmestrings) skal bidra til å øke livskvalitet og forbedre funksjonsnivå hos brukere gjennom å ta utgangspunkt i brukernes egne muligheter og støtte den enkeltes motivasjon og evner. Det er brukeren selv som definerer hva som er vesentlig for å mestre eget liv. Implementering av hverdagsrehabilitering som metode gir kommunen mulighet for en systematisk tilnærming til å øke brukernes mestrings- og funksjonsevne og gi dem økt livskvalitet. Erfaringer fra

Danmark, Sverige og flere norske kommuner viser gode resultater ved hverdagsrehabilitering. Følgeforskning gjennomført av "Senter for omsorgsforskning" viser at hverdagsrehabilitering har en bedre effekt enn tradisjonelle hjemmetjenester på flere områder. Brukerne som har mottatt hverdagsrehabilitering er mer tilfreds med daglige aktiviteter, fysisk funksjon og helserelatert livskvalitet, sammenliknet med brukere som ikke har mottatt denne tjenesten. I et samfunnsperspektiv hvor målsettingen vil være å legge til rette for tjenestetilbud på laveste mulige omsorgsnivå, vil det være sannsynlig at hverdagsrehabilitering vil være et effektivt tiltak. Det anbefales på dette grunnlaget, at kommunen etablerer et prosjekt hvor man prøver ut en modell med hverdagsmestringsteam.

Mye kan tyde på at det kan være hensiktsmessig å organisere rehabiliteringstjenesten under samme enhet som omsorgstjenestene. Organisering av tjenestene under en felles enhetsleder kan gjøre det enklere å sikre en integrert utvikling av rehabiliteringstilbudet i kommunen med de øvrige helse- og omsorgstjenestene. Det foreslås i del-analysen "Modeller og anbefaling, fremtidig innretning av HDO" at rehabiliteringstilbudet organiseres som en integrert institusjonstjeneste ved kommunens korttidsavdeling, primært i et fremtidig helsehus. På denne måten kan man kvalitetssikre et faglig tilbud, på ulike nivå, for rehabiliteringsforløp i kommunen.

6.11 Koordinerende enhet.

Kommunene er i likhet med de regionale helseforetakene pålagt å ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen. Den koordinerende enheten skal bidra til å sikre et helhetlig rehabiliteringstilbud. Koordinerende enhet skal ha et overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for å oppnevne en koordinator. Enheten skal også være en felles adresse for å melde inn behov for habilitering og rehabilitering i kommunen. Det er i utgangspunktet ikke behov for at en koordinerende enhet skal utgjøre en ny enhet, da den funksjonen en koordinerende enhet skal ivareta, også kan ivaretas av eksisterende enheter og strukturer i kommunen.

I Inderøy kommune har hatt utfordringer med å finne en naturlig organisering av en koordinerende enhet. Dette begrunnes med at forløpene gjerne går på tvers av enhetene helse og bistand- og omsorg. Rehabiliteringstjenesten er lagt til enheten Helsetjenesten, mens brukerne som har behov for rehabilitering gjerne er, eller blir, en del av enheten bistand- og omsorg. I praksis oppleves nok behovet for en koordinerende enhet minimal, all den tid pasientvolum og størrelse på kommunen er så vidt liten. Bruk av individuell plan har også et svært begrenset omfang. Det kan likevel stilles spørsmålstegn ved om dette er et uttrykk for en "utdatert" måte å tenke rehabilitering på. I en tid hvor rehabilitering i økende grad må bli en del av en tverrfaglig tilnærming til kommunens pasientforløp, blir også behovet for en tydelig koordinerende enhet mer fremtredende. Under kartleggingsøvelsene ble det drøftet flere fordeler ved å legge koordinerende enhet til et felles forvaltningskontor. Et felles forvaltningskontor vil gi alle henvendelser en felles adresse, uansett hvilke kommunale helse- og omsorgstjenester det søkes om. Et felles forvaltningskontor vil kunne

ivareta et helhetlig arbeid med systemforvaltning, tildeling og en samlet "systemansvar" for den nødvendige koordinering av tjenesteytelse i kommunen.

6.12 Psykiatri/rustjenesten i Inderøy kommune

Kommunen har 5.75 årsverk ansatt i enheten psykisk helse og rus. Dette er stillinger som benyttes til psykisk helse, rus og lavterskeltilbudet "Et sted å være" I tillegg har kommunen 2.00 (+ 1.00 årsverk vacant/ ubrukt) årsverk med kompetanse på fagfeltet, ansatt i enheten bistand og omsorg. Dette er stillinger som benyttes til boligkoordinator og psykiatrisk hjelpepleier (samt en stilling vacant for psykiatrisk sykepleier)

6.12.1 Funksjonsprofil for brukere av psykiatri/rustjenesten

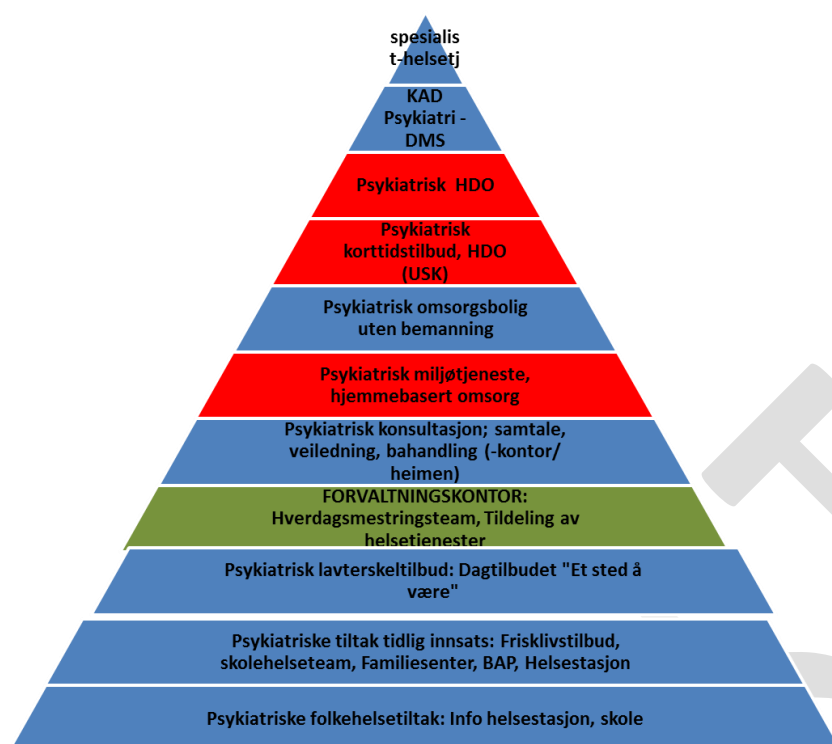
Brukerprofil for brukere Psykiatritjenesten (pr 05.01.17)					
Aldersgruppe	Noe/ avgrenset	Middels/ stort	Omfattende	Uoppgitt	I alt
0-17	2	1	0	0	3
18-56	37	28	3	0	68
50-66	22	7	0	0	29
67-79	4	1	1	0	6
80-89	0	0	0	0	0
90+	0	0	0	0	0
Uoppgitt	0	0	0	0	0
Totalt	65	37	4	0	106*

*Noen brukere kan forekomme i tillegg til de som oppgis i tabellen. Dette gjelder brukere som er registrerte som brukere av andre kommunale helsetjenester som hjemmetjeneste eller brukere av institusjonstjeneste (sykehjem) Dette er brukere som vil komme fram som del av tallmaterialet for somatiske brukere.

Tjenesten Psykisk helsetjeneste og rus, er organisert under enheten Helse. Tjenesten yter i hovedsak tjenester til brukere med vedtak om helsetjenester, med unntak av lav-terskeltjenesten "Et sted å være" hvor det ikke stilles krav til funksjonsvurdering eller dokumentering av tjenesten i pasientjournal.

Kommunen har arbeidet godt med utvikling av tjenestetilbud for veiledning, samtaler og behandling, i hovedsak basert på en poliklinisk tilnærming, hvor pasienten i hovedsak møter på tjenestens kontorer i rådhuset.

6.12.2 Tjenestepyramide for psykiaritjenestetilbudet i kommunen.



Kartlegging av tjenestetrappen for psykiaritjenestetilbudet i kommunen viser at tjenestetilbudet rettet mot denne brukergruppen er mangelfull. Spesielt viktig er det å rette oppmerksomhet på at kommunen mangler et strukturert tjenestetilbud for hjemmeboende brukere tilrettelagt med miljøtjeneste, samtidig som man ser at det også mangler et psykiatrifaglig basert heldøgns omsorgstilbud.

Kommunen har 8 omsorgsboliger uten bemanning, Næssve, som leies ut til brukere i målgruppen. Enkelte av brukerne mottar kommunale tjenester fra hjemmesykepleie, eller har oppfølging fra tjenesten psykisk helse og rus, men dette er ikke tilfelle for alle beboerne. I utgangspunktet var omsorgsboligene på Næssve bygd med tanke på å etablere et HDO-tilbud for brukergruppen, men kommunen greide ikke på dette tidspunkt å finne økonomiske rammer for å bemanne boligene med turnus. Kartleggingen "brukerundersøkelsen" og annen kartlegging gjennomført av ansatte i enheten psykisk helse og rus, viser at kommunen har 7 brukere som har et behov for HDO, men som ikke får et slik tilbud pr dd Dette er brukere som er utredet med kognitiv svikt, og i perioder vil kunne ha nytte av behandlingsrettede tiltak i form av skjerming. Enkelte av disse kartlagte brukerne er leietakere på Næssve. Det presiseres at utredningen ikke har dokumentert brudd på lovkrav i tjenestetilbudet, men utredningen viser at kommunen har en utfordring i forhold til utvikling av tjenester på området.

Kommunen har etablert et lavterskeltilbud for brukergruppen, "Et sted å være" Tjenesten har en stillingsressurs på 1 årsverk og gir et åpent tilbud til brukere. Mange brukere av tjenesten er fornøyde med tilbudet de mottar. Tjenesten tilbyr et sted å være for brukere som ønsker et tilbud som kan tilby sosial tilhørighet og samvær, et sted som kan bistå med veiledning og utveksling av råd, støtte og erfaringer gjennom likemansprinsippet. Imidlertid ser man at tilbudet i stor grad begrenses til brukere som allerede er godt integrert i tjenestetilbudet. Spesielt er dette en utfordring for unge

nye brukere. En annen, og et kanskje mer utfordrende aspekt ved dagens organisering av dette lavterskeltilbudet er at mange av brukerne som benytter seg av tjenesten er brukere med mer omfattende tjenestebehov. Brukere som burde ha fått et alternativt tilbud om tjenester ut i fra vedtak om helsetjenester i kommunen. Det foreligger et behov for å dele inn tilbudet til mer målrettede brukergrupper, og kommunen bør vurdere om den samlede bruken av de ressurser som benyttes til dette tjenestetilbudet kan innrettes på en mer hensiktsmessig måte.

Pr i dag har kommunen ikke et dagtilbud, eller tilbud om miljøtjeneste for psykiatri og rusbrukere. Vurdert opp i mot "Brukerplankartlegging" som er gjennomført av rus og psykiaritjenesten, ser man en økning i antallet unge mennesker med sammensatte tilstander innen diagnosespekteret for rus og psykiatri. Det foreligger på slik bakgrunn et betydelig behov for et bredere tjenestetilbud for denne brukergruppen. Lavterskeltilbud og dagtilbud med miljøterapeutisk tilnærming vil ha potensiale for å gi mange brukere et godt faglig tilrettelagt tilbud; Dette er gjerne tilbud som kan sørge for strukturer og rammer som i sin tur kan bidra til nødvendig stabilitet, trygghet og aktivitet for brukergruppen. Dette er faktorer som forebygger forekomst av episoder med dårligere psykisk helse for sårbare brukergrupper, og har dermed potensiale for å redusere trykket på etterspørsel av mer kostnadskreven tjenester fra kommunen.

Som vist i innledende kapitler vil populasjonen eldre brukere øke betydelig, nesten dobles i kommunen kommende periode. Det forventes en økning av antall eldre med kognitiv svikt, og man må også forvente en betydelig andel brukere med sammensatte lidelser hvor psykogeriatriske utfordringer vil prege utfordringsbildet i helse- og omsorgstjenesten. Det vil være et kommunalt ansvar å sørge for gode tjenestetilbud som legger til rette for at mange av disse brukergruppene kan bo hjemme, og mestre egne liv, så lenge som mulig. Dette vil spesielt utfordre tjenestetilbudet innen hjemmesykepleie/ hjemmehjelp.

For å kunne gi tjenester ihht til BEON-prinsippet, utvikle et tjenestetilbud ihht kost-nytte, bør kommunen satse på utvikling av flere og bredere lavterskeltilbud innrettet mot de aktuelle brukergruppene. Det forventes at dette er et innsatsfelt kommunen vil kunne hente synergieffekter ved å utvikle et tettere samarbeid med frivilligheten. Et bredere lavterskeltilbud vil kunne redusere behovet for og etterspørsel av mer ressurs- og kostnadskrevede tjenester fra kommunen. Det er imidlertid viktig at kommunen implementerer rutiner for å identifisere hvilke brukere som vil ha nytte av, og vil kunne fungere godt i et lavterskeltilbud, og hvilke brukere som bør få et tilbud om et mer faglig spesialisert dagtilbud/ miljøtjeneste.

6.12.3 Tildelingspraksis psykiatrisk helsetjeneste

Mange kommuner har hatt en praksis hvor man ikke har praktisert tildeling av vedtak for brukergrupper innen psykiatri. Saksbehandling og vedtak på tjenesten ble imidlertid lovfestet i Helse og omsorgstjenesteloven av 2012.

Utover de tjenestene det er fattet vedtak på kan det forekomme at brukere oppsøker tjenesten for kortere samtaler, råd og veiledning. Det er ikke krav om vedtak på slike tjenester. De fleste kommuner gir tilbud om slike tilbud med en grense på inntil 3 konsultasjoner, før brukeren må søke om videre tjenester på ordinært grunnlag.

Rus og psykiatritjenesten mottar ca 125 henvisninger pr år. Henvisningene kommer i hovedsak fra brukere og pårørende selv, og fastlege. Det forekommer også en del søknader fra NAV, spesialisthelsetjenesten og enkelte fra skole og barnevern. Tildeling av tjenester innen psykiatri og rus, utredes og saksbehandles av fagpersonell som arbeider i psykiatri og rus tjenesten, og ikke av kommunens tildelingskontor.

Tjenester tildeles etter enkeltvedtak, basert på lovverk om:

- Kommunale helse og omsorgstjenester §3-2.5
- Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering §3-2 6a
- Helsetjenester i hjemmet

For 2016 ble det registrert 121 brukere hvor det ble fattet enkeltvedtak i psykiatri og rustjenesten; 86 med vedtak knyttet til psykiatritjenester, 3 med vedtak knyttet til rustjeneste, og 32 hadde vedtak knyttet til rus og psykiatri (ROP) tjenester.

Søkere vurderes ihht nasjonal veileder som beskriver 3 pasientforløp, pasientforløp 1,2 og 3. Brukere som er tildelt vedtak for tjenester i 2016 fordeler seg på følgende måte:

Pasientforløp	Antall brukere
Pasientforløp 1 Milde og mer kortvarige problemer	17
Pasientforløp 2 Langvarige milde problemer, eller mer kortvarige alvorlige problemer	75
Pasientforløp 3 Langvarige alvorlige problemer	29

Brukerkartlegging viser at omtrent 30% av de registrerte brukerne av psykiatri og rustjenesten antas å ha behov for miljørettede tilbud, hjemmetjenester/ institusjonstjenester i tillegg til de konsultasjonsbaserte tjenestene som psykiatri og rustjenesten tilbyr. Dette kategoriseres i "Brukerundersøkelsen" som den mest sårbare brukergruppen innen psykiatri og rusfeltet.

Gjennom utredningen finner man at kommunen har nedprioritert tjenestetilbudet overfor denne brukergruppen. Det er gjennom kartlegging av tjenestepyramiden for feltet, pekt på at kommunen mangler tilbud på tjenester som miljøterapi i bolig/ omsorgsbolig, heldøgns omsorgsboliger og tilrettelagte tjenester for korttidsopphold i institusjon for brukergruppen.

6.12.4 Refleksjoner om tilbudet innen psykiatri/ rustilbudet (manglende HDO, boliger, koordinering av tildeling tjenester)

Det kommunale tjenestetilbudet skal kunne ivareta pasienter etter utskriving på spesialisthelsetjenestenivå, og med nødvendig og tilrettelagt omsorgstjeneste ihht pasientens behov. Når man gjennom utredningen finner flere hull i den kommunale tjenestetrappen for psykiatritjenestetilbudet, peker dette på et utfordringsbilde den fremtidige organiseringen av helse- og omsorgstjenestene må rustes for å håndtere. For enkelte psykiatribrukere, der det er identifisert

behov for HDO-tjenester, har kommunen pr i dag valgt å håndtere tjenestetilbud gjennom tildeling av HDO-tjenester i sykehjem. Dette kan fungere for noen brukere, men vil ut i fra en faglig vurdering ikke anses å være tilstrekkelig. Tilrettelegging av bomiljø med muligheter for skjerming og ansatte med kompetanse på psykiatri vil være en forutsetning for å tilfredsstille et godt faglig forventningsnivå på tjenestetilbudet for brukergruppen.

Kommunen har valgt en organisatorisk modell hvor enhetene helse, og bistand og omsorg er delt inn i to ulike ansvarsområder. Dette er to enheter med til dels ulike kulturer, som har ulike forventninger til organisering, ansvarsfordeling og tjenesteinnhold for det helhetlige tjenestetilbud innen det psykiatriske fagområdet. Gjennom kartleggingsøvelsene avdekkes det et til dels manglende samarbeid på tvers av enhetene. Det har tradisjonelt vært lite koordinering og samarbeid rundt tildeling av tjenester på tvers av enheten og tildelingskontoret ved bistand og omsorg. For en del brukere kan manglende koordinering og samhandling på tvers av enhetene, medføre risiko for svikt i oppfølgingen og manglende helhetlige pasientforløp. Dette er til dels krevende brukere hvor det gjennom dagens organisatoriske innretning foreligger en betydelig risiko for at ansvaret for den enkelte bruker blir gjenstand for en "kasteballsøvelse" hvor ulike tjenestetilbydere i kommunen skyver på ansvaret enhetene mellom.

Dette gjelder spesielt for brukere som er mottakere av tjenester fra bistand- og omsorg, og som samtidig har behov for oppfølging av tjenesten for psykiatri og rus.

Kommunens tilgang på ansatte med spesiell kompetanse på behandling og oppfølging av pasienter med rus og psykiatriproblematikk er marginal. Sett opp mot kommunens behov for å utvikle et bredere og mer helhetlig tjenestetilbud på feltet, er det svært viktig å sørge for god samhandling og effektive organisasjonsstrukturer, som sikrer best mulig utnyttelse av de tilgjengelige fagressursene. For å sikre en samlet koordinering og ansvarsfordeling av brukergruppens tjenestetilbud bør tildeling av kommunale helse- og omsorgstjenester samorganiseres i et felles forvaltningskontor i kommunen. Ved å etablere et felles forvaltningskontor vil man ha forutsetninger for å sikre oppbygging av helhetlige tjenester for brukerne, på tvers av den tradisjonelle skillelinjen mellom somatikk og rus/psykiatri. Tjenesten rus og psykiatri er lokalisert i kommunens rådhus. Gjennom prosjektets utredningsarbeid har man avdekket et behov for en samlokalisering av tjenestested for tjenestene, slik at man lettere kan etablere et tettere samarbeid rundt felles brukere. Det anses som sannsynlig at en samlokalisering av tjenestene vil gi synergieffekter for kommunens samlede tjenestetilbud for spesielt sårbare brukergrupper, gjennom tettere samarbeid på tvers av tjenesteutøvere, tettere faglig kompetanseutvikling, og utvikling av et mer helhetlig tjenestetilbud for brukergruppen. For å sikre en målrettet og effektiv utnyttelse av de marginale fagressursene kommunen har på feltet, vil det være hensiktsmessig om kommunen også vurderte en samorganisering av tjenestene under felles enhetsleder. Behov for samorganisering, med felles enhetsleder, aktualiseres også ved en evt etablering av felles tildelingskontor for tjenestene. Dette er en direkte konsekvens av gjeldende lovkrav til enhetsleders signering av vedtak ved saksbehandlingsprosessen. Prosjektet har utredet forslag til ny organisasjonsstruktur som tar opp i seg disse problemstillingene.

6.13 Forebygging, helsestasjon og skolehelsetjeneste/ Annet forebyggende arbeid

Det er i utredningen valgt å holde fokus på tjenestene bistand og omsorg, og tjenester som oppfattes å ha grenseflate til disse tjenestene. I utredningsarbeidet har personell fra alle tjenestene deltatt, men det har vært enighet om at tjenesten knyttet til helsestasjon og skolehelsetjeneste i liten grad har grenseflate til tjenestene innen bistand og omsorg. Helsestasjon og skolehelsetjeneste omtales derfor i liten grad i den videre utredningen. Det presenteres i tabellen kort tilbud, ressursbruk og vurdering av disse, uten at man går nærmere inn på analyse av disse områdene. Områdene berøres nærmere i kommunens "Mulighetsstudie" som ble forelagt kommunen i juni 2015.

Nøkkeltall	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Årsverk helsesøster	2,45	2,7	2,7	3,2	3,2	3,2
Årsverk psykolog	1	1	1	1	1	1
Årsverk lege	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Årsverk jordmor	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Årsverk kommuneoverlege		0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Årsverk SLT-koordinator	0,4	0,4	0,8	0,8	0,8	0,8
Prosjektstilling hasjavvenning				1	1	1

*Prosjektstilling knyttet til hasjavvenningsprogrammet i Nord-Trøndelag 3 år 2015-2017. Inderøy kommune er arbeidsgiver.

6.14 Legetjenesten i Inderøy kommune

I følge lov om helsetjeneste i kommunen skal kommunen sørge for allmennlegetjeneste, herunder fastlegeordning (§ 1.3). Nærmere regler om fastlegeordningen er beskrevet i forskrift om fastlegeordning i kommunen (FOR-2000-04-14). Fastlegeordningen er videre regulert gjennom 3 avtaler: 1 "Statsavtalen" (økonomiske vilkår) 2. "Rammeavtalen" (om fastlegeavtalen) og 3 "Særavtale" (vilkår)

Oversikt ressurser legetjenesten og fastlegeordningen

Data/Nøkkeltall	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Fastleger	4	5	5	5	5	5
Turnuslege	1	1	1	1	1	1
Årsverk lege i helsestasjon	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Årsverk tilsynslege Inderøyheimen	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Årsverk tilsynslege Mosvik sykeheim	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Årsverk kommuneoverlege		0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Årsverk smittevernlege	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Årsverk veileder til turnuslege	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

Legetjenesten består av 5 årsverk, fordelt på 4 fastleger og en turnuslege. Tjenestene fastlege, legetjeneste i sykehjem, helsestasjon, smittevern, legevakt og reisevaksinasjon inngår i tjenesten.

Fastlegene dekker legevakt på dagtid fem hverdager/uke. Interkommunal legevakt dekker resten av døgnet og alle hellig- og høytidsdager.

Fastlegene dekker følgende kommunale legestillinger med 130% stillingsressurs:

- 60 % tilsynslege i sykehjem
- 20 % lege i helsestasjon og skolehelsetjeneste
- 40 % kommuneoverlege
- 10 % smittevernlege

Kommunen har også turnuslege.

I KOSTRA ser man at kommunen har en snittmåling på gjennomsnittlig antall legetimer pr. uke pr. beboer i sykehjem på ca 0.46, dette tallet ligger litt over gjennomsnittet for fylket, men litt under landsgjennomsnittet som ligger på 0.52 timer pr uke.

I KOSTRA ser man at legedekningen i Inderøy kommune har en snittmåling på 9.4 årsverk pr 10000 innbyggere. Denne snittberegningen viser at kommunen ligger lavere enn landsgjennomsnittet for kostragruppe 11, som er på 11.8

Man vurderer tilgjengelighet på fastlege ut i fra fastlegenes listestørrelse. Det nasjonale normtallet var opprinnelig satt til 300 listepasienter pr virkedag, men er som ledd av fastlegeforskriften og samhandlingsreformen nedjustert til 250. Mange leger opplever at dette listetallet er for høyt, og det arbeides med å få nedjustert tallet til 200.

Kostra viser at gjennomsnittlig listelengde for fastleger i Inderøy kommune er på 1181, noe som ligger betydelig høyere enn gjennomsnittlig listelengde for sammenliknbare kommuner i kostragruppe 11.

Listestørrelse, beregnet kapasitet fastleger Inderøy kommune

Lege	Ant virkedager som fastlege	Normert listestørrelse (*250 pr virkedag)/ faktisk listestørrelse	Ledige plasser på liste pr 01.10.17	Avvik normert listestørrelse
1	3	750/700	2	-50
2	3	750/900	11	150
3	4	1000/1500	274	500
4	4	1000/1600	8	600
5	4	1000/1500	12	500
Kapasitet som burde kunne fristilles for ny legeressurs		4500/6200	307	1700 1700/250=6.8 virkedager=2 hjemler+kommunale oppgaver?

*Antall innbyggere med fastlege utenfor kommunen er pr 2015 ca 1000

Ut i fra listestørrelsene til kommunens fastleger ser man at listene er svært store vurdert ut i fra det som normtallet for beregnet tid til håndtering av pasientliste, og korrigert for antall virkedager hvor legen ivaretar andre kommunale oppgaver (helsestasjon, sykehjemslege, smittevernlege osv) Det er store ulikheter mht hvordan kommunen innretter avtaler med den enkelte fastlege, tilgjengelighet, listestørrelse og drift av denne. Ut i fra tallene ser det ut til at fastlegene i kommunen har stort press mht antall pasienter og lite tid disponibel for å ivareta nye forventninger til deltakelse i samhandling om pasienter, og nye mer tidkrevende oppgaver som ligger fastlegens rolle. Teoretisk sett skulle det være grunnlag for å konkludere med at kommunen med fordel kunne ha flere fastleger å fordele dagens listestørrelser på. Ut i fra dagens listestørrelse burde ha tilgjengelig fastlege 6.8 virkedager utover det kommunens har med dagens innretning av listestørrelses og antall leger. 6.8 virkedager tilsvarer at kommunen burde kunne omprioritere pasientlistene, slik at man legger til rette for 2 nye fastlegehjemler med listestørrelse inntil 1000 pasienter og 1 dager pr uke til kommunale oppgaver. En eventuell ytterligere nedjustering av normtallet for fastlegenes listestørrelse ville tilsi at kommunen ville få ytterligere behov for flere fastleger.

Fastlegeforskriften gir alle innbyggere rettighet til fritt valg av fastlege. Det er imidlertid interessant å merke seg at ca. 1000 av kommunens innbyggere har fastlege i andre kommuner enn Inderøy. Dette tilsvarer 16% av kommunens samlede innbyggertall, noe som er svært høyt sammenliknet med andre kommuner. Det kan være flere årsaker til at innbyggere i Inderøy kommune velger fastlege i annen kommune; At kommunen har få leger med ledig kapasitet på listene er naturlig en sentral forklaringsfaktor. Andre faktorer kan være at kommunen er preget av relativt små og gjennomsluktige forhold, noe som kan være en driver for å oppsøke fastlege i annen kommune. En annen sentral faktor kan være at en relativt stor andel innbyggere pendler ut av kommunen for arbeid, og at valg av fastlege i nærhet til arbeidsstedet kan være mer praktisk.

Det høye listetallet pr fastlege, vurdert opp mot det veldig høye tallet som har fastlege utenfor kommunen, forsterker inntrykket av at kommunen bør vurdere tiltak for å styrke legedekningen. Dette utledes nærmere under kapittelet refleksjoner om legetjenesten i Inderøy kommune.

6.14.1 Årskostnader legetjenesten inkl fastlegeordningen i Inderøy kommune

Det økonomiske forholdet mellom kommunen og fastlegene er regulert av sentrale avtaler fra KS. Dette er kommunen forpliktet til å følge. Det gjelder:
Basistilskuddet (kr 421/innbygger/år) praksiskompensasjon, legevaktgodtgjøring

Avtalen mellom kommunen og legesenteret om leie av kontorer til turnuslege og fastlege (kommunalt ansatt) og hjelpepersonell, er inngått lokalt. I tabellen gjengis utgiftene med henvisning til avtaler pr 2017.

Årskostnader legetjenesten i Inderøy kommune		
Utgifter lagt til enhetsleder helse:		
Basistilskudd fastleger	Kr 2 688 133/år	ASA 4301 Takstoppgjør
Praksiskompensasjon fastleger	Kr 320 000/år	SFS Kommunelegeavtalen
Beredskap legevakt dagtid	Kr 165 000/år	ASA 4310 Rammeavtalen
Tilskudd interkom. legevakt	Kr 2 345 816/år	SFS 2305 Kommunelegeavtalen
Tilskudd personell for kommunalt ansatt lege og turnuslege	Kr 1 210 000/år	Lokal avtale
Fastlønn turnuslege og fastlege	Kr 2 244 208/år	Lokal avtale
Gjesteinnbyggeroppgjør (innbygger som har fastlege utenom Inderøy)	Kr 420 000/år	ASA 4301 Taksoppgjør
Pasientskadeerstatning	Kr 151 000/år	Pliktig ordning besluttet av Stortinget
Utgifter lagt til enhetsleder bistand og omsorg: Lønnskostnad 60% stilling sykehjemslege	Kr 1 085 960/år	Lokal avtale
Sum	Kr 10 045 117/år	Samlet kostnadsbilde legetjeneste/ år

6.14.2 Refleksjoner om legetjenesten

Den forventede befolkningsveksten i Inderøy kommune er lav. I perioden 2017-2031 forventes det en befolkningsøkning på ca 40 nye innbyggere. Dette utgjør i utgangspunktet så små tall at det ikke forventes at det vil bli behov for justeringer mht dimensjonering av legetjenestene. Imidlertid er det en tett statistisk sammenheng mellom bruk av legetjenester og økning i alder (SSB).

Ser man dermed på kommunens forventede demografiske utvikling den kommende perioden er det sannsynlig at tallet på brukere i aldersgruppen 67-79 år vil øke, mens den forventede veksten i aldersgruppen 80+ først vil ha en forventet økning om 10-15 år (2025-2030)

Med flere eldre hjemmeboende og vekst i kommunens satsing på hjemmebaserte omsorgstjenester, vil økt tilgjengelighet på legetjenester bli en viktig faktor for kommunens dimensjonering og innretning av helse- og omsorgstjenestene. Tall fra SSB viser at det er den yngre gruppen eldre som bruker fastlegen hyppigst. Blant den eldste gruppen eldre går bruken av fastlegetjenesten ned. Dette må ses i sammenheng med bruk av andre helse- og omsorgstjenester, blant annet heldøgns omsorgstjenester, hvor denne pasientgruppen får dekket sine legetjenester gjennom institusjonslege.

Økende antall eldre med behandlingskrevende sykdom, nye behandlingsmuligheter og kortere liggetid i sykehusene har ført til at det ved sykehjemmene drives stadig mer aktiv utredning og behandling, både overfor faste beboere og overfor eldre som har fått innvilget korttidsopphold. Legetjenesten ved sykehjem er ikke inkludert i fastlegeordningen, men ansvaret for legetjeneste blir overført til legetjenesten ved aktuelle institusjon den tid pasienten oppholder seg der. Ifølge lov om kommunale helse- og omsorgstjenester skal lege ivareta det medisinskfaglige ansvaret for

behandling i kommunale institusjoner. Inderøy kommune har pr i dag 0.6 årsverk fordelt på institusjonstjenestene. Denne legeressursen har ansvar for pasienter ved kommunens institusjonsplasser i det kommunale heldøgns omsorgstjenestetilbudet. Pasienter som bor i omsorgsbolig med HDO-tilbud får dekket sine legetjenester av fastlege.

Det er under utredningsarbeidet pekt på flere uheldig faktorer knyttet til denne ansvarsfordelingen. Fastlegerepresentantene peker på at pasienter som er mottakere av kommunale helsetjenester i mindre grad oppsøker fastlegen for utredning og behandling. Dette kan forklares ved at pasientene opplever å være ivaretatt gjennom kommunens sykepleie/ fagarbeidere, dette kan imidlertid representere et medisinskfaglig underskudd på forventet legetilsyn. Hjemmetjenestene og fastlegene i kommunen har forsøkt å ta tak i dette ved å etablere tettere oppfølging og dialog mellom tjenestene. En dag pr uke settes det av 1 time, hvor personell fra hjemmetjenestene kan ta opp problemstillinger som omhandler felles pasienter. Pasientene deltar ikke i møtet med fastlegen selv, og drøftinger og vurderinger rundt pasientens situasjon skjer uten at legen får den direkte pasientkontakten. Vurdert opp mot den interne samhandlingen i kommunen vurderes dette som et godt tiltak, som møter mange av de utfordringene man har erkjent i samhandlingen mellom fastleger og hjemmetjenestene. Vurdert opp mot det medisinskfaglige tilbudet for den enkelte pasient, ser man at det fremdeles er en utfordring å finne gode rutiner for å sikre et tilstrekkelig medisinskfaglig tilbud til brukerne.

I del-utredningen "Modeller og anbefalinger, framtidig innretning av HDO" konkluderer utredningen med behovet for en endring i kommunens innretning av HDO-tjenestene. Framtidas langtidstilbud innen HDO vil tilbys i form av omsorgsboliger med døgnbemanning. Dette vil bety at framtidas sykehjemspasienter vil få behovet for legetjenester dekket av egen fastlege, og ikke av tilsynslege. På bakgrunn av tilbakemeldinger fastlegene har gitt i utredningen, ligger det en betydelig sårbarhet mht den medisinskfaglige forsvarlighet ved en ordning hvor fastlegerollen i praksis vil være fraværende i pasientens hverdag.

Del-utredningen konkluderer også med at kommunens øverste tilbud i tjenestetappa, institusjonstjenesten, kun skal tilbys som korttidsplasser for utredning, behandling og stabilisering. Slike plasser vil være spesielt ressurskrevende hva legetjenester angår. Hovedmålsettingen ved korttidsopphold er å gjøre pasienten best mulig i stand til å fungere i eget hjem, eller omsorgsbolig med døgnbemanning, etter avsluttet opphold, noe som gir en mer aktiv tilnærming til behandling og rehabilitering, enn for beboere med vedtak om langtidsplass i HDO. Medisinsk rehabilitering i institusjon har vist å gi signifikante effekter på mobilitet og behov for hjemmehjelp etter utskrivning. Dette forutsetter imidlertid seleksjon av pasienter, god tverrfaglig bemanning og drift som er innrettet mot rehabilitering, og lar seg ikke uten videre kombinere med oppgaver knyttet til langtidspleie og omsorg for andre, kanskje demente, sykehjemsbeboere. For å unngå at korttids institusjonsplasser blir belagt med beboere som har langvarige behov, er det derfor viktig at kommunen tildeler pasienter opphold ut fra et "størst nytte"-kriterium. Den kommunale legeressursen vil være en viktig deltaker i slike vurderinger og beslutninger knyttet til tildeling av tjenestene.

For å ivareta disse oppgavene må kommunen inngå avtaler om legetjenester i tilstrekkelig omfang med erfarne allmennleger. For å sikre forsvarlighetsprinsippet bør det inngås avtaler for bruk av legeberedskap for henvendelser utenom den tiden lege vanligvis er til stede; Dette for at den legen

som kjenner pasientene, vil være den som vil ha best mulige forutsetninger for å gjøre vurderinger ved akutt sykdom eller forverring av kronisk sykdom. I praksis kan dette gjøres ved at en del av legens arbeidstid blir såkalt ubundet, hvilket innebærer telefontilgjengelighet uken igjennom innen vanlig arbeidstid. Utenom vanlig arbeidstid vil selvsagt også sykehjemsbeboere bruke den kommunale legevaktordningen ved akutt sykdom.

Skal kvaliteten i det kommunale HDO-tilbudet heves, vil det også være viktig at den kommunale legeressursen har mulighet for faglig veiledning og oppdatering. Ved behov bør det være enkel tilgang til råd fra spesialisthelsetjenesten. Geriateren vil ha mye å bidra med, men geriatri er en indremedisinsk subspesialitet, ikke en spesialitet innen alders- og sykehjemsmedisin. Legeforeningen har etablert "Alders- og sykehjemsmedisin" som et eget kompetanseområde som griper inn i tre eller flere spesialiteter, og er en kompetanseordning som går på tvers av de tradisjonelle grenspesialitetene. Leger som arbeider innen den kommunale helse- og omsorgstjenesten bør kunne få tilgang til veiledning fra mer erfarne allmennleger/sykehjemsleger som har godkjenning for dette kompetanseområdet.

Fra mange hold pekes det på at fastlegeordningen har vært en suksess sett fra pasientene, allmennlegenes og myndighetenes side. Samhandlingsreformen og den nye fastlegeforskriften medførte, i tillegg til en forskyvning av oppgaver og krav til deltakelse i flere fora, en økt forventning til at fastlegen skulle ha *"...en mer proaktiv tilnærming....for å oppnå målsettingene i samhandlingsreformen om mer forebygging, tildeligere innsats og intervensjon, samt tettere oppfølging av pasienter med kroniske tilstander for å forebygge forverring av tilstanden og sykehusinnleggelser"* Fastlege-forskriften førte til at fastlegens rolle og pasientansvar ble mer tydeliggjort, samtidig med at omfang på fastlegenes oppgaver økte. En konsekvens av dette var at det anbefalte normtallet for antall pasienter pr virkedag ble justert til 250 (Opprinnelig var dette normaltalet satt til 300 pr virkedag) Målsettingen med en slik nedjustering var at fastlegene skulle ha mer tid disponibel pr pasient for å ivareta flere og mer tidkrevende oppgaver. I

Ser man på tallgrunnlaget om listestørrelser og antall legeårsværk i kommunen, så har kommunen lagt seg på en marginal legedekning, med svært høye listetall. Dette ser man får uheldige utslag mht innbyggernes muligheter for å kunne velge fastlege lokalt i egen kommune. Antallet tilgjengelige listeplasser er 6200, samtidig som at innbyggertallet er ca 6800. Dette tilsier at kapasiteten på fastleger er begrenset, samtidig som kommunens tilgang på legeressurs blir begrenset.

Prosjektet anbefaler at kommunen øker kapasiteten på kommunal legetjeneste			
Stillingstype	Ressurs pr dd	Behov	Kommentar
Kommunelege	40%	40%	Ingen endring
Fastlege	500%	600%	Åpning for ny liste, målsetting å få overført pasienter fra øvrige lister som anses for å være for store

Smittevern	10%	10%	Ingen endring
Helsestasjon, skolehelsetjeneste	20%	20%	Ingen endring (barnekull forventes å gå noe ned)
Turnuslege	100%	100%	Ingen endring
Institusjonslege	60%	100%	2*50% for å sikre økt tilgjengelighet i intermediaær enhet
Tilsynslege omsorgsbolig	0	60%	Vurdere en gradvis opptrapping av legeressurs. Hoveddel av stillingsressurs bør tilfalle byggetrinn 3, 2031, hvor kommunen bygger 32 nye omsorgsboliger
Sum legeressurs	730%	930%	Behov for 200% økning i legeressurs*

*Økning i stillingsressurs lege bør vurderes i sammenheng med at kommunen evaluerer sine tjenester i DMS og KAD. Ved bygging av et Helsehus med intermediaær enhet og økning i kommunens legeressurs, vil kommunen kunne tilby tjenester for utskrivningsklare pasienter og KAD i egen kommune. Dette vil gi en innsparing på 3MNK pr år, som med fordel kan benyttes til inndekking av økt legeressurs i kommunen.

6.14.3 Rekrutteringsutfordringer, etablering av ALIS-stilling i Inderøy kommune.

I St. Meld 26 (2014-2015) om fremtidens primærhelsetjeneste, signaliseres det at de leger som skal jobbe klinisk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, skal være spesialister eller være under spesialisering, gjeldende fra 1. mars 2017.

Flere nabokommuner har hatt utlyst såkalte "0-hjemler" (Lister uten pasienter) uten at man har lyktes med å få kvalifiserte søkere. Det er flere årsaksforklaringer til en sviktende interesse for å søke seg inn i fastlegepraksis. Til dels er det pekt på at terskelen for nyutdannede leger er blitt for høy. De nyutdannede påtar seg et stort medisinsk og økonomisk ansvar, herunder investeringskostnader ved kjøp av praksis og arbeidsgiveransvar, når de begynner i allmennpraksis. Fastlegene får stadig nye medisinske oppgaver som følge av samhandlingsreformen, og det kommer politiske føringer som stiller tydelige krav til kompetansen for leger som jobber i primærhelsetjenesten. Tidligere har man forsøkt å redusere belastningen ved statlige ordninger som etableringstilskudd på 300 000 pr hjemmel. Denne tilskuddsordningen eksisterer ikke lenger, og bidrar antakelig til å forsterke rekrutteringsutfordringen. Manglende søkere til allmennpraksis ser ut til å være en nasjonal trend, hvor man erfarer at det foreligger store utfordringer med å utdanne og rekruttere et tilstrekkelig antall spesialister til primærhelsetjenesten. Det er fra kommunenes side estimert et behov for rekruttering av 450-600 nye spesialister i allmennmedisin, samtidig med at kapasiteten for spesialiseringssløp er begrenset til ca 100 pr år.

For å møte utfordringen med rekruttering har helsedepartementet utviklet en ny forsøksmodell tilrettelagt for allmennleger i spesialisering, ALIS, som i tillegg skal bidra til gjennomføre forskriftsfestede kompetansehevende tiltak i allmennlegetjenesten. ALIS er utviklet som en forsøksordning for å likestille vilkår for leger i spesialisering i spesialisthelsetjenesten (LIS) Målet er å finne en ordning som kan sikre langsiktighet, forutsigbarhet, stabilitet og god kompetanse i legetjenesten. Modellen omfatter rekruttering av både nye fastleger og leger til legetjenesten i kommunens sykehjem. Men det er også et mål om tettere samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Idéen er at tiltaket skal skape nærhet mellom fastlegene og øvrige kommunale helsetjenester samt til sykehuset. Ambisjonen er at modellen skal bidra til helhetlige og gode pasientforløp gjennom god samhandling.

Det er viktig at kommunene har kvaliteter som gjør at nyutdannede leger lar seg rekruttere. Dersom nyutdannede leger skal velge en kommunal stilling som karrierevei er det faglig og politisk enighet om at det må være større likhet i vilkår for leger i spesialisering i spesialisthelsetjenesten (LIS) og allmennleger i spesialisering (ALIS).

Kommunen er en viktig utdanningsarena, både for de som etter endt spesialisering skal ha sitt virke i kommunehelsetjenesten og for leger som skal jobbe i spesialisthelsetjenesten. Utprøving av stillinger med ALIS kan være en god løsning på Inderøy kommunes utfordringsbilde fordi det:

- Tilbyr trygg rekruttering for unge leger i oppstartfasen som slipper utgifter til etablering og utdanningsløp som en privatpraktiserende fastlege vil medføre
- Rekrutterer til O-hjemler og institusjonstjenesten samtidig – sikrer langsiktig kompetanseutvikling, stabilitet og samarbeid på tvers av fastlegerollen og kommunehelsetjenesten
- Gir kommunen mulighet til å kvalitetssikre innholdet i spesialiseringen; sykehjemsleger sikres et godt utdanningsløp med spesialisering i allmennmedisin og fastleger tilegner seg viktig og nødvendig kunnskap innen sykehjemsmedisin
- Fastlegekontor knyttes nærmere kommunen i samarbeidet og ALIS-kandidater fungerer som «brobyggere» mellom fastleger og annen allmennmedisinsk virksomhet
- Stimulerer samhandling med helseforetak da man skal etablere samhandling knyttet til gjennomføring av ALIS's krav om tjeneste i spesialisthelsetjenesten.
- Tilbudet til nyetablerte tjenester og beboere ved omsorgssentre kan styrkes

6.15 Legevakt for befolkningene i Inderøy kommune

Kommunen har inngått avtale om et interkommunalt legevaktsamarbeid med kommunene Levanger, Verdal, Frosta. Legevakten er lokalisert til Levanger kommune, ved sykehuset Levanger.

Fordeling deltagerkommuner IIL IKS jfr selskapsavtale				
Kommune	2016	2017		Endring
Levanger(38,8%)	3 317 788	4 946 612		1 628 824
Verdal(31,4%)	2 685 014	4 003 186		1 318 172
Inderøy(18,4%)	1 573 384	2 345 816		772 432
Frosta(11,4%)	974 814	1 453 386		478 572
SUM	8 551 000	12 749 000		4 198 000

Tilbakemeldinger fra legegruppen peker på at ordningen fungerer svært godt.

6.16 Distriktsmedisinsk senter DMS, og kommunale akutte døgnplasser

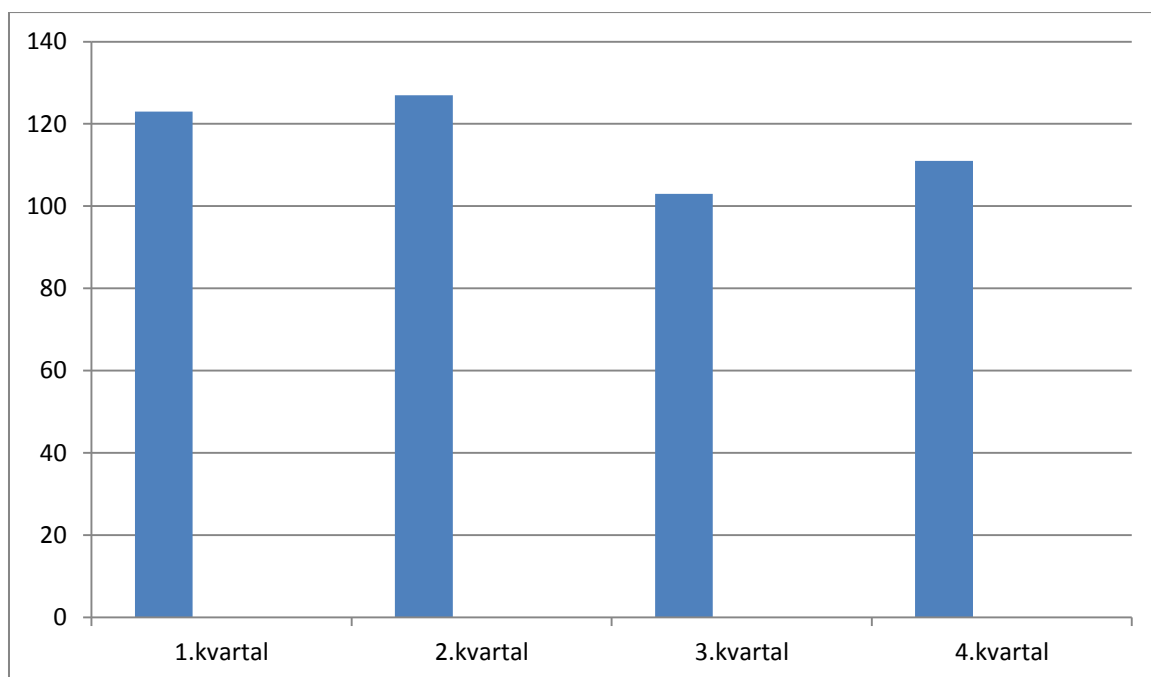
Det er ikke etablert en egen intermediæravdeling i Inderøy kommune. Samtidig er det viktig å peke på at kommunen heller ikke har overliggerdøgn registrert i sykehus (koster 4000,- pr døgn) Det antas at kommunens generelt høye dekningsgrad for institusjonsplasser 30.6% og lave beleggsprosent, er direkte årsak til at kommunen ikke har overliggerdøgn på sykehus.

Inderøy kommune har siden 2011 hatt en samarbeidsavtale med kommunene i Inntrøndelagssamarbeidet (Steinkjer, Verran, Snåsa og Inderøy) og Helse Nord-Trøndelag HF om etablering og drift av distriktsmedisinske tjenester, DMS. Steinkjer er vertskommune for DMS Inn-Trøndelag. Senteret har i 2014 redusert antall plasser fra 12 til 10 intermediære senger og 4 KAD-senger (senteret har også 2 korttidssenger for Steinkjer kommune) Reduksjonen i antall senger har sammenheng med at Helse NT har stilt krav om 85% beleggsprosent, og gjennomsnittlig liggetid på 7 døgn. Ferdigbehandlede pasienter utskrives til heimen eller annet kommunalt omsorgstilbud. DMS Inn-Trøndelag har innfridd krav om beleggsprosent og liggetid etter 2014

Det er helseforetaket som skriver ut pasienter til opphold og behandling i DMS. Senteret har hatt fokus på at pasientene fra sykehuset skal være pasienter som har behov for behandling, og rapporterer i siste årsmelding at ansatte og ledelse ved DMS har hatt et godt samarbeid med helseforetaket, og gjennom dette samarbeidet har utviklet en felles forståelse for hvilke pasienter som skal meldes til DMS fra Helse Nord-Trøndelag. Når man går inn i tallene for beleggsprosent og fordeling av pasientene fra kommunene som har inngått avtale om DMS Inn-Trøndelag vil man likevel kunne reise en del spørsmål rundt rutinene for tildeling av tilbudene ved senteret.

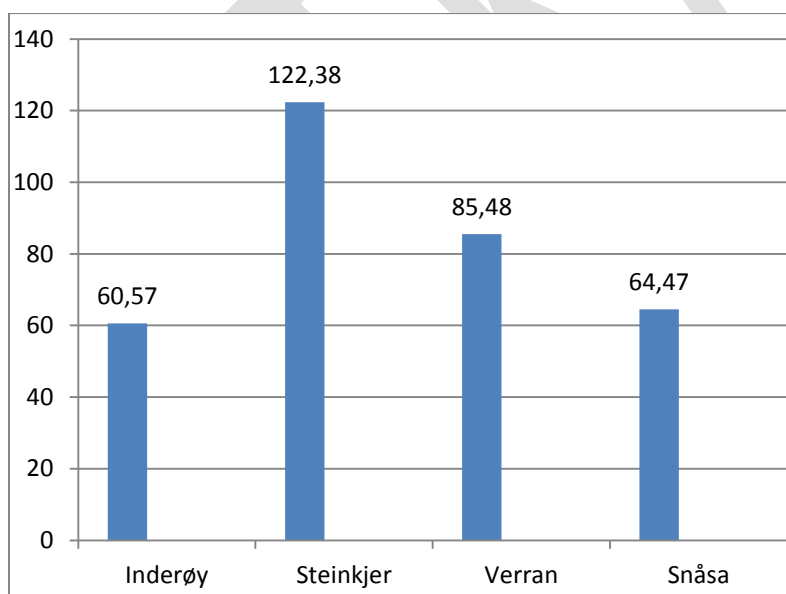
Til sammen hadde DMS Inn-Trøndelag 464 innlagt pasienter i 2015. Fordelt på året har dette gitt en beleggsprosent på 96-100% noe som vurderes for høyt mht tilgjengelighet på plasser der pasienter ihht inklusjonskriterier burde tildeles tilbud ved DMS som del av sitt pasientforløp.

I hovedsak kommer pasientene fra medisinsk klinikk (ca 60% av totalt ant pasienter) og kirurgisk klinikk (ca 18% av totalt antall pasienter)



Figur 1 Antall innlagte pasienter DMS 2015

Fordeling antall liggedøgn ved DMS Inn-Trøndelag pr 1000 innbygger



Figur 2 Antall liggedøgn i DMS pr 1000 innbygger

Det er stor variasjon på antall liggedøgn pr 1000 innbygger for samarbeidskommunene. Inderøy kommune hadde 61 liggedøgn pr 1000 innbygger, noe som er svært lavt sammenliknet med vertskommunen Steinkjer som hadde 122 liggedøgn. Den samme skjevfordelingen bekreftes dersom man ser på antall pasienter pr 1000 innbygger. Her har Inderøy kommune hatt 10 pasienter pr 1000 innbyggere, mens vertskommunen Steinkjer har hatt 16 pasienter pr 1000 innbygger. Det er som nevnt tidligere helseforetaket som overfører pasienter til DMS-tilbud ved endt behandling i sykehus. Skjevfordelingen i antall liggedøgn mellom pasienter fra de ulike kommunene indikerer at det må foreligge ulike inklusjonskriterier ved vurderinger og overføring av utskrivningsklare pasienter fra helseforetakets side. Beslutning om innskriving og utskriving av pasienter (fastsettelse av inklusjons og eksklusjonskriterier) skal skje etter gjeldende Samhandlingsavtale mellom kommunene og helseforetaket (tjenesteavtale1, 3 og 5) Ved endringer i avtalene gjeldende rutiner for inn og utskriving ved DMS er det Steinkjer kommune som vertskommune for DMS, som er avtalepart med Helse Nord-Trøndelag. Det er etablert kontaktutvalg hvor kommunene og også Helse Nord-Trøndelag er representert. Det vil være naturlig å problematisere denne skjevfordelingen av pasientpopulasjonen i dette utvalget, slik at nærmere gjennomgang av rutiner og kriterier for bruk av DMS-plassene evalueres.

Pr 2017 hadde kommunen i snitt 2 pasienter pr mnd som hadde et tilbud på DMS. Dette er et svært lavt tall, vurdert opp mot det antatte behovet. Det er i utredningsarbeidet pekt på at kommunen har erfaringer med at pasienter som burde få et tilbud ved DMS overføres direkte til kommunen, pga manglende kapasitet ved DMS. Ser man på den totale beleggsprosenten ved DMS som ligger tett opp mot 100% gjennom hele året, understøtter dette erfaringene fra tildelingskontoret med at mange brukere ikke får det DMS-tilbudet de burde, men heller overføres direkte til kommunen. Dette utfordrer kommunen både på kapasitet og spesialisert kompetanse.

Før samhandlingsreformen trådte i kraft ble utskrivningsklare pasienter liggende i sykehus i påvente av at kommunen skulle opprette et tilbud til dem.

Analysen av spesialisthelsetjenestens utskrivningspraksis viser at pasienter som utskrives til kommunen, skrives ut tidligere enn før, og vurderes som "sykere" og mer pleietrengende, sammenliknet med utskrivningsklare pasienter før samhandlingsreformen trådte i kraft. Man ser trender som viser at pasienter utskrives til kommunene med pågående avansert behandling (intravenøs, PEG-sonde, CVK, respirator og sondenæring) Spesielt ser man en trend hvor utfordringene knyttet oppfølging av utskrivningsklare pasienter fra kirurgisk behandling øker i kompleksitet. Tilbakemeldingene fra tjenesteledere og saksbehandlere ved tildelingskontoret tyder på at dette er erfaringer man kjenner igjen også i Inderøy. Ikke alle nye problemstillinger er ferdig utredet, slik forskriften krever. Kommunen har hatt flere uheldige episoder, hvor pasienter har hatt uheldige forløp som konsekvens av at sykehuset har meldt pasienter utskrivningsklare, uten at kommunen har hatt samme oppfatning av at pasientens status har vært tilstrekkelig avklart.

Enkelte kommuner har valgt å etablere team som reiser ut til sykehuset for å kartlegge utskrivningsklare pasienters behov, før pasienten meldes utskrivningsklar. Slike team kan tjene flere funksjoner. Oppsøkende team gir kommunen direkte observasjon av pasienten, og muligheter for kartlegging av pasientens faktiske pleiebehov. Direkte oppsøkende virksomhet gir også mulighet for å

å gjennomføre en faglig vurdering, hvor man ut i fra kommunens perspektiv kan vurdere om kriteriene for å melde pasienten "utskrivningsklar" faktisk er oppfylt, og om overføring til kommunehelsetjenesten vil være å regne som faglig forsvarlig. Slike team vil også kunne gi kommunens ansatte en bredere kontaktflate, og gjennom formelle og uformelle samarbeidsarenaer, noe som igjen kan gi viktig for å lykkes med nødvendig informasjons- og kompetanseoverføring mellom tjenestenivåene. Kommunen gjennomfører også i dag ad hoc besøk i sykehus, spesielt innen feltene psykiatri og rehabilitering, noe som har gitt positive erfaringer. Dette er derfor erfaringer kommunen med fordel kan ta med seg og videreutvikle på et mer systematisk nivå.

6.16.2 Kommunale akutte døgnplasser KAD, somatikk og psykiatri

I kjølvannet av samhandlingsreformen ble det vedtatt krav om at alle kommuner skulle etablere kommunale øyeblikkelige hjelp plasser fra 01. januar 2016. KAD skal være et allmennmedisinsk tilbud som skal gis til pasienter som har behov for observasjon, behandling og tilsyn, men som ikke har behov for innleggelse i sykehus. Plikten er avgrenset til pasienter som kommunen har mulighet for å utrede, behandle og yte omsorg for.

Forutsetningene for å etablere et KAD-tilbud er svært ulike i kommunene. Forhold som størrelse, geografi, tilgang til medisinske ressurser virker inn på hvordan den enkelte kommune har valgt å innordne tilbudet.

Hensikten med øyeblikkelig hjelp døgntilbudet er å unngå innleggelser i spesialisthelsetjenesten når dette ikke er ønskelig eller nødvendig ut fra en helhetlig medisinsk og psykososial vurdering.

Før innleggelse skal pasienten være tilsett av lege (fastlege, legevaktslege og sykehjemslege), og vedkommende lege skal henvise pasienten til KAD-tilbudet. Henvisningen skal inneholde en behandlings- og eller observasjonsplan fram til pasienten tilsees av nye lege ved aktuelle KAD-tilbud.

Lege som arbeider ved KAD-enheten bør være spesialist i allmennmedisin, og utforming av selve tjenestetilbudet bør skje i tråd med samfunnsmedisinsk kompetanse og i tett samarbeide med kommuneoverlegen.

KAD skal gi et like godt eller bedre behandlingstilbud som sykehus for de aktuelle pasientgruppene. Nærhet er et viktig aspekt for pasienter og pårørende, men også for helsepersonell. Mange steder kan både pasienten og legene være tjene med at KAD plasseres lokalt i et sykehjem, likevel som at tilbudet organiseres og tilbys i samarbeid med andre kommuner.

Responstid mht KAD-tilbudet angir hvor langt tid det tar fra KAD-enheten kontakter lege til lege er fysisk til stede i enheten. Det er i lovkrav og veiledere ikke stilt krav til slik responstid. Dette henger sammen med at de ulike KAD-tilbudene er rettet mot ulike målgrupper, og har ulike vilkår. Nasjonale veiledere tilskriver heller ingen standard for minimums legebemanning i KAD-enheten.

Legeforeningen anbefaler at man legger seg på et nivå som sikrer minimum daglig tilsyn, også på

helg/ helligdag. Den enkelte kommune må derfor forhandle med lokalt HF om akseptkriterier knyttet til tilgjengelig legeressurs og responstid, ved etablering av avtale om KAD.

Det stilles følgende krav til døgntilbudet:

- Tilbudet som etableres i kommunen skal være bedre eller like godt for pasienten som et alternativt tilbud i spesialisthelsetjenesten.
- Tilbudet skal etableres med den allmennmedisinske og øvrige kompetansen som finnes i kommunen.

Øyeblikkelig hjelp døgnopphold en del av kommunens sørge- for-ansvar.

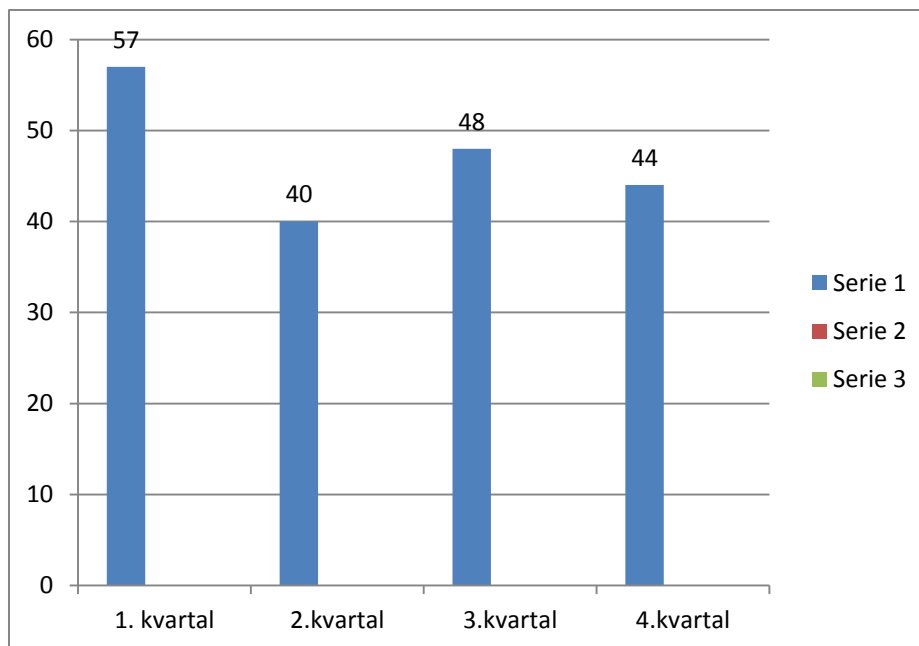
Samarbeidsavtalen mellom kommunen og helseforetaket beskriver kommunens tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold, retningslinjer for utskrivning og innskrivning av pasienter og gjensidig kunnskapsoverføring.

2/3 av alle innleggelser i sykehus kommer fra legevakt. Legevakt er dermed en sentral aktør for å realisere en målsetting om redusere antall innleggelser i sykehus. Legevakten er dermed en viktig samarbeidspartner for KAD, både rent faglig og som samarbeidende instans. Mange kommuner har organisert tilsyn i KAD ved bruk av legevaktsordningen. Tilsyn med KAD er ikke en lovmessig del av legevaktforpliktelsen og er ikke å anbefale. For kommuner som velger å knytte oppgaver med tilsyn ved KAD-enheter til avtaler med lokal legevakt, er det viktig å styrke legevakten med nødvendig utstyr, personell, og kompetanse.

Innen psykisk helse- og rusfeltet er det mange aktører som har ansvar i akutte situasjoner, og det samlede akuttilbudet bør derfor beskrives i samarbeidsavtalen.

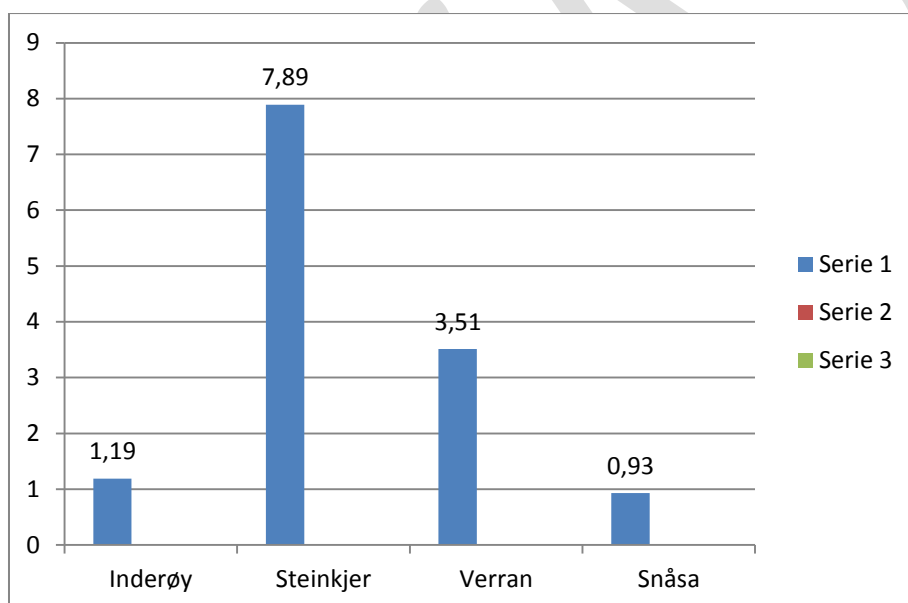
Inderøy kommune har forpliktet seg gjennom en samarbeidsavtale med nabokommunene Steinkjer, Verran, Snåsa og Helse Nord-Trøndelag HF om etablering av KAD-tilbud i 4 øremerkede senger, ved DMS Inn-Trøndelag.

6.16.3 Beleggsprosent for Inderøy kommune i KAD Antall innlagte pasienter i senteret KAD-senger.



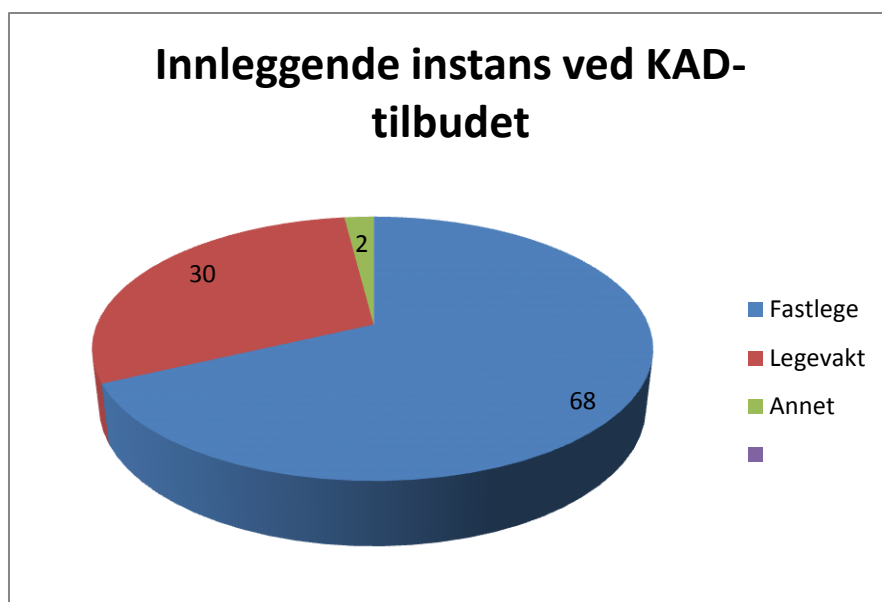
Den totale beleggsprosenten har gjennom året 2015 vært i underkant av 55%.

Antall pasienter pr 1000 innbygger



Figur 3 Antall pasienter pr 1000 innbygger

En gjennomgang av antallet innlagte pasienter i KAD-tilbudet viser betydelig skjeffordeling mellom kommunene. Steinkjer som vertskommune benytter tilbudet i betydelig større omfang enn de øvrige kommunene. Inderøy kommune har en betydelig utfordring med å få benyttet det tilbudet kommunen er med på å finansiere.



Figur 4 Figuren viser blant annet at 68% av pasientene ved KAD-tilbudet ble innlagt av legevaktsleger, og restresterende innleggelser ble gjort av fastleger.

6.16.4 Refleksjoner om tilbudet innen DMS/ KAD

Øyeblikkelig hjelp døgnopphold er en del av kommunens sørge- for-ansvar. Man ser imidlertid en nasjonal trend hvor dette tjenestetilbudet ikke blir benyttet ihht forventningene. Det kan derfor være grunn til å se på noen av årsaksforklaringene til at tjenestetilbudet ikke brukes som forventet. I dette utredningsarbeidet har vi sett nærmere på om utformingen av tjenestetilbudet samsvarer med de faglige forventningene til et slik tjenestetilbud.

Det foreligger faglig og politisk konsensus om at mange pasientgrupper med fordel kan behandles utenfor sykehus så fremt det finnes egnede behandlings- og omsorgstilbud. Fastlegene og sykehjemslegene har førstehånds kunnskap om pasientenes aktuelle og tidligere sykehistorie, og vil være den som kan vurdere eksklusjons- og inklusjonskriterier når en pasient skal vurderes for et evt opphold ved en KAD-enhet. Fordi ulike KAD-enheter bygges opp ulikt, ut i fra lokale forhold og med ulike målgrupper, er det derfor grunnleggende viktig at fastlegene har god kjennskap til og tillit til den lokale KAD-enheten.

I den lokale særavtalen for KAD er det listet opp en rekke spesifiserte eksklusjonskriterier. Eksklusjonskriteriene er i utgangspunktet formulert slik at de omfatter de mest hyppige kriteriene for innleggelse i sykehus. Vurderer man de spesifiserte inklusjonskriteriene opp mot kommunenes lokale tjenestetilbud vil dette normalt være pasienter kommunen vil kunne håndtere på egen hånd. Det kan stilles spørsmål om særavtalens definerte eksklusjons og inklusjonskriterier kan være et hinder for innleggelse av brukere man normalt ville vurdere som aktuelle kandidater for bruk av et KAD-tilbud? Med bakgrunn i en slik antakelse ville det framstå rimelig at kommunens beleggsprosent (utnyttelse) av det opprettede KAD-tilbudet ved DMS Steinkjer ikke blir anvendt i tråd med forventningene.

I årsrapport for kommunehelsesamarbeidet (Invest) 2016 går det tydelig fram at man ønsker at dette samarbeidet skal bidra til gevinster for hele regionen, knyttet til tjenestekvalitet, tjenesteleveranse,

kompetanseutvikling. Spesielt står det beskrevet at man ønsker at alle kommunene skal ta i bruk KAD-tilbudet. Når man identifiserer så store skjevhetene i partenes bruk av de interkommunale tjenestetilbudene foreligger det åpenbart et behov for å vurdere de ulike prosessene som virker inn på tjenestetilbudet. I denne sammenheng bør man analysere både prosesser internt i DMS-virksomheten, men også prosesser som har et grensesnitt til DMSen, dvs prosesser i HNT og i Inderøy kommune. I situasjoner hvor arbeidsprosesser opptrer gjennomgripende og på tvers av flere virksomheter anbefales det at det etableres en tydelig rolle som prosesseier, hvor det formelt pekes en på en person som har ansvar for å beskrive og overvåke prosessen (og også iverksette og monitorere nødvendige endringer) Et slik prosesseierskap bør legges til øverste nivå i det interkommunale samarbeidet, og bør delegeres myndighet til å instruere linja som inngår i prosessen (de involverte partene HNT, og aktuelle kommuner) På denne måten kan man gjennom kontinuerlig overvåking, kvalitetssikre at man får realisert målsettingen med de etablerte KAD-sengene.

Går man tilbake til anbefalingene fra legeforeningen foreligger det en tydelig anbefaling om å utforme det lokale KAD-tilbudet ut i fra identifiserte lokale utfordringer, og i tett samarbeide med fastlegene. Spesielt peker legeforeningen på at KAD kan rettes seg mot ulike målgrupper brukere. KAD-tilbudet ved Inntrøndelagssamarbeidet har innrettet seg mot en svært bred målgruppe, hvor det kan være vanskelig å identifisere hvilke pasienter tilbudet egentlig retter seg mot. I en travel legevakt som bemannes av ulike leger (ofte mange) og gjerne har marginale ressurser, kapasitet og kompetanse til å identifisere brukere for innleggelse i KAD-tilbudet, kan det fremstå enklere å legge pasienten direkte i sykehus. Dette vil dermed undergrave bruk av det lokale KAD-tilbudet.

Følger man opp anbefalingene fra legeforeningen kan det tyde på at en mer gradvis og målrettet oppbygging av KAD-tilbudet, hvor inklusjons- og eksklusjonskriterier utformes slik at de gir et tydelig grunnlag for rekruttering av visse typer pasientgrupper, kan gi en mer gunstig utvikling av tjenesten. F.eks kunne man i samråd med kommuneoverleger og fastleger identifisere spesielt sårbare pasientgrupper, f.eks KOLS-pasienter, og målrette et KAD-tilbud for denne pasientgruppen. Gjennom å utforme mer tydelige inklusjonskriterier for den valgte målgruppen, kan man implementere kommunale pasientforløp hvor anvendelse av KAD blir en mer naturlig del av pasientforløpet. Med en slik prosessbasert tilnærming kan man se for seg en gradvis utvikling, implementering (at tjenesten faktisk tas i bruk) og samhandling om et bredere interkommunalt KAD-tilbud.

6.16.5 Refleksjoner rundt sårbare overganger mellom ulike tjenestenivå.

Samhandlingsreformen hadde i tillegg til å bedre samhandlingen også som mål å tilby helsetjenester nærmere der folk bor, og å redusere antallet sykehusinnleggelser (reduere overbelastning av spesialisthelsetjenesten) Som ledd i realiseringen av målsettingene ble DMS introdusert som ledd i å sikre tilstrekkelig behandlingskompetanse for utskrivningsklare pasienter. DMS er ikke en lovpålagt tjeneste, men resultat av avtaler mellom kommunale aktører og spesialisthelsetjenesten. Gjeldende avtaler om finansiering av DMS forutsetter at plassene styres av helseforetaket. Noen år senere ble det fremsatt krav om at alle landets kommuner skulle etablere et tilbud om KAD. I motsetning til DMS-plassene, er KAD-plassene noe kommunen (legene) styrer bruken av. Fellesnevner for begge tilbudene er å unngå unødvendige sykehusinnleggelser, og også sikre forsvarlig helsehjelp, nærmere der folk bor.

Umiddelbart kan en statistikk som viser at kommunen ikke har overliggerdøgn i sykehus gi inntrykk av at Inderøy er en kommune som har etablert et svært godt mottaksapparat for utskrivningsklare pasienter. Samtidig viser tallene som er presentert at kommunen har et svært lavt antall liggedøgn i DMS og svært lavt belegg i KAD. Samlet gir disse tallene grunn til bekymring. Er det slik at kommunens HDO-tjeneste har den spesialiserte kompetanse som normalt ivaretas av spesialisthelsetjenesten og KAD/DMS-tilbudene? Drøftingene under kartleggingsøvelsene understøtter ikke en slik antakelse. Kartlegging av ansattes videreutdanning og spesialisering viser at kommunen ikke har bygget opp spesialisert kompetanse på mange områder. Samtidig viser kartlegging av pasientforløp, og pasientflyt at kommunen heller ikke har etablert egne senger med dedikert personell for behandling av mer avansert behandling. Den lave statistikken knyttet til overliggerdøgn i spesialisthelsetjenesten og i KAD/DMS indikerer dermed at pasienter fra Inderøy får et forholdsvis lavere spesialisert tjenestenivå ved utskriving, sammenliknet med andre kommuner.

Dette er en sammensatt faglig og organisatorisk problemstilling, og kommunen har direkte styring med enkelte faktorer, og ikke med andre. Det er viktig at kommunen iverksetter tiltak for å imøtekomme problemstillingen både mht intern organisering av tjenestene, og ved nærmere gjennomgang og konkretisering av inklusjons- og eksklusjonskriterier for de gjeldende avtalene for KAD/ DMS-tilbudet.

KAD/ DMS-samarbeidet med kommunene i Inntrøndelagssamarbeidet har for Inderøy kommunes del en årlig kostnadsramme på 3,3 MNK. Kommunen bruker dermed relativt mye ressurser for tjenester kommunens innbyggere får lite igjen for. Det vil være kostnadskrevende å organisere disse tjenestene i egen kommune, men samtidig vil en intern organisering av slike tjenester kunne gi andre synergieffekter for helse- og omsorgstjenestene i kommunen.

Et viktig strategisk grep vil være å etablere egen korttidsavdeling (intermediæravdeling) for utskrivningsklare pasienter. Organisering av en korttidsavdeling vil gi et større volum på antallet brukere med mer komplekse behandlingsbehov, og også muligheter for å utvikle mer spesialiserte kompetansemiljø. Forskning viser også at behandling av eldre pasienter i intermediæravdeling i sykehjem gir færre reinnleggelse og lavere dødelighet, sammenliknet med mer tradisjonelle pasientforløp. Etablering av en intermediærenhet som integrert del av kommunens samlede HDO-tilbud vil kunne øke kvaliteten på behandlingstilbudet for utskrivningsklare pasienter i kommunen.

7.0 Rekruttering

Turnover (antall ansatte som slutter i en organisasjon) kan ut i fra et organisasjonsperspektiv ha både fordeler, men også betydelige ulemper. På den positive siden kan utskiftning av arbeidstakere medføre rekruttering av ny kunnskap, samtidig som det gjerne vil være en fordel ved at ny energi kommer inn i organisasjonen. Blir andelen turnover for høy kan organisasjonsspesifikk kompetanse forsvinne og slitasjen på organisasjonen bli høy. En gjennomgang av ansatteprofilen for helse, bistand og omsorg, viser at gjennomsnittsalderen i kommunen er svært høy. En opptelling av

ansattegruppen for enhetene Helse, bistand og omsorg viser at omtrent 80% av dagens ansatte vil forventes å gå av med pensjon innen 2031, i tillegg til at framskriving av behov/ etterspørsel av tjenester på feltet vil gi et generelt behov for nyrekruttering. Normalt vil også en betydelig andel av de ansatte slutte av andre årsaker, omtalt som turnover, hvor de går ut av helse og omsorgstjenestene og over i andre yrker.

Inderøy kommune vil på denne bakgrunn få et stort behov for rekruttering av høyt kvalifisert personell på bachelor- og masternivå, i tillegg til et stort antall kompetente medarbeidere med fagbrev. Ser man på tallet som forventes å gå av med pensjon, og avgang av andre årsaker, opp mot forventet kapasitetsbehov, må kommunen forvente en generell økning på ca 43% ansatte i helse og omsorgstjenestene i tiden fram mot 2031 for å møte det forventede økningen i etterspørsel av tjenestene. Dette estimeres til å utgjøre ca 38 nye stillinger. I tillegg kommer utfordringsbildet hvor mange forventes avgang ved pensjon, og generell turnover. Dette vil for kommunens del tilsvare i underkant av 70 stillinger. Til sammen må helse og omsorgstjenesten i kommunen dermed forventes å rekruttere ansatte for å fylle 108 heltids stillingsressurser, i perioden.

Det er mange som arbeider deltid i kommunen. Deltidsjobb synes å passe godt med preferanser og familiesituasjon for mange kvinner med pleierutdanning, og gode muligheter for å arbeide deltid bidrar til å mobilisere arbeidskraft fra kvinner med omsorgsoppgaver. Mange kvinner får imidlertid tilbud om mindre stillingsbrøker enn det de ønsker, omtalt som ufrivillig deltid. Dette er en utfordring som bidrar til å gjøre arbeid i helse- og omsorgstjenestene mindre attraktivt i konkurranse med andre sektorer. I større grad kommunen velger å dele opp stillinger i mindre stillingsandeler, i større grad bidrar kommunen til å svekke sin egen attraktivitet som arbeidsgiver. Det totale antallet stillinger som kommunen må forventes å rekruttere i perioden vil avhenge av kommunens evne til å øke stillingsandelen for den enkelte. (100 prosent stillingandel kan bety 100 ansatte, eller hhv 200 ansatte om kommunen velger å dele opp stillingene i 50% stillingsandeler)

Mange ansatte går i mindre stillingsbrøker enn det de ønsker, og regnes som "undersysselsatte". Det kan regnes ut et teoretisk arbeidskraftpotensial dersom disse undersysselsatte hadde jobbet like mange timer i året som det de egentlig ønsker, men det foreligger ingen kjente tiltak som kan løse dette problemet. Siden det neppe vil være mulig å overføre mer av arbeidskraftbehovet i pleie og omsorg fra helg til hverdag, må man rette oppmerksomheten mot tiltak som kan få flere ansatte til frivillig å arbeide mer i helg/ kveld. For en del ansatte vil ulempene ved et slikt arbeid være mindre enn for andre ansatte, og det gjelder å benytte seg av tiltak som kan utnytte disse forskjellene. Ulike ordninger med mer fleksible turnuser og økonomiske incentiver kan bidra til å bøte på utfordringene med ufrivillig deltid, i tillegg til at større stillingsbrøker vil kunne utløse økt arbeidskraft, og gjøre arbeidsgiver mer attraktivt. Levanger kommune har gjennomført et spennende prosjekt ved bemanning av det nye helsehuset. Her har man gått inn på særavtaler med den enkelte ansatte, hvor ansatte kompenseres med lønnstillegg for hver ekstra helg som legges inn i årsturnus. På denne måten har Levanger kommune, som en av få, greid å sikre at samtlige stillinger knyttet til det nye helsehuset er heltidsstillinger.

Tabellen viser prognose for behovet for ansatte i HDO og hjemmetjeneste perioden 2017-2031:

Simulerings- område	2017	2021	2026	2031	Effekt %
Plasser institusjon	53	24	24	24	-45%
Plasser omsorgsboliger	42	66	66	98	133%
Timer hjemmetjeneste	45892	57965	75850	81711	78%
Årsverk institusjon	51	21.6	21.6	21.6	
Årsverk omsorgsbolig	10.5	39.6	39.6	58.8	
Årsverk hjemmetjeneste	25.7	31.4	41	44.3	72%
Årsverk samlet	87.2	92.6	102.2	124.7	43%
Kostnad årsverk	52491	55756	61537	75084	43%

Prognoser viser at man nasjonalt vil mangle 41.000 helsefagarbeidere og 13.000 sykepleiere innen 20130. (Andre anslag viser enda større utfordringsbilde) I følge KS sine beregninger vil utfordringsbildet med rekruttering til feltet eskalere fra 2019. Dette bildet vil utfordre Inderøy kommune også. Erfaringsmessig opplever ledelsen i helse og omsorgssektoren allerede at det er utfordrende å rekruttere helsepersonell til stillinger i kommunen. Spesielt utsatt er rekruttering av stillinger til Mosvik sykeheim. Dette forklares i hovedsak av geografisk beliggenhet. Inderøy kommune står i sterk konkurranse om arbeidskraft med nabokommuner som Steinkjer, Verdal og Levanger. I tillegg står kommunene samlet i konkurranse med sykehusene i Helse Nord-Trøndelag, som er en sterk aktør på rekruttering av helsepersonell med høgskoleutdanning. Alle kommunene og sykehusene vil møte en økning i etterspørsel av tjenester (eldrebølgen) den kommende perioden, og det bli skarpere. Det er på slik bakgrunn en samlet bekymring fra ledergruppen i omsorgstjenestene, å sikre tilstrekkelig med kompetente ressurser for å betjene framtidig HDO i kommunen. Spesielt vil utfordringsbildet være krevende fordi det politiske miljøet har stilt krav om at kommunen skal opprettholde et HDO-tjenestenivå i Mosvik. Utfordringsbildet understøtter behovet for å samle spesialiserte ressurser til et helsehus med 24 behandlingsplasser, som kan betjene brukere med mer omfattende behandlingsbehov, i Straumen.

Kommunen bør arbeide kontinuerlig med rekruttering til feltet. Fleksible økonomiske rammer som gir mulighet for rekruttering vil bli en nødvendighet. Vurdert opp mot det samlede bildet bør kommunen legge til rette for en gradvis prosentvis økning av det samlede budsjettet for å sikre nødvendig kontinuerlig rekruttering til pleie- og omsorgstjenestene. Det anbefales også at kommunen vurderer å gjennomføre 100% stillingsandeler ved rekruttering til et framtidig helsehus, i tråd med modell fra Levanger. En investering i en slik modell vil kunne bidra til å styrke rekrutteringspotensialet for Inderøy kommune i en skjerpet konkurranse om framtidig arbeidskraft på feltet.