Helse- og omsorgsplan

2020-2030

Del 1: Status, utviklingstrekk og tjenestebehov

Indre Fosen kommune

Forord

Indre Fosen kommune ble etablert 1.1.2018 og dette er den første strategiske planen for helse- og omsorgssektoren i den nye kommunen. Kommunen står overfor betydelige demografiske endringer de kommende årene og antall eldre innbyggere vil øke betraktelig. Det er derfor viktig at det, på et faglig og strategisk grunnlag, stakes ut en kurs for alle tjenestene og at det legges en helhetlig plan for helse- og omsorgssektoren. Planens hovedformål er å klargjøre hvilke utfordringer Indre Fosen kommune står overfor og hvilke tiltak som må iverksettes på kort og lengre sikt for å møte disse utfordringene. Planperioden er fra 2020 til 2030.

Helse- og omsorgsplanen består av to deler. Del 1 utgjør et faglig kunnskapsgrunnlag som beskriver status for kommunens tjenesteyting, utviklingstrekk og fremtidige tjenestebehov, samt tjenesteutviklingen frem mot 2030. Del 2 beskriver forslag til tiltak for helse- og omsorgssektoren i planperioden.

Arbeidet med planen har hatt følgende prosjektorganisering:

Styringsgruppe – helse og omsorgsutvalget

Torkil Berg (AP)
Jan Stølen (PP)
Benjamin Schei (H)
Gunhild Røst (SP)
Marte Småvik (FrP)
Erling Pedersen (SP)
Tom Andre Bredesen (KL)

Prosjektgruppe

Hilde Anhanger Karlsen - *Helse- og omsorgssjef*
Arnfinn Seim - *Kommuneoverlege*
Elin Kvidal - *Hovedtillitsvalgt Fagforbundet*
Cathrine Denstadli - *Hovedtillitsvalgt NSF*
Marit Kvarmesbakk - *Hovedtillitsvalgt Delta*
André Sagmo - *Enhetsleder helse og velferd*
Reidun Hindrum - *Enhetsleder sykehjem*
Lillian Nøst - *Enhetsleder hjemmetjenester*
Tove Penna Steen - *Enhetsleder koordinerende tjenester*
Børge Solem - *Enhetsleder bo- og aktivitetstjenester*
Eva Støbakk - *Folkehelsekoordinator*
Sissel Grimsrud - *Samfunnsplanlegger*
Geir Are Nyeng - *Konsulent PwC*

Arbeidet med planen har foregått fra januar 2019 til september 2020 og arbeidsgrupper med tillitsvalgte og ledere fra samtlige virksomheter i sektoren har deltatt, i tillegg til flere eksterne aktører. Ungdomsrådet, eldrerådet og råd for personer med funksjonsnedsettelse har vært involvert under hele planprosessen.

Helse- og omsorgsutvalget sendte del 1 til høring i perioden 2.6.2020 til 14.7.2020 og det kom seks høringssvar. Helse- og omsorgsutvalget vedtok del 1 av planen i møte 25.8.2020 og sendte den videre til Kommunestyret for endelig behandling.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning 4

1.1 Sammendrag 5

1.2 Nasjonale føringer og sentrale rapporter for helse- og omsorgssektoren 7

1.3 Planstruktur for helse- og omsorgssektoren 2020-2030 10

2 Status 11

2.1 Dagens helse- og omsorgstjeneste 12

2.2 Folkehelseprofil 23

3 Utviklingstrekk og fremtidig tjenestebehov 25

3.1 Innbyggerstatistikk, reiseavstander og befolkningsutvikling 26

3.2 Fremtidig tjenestebehov helse og omsorg 29

4 Tjenesteutvikling fram mot 2030 34

4.1 Digitalisering og velferdsteknologi 35

4.2 Sammenheng i tjenestene 37

4.3 Tidlig innsats og forebygging 40

4.4 Helse- og familietjenestene 44

4.5 Omsorgstjenestene 53

4.6 Kompetanse og rekruttering 63

4.7 Heltidskultur 65

4.8 Ledelse og organisering 67

1 Innledning

1.1 Sammendrag

Helse- og omsorgsplan 2020-2030 for Indre Fosen kommune beskriver alle tjenesteområder innenfor helse- og omsorgssektoren. Det er en helhetlig, strategisk plan som staker ut kursen for alle tjenestene, men planen fokuserer likevel mest på de demografiske utfordringene som er knyttet til økt andel eldre. I årene som kommer er det forventet stor vekst i andelen eldre i befolkningen, samtidig som andelen yrkesaktive synker. Indre Fosen kommune står overfor en dobling i antall innbyggere over 80 år frem mot 2040. Det er også forventet økning i livsstils- og aldersrelaterte sykdommer, mange av de eldre innbyggerne i vår kommune vil ha sammensatte helseutfordringer som skal behandles i kommunen og langt flere vil leve lenge med alvorlig sykdom.

I tillegg til utfordringene knyttet til den eldre andelen av innbyggerne, viser blant annet Ungdata-undersøkelser en økende grad av selvrapporterte psykiske helseplager og behov for hjelp i aldersgruppen barn og unge. Det er i tillegg flere barn som overlever alvorlig somatisk sykdom eller lever med utfordrende somatiske helsetilstander. Barn og unge kan derfor bli en målgruppe som i større grad trenger behandling i årene som kommer. De siste ti årene har det kommet flere stortingsmeldinger som tar for seg organisering og utvikling av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Temaet for meldingene er noe ulikt, men fellestrekkene er at det stilles forventninger til bærekraftig tjenesteproduksjon der tjenestene er effektive, strukturen er rasjonell, der det er fokus på innovasjon og brukertilpasning og der velferdsteknologi implementeres, folkehelsearbeidet prioriteres og rehabilitering styrkes.

Kommunale tjenester preges i dag av at både medisinskfaglig behandlingsfokus og rehabiliteringsfokus er overført fra spesialist- til primærhelsetjenesten og av at en større del av helse- og omsorgstjenestene nå ytes i kommunen. Et voksende antall eldre vil føre til et økende behov for kapasitet og kompetanse og presset på de kommunale helse- og omsorgstjenestene vil øke betraktelig. Tjenestebehovet i pleie og omsorg vil øke med nesten det dobbelte fram til 2040 dersom tjenesten løses på samme måte som i dag.

År	2020	2025	2030	2035	2040
Antall personer over 80 år	558	671	892	1019	1076
Behov for sykehjemsplasser med dagens løsning	95	114	152	173	183

Helse- og omsorgstjenestene står dermed overfor et stort behov for endring og omstilling. Som følge av det økte behovet, kan ikke ytelsene opprettholdes på samme nivå og dermed må produksjonen av helse- og omsorgstjenester løses annerledes enn i dag for å være bærekraftig.

Overordnet målsetting er at folk skal bo lengst mulig i eget hjem og for å tilpasse seg, må kommunen legge mer vekt på tverrfaglig samarbeid, tidlig innsats og forebygging, på hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering og på å styrke tjenestene lenger ned i omsorgstrappa, som hjemmetjenester og omsorgsboliger. Fremtidens sykehjem skal i enda større grad enn i dag fokusere på korttidsplasser, der pasientene tilbys rehabilitering og opptrening for å få tilbake funksjonsevne, eller kartlegging av funksjonsnivå etter sykdom eller skade. Sykehjem skal fortsatt tilby langtidsplasser for enkelte grupper, men pleie og omsorg av eldre med langvarige behov, skal først og fremst tilbys i omsorgssenter med heldøgns bemanning. Det vil være behov for å øke antall plasser innenfor alle kategorier.

Selv om det legges opp til stor grad av endring og omstilling i helse- og omsorgssektoren i årene som kommer, vil den økonomiske utfordringen knyttet til utviklingsbildet være betydelig. Det kan likevel se ut som om tilgangen på fagfolk i årene som kommer er en større utfordring enn økonomien. Behovet for flere ansatte øker i takt med befolkningsutviklingen, samtidig som krav til behandling, rehabilitering og habilitering av stadig mer kompliserte tilstander krever mer spesialisert kunnskap. I samme periode vil mange ansatte gå av med pensjon. Implementering av velferdsteknologiske løsninger og digitale løsninger i helse- og omsorgssektoren er helt nødvendig for å kunne bruke helse- og omsorgspersonell på en optimal måte og på de stedene i tjenesteproduksjonen der det er helt nødvendig. Det må satses på å rekruttere og beholde ansatte, samt sørge for at ansatte har tilstrekkelig kompetanse. I tillegg er det nødvendig å vurdere strukturen i helse- og omsorgssektoren, ettersom den vil være førende for effektiv bruk av personalressursen i kommunen og hvordan knappe og sårbare personellressurser fordeles.

I tillegg til de ressursene som helse- og omsorgssektoren disponerer, er det et stort behov og potensial for å ta i bruk og videreutvikle de ressursene som ligger hos brukerne selv, deres familier og sosiale nettverk, i nærmiljøet og i lokalsamfunnet. Frivillig sektor har spilt, og spiller fortsatt, en viktig rolle i oppbyggingen av velferdssamfunnet i Norge. I årene som kommer vil frivilligheten være viktigere enn noen gang, for å bidra til inkluderende lokalsamfunn der flest mulig i alle aldre kan leve aktive og meningsfulle liv og der det aktivt jobbes for å hindre ensomhet og utenforskap.

1.2 Nasjonale føringer og sentrale rapporter for helse- og omsorgssektoren i kommunen

På nasjonalt nivå utgjør Helse- og omsorgstjenesteloven, Folkehelseloven, Psykisk helsevernloven, Pasient- og brukerrettighetsloven og Helseberedskapsloven det viktigste juridiske grunnlaget for kommunens ansvar og oppgaver innenfor helse- og omsorgssektoren. Lovverket er supplert med en rekke forskrifter som konkretiserer det offentliges plikter og innbyggernes rettigheter. Noen av de mest sentrale forskriftene er verdighetsgarantien, kvalitetsforskriften og fastlegeforskriften.

De siste ti årene har det kommet flere stortingsmeldinger som tar for seg organisering og utvikling av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Temaet for meldingene er noe ulikt, men fellestrekkene fra alle er at de stiller en forventning til økt effektivitet, økt kvalitet, bedre brukertilpasning og bedre samhandling mellom tjenester. Stortingsmeldingene gir kommunene veiledning i hvordan helse- og omsorgstjenestene kan utvikles og tilpasses for å møte "eldrebølgen". Disse stortingsmeldingene bør være førende for hvordan kommunene utvikler sitt tjenestetilbud i årene som kommer. I tillegg er det utarbeidet en rekke rapporter, deriblant regionale analyser og evalueringer, som vil være relevant å legge til grunn for videre utvikling av tjenester i helse- og omsorgssektoren.

Samhandlingsreformen (2008-2009)

En større del av oppfølgingen av pasienter skal foregå i kommunene, noe som fører til at kommunene får flere brukere med mer sammensatte og komplekse oppfølgingsbehov enn tidligere. For å tilpasse seg må kommunene spesialisere institusjonene, og styrke tjenestene lenger ned i omsorgstrappa, som hjemmetjenester og omsorgsboliger. Kommunen må betale dagbøter til sykehuset for pasienter som er ferdigbehandlet, men som kommunen ikke kan finne et tilbud til og som dermed må bli lenger på sykehuset.

Primærhelsemeldingen (2014-2015)

Primærhelsemeldingen legger opp til mer teambasert organisering av helsetjenestene gjennom primærhelse- og oppfølgingsteam, samt mer samarbeid med omkringliggende kommuner. Kommunene må få på plass mer helse- og sosialfaglig kompetanse ved å etterutdanne helsepersonell uten fagkompetanse, samt gi ledere mer lederkompetanse. Fokuset må endres fra behandling til forebygging i de kommunale helsetjenestene i årene som kommer.

Kvalitetsreformen "Leve hele livet" (2017-2018)

Helsetjenestene i kommunen skal utvikle et helhetlig helse- og omsorgs-tjenestetilbud til sine innbyggere som også ivaretar forebygging og tilrettelegging som kan redusere behovet for bruk av kommunale helsetjenester.
Kommunene skal legge til rette for aktivisering av eldre, utvikle sosiale arenaer for å forhindre ensomhet, forbedre måltider til brukere av kommunale helsetjenester og sikre at det er en sammenheng mellom de tjenestene kommunen tilbyr eldre.

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

Kommunen bør sentralisere og samlokalisere botilbud for å sikre ressurseffektiv drift. Videre må kommunen øke ressursinnsatsen mot eldre med lavt omsorgsbehov gjennom å opprette flere dagtilbud. Dette vil utsette insitusjonalisering av eldre, slik at kommunen sparer inn denne ressursinnsatsen på lang sikt. Kommunene må legge mer vekt på hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering. Dette bygger mestringsfølelse og øker livskvaliteten hos den enkelte. I tillegg kan det spare ressursbruk til oppfølging fra kommunens side.

Folkehelsemeldinga "Gode liv i eit trygt samfunn" (2018-2019)

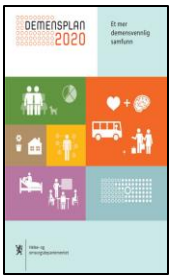
Folkehelsemeldinga følger opp deler av kvalitetsreformen "Leve hele livet". Hovedtrekkene i utfordringsbildet er i all hovedsak de samme som i 2015. Folkehelsearbeidet må være langsiktig, og mange elementer fra den forrige meldingen blir videreført og forsterket. Folkehelsemeldingen legger særlig vekt på å forsterke innsatsen på 1) tidlig innsats for barn og unge, 2) forebygging av ensomhet og 3) mindre sosiale ulikheter i helse.

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

Strategien skal legge til rette for frivillig innsats som bidrar til inkluderende lokalsamfunn der flest mulig i alle aldre kan leve aktive og meningsfulle liv, og bidra til å hindre ensomhet og utenforskap gjennom å legge til rette for aktiviteter og fellesskap med andre. KS skal bistå kommuner med å utvikle en lokal frivillighetspolitikk, og vil starte opp et kommunenettverk for frivillighet innen helse- og velferd. Formålet er å synliggjøre gode samarbeidsformer mellom frivilligheten og kommunesektoren.

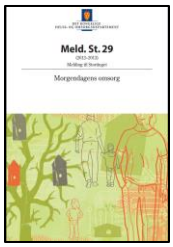
Mestre hele livet – regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)

Folkehelsekoordinatorfunksjonen i kommuner og fylker skal utvikles gjennom skolering i psykisk folkehelsearbeid. Program for folkehelsearbeid gjennomføres fra 2017 til 2027, og retter seg i særlig grad mot barn og unge. Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet har ansvar for å bidra med kompetansestøtte til kommunene. De skal bygge opp kunnskap og kapasitet omkring psykisk helse og livskvalitet i forvaltningen, kommuner, andre sektorer og frivillig innsats.



Demensplan 2020 – et mer demensvennlig samfunn

Regjeringen har fremmet et forslag til endring av helse- og omsorgstjenesteloven som fastsetter en plikt for kommunene til å tilby et dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens, gjeldende fra 1. januar 2020. Kommuner oppfordres til å lage lokale demensplaner, og det er primært kommunenes vanlige tjenestetilbud som skal legge til rette for mennesker med demens, både faglig, organisatorisk og bygningsmessig. Fylkesmannsembetene skal bidra til gjennomføring av Demensplan 2020, og veilede kommunene til å lage lokale planer.



Meld. St. 29, Morgendagens omsorg (2012-2013)

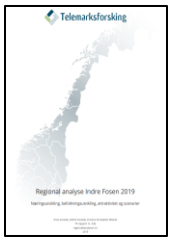
Denne mulighetsmeldingen skal først og fremst gi helse- og omsorgstjenestens brukere nye muligheter til å klare seg selv bedre i hverdagen til tross for sykdom, problemer eller funksjonsnedsettelse. Morgendagens omsorgstjeneste skal legge til rette for at lokalsamfunnets innbyggere mobiliseres på nye måter og blir ressurser for hverandre og for at velferdsteknologi blir en ressurs for brukere som dermed får bedre muligheter til å mestre hverdagen. Videre skal den legge til rette for at ressursene hos ideelle og frivillige organisasjoner videreutvikles og tas i bruk på nye måter.

Omsorg 2020 – Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020

Planen omfatter prioriterte områder i regjeringsplattformen, med viktige tiltak for å styrke kvaliteten og kompetansen i omsorgstjenestene, samtidig som den følger opp Stortingets behandling av Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg. Det skal legges til rette for en langsiktig omstillingsprosess som kan sikre nyskaping og utvikling av nye og forbedrede løsninger i omsorgssektoren. Forenkling, fornyelse og forbedring av offentlig sektor er ett av regjeringens hovedsatsingsområder. En forutsetning for fornyelse og innovasjon i omsorgssektoren er kommunal handlefrihet til å utvikle fag, ledelse, ny teknologi og nye organisasjonsformer.

Evaluering av Fosen barneverntjeneste (2018)

Kommunene anbefales å fortsette samarbeidet om Fosen barnevern, ikke minst med tanke på nye krav og utfordringer som forventes å komme gjennom barnevernreformen. Samtidig er det et behov for å styrke tjenesten bemanningsmessig, ikke minst med tanke på tiltakssiden. For å styrke og effektivisere det faglige samarbeidet anbefales det å samle de ansatte på tre tjenestesteder - i Ørland kommune, i Åfjord kommune og i Indre Fosen kommune.



Regional analyse for Indre Fosen (2019)

Folketallet i Indre Fosen har sunket de siste fem årene. Det er et fødselsunderskudd samtidig som det har vært netto utflytting fra kommunen. Den svake arbeidsplassutviklingen i næringslivet har bidratt til utflyttingen, men nettoflyttingen har også vært sterkere enn forventet, Indre Fosens arbeidsplassutvikling og sentralitet tatt i betraktning. Scenariene for befolkningsutviklingen de neste årene viser at det er et potensial for vekst i folketallet. Det krever at Indre Fosens attraktivitet for både næringsliv og bosetting blir vesentlig bedre enn den har vært de siste årene. I motsatt fall vil folketallet synke mye fram mot 2040.

Indre Fosen: Aktivitetsbasert arbeidsplanlegging og ressursstyring (2020)

Dagens arbeidstidsstyring og ressursplanlegging i hjemmesykepleien i Indre Fosen er delvis tilpasset aktivitetene som tjenesten skal utføre, og delvis tilpasset ansattes stillingsstørrelse, ønsker og behov. Indre Fosen kommune anbefales å gjøre endringer i turnusplanleggingen for å sikre bedre samsvar mellom kapasitet og ressursbehov gjennom døgnet. Det anbefales også å harmonisere tjenestetilbudet mellom sonene, samt se på mulighetene for mer systematisk ressursutveksling for å sikre tilstrekkelig kompetanse i tjenestene gjennom døgnet. Videre anbefales også Indre Fosen kommune å styrke tjenestekontoret og arbeidet med tjenestetildelingen.

1.3 Planstruktur for helse- og omsorgssektoren 2020-2030

Indre Fosen kommune har så langt ikke vedtatt en egen kommuneplanens samfunnsdel, men både Leksvik kommune og Rissa kommune hadde nylig vedtatte samfunnsplaner ved sammenslåingen i 2018. Begge disse planene vektlegger satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid, brukermedvirkning i tjenestene, samt økt bruk av digitalisering og velferdsteknologiske løsninger.

Helse- og omsorgssektoren er kommunens største sektor og omfatter tjenestetilbud til alle kommunens innbyggere. Helse- og omsorgsplanen er en overordnet strategiplan som beskriver utfordringene i sektoren i årene som kommer og som samtidig presenterer mulige løsninger på svært mange tjenesteområder. Det er i tillegg behov for ulike temaplaner som beskriver utviklingen innenfor særskilte områder på en mer detaljert måte. Mange av disse temaplanene er kommunen pålagt å ha. Noen av dem er utarbeidet/oppdatert i forbindelse med kommunesammenslåingen, mens andre ikke blir utarbeidet eller oppdatert før den overordnede helse- og omsorgsplanen er vedtatt. Enkelte av temaplanene er utarbeidet i samarbeid med de andre kommunene på Fosen. Helse- og omsorgsplanen tar opp tiltak fra temaplanene dersom det kreves prinsipielle avklaringer, avgjørelser om overordnet utvikling eller økte ressurser.

Helse- og omsorgsplanen vedtas av kommunestyret for perioden 2020-2030. De øvrige planene behandles fortløpende av helse- og omsorgsutvalget.

Helse og omsorgsplan 2020-2030

Demensplan	Vold i nære relasjoner	Pandemiplan
Smittevernplan	Habiliterings- og rehabiliteringsplan	Helsemessig- og sosial beredskapsplan
Psykisk helse og rus	Strategisk kompetanse- og rekrutteringsplan	Veteranplan

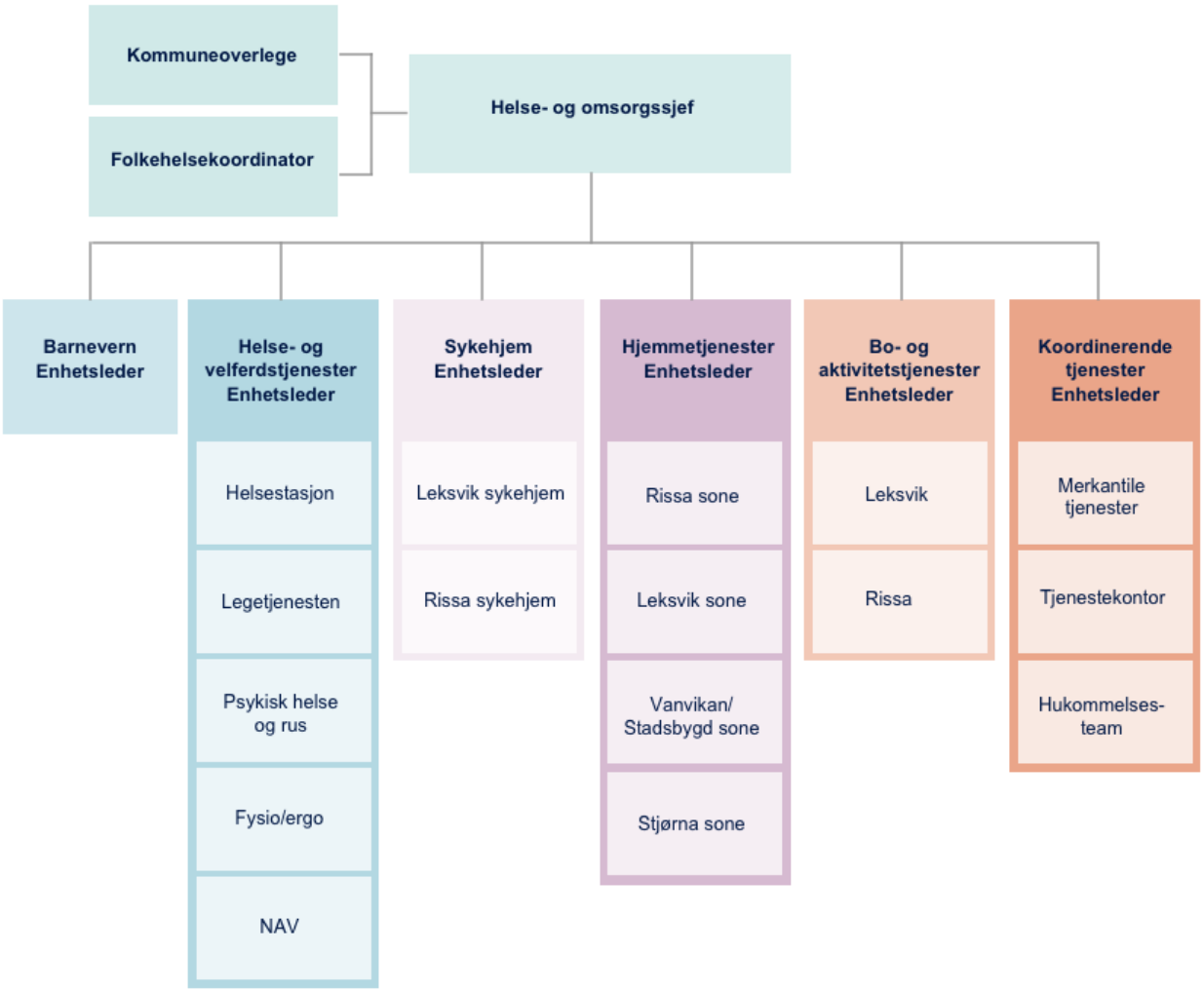
2 Status

2.1 Dagens helse- og omsorgstjeneste

Organisering

Helse- og omsorgssektoren i Indre Fosen kommune ledes av helse- og omsorgssjef og består pr 1.5.2020 av enhetene koordinerende tjenester, helse og velferdstjenester, hjemmetjenester, sykehjem, bo- og aktivitetstjenester og barnevern. Kommuneoverlege og folkehelsekoordinator inngår også i helse- og omsorgssjefens ledergruppe.

Figur 1: Organisering av omsorgstjenestene i Indre Fosen kommune pr. 1.5.2020



NAV

De langsiktige og overordnede føringene for NAV er: Flere i arbeid, Bedre brukermøter, Pålitelig forvaltning. NAV skal bidra til at flere kommer seg ut av stønad og inn i arbeid og selvforsørgelse. NAV er samfunnets siste sikkerhetsnett og skal fange opp hjelpebehov som ikke ivaretas av andre ordninger. NAV skal medvirke til å forebygge og redusere fattigdom, fremme sosial inkludering og et sterkere sosialt sikkerhetsnett.

Organisering

Likeverdig partnerskap mellom kommune og stat (50/50).

Lokalisert i Rissa med tilstedeværelse i Leksvik.

Et utvalg av antall brukere

232 AAP, 817 uføre, 6% sykemeldte

248 sosialhjelpsmottakere (107 under 30 år)

24 KVP. 350 mottar grunn- og hjelpestønad

2183 alderspensjonister

Økonomiske nøkkeltall

Budsjett 2019: 11 333 000

Regnskap 2019: 11 328 000

Avvik: +5 000

Sykefravær

2019: Korttidsfravær: 0% Langtidsfravær: 6,2%

Relevante KOSTRA-tall

Sosialhjelpsmottakere 2018: 274

Gjennomsnittlig stønad per måned: 10 009 kr

Totalt utbetalt sosialstønad 2019: 10 057 000 kr

Antall sosialhjelpsmottakere under 25 år (2018): 60

Antall uføretrygdede under 30 år 2019: 44

Antall mottakere av sosialhjelp over 6 mnd. (2018): 74

Gjennomsnittlig stønadstid 18-24 år: 4,5 mnd

Gjennomsnittlig stønadstid 25-66 år: 3,9 mnd

17 ansatte 5 kommunalt ansatte 12 statlig ansatte *Ledelse: 1 virksomhetsleder*	+5´ NOK Mindreforbruk 2019	10 MNOK utbetalt i sosialstønad

Psykisk helse og rus

Basert på helsedirektoratets veileder «Sammen om mestring» skal psykisk helse ha fokus på tre pasientforløp: 1) Milde og kortvarige problemer, 2) Kortvarige alvorlige problemer og langvarige mildere problemer og 3) Alvorlige og langvarige problemer. Virksomheten er også tillagt ansvaret for kommunale omsorgsboliger for innbyggere med alvorlige psykiske lidelser. Tjenesten favner alle aldersgrupper og hjelper den enkelte til å mestre sin egen hverdag og sitt eget liv, samt forebygger utvikling av psykiske lidelser. Det jobbes både individuelt og gruppebasert.

Organisering

Lokalisert ved Rissa helsetun og ved Leksvik helsetun.
Rask psykisk helse og psykolog lokalisert i Vanvikan.
Omsorgsboliger med bemanning lokalisert i Rissa .

Antall brukere

426 brukere på psykisk helse og rus
9 brukere i omsorgsboliger i Rådhusveien i Rissa

Økonomiske nøkkeltall

Budsjett 2019: 9 776 000
Regnskap 2019: 9 804 000
Avvik: -28 000

Sykefravær

2019: Korttidsfravær: 1,5% Langtidsfravær: 1,9%

Behandlingsoversikt (juni 2019)

96 pasienter – milde og kortvarige problemer
131 pasienter – kortvarige alvorlige problemer
86 pasienter – alvorlige og langvarige problemer

29 ansatte Poliklinisk: 12 ansatte. Bemannede omsorgsboliger: 15 ansatte. *Ledelse: 1 virksomhetsleder og 0,6 fagleder deltid*	-28` NOK merforbruk 2019	435 brukere kan være stor variasjon gjennom året

Legetjenesten

Legetjenesten i kommunen skal ivareta kurative (fastleger, legevakt og tilsynsleger) og forebyggende oppgaver (helsestasjon, smittevern, miljørettet helsevern, samfunnsmedisin). Legetjenesten har avtaler med allmennpraktiserende leger som deltar i fastlegeordningen. Legevakt skal tilby hjelp til det som ikke kan vente når fastlegekontoret er stengt. Legevakt skal også yte helsehjelp til de pasienter som ikke er i nærheten av fastlegekontoret sitt, for eksempel er på ferie eller reise.

Organisering

Kommunalt drevet, der fastlegene er selvstendig næringsdrivende.

Legekontor lokalisert i Rissa og Leksvik, utekontor i Råkvåg og Vanvikan. Legevakt mellom 16:00 og 08:00 og i helger er lokalisert i Vanvikan

Antall pasienter

Listestørrelse til fastlegene varierer fra 400 til 1300

Økonomiske nøkkeltall

Budsjett 2019: 19 866 000

Regnskap 2019: 22 378 000

Avvik: -2 253 000

Antall henvendelser per år (2019-tall)

30 228 konsultasjoner hos lege

37 332 besvarte tlf. i resepsjon

22 342 henvendelser i resepsjon

Sykefravær

2019: Korttidsfravær: 0,6% Langtidsfravær: 4,0%

Andre relevante tall

Antall personer på venteliste (pr okt. 2019): 71

Antall konsultasjoner per lege per år: 3 358

15 ansatte + 11 fastleger/privat. + 2 LIS1 leger *Ledelse: 1 virksomhetsleder*	-2,25 MNOK merforbruk 2019	10 715 tilgjengelige pasientplasser på fastlegelister 976 ledig kapasitet/plasser

Helsestasjon og jordmortjenesten

Helsestasjon, skolehelsetjeneste og jordmortjeneste er et lovpålagt helsetilbud til alle barn og unge i alderen 0-20 år og til gravide som går til svangerskapskontroll i tilknytning til helsestasjon. Tjenesten vektlegger ressurser som fremmer helse og positiv utvikling hos barn, unge og familier. Den jobber forebyggende og har fokus på tidlig intervensjon. Tjenesten følger barn og deres familier med helseopplysning, veiledning, standardiserte undersøkelser, vaksiner og annen målrettet oppfølging på faste tidspunkt. Oppfølgingen skal omfatte barnets fysiske og psykososiale utvikling og bidra til gode oppvekstsvilkår. I tillegg skal tjenestene fange opp risikofaktorer, problemer og skjevutvikling, samt sette inn nødvendige forebyggende tiltak.

Organisering
Lokalisert i Rissa- og Leksvik helsetun (helsestasjon) i tillegg til tilstedeværelse på grunnskolene og videregående skoler.

Sykefravær
2019: Korttidsfravær: 2,0% Langtidsfravær: 15,78%

Økonomiske nøkkeltall
Budsjett 2019: 6 863 000.
Regnskap 2019: 6 261 000.
Avvik: + 602 000.

Fødsler
79 fødsler i 2019.

Relevante KOSTRA-tall
Andel barn i kommunen som er blitt undersøkt av helsestasjon/skolehelsetjeneste (KOSTRA) (Antall barn i parentes):
Hjemmebesøk nyfødte: 102,6 (79)
8-ukerskontroll:106,5 (82)
2 årskontroll: 94,7 (98)
4-årskontroll: 96 (95)
1. klasse: 91,6 (103)

10 ansatte
9 ansatte – helsesykepleiere
1 ansatt - jordmor.
Ledelse: 1 virksomhetsleder, 40/60 ledelse/fag

+0,6 MNOK
mindreforbruk 2019

9170
Registrerte aktiviteter i 2019

Fysioterapi- og ergoterapitjenesten

Fysioterapi- og ergoterapitjenesten består av fysioterapeuter, ergoterapeuter og hjelpemiddel-teknikere. Tjenesten skal gi personer med funksjonsnedsettelser/begrensninger (akutt eller kronisk) mulighet til å oppnå best mulig funksjonsevne, selvstendighet og samfunnsdeltakelse. Ansatte arbeider for å fremme helse og livskvalitet med bl.a. trening, veiledning, hjelpemiddelhåndtering og boligtilrettelegging. Tjenesten bistår barn, voksne og eldre med behov for oppfølging i rehabilitering- og/eller habiliteringsforløp.

Organisering
Lokalisert i Rissa- og Leksvik helsetun.
Driftsavtale med 6 private fysioterapeuter.

Antall brukere
Kommunale fysioterapeuter: ca. 390 brukere (192/136).
Private fysioterapeuter: 807 brukere (632/295).

Økonomiske nøkkeltall
Budsjett 2019: 8 044 000.
Regnskap 2019: 7 377 000.
Avvik: +667 000.

Sykefravær
2019: Korttidsfravær: 2,0% Langtidsfravær: 5,5%

Antall konsultasjoner
Hjelpemiddelteknikere
Konsultasjon og hjelpemiddelbistand: 1732 pr. år.
Ergoterapeuter
Konsultasjons- og hjelpemiddelbistand: 820 pr. år.
Kommunale fysioterapeuter
Konsultasjons- og hjelpemiddelbistand: 3535 pr. år.
Grupper/ (deltakere): 380/2964 pr. år.
Private fysioterapeuter
Konsultasjons- og hjelpemiddelbistand: 9113, 11996 totalt m/vikarer pr. år.

16 ansatte
10 kommunalt ansatte
6 private med driftsavtale

Virksomhetsleder er inkl. i de kommunalt ansatte
Ledelse/fag - 50/50

+0,67 MNOK
mindreforbruk 2019

1345
Konsultasjoner/hjelpemiddel-bistand i 2019 for hjelpemiddelteknikere

Sykehjem

Kommunens sykehjem tilbyr behandling, opptrening, og hjelp til daglige gjøremål i kort eller lang tid til de som på grunn av sykdom, skade eller normal aldring ikke klarer seg hjemme. Beboere på sykehjem har hjelpe-/pleiebehov som er så omfattende at det ikke er hensiktsmessig å ivareta dette i hjemmet. Sykehjemsopphold kan ha ulik lengde og gis som flere typer tjenester.

Organisering
Indre Fosen kommune har 2 sykehjem, beliggende i Rissa og Leksvik. Hvert sykehjem har virksomhetsleder, med enhetsleder sykehjem som nærmeste leder. Ved Rissa sykehjem er det 1 avdelingsleder og 3 fagledere fordelt på avdelingene. Ved Leksvik sykehjem er det 2 fagledere, en på hver avdeling. Virksomhetslederne har også lederansvar for kjøkkendriften.

Personell
157 ansatte inkl. alle ledere. 67 i Leksvik og 92 i Rissa.

Økonomiske nøkkeltall
Budsjett 2019: 64 517 899
Regnskap 2019: 64 321 440
Avvik: -196 459

Sykefravær
Rissa sykehjem
2019: Korttidsfravær: 2,7% Langtidsfravær: 8,9%
Leksvik sykehjem
2019: Korttidsfravær: 3,0% Langtidsfravær: 11,2%

Antall brukere/dekningsgrad
Rissa sykehjem:
Svanen/Aktiv med 18 plasser, hvor minst 10 er avsatt til korttids/avlastningsopphold. Kommunens 2 Øyeblikkelig hjelp-senger er plassert her.
Tunet med 17 langtidsplasser fordelt på 2 grupper
Himmelblå med 10 langtidsplasser tilrettelagt for demente
Solsiden med 8 plasser tilrettelagt for demente med behov for skjerming.
Leksvik sykehjem:
Avdeling A med 3 grupper,
gruppe 1 med 4 plasser for demente med behov for skjerming
gruppe 2 med 12 plasser hvor minst 8 er avsatt til korttids/avlastningsopphold
gruppe 3 med 8 plasser tilrettelagt for demente
Avdeling B med 16 plasser fordelt på 2 grupper
Dialyseavdelingen er en egen avdeling med plass til inntil 4 dagpasienter

84,64 årsverk 47,39 i Rissa 37,25 i Leksvik	- 196´ NOK merforbruk 2019	93 plasser 53 plasser i Rissa 40 plasser i Leksvik

Kjøkkendrift

Det er 3 kjøkken som lager mat til de som oppholder seg på kommunens institusjoner. I tillegg produseres det middag som kjøres ut til hjemmeboende av ansatte eller frivillige. «Matstrategi for Indre Fosen kommune» (vedtatt april 2018) etterleves og lokale matprodusenter benyttes så langt det er mulig. Kjøkkendriften driver i tillegg kantine for ansatte og salg av mat til pårørende, og andre som er innom kantinene på sykehjemmene, samt leverer møtemat til både kommunale og private møter ved behov.

Organisering
Indre Fosen kommune har 3 institusjonskjøkken: ved Rissa sykehjem, Leksvik sykehjem og Råkvåg aldershjem. Ved hvert kjøkken er det en fagleder med kokkeutdannelse, alle 3 faglederne deltar også i det daglige arbeidet på kjøkkenet. Virksomhetsleder ved sykehjemmene er nærmeste leder.

Personell
I kjøkkendriften jobber det 26 personer fordelt på 15,74 årsverk, medregnet faglederne.

Økonomiske nøkkeltall
Budsjett 2019: 12 020 023
Regnskap 2019: 13 175 556
Avvik: -1 155 533

Sykefravær
Sykefravær for kjøkkendrift inngår i tallene for sykehjem som er presentert på side 18.

Antall brukere/dekningsgrad
Alle institusjonsbeboerne får mat fra kjøkkenet, totalt inntil 99 personer, inkludert Ø-hjelp og dialyse. I tillegg produserer kjøkkenet middag til hjemmeboende. Dette gjelder også de som får tjenester ved BOA og de som bor på Stadsbygd eldresenter og Råkvåg aldershjem. Til sammen er det 207 hjemmeboende som får levert middag. Av disse får 9 personer i Råkvåg også levert frokost og kveldsmat, såkalt fullkost.

15,74 årsverk	-1,2 MNOK merforbruk 2019	306 personer får mat fra kjøkkendriften

Hjemmetjenesten og dagsenter for demente

Hjemmetjenesten har ansvar for all helsehjelp og praktisk bistand i hjemmet. Hjemmesykepleien gir hjelp og veiledning til hjemmeboende eldre, syke eller personer med funksjonsnedsettelse. Praktisk bistand gis gjennom hjemmehjelp til personer som er avhengige av hjelp i hverdagen på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller andre årsaker. Hjemmetjenesten har også ansvar for brukerstyrt personlig assistent (BPA), trygghetsalarmer, samt dagsenter for hjemmeboende personer med demens, beliggende ved Rissa Helsetun og ved Strandheim omsorgsboliger.

Organisering
Personalbaser ved Leksvik helsetun, Rissa helsetun, Råkvåg aldershjem og Stadsbygd eldresenter (nye lokaler i Stadsbygd omsorgssenter fra høsten 2020). Dagsenter i Leksvik og i Rissa.

Personell
Rissa: 23,37 årsverk/31 ansatte
Vanvikan/Stadsbygd: 26 årsverk/
43 ansatte
Stjørna: 19,18 årsverk/29 ansatte
Leksvik: 21 årsverk/35 ansatte

Økonomiske nøkkeltall
Budsjett 2019: 69 520 000
Regnskap 2019: 73 983 000
Avvik: -4 457 000

Sykefravær
Hjemmetjenesten Leksvik:
2019: Korttidsfravær: 1,1% Langtidsfravær: 6,3%
Hjemmetjenesten Rissa:
2019: Korttidsfravær: 1,5% Langtidsfravær: 6%
Hjemmetjenesten Stjørna ute:
2019: Korttidsfravær: 2,2% Langtidsfravær: 6,7%
Hjemmetjenesten Vanvikan/Stadsbygd:
2019: Korttidsfravær: 2% Langtidsfravær: 13%

Antall brukere
490 brukere: 186 Rissa, 125 Vanvikan/Stadsbygd, 66 Stjørna, 113 Leksvik.
Av disse mottar 290 brukere hjemmesykepleie.

140 ansatte 99,55 årsverk. Enhetsleder og fire virksomhetsledere	- 4,46 MNOK Merforbruk 2019	490 brukere Flest brukere i Rissa og Vanvikan/Stadsbygd

Bo- og aktivitetstjenesten

Bo- og aktivitetstjenester (BOA) har ansvar for miljøarbeid og habiliteringstjenester til mennesker med psykisk utviklingshemming. Enheten yter helse og omsorgstjenester til brukere etter individuelle vedtak basert på behov og har omsorgsboliger tilknyttet en personalbase med døgnbemanning. Tjenesten har også ansvar for inkludering i forhold til arbeidsliv og meningsfull aktivitet, samt avlastning i kommunal eller privat regi.

Organisering
Rissa: to bofellesskap beliggende i sentrum med bygningsmasse som er i god stand. Behov for avlastningsbolig.
Leksvik: en avdeling i sentrum som har bra utforming, men behov for oppussing. En avdeling 3 km fra sentrum som er i dårlig stand. Behov for egnet avlastningsbolig.

Personell
Rissa: 43 årsverk, 10 assistenter, 25 fagarbeidere, 15 med bachelorgrad
Leksvik: 38 årsverk, 7 assistenter, 26 fagarbeidere, 14 med bachelorgrad.
Stort antall vikarer begge steder (ca. 60-70 personer)

Økonomiske nøkkeltall
Rissa
Budsjett 2019: 25 976 000
Regnskap 2019: 22 290 000
Avvik: +3 703 000
Leksvik
Budsjett 2019: 17 051 000
Regnskap 2019: 22 003 000
Avvik: -4 952 000 000
Samlet avvik: - 1 249 000

Sykefravær
Rissa:
2019: Korttidsfravær: 3,2% Langtidsfravær: 10,4%
Leksvik:
2019: Korttidsfravær: 3,0% Langtidsfravær: 17,1%

Antall brukere
64 brukere: 24 Rissa, 3 Stadsbygd, 1 Husbysjøen-Råkvåg, 1 Vanvikan, 25 Leksvik.
Avlastning: 9 barn i Rissa, 1 barn i Leksvik

103 ansatte Enhetsleder og to virksomhetsledere	-1,24 MNOK Merforbruk 2019	64 brukere Flest brukere i Rissa og Leksvik

Koordinerende tjenester

Enhet for koordinerende tjenester har som mål å sikre at alle innbyggere, uavhengig av alder, tjenestebehov og bosted, vil få lik tilgang på helse- og omsorgstjenester. Enheten koordinerer aktører som er involvert i å yte lokale helse- og omsorgstjenester, først og fremst kommunen, kommunale tjenesteenheter og sykehus. Dette innebærer mottak og saksbehandling av alle søknader om pleie og omsorgstjenester. Enheten har også det overordna ansvaret for arbeidet med individuell plan og koordinator, samt omsorgsstønad, støttekontakter og avlastning i privat regi.

Organisering
Disponerer kommunale lokaler både i Leksvik og Rissa.

Personell
7,16 årsverk/10 ansatte:
4,66 årsverk/7 ansatte i Rissa.
2,5 årsverk/ 3 ansatte i Leksvik.

Økonomiske nøkkeltall
Budsjett 2019: 8 253 000
Regnskap 2018: 9 733 000
Avvik: -1 480 000

Sykefravær
2019: Korttidsfravær: 1,9% Langtidsfravær: 8,5%

Saksbehandling (2019)
Innvilget 2189 saker for 954 brukere.
Gjennomsnittlig behandlingstid: 31 dager

Avslått: 37 saker for 29 brukere
Gjennomsnittlig behandlingstid: 65 dager

10 ansatte 7,16 årsverk 1 leder	-1,48 MNOK Merforbruk 2019	1399 brukere Flest brukere i Rissa og Leksvik

2.2 Folkehelseprofil

Hvert fjerde år utarbeides en folkehelseoversikt som skal ligge til grunn for det langsiktige systematiske folkehelsearbeidet. Folkehelseoversikten skal identifisere utfordringer og ressurser i kommunen knyttet til folkehelse og vurdere årsaksforhold og konsekvenser. Kommunen skal være særlig oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller.
Under følger en kort sammenfatning av de mest sentrale punktene for Helse og omsorg i folkehelseoversikten for Indre Fosen kommune 2020-2023.

Befolkningssammensetning

Folketallet synker i alle aldersgrupper blant barn og unge (0-29 år), og voksne 60-69 år. Samtidig øker antall seniorer, noe som vil gi kommunen større utfordringer hva gjelder behov for tjenester. Dette er nærmere beskrevet i kapittel 3, Utviklingstrekk og fremtidige tjenestebehov. Aleneboere, en gruppe som er utsatt både sosialt, helsemessig og økonomisk, øker. Videre er også den etniske sammensetningen i kommunen bred, noe som kan medføre større sosiale helseforskjeller.

Oppvekst- og levekårsforhold

Antall mottakere av uføretrygd stiger i alle aldersgrupper, hvor det er en særlig negativ utvikling i andel uføretrygdede under 30 år. Arbeidsledigheten lå i 2019 på 1,9%, som er noe høyere enn snittet for Trøndelag (1,8%). Hoveddiagnoser til arbeidsavklaringspenger er muskel- og skjelettplager og psykiske plager. 1191 pendler ut av kommunen, og 545 inn. Det er størst utpendling til Trondheim, og det er flest menn som pendler. Sett i et folkehelseperspektiv kan pendling være belastende og kan føre til ulemper som stress og andre tilstander som fører til uhelse.

Tilgang på boliger for ulike grupper

Kommunen har til sammen 190 boliger for ulike grupper, hvor 143 er omsorgsboliger og 47 er gjennomgangsboliger. Per i dag har kommunen god dekning på omsorgsboliger, men en fremtidig økning i antall eldre vil føre til et større behov for egnede boliger. Videre er det også et behov for flere og større sentrumsnære gjennomgangsboliger.

Helsestasjons- og skolehelsetjeneste

Det satses på forebyggende arbeid innen psykisk helse, rus, vold, overvekt/fedme og mobbing. De siste årene har tjenesten blitt tillagt flere oppgaver, og det har vært vanskelig å få sykepleiere med helsesykepleierutdanning, både i vikariater og i faste stillinger. Minoritetsfamilier trenger ofte en del oppfølging fra tjenesten, da det kan være barn og foreldre som har opplevd og/eller vært vitne til traumatiske hendelser og utrygghet.

Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

Psykisk helse og rus

Antall tjenestemottakere i Indre Fosen øker. Blant de voksne brukerne er det flest kvinner, og blant barn og unge er det flest jenter. Kommunens forpliktelser iht. behandling og oppfølging er større nå enn tidligere, og kommer til å fortsette å øke i fremtiden.

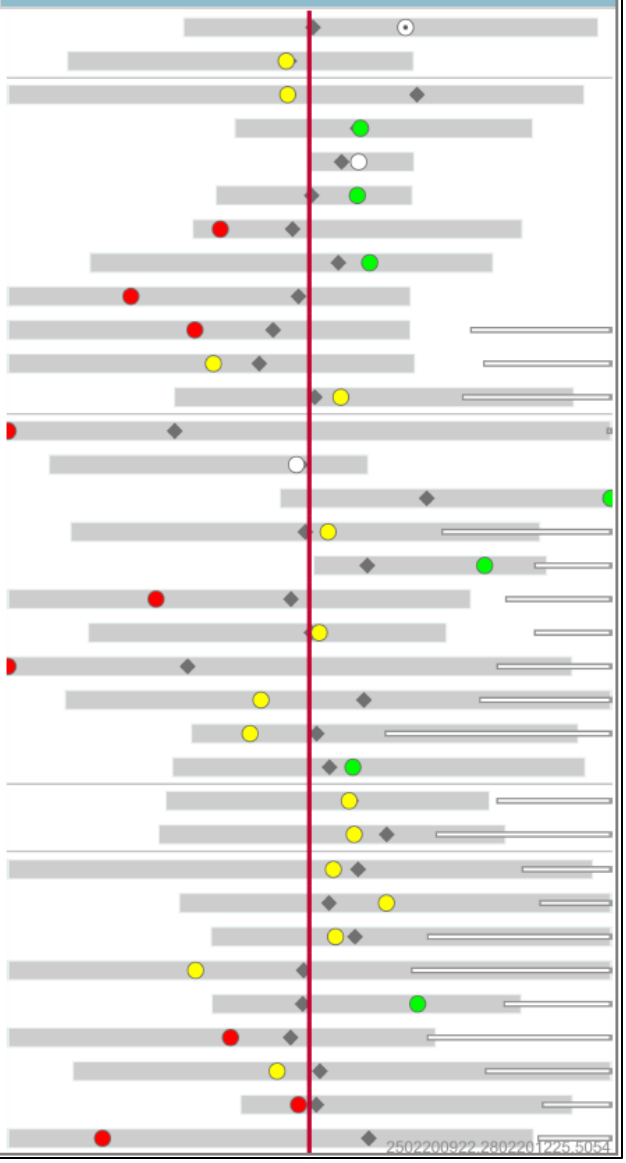
Folkehelsebarometer for kommunen

Folkehelsebarometeret utarbeides årlig av Folkehelseinstituttet og gir en oversikt over status for utvalgte folkehelsefaktorer. I oversikten nedenfor sammenliknes noen nøkkeltall for kommunen og fylket med landstall. I figuren og tallkolonnene tas det hensyn til at kommuner og fylker kan ha ulik alders- og kjønnssammensetning sammenliknet med landet. Vær oppmerksom på at også «grønne» verdier kan innebære en folkehelseutfordring for kommunen, fordi landsnivået ikke nødvendigvis representerer et ønsket nivå. Verdiområdet for de ti beste kommunene i landet kan være noe å strekke seg etter på enkelte områder.

- Kommunen ligger signifikant bedre an enn landet som helhet
- Kommunen ligger signifikant dårligere an enn landet som helhet
- Kommunen er ikke signifikant forskjellig fra landet som helhet
- Kommunen er signifikant forskjellig fra landet som helhet
- Ikke testet for statistisk signifikans
- Verdien for fylket (ikke testet for statistisk signifikans)
- Verdien for landet som helhet
- Variasjonen mellom kommunene i fylket
- De ti beste kommunene i landet

Indikator (klikkbare indikatornavn)	Kommune	Fylke	Norge	Enhet (*)
Andel over 80 år	5,4	4,3	4,2	prosent
Personer som bor alene, 45 år +	24,8	24,9	25,5	prosent
VGS eller høyere utdanning, 30-39 år	79	83	80	prosent
Lavinntekt (husholdninger)	6,4	6,5	7,4	prosent
Inntektsulikhet, P90/P10	2,5	2,6	2,8	-
Barn av enslige forsørgere	13	15	15	prosent
Stønad til livsopphold, 20-66 år	19	16	16	prosent (a,k)
Bor trangt, 0-17 år	15	17	19	prosent
Leier bolig, 45 år +	17	12	12	prosent
Trives på skolen, 10. klasse	81	84	85	prosent (k)
Laveste mestringsnivå i lesing, 5. kl.	28	26	24	prosent (k)
Frafall i videregående skole	18	19	20	prosent (k)
God drikkevannsforsyning	75	86	90	prosent
Andel tilknyttet vannverk	86	86	88	prosent
Luftkvalitet, fint svevestøv	2,3	4,1	5,4	µg/m³
Skader, behandlet i sykehus	13,4	13,8	13,7	per 1000 (a,k)
Vold, anmeldte tilfeller	3,3	5,4	6,9	per 1000
Fornøyd med lokalmiljøet, Ungd. 2017	63	69	70	prosent (a,k)
Trygt i nærmiljøet, Ungdata 2017	89	88	88	prosent (a,k)
Kollektivtilbud, Ungdata 2017	26	54	61	prosent (a,k)
Med i fritidsorganisasjon, Ungd. 2017	63	69	66	prosent (a,k)
Ensomhet, Ungdata 2017	23	19	19	prosent (a,k)
Valgdeltakelse, 2019	67	66	65	prosent
Lite fysisk aktive, Ungd. 2017	12	12	14	prosent (a,k)
Røyking, kvinner	4	3,4	5	prosent (a)
Forventet levealder, menn	79,6	79,8	79,4	år
Forventet levealder, kvinner	84,2	83,7	83,5	år
Utd.forskjeller i forventet levealder	4,8	4,6	4,9	år
Fornøyd med helsa, Ungd. 2017	66	71	71	prosent (a,k)
Psykiske sympt./lidelser	119	156	154	per 1000 (a,k)
Overvekt og fedme, 17 år	27	24	23	prosent (k)
Hjerte- og karsykdom	18,1	17,2	17,4	per 1000 (a,k)
Antibiotikabruk, resepter (ny def.)	320	297	306	per 1000 (a,k)
Vaksinasjonsdekning, meslinger, 9 år	93,9	96,6	96,0	prosent

Folkehelsebarometer for Indre Fosen



3

Utviklingstrekk og fremtidig tjenestebehov

3.1 Innbyggerstatistikk, reiseavstander og befolkningsutvikling

Indre Fosen har pr 1.1.2020 like i overkant av 10 000 innbyggere. Basert på SSBs prognoser (middelalternativet) vil innbyggertallet holde seg stabilt på dette nivået frem til ca. 2040. Antall eldre over 80 år er imidlertid ventet å øke fra dagens 558 til 1 070 i 2040. Dette tilsvarer nærmest en dobling av antall eldre. I 2040 vil faktisk over 10 prosent av alle innbyggere i Indre Fosen kommune være 80 år eller eldre.

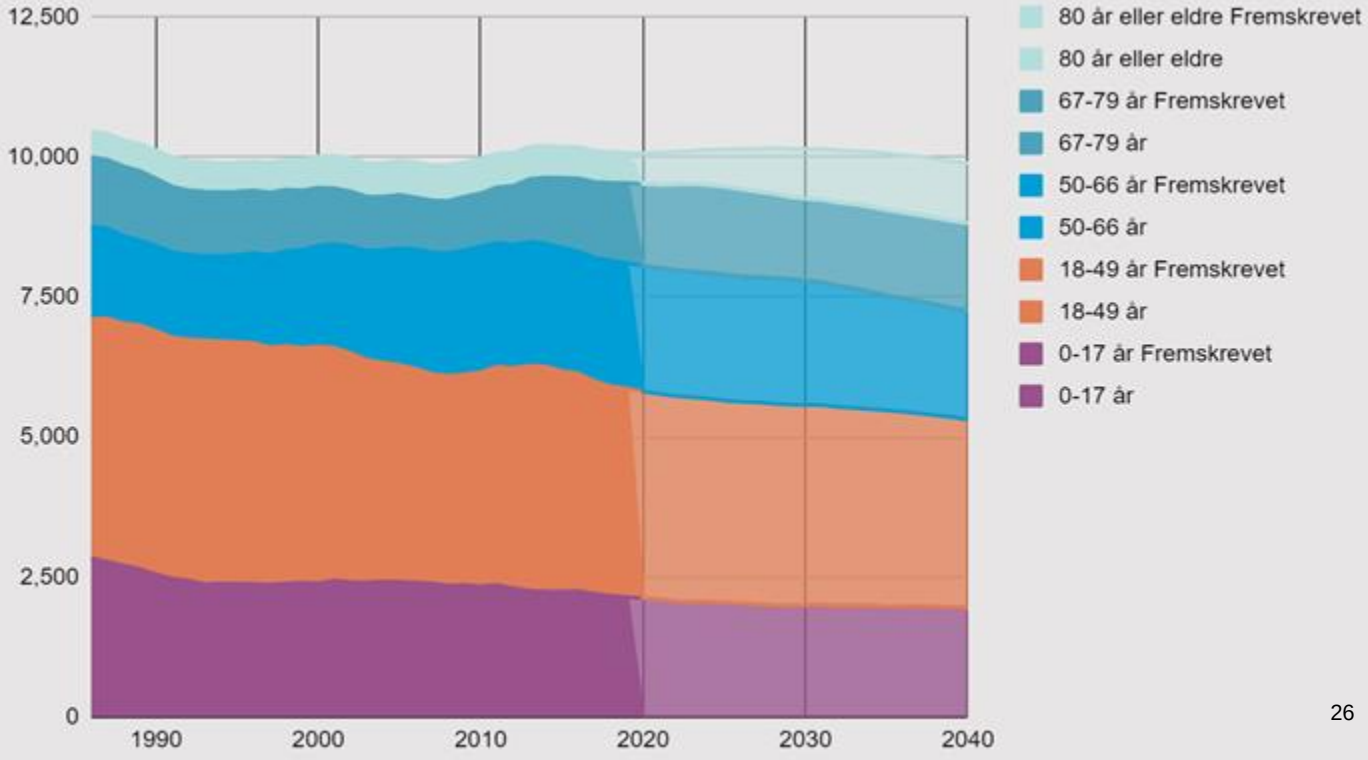
Denne aldersgruppa har tradisjonelt hatt størst bruk av kommunale pleie- og omsorgstjenester. I dag mottar over halvparten av alle over 80 år i Indre Fosen slike tjenester. En dobling i antall eldre vil derfor medføre et stor økning i behovet for kommunale pleie- og omsorgstjenester.

Samtidig som den eldste delen av befolkningen øker er det ventet at antall innbyggere i arbeidsfør alder (18-66 år) vil synke med 11 prosent. Mens det i dag er 5 900 innbyggere i alderen 18-66 år, reduseres dette til 5 300 innbyggere i 2040.

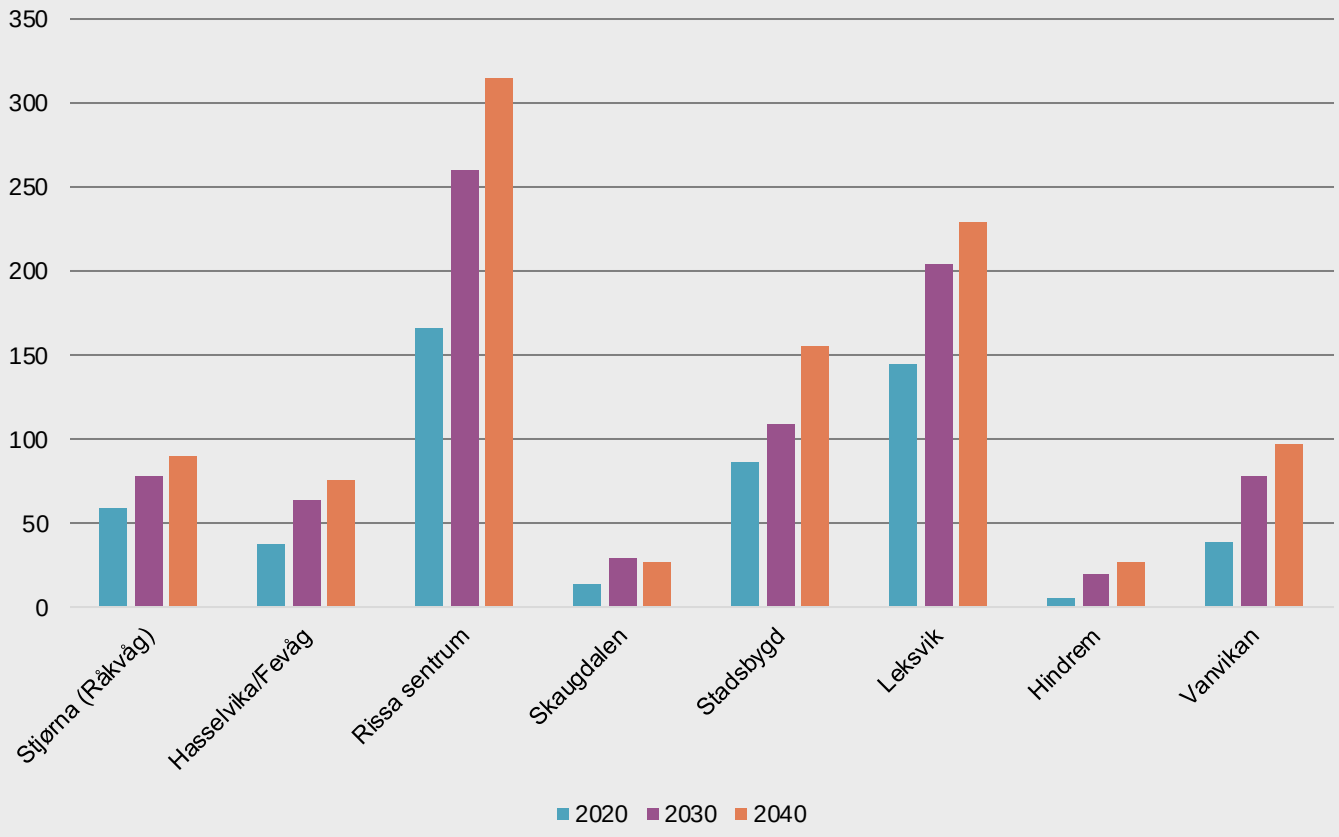
I 2020 vil det være 10,5 innbyggere i arbeidsfør alder per innbygger over 80 år i Indre Fosen kommune. Dette vil reduseres til 6,5 innbyggere i 2030, og ned til 5 i 2040. I praksis tilsvarer dette en halvering av antall innbyggere i arbeidsfør alder per person over 80 år de neste 20 årene.

Konsekvensen av en slik vekst i andelen eldre, samtidig som andel innbyggere i arbeidsfør alder synker, kan for eksempel være at omfanget på tjenester kommunen kan tilby den enkelte, og ikke minst hvordan tjenestene skal ytes i framtida, påvirkes.

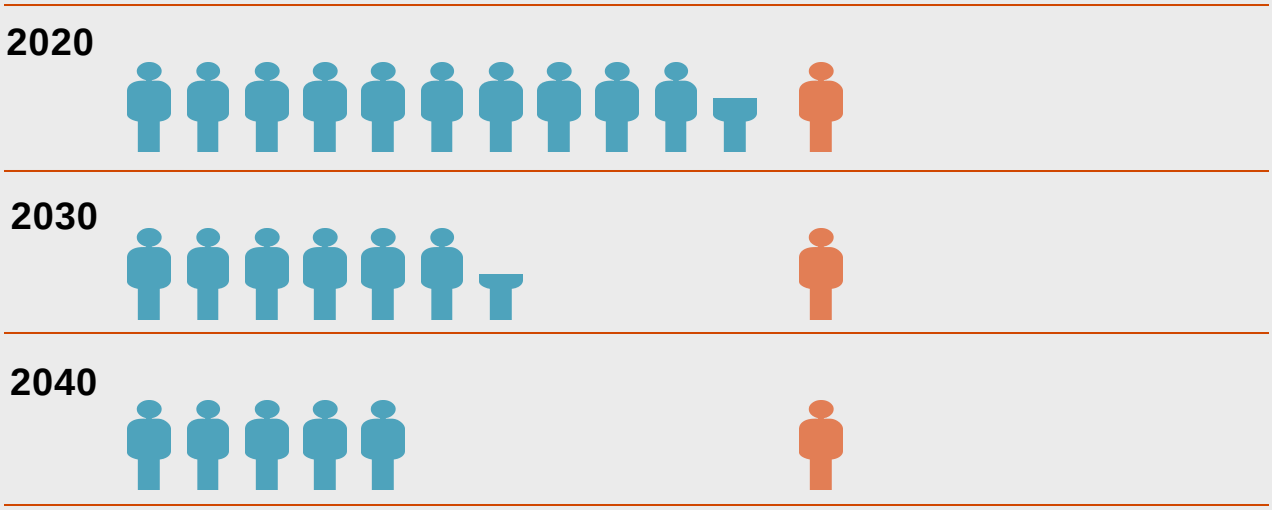
Historisk og fremskrevet alderssammensetning i Indre Fosen kommune, fordelt på alder, historisk og fremskrevet basert på SSBs middelalternativ (MMMM)



Utvikling i antall innbyggere over 80 år, fordelt etter sted



Utvikling i antall innbyggere i arbeidsfør alder (18-66 år) (blå), per person over 80 år (oransje)



Reiseavstander i Indre Fosen kommune

Opptil 39 minutters reisetid	
Stadsbygd – Rissa	14
Vanvikan – Stadsbygd	16
Vanvikan – Rissa	19
Leksvik – Vanvikan	28
Verrabotn – Leksvik	36

40-49 minutters reisetid	
Husbysjøen/Råkvåg – Rissa	37/40
Verrabotn – Rissa	41
Verrabotn – Vanvikan	42
Vanvikan – Husbysjøen/Råkvåg	41/44
Leksvik – Stadsbygd	44
Leksvik – Rissa	47
Verrabotn – Husbysjøen/Råkvåg	45/48

Over 50 minutters reisetid	
Leksvik – Husbysjøen/Råkvåg	48/52
Verrabotn – Stadsbygd	56
Husbysjøen/Råkvåg – Stadsbygd	55/58

3.2 Fremtidig tjenestebehov helse og omsorg

Kommunene skal sørge for at alle personer som oppholder seg i den enkelte kommune får tilbud om nødvendige helse- og omsorgstjenester. Tjenestetilbudet må utvikles i takt med at behovene endrer seg. Fremtidige tjenestebehov for helse- og omsorgssektoren påvirkes spesielt av disse faktorene:

- Framskrivinger viser at det vil bli økende antall eldre over 80 år, økning i livsstils- og aldersrelaterte sykdommer, og langt flere vil leve lenge med alvorlig sykdom. Dermed øker også behovet for tjenester.
- Samhandlingsreformen har ført til en dreining fra bruk av spesialisthelsetjeneste til kommunehelsetjeneste. Kommunene får dermed stadig større ansvar og flere arbeidsoppgaver. Mange av de eldre innbyggerne i vår kommune vil ha sammensatte helseutfordringer som skal behandles i kommunen.
- Brukere av helse- og omsorgstjenester har allerede i dag mer sammensatte behov enn tidligere. Mer aktiv behandling og omsorg over lenger tid betyr økt behov for legetjenester, mer fysioterapi og ofte også annen helse- og sosialfaglig kompetanse i tillegg til sykepleie. Det innebærer at kommunen vil få behov for mer personell, personell med mer kompetanse og delvis også annen kompetanse.
- Kommunens samlede inntekter går ned, mye på grunn av lavere rammeoverføringer fra Staten, grunnet befolkningssammensetningen i kommunen, samt lavere befolkningsøkning enn landsgjennomsnittet.

Det vil i fremtiden bli stadig viktigere å se helheten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Folk skal i størst mulig grad bo hjemme og få behandling og hjelp til å mestre livene sine der. Det er grunn til å forvente at dagens kommunale tjenesteyting vil være under betydelig press. At flere eldre har behov for omfattende omsorgstjenester vil nødvendigvis gi utfordringer for kommunen. Indre Fosen må allerede nå tenke nytt og samtidig tenke tilpassing av tjenestetilbudet, slik at en god kommunikasjon med innbyggerne ut fra forventninger til et trygt og godt tjenestetilbud opprettholdes.

For pleie- og omsorgstjenestene vil de demografiske endringene med flere eldre gi betydelig økning i tjenestebehovet. En videreføring av dagens tjenesteinnretning og praksis for tildeling av tjenester vil føre til en sterk vekst i utgiftene til pleie- og omsorgstjenester. Veksten vil være særlig sterk i perioden 2025-2035 som følge av vesentlig vekst i antall innbyggere over 80 år. Det er særlig en økning i behov for plasser med heldøgns omsorgstjenester som vil drive denne veksten.

Forslag til fremtidige innretninger av tjenestene

I forslagene for fremtidige innretninger av tjenestetilbudet, skilles det mellom korttids- og langtids institusjonsplasser og heldøgns omsorgsboliger. Institusjonsplass er det samme som i dag benevnes som sykehjemsplass.

En korttidsplass kan bidra til at brukeren fortsatt kan klare seg selv. Målet med korttidsopphold er å kartlegge helsetilstand, hjelpebehov og opptrening, slik at brukeren kan komme tilbake til eget hjem. Oppholdet planlegges med utgangspunkt i brukerens ressurser og behov.

Et langtidsopphold er et tidsubegrenset tilbud om opphold med oppfølging og tilsyn hele døgnet. Langtidsplasser er aktuelt for de som ikke lenger mestrer dagliglivet i eget hjem og dersom hjelp fra hjemmetjenester og andre hjelpemidler ikke er tilstrekkelig for at bruker skal være trygg hjemme.

Heldøgns omsorgsbolig (HDO-boliger) er i utgangspunktet lik en sykehjemsplass, men åpner for å tilby ulike tjenester. HDO-boliger kan disponeres til de brukergruppene som har behov til enhver tid, og kan også benyttes til sykehjemsplasser hvis det er behovet, noe som gir en mer fleksibel omsorgstjeneste. Satsing på HDO-boliger understøtter tankegangen om å få eldre og syke til å bo lengst mulig i eget hjem, og kan bidra til et mindre ressurskrevende tilbud til lette brukere som i dag ville mottatt institusjonstjenester.

På de neste sidene presenteres tre teoretiske modeller med ulike måter å innrette tjenestene på fram mot 2040. Dette må ikke sees på som reelle alternativer, men er teoretiske framskrivinger som viser hvordan antall brukere og kostnadene til tjenestene vil utvikle seg dersom tjenestene driftes som i dag, om man primært bruker institusjon til korttidsplasser og ved en større overgang til omsorgsboliger med heldøgns omsorg.

Teoretisk modell 0 beskriver hvordan økonomi og antall brukere vil utvikle seg dersom tjenesten driftes på samme måte som i dag, med samme tilbud og innretning av tjenesten. I praksis innebærer denne modellen at kriterier for å tildeles sykehjemsplass, omsorgsbolig eller hjemmesykepleie beholdes likt som i dag, og at omfang på tjenesten økes tilsvarende med at antall eldre og tjenestebehovet øker. En slik løsning ville ha gitt behov for 57 nye sykehjemsplasser i 2030, altså totalt 152 sykehjemsplasser i Indre Fosen kommune. Antall brukere i hjemmetjenesten vil samtidig øke til 463. Dette vil samlet sett gi svært store økonomiske konsekvenser. Dersom tjenestene videreføres som i dag og kun tilpasses det økte behovet, vil dette medføre en kostnadsøkning på hele 88 millioner kroner pr år sammenlignet med dagens nivå.

Teoretisk modell 1 tar utgangspunkt i primært bruk av korttidsplasser i institusjon. Det betyr at institusjon/sykehjem kun brukes som et midlertidig tilbud til brukere med behov for rehabilitering etter sykehusopphold og lignende. Med en slik modell skal ingen bli boende på sykehjem over lengre tid, med unntak av brukere med tvangsvedtak på grunn av demens. Kommunen har ikke lov til å utøve tvang (for eksempel i form av låste dører) i private hjem. Alle andre brukere bor da i private boliger og mottar sine pleie og omsorgstjenester i form av hjemmetjenester. En slik løsning gir behov for samme antall institusjonsplasser som kommunen har i dag. Antall brukere i hjemmetjenesten vil imidlertid øke med over 80% i 2030 til totalt 525. Kostnadene vil bli noe lavere enn med modell 0, men innebærer likevel en kostnadsøkning på 75 millioner kroner årlig sammenlignet med dagens nivå. Samtidig er dette en svært annerledes tjenestemodell enn det kommunen er vant med i dag.

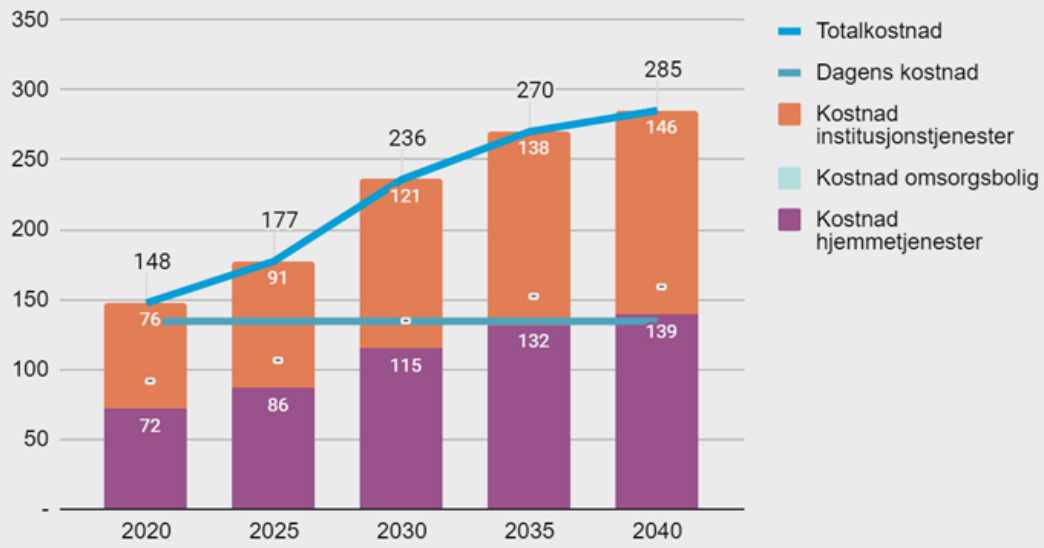
Teoretisk modell 2 beskriver en overgang fra institusjon/sykehjem til omsorgsboliger med heldøgns bemanning (HDO). Også i dette alternativet vil institusjonsplass primært være et korttidstilbud. De fleste som i dag bor på sykehjem vil i dette alternativet bo i en omsorgsbolig de leier, som juridisk sett vil være den enkeltes private bolig. HDO-boligene vil ha døgnbemanning og sikre beboerne tilgang til bistand fra hjemmesykepleie etter behov. En slik modell gir behov for 72 institusjonsplasser i 2030 (mot dagens 95), men samtidig 80 omsorgsboliger med heldøgns bemanning (HDO). Denne modellen gir lavest kostnader av de tre, men innebærer fortsatt en kostnadsøkning i 2030 på 60 millioner årlig sammenlignet med dagens nivå.

Teoretisk modell 0:
Videre drift med samme tjenester og tildeling som i dag

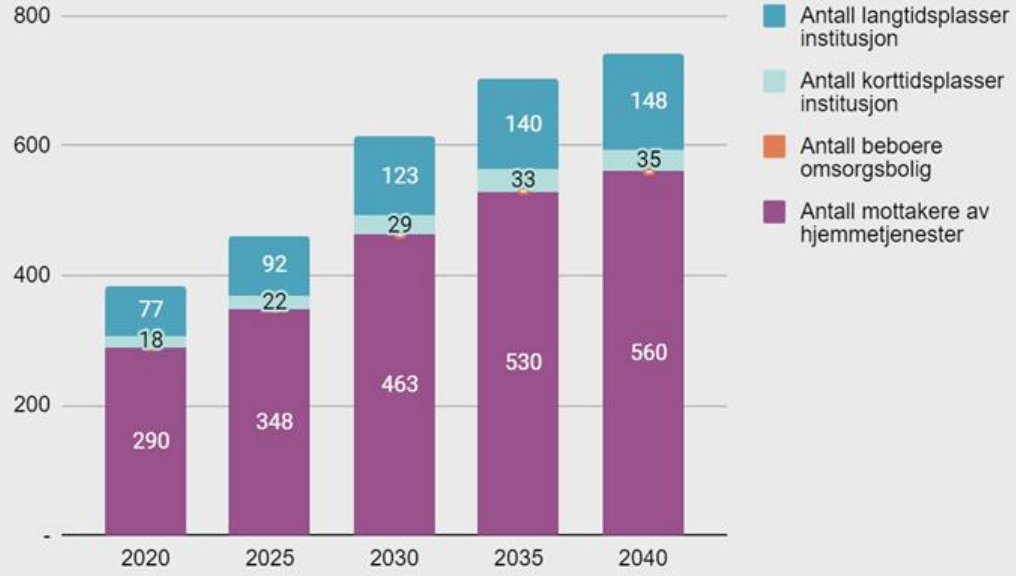
Dagens situasjon innebærer et stort innslag av langtidsplasser i institusjon, og ingen heldøgns omsorgsalternativer utenfor institusjon.
En videreføring av samme type drift med samme andel institusjonsplasser og hjemmebaserte tjenester vil gi en *kostnadsøkning på kr. 88 mill. pr. år i 2030 og kr. 137 mill. pr. år i 2040*. Dette er en økning på henholdsvis 60% og 93% sammenlignet med dagens nivå.

Forutsetninger for modellen:	
Andel HDO-plasser i institusjon:	100 %
Andel korttidsplasser i institusjon:	19 %
Andel HDO-plasser per innb. 80+:	17 %
Kostnad per langtids inst.plass:	780 000
Kostnad per korttids inst.plass:	880 000
Kostnad per plass i omsorgsbolig:	425 000
Kostnad per time hjemmesykepleie:	787 kr

Forventet utvikling i kostnader til omsorgstjenester, 2019-2040, i mill.kr.



Forventet behov for kapasitet i omsorgstjenestene, 2019-2040



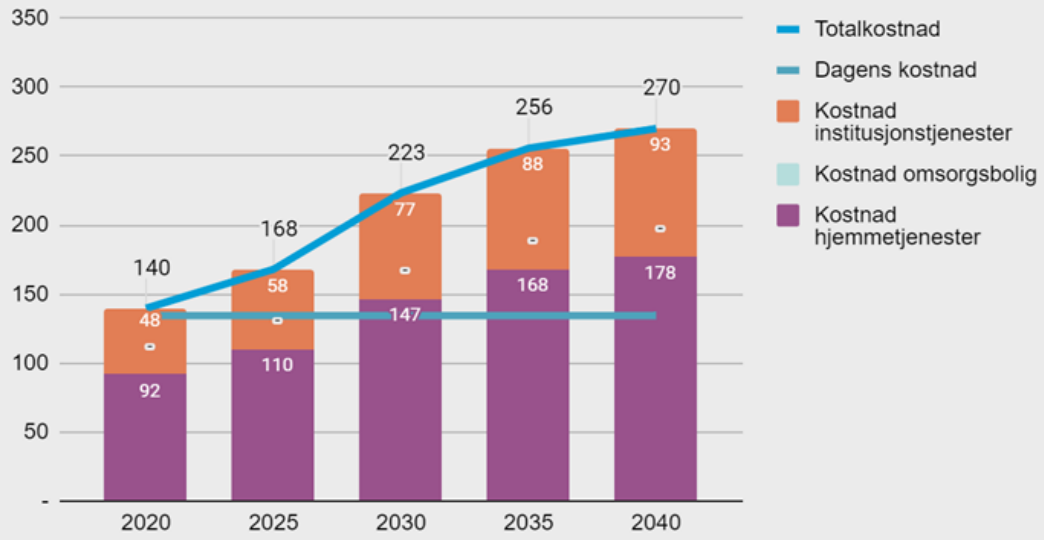
Teoretisk modell 1: Primært korttidsplass i institusjon

En overgang til kun korttidsplasser i institusjon vil gi en *kostnadsøkning på kr. 75. mill. pr. år i 2030 og kr. 122 mill. pr. år i 2040.* Dette skyldes at kostnadene til institusjon går kraftig ned, samtidig som kostnadene til hjemmesykepleie må økes noe.

Dette er noe lavere enn 0-alternativet, men fortsatt en stor økning. En slik modell vil også kreve noen langtids institusjonsplasser for å sikre et tilbud til brukere med demens, spesielt for brukere som er underlagt tvang.

Forutsetninger for modellen:	
Andel HDO-plasser i institusjon:	100 %
Andel korttidsplasser i institusjon:	80 %
Andel HDO-plasser per innb. 80+	10 %
Kostnad per langtids inst.plass:	835 000
Kostnad per korttids inst.plass:	900 000
Kostnad per plass i omsorgsbolig:	400 000
Kostnad per time hjemmesykepleie:	684 kr

Forventet utvikling i kostnader til omsorgstjenester, 2019-2040, i mill.kr.



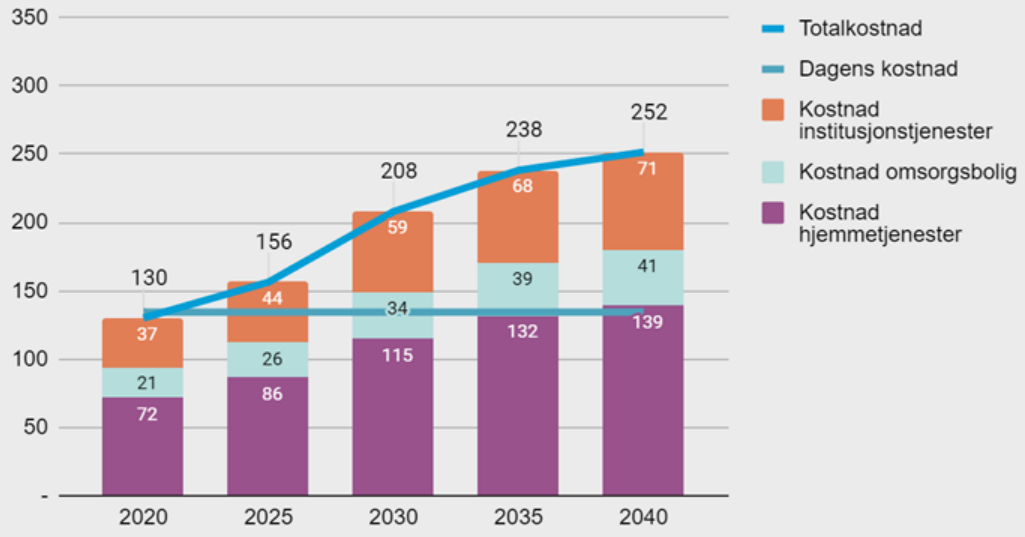
Forventet behov for kapasitet i omsorgstjenestene, 2019-2040

Teoretisk modell 2:
Overgang til omsorgsboliger med heldøgns omsorg

En overgang til omsorgsboliger med heldøgns omsorg vil føre til *en kostnadsøkning på kr. 60 mill. i året i 2030 og kr. 104 mill. I året i 2040*. Dette alternativet vil gi større innsparing enn både 0-alternativet og alternativ 1. Utgiftene til hjemmesykepleie vil være nærmest uendret, mens innsparingen kommer gjennom at to av tre institusjonsbeboere overføres til et tjenestetilbud som er mindre kostbart å drive.

Forutsetninger for modellen:	
Andel HDO-plasser i institusjon:	40 %
Andel korttidsplasser i institusjon:	44,4 %
Andel HDO-plasser per innb. 80+	17 %
Kostnad per langtids inst.plass:	835 000
Kostnad per korttids inst.plass:	900 000
Kostnad per plass i omsorgsbolig:	400 000
Kostnad per time hjemmesykepleie:	684 kr

Forventet utvikling i kostnader til omsorgstjenester, 2019-2040, i mill.kr.



Forventet behov for kapasitet i omsorgstjenestene, 2019-2040

4

Tjenesteutvikling fram mot 2030

4.1 Digitalisering og velferdsteknologi

Digitalisering og velferdsteknologi

Digitalisering handler om å bruke teknologi til å fornye, forenkle og forbedre, slik at man kan tilby nye og bedre tjenester som er enkle å bruke, effektive, og pålitelige. Digitalisering handler om langt mer enn overgangen fra analoge, manuelle systemer til digitale løsninger, men denne overgangen er, i de aller fleste tilfeller, samtidig nødvendig for at virksomheter skal kunne forenkle og forbedre sine arbeidsprosesser.

Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet. Velferdsteknologi skal bidra til å styrke den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne.

Bruk av velferdsteknologiske løsninger åpner flere mulighetsrom. Trygghetsskapende teknologier som trygghets- og fallalarm, sensorer, elektroniske låser mv. kan skape trygge miljøer for brukere, og en trygghetsfølelse for pårørende og ansatte. Mestringsteknologier som medisindispensere, digitale kalendere, treningsapper mv. kan støtte brukere til å ivareta egen helse og hverdagsrutiner, samt bidra til aktivitet, trening og mestring av daglige gjøremål og avtaler. Helseteknologi som muliggjør avansert medisinsk utredning og behandling kan lette arbeid for ansatte vedrørende helserapportering og behandling. Velværeteknologier som videokommunikasjon kan forebygge ensomhet ved å forenkle mulighet for sosial kontakt og opprettholdelse av relasjoner.

Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) knytter begrepet velferdsteknologi opp mot behovet for å satse på innovasjon og velferdsteknologi til fordel for brukere og personell i helse- og omsorgstjenestene. Ny teknologi skal gi brukerne nye muligheter til å leve selvstendig og mestre hverdagen. Med telemedisin og ny kommunikasjonsteknologi kan helse- og omsorgstjenestene forbedre, forenkle og effektivisere virksomheten (Meld. St.16 (2010-2011)). Det nasjonale velferdsteknologiprogrammet (2013-2020) ble etablert som satsing fordi velferdsteknologiske løsninger kan bli et viktig verktøy i møte med fremtidens demografiske utfordringer. Nasjonalt velferdsteknologiprogram er et samarbeid mellom KS, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet som skal bidra til at flere kommuner tar i bruk velferdsteknologi.

Indre Fosen er vertskommune for Fosen IKT, som er felles driftssenter for de samarbeidende kommunene på Fosen, samt interkommunale selskaper eid av Fosen-kommunene. Fosen IKT skal i tillegg vurdere tilgjengelig og velprøvd teknologi opp mot de teknologiske utfordringer som kommunene ser behov for å forbedre eller erstatte med ny tilgjengelig teknologi.

Indre Fosen er tilknyttet Fosen Helse IKS, som utvikler og drifter de tjenester som eierkommunene eller helseforetaket foretrekker å yte gjennom selskapet, og dermed er et kontaktledd til St. Olavs Hospital HF. Fosen helse IKS jobber for at regionen skal ha en langsiktig og helhetlig strategi for tjenesteutvikling til gagn for befolkningen, og digitalisering og bruk av velferdsteknologi er viktige satsningsområder.

Sentrale og lokale mål

Indre Fosen kommune jobber aktivt med digital transformasjon, både gjennom felles kompetanseheving for ledere og tillitsvalgte og gjennom konkrete utviklingsprosjekt. Som en del av dette arbeidet vurderes det om det skal utarbeides en helhetlig digitaliseringsstrategi for Indre Fosen kommune. Dette vil i så fall ivareta det helhetlige perspektivet på digitalisering, men ikke de sektorspesifikke utfordringene helse og omsorg står ovenfor.

Et annet viktig digitaliseringsprosjekt er Helseplattformen. Indre Fosen er én av flere kommuner som har opsjonsavtale med Helseplattformen og er en del av Samarbeidsrådet som skal ivareta kommunens interesser i innføringsprosjektet.

I Velferdsteknologiprogrammet (2013-2015) heter det at «velferdsteknologi skal være en integrert del av kommunal helse- og omsorgstjeneste innen 2025». Indre Fosen kommune ble med i det nasjonale velferdsteknologiprogrammet i januar 2019.

Satsing på velferdsteknologi forutsetter en samtidig satsing på tjenesteinnovasjon, og gir et behov for en pådriver som både legger til rette for velferdsteknologiske løsninger og stimulerer til kommunal tjenesteinnovasjon. Helsedirektoratet fraråder kommuner å iverksette satsing på velferdsteknologi hvis de ikke settes i stand til å gjennomføre nødvendig tjenesteinnovasjon samtidig.

Utfordringsbilde

Bruk av velferdsteknologiske løsninger innenfor helse og omsorg i Indre Fosen kommune omhandler i dag primært trygghetsskapende teknologier som elektroniske dørlåser, fall-, trygghets, epilepsi- og sengealarmer. Mye av samhandlingen, enten med bruker eller andre enheter, skjer gjennom fysiske møter. Det er behov for å videreutvikle tilrettelagte tekniske muligheter til videomøter i sektoren. Ny teknologi vil stille nye krav til personell-sammensetningen i helsetjenesten. Riktig og godt samsvar mellom oppgaver og kompetansesammensetning legger føringer på utviklingen av tjenestetilbudet på lang sikt. Det vil for eksempel bli større behov for teknikere for å kunne håndtere og vedlikeholde medisinsk-teknisk utstyr. Ifølge Helsedirektoratet vil det derfor være viktig å identifisere virkningen av teknologisk utvikling for å bedre kunne planlegge personell- og kompetansebehovet. Velferdsteknologi innebærer mange løsninger og verktøy ut over digitalisering. Det er derfor behov for en egen kartleggings- og strategiprosess for velferdsteknologi i kommunen. Dette er en for omfattende prosess til at det har vært mulig å gjennomføre som en del av arbeidet med helse- og omsorgsplanen.

Forslag til løsning

- Velferdsteknologiske hjelpemidler skal inngå i kommunens tjenestetilbud i langt større grad enn i dag. Det søkes derfor om ekstern finansiering til et eget velfersteknologiprosjekt med planlagt oppstart innen september 2020.

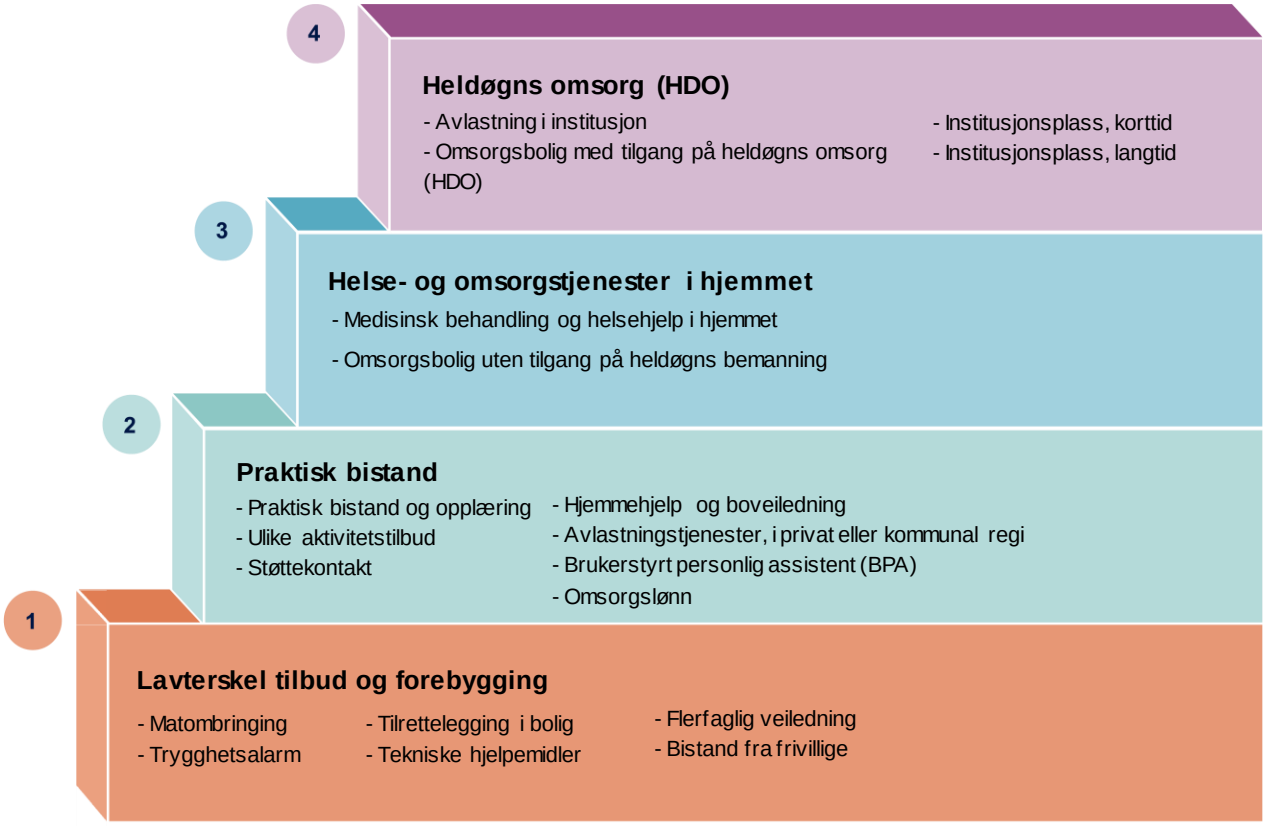
- Digitalisering skal innføres i så stor grad som mulig. I arbeidet med digital transformasjon bør behovet for en helhetlig digitaliseringsstrategi vurderes.

4.2 Sammenheng i tjenestene

Tjenester tilpasset brukerens behov - Indre Fosen kommunens omsorgstrapp

Indre Fosen kommune jobber etter det såkalte BEON-prinsippet – beste effektive omsorgsnivå. Dette innebærer tidlig innsats for å bidra til at hver enkelt bruker får bruke egne ressurser og opprettholder egen selvstendighet så lenge som mulig, for eksempel gjennom å bo hjemme i egen bolig. I kommunen finnes det mange typer omsorgstjenester og disse må sees i sammenheng. Den enkelte innbygger vurderes individuelt og tjenestetilbudet tilpasses den enkeltes behov. Omsorgstrappa viser til en sammenheng der økende behov møtes med økende tjenestetilbud og de ulike omsorgstjenestene utgjør de forskjellige trinnene i trappa. I praksis eksisterer det ikke tette skiller mellom trinnene. En og samme tjenestemottaker kan motta tjenester som er plassert på ulike trinn i trappa samtidig, og innen samme trinn i trappa vil det til enhver tid finnes mennesker med store forskjeller i bistandsbehov.

Trinn 1 består av tjenester med et standardisert preg og som ikke er knyttet til direkte tjenesteyting fra menneske til menneske.
Trinn 2 består av personlig tjenesteyting knyttet til praktiske forhold, såkalt praktisk bistand.
Trinn 3 består av bistand til personlig stell og medisinsk behandling i hjemmet, dvs helse- og omsorgstjenester i hjemmet/hjemmesykepleie.
Trinn 4 består av heldøgns omsorgstjenester.



Tildeling og koordinering av tjenester

Kommunen har ansvar for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Målet for saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenester er at det skal tilbys riktige tjenester til rett tid, og i riktig omfang. Alle kommuner skal ha en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering, som skal bidra til å sikre helhetlige og koordinerte tilbud til pasienter og brukere med behov for tjenester fra flere fagområder, nivåer og sektorer. Kommunen har overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan (IP) og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorer. Indre Fosen kommune har organisert tildeling og koordinering av tjenester i et tjenestekontor.

Sentrale og lokale mål

Alle brukere av helse- og omsorgstjenester skal ha helhetlige pasientforløp og koordinerte tjenester. Tjenestekontoret i Indre Fosen skal gjennom god saksbehandling sørge for likeverdig behandling av søknader. Tjenestekontoret skal også sikre riktig tjenestenivå for brukerne og sørge for likhet i tjenestetildelingen i kommunen, slik at alle innbyggere uavhengig av alder, tjenestebehov og bosted, vil få lik tilgang på helse- og omsorgstjenester.

Utfordringsbilde

Forvaltningsoppgavene har over år blitt flere og mer komplekse. Når antall eldre innbyggere i kommunen øker, øker også antall søknader om helse- og omsorgstjenester. I tillegg ser man en økning i antall komplekse saker som omhandler barn og unge. Kapasiteten til tjenestekontoret er pr i dag ikke tilpasset det faktiske behovet, og det er i perioder for lang behandlingstid på søknader. Tjenesten er i tillegg i alt for liten grad digitalisert. Det er behov for digital transformasjon av saksbehandlingsprosessen – fra behov oppstår til tjeneste leveres.

Den demografiske utviklingen i Indre Fosen fører til økt press på helse- og omsorgstjenestene og det vil i fremtiden ikke bli mulig å opprettholde samme tjenestenivå som i dag. Tjenestekontorets fokus på brukernes egenmestring, hverdagsrehabilitering og på bruk av velferdsteknologiske hjelpemidler må derfor økes og må gjenspeiles i tjenestetildelingen.

I årene etter kommunesammenslåingen fant sted, har det vært jobbet godt for å sikre samarbeid med de virksomhetene som yter tjenester, men det må fortsatt jobbes mot enda bedre samspill og samhandling mellom tjenestetildeler og tjenesteyterne. Det er blant annet behov for en felles forståelse av hva som er nødvendig tjenestenivå, fokus på gode kartleggingsverktøy, betydningen av god informasjon og veiledning i forkant av en søknad mv.

Kommunen bruker i alt for liten grad verktøyet Individuell plan (IP) til brukere med langvarige og sammensatte behov, selv om IP er det beste verktøyet for å sikre tverrfaglighet og helhetlige tjenester og i tillegg er et lovfestet tilbud.

Forslag til løsning

- Egenmestring og hverdagsrehabiliteringstankegangen skal være grunnpilaren ved vurdering av søknad om helse- og omsorgstjenester. Gjennom å kartlegge brukerens rehabiliteringspotensiale og motivasjon, samt viktigheten av økt egenmestring, skal tjenestene søke å legge inn tilbud lavt i omsorgstrappen og fokusere på å øke den enkelte brukers selvstendighet.

- Velferdsteknologiske hjelpemidler skal inngå i kommunens tjenestetilbud i langt større grad enn i dag.

- Organisatorisk plassering av tjenestekontoret, samt intern organisering skal vurderes. Digitalisering skal innføres i så stor grad som mulig. Kapasitet og kompetanse må bygges ut for å styrke tjenestekontoret, slik at det blir i stand til å håndtere den demografiske utviklingen i kommunen.

- Saksbehandlerne ved tjenestekontoret skal i utgangspunktet fremstå som uavhengige av de utførende tjenestene, men det må være tett samarbeid mellom dem. Samhandlingen mellom tjenestekontoret og pleie- og omsorgstjenestene må derfor styrkes ytterligere.

- Det skal jobbes systematisk og målrettet for at alle pasienter/brukere med langvarige og sammensatte behov skal ha tilbud om Individuell plan (IP)

4.3 Tidlig innsats og forebygging

I møte med de utfordringene som helse- og omsorgstjenesten står overfor i årene som kommer, blir tidlig innsats og forebygging av sykdom, funksjonssvikt og sosiale problemer viktigere enn noen gang. Tidlig innsats og forebygging skjer på ulike måter og i ulikt omfang i de kommunale tjenestene. Det handler både om å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer og å forebygge forverring hos personer med etablert sykdom og tjenestebehov. Dette kan oppnås ved en mer aktiv tilnærming til personer eller grupper som er i risikosonen for å utvikle sykdom eller redusere sitt funksjonsnivå, eller som allerede har redusert funksjonsevne. God opplæring, veiledning og støtte av brukere er i tillegg viktig for å unngå forverring og kunne mestre livet med sykdom. Dette kan blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning.

Folkehelsearbeid

Folkehelsearbeid er samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler. Folkehelsearbeid er i tillegg arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen. Folkehelse er et ansvar i alle sektorer og på alle forvaltningsnivåer, dvs. kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter.

Sentrale målsetninger for folkehelsearbeidet er:

- Utvikle et samfunn som legger til rette for positive helsevalg og sunn livsstil
- Fremme trygghet og medvirkning for den enkelte, samt gode bo- og oppvekstsvilkår
- Forebygge sykdommer og skader

Indre Fosen kommune ønsker å:

- Tenke folkehelse i alt kommunen gjør og organisere folkehelsearbeidet slik at det er sektorovergripende.
- Bidra til å forebygge sosial ulikhet gjennom å legge til rette for gode levekår og omgivelser for innbyggerne.
- Legge til rette for gode oppvekstsvilkår for barn og unge, herunder tilgang på frisk luft, godt inneklima, sunt kosthold og fysisk aktivitet, med fokus på å styrke den psykiske helsen.
- Bidra til å bedre ernæringstilstanden til utsatte grupper .

Forslag til løsning

Folkehelsekoordinatorens viktigste rolle i folkehelsearbeidet er å systematisk fortsette arbeidet med å skaffe oversikt over helsetilstanden i befolkningen, jfr Folkehelselovens krav. Folkehelsekoordinatorens tilnærming består bl.a i å fortsette arbeidet med å:

- bistå i utvikling av lokalsamfunnet
- delta i ulike planprosesser
- delta i de ulike teamene/gruppene som inngår i den lokale organiseringen av folkehelsemodellen

- videreutvikle prosjektet «Program for folkehelsearbeid»
- bistå med å videreutvikle konseptet «Frisklivsentral»

I sum betyr dette at folkehelsekoordinator skal arbeide for å ivareta innbyggernes helse og trivsel i lokalmiljøet.

Frivillig innsats og deltakelse

Sentrale og lokale mål

På helse- og omsorgsområdet er det et stort behov og potensial for å ta i bruk samfunnets samlede ressurser for å beholde og utvikle et godt velferdssamfunn: ressursene som ligger hos brukerne selv, deres familier og sosiale nettverk, i nærmiljøet og i lokalsamfunnet.

Frivillig sektor har spilt, og spiller fortsatt, en viktig rolle i oppbyggingen av velferdssamfunnet i Norge. Frivillig sektor har vært med i utviklingen av velferdstjenester og innovasjon på helse- og omsorgsfeltet og har vist vei for det som senere har blitt naturlige oppgaver for velferdsstaten. Frivillige og frivillige organisasjoners innsats er mangfoldig. Eksempler på innsatsen innenfor helse- og omsorgsfeltet er besøksvenner, turgrupper, kulturelle aktiviteter, rusmiddelforebyggende arbeid, rusbehandling, måltidsfellesskap og matkurs, informasjonsarbeid, likepersonsarbeid og omsorg ved livets slutt.

Folkehelseloven § 4 fastslår at kommunene har et ansvar for folkehelsearbeid og for at kommunen samarbeider med frivillig sektor. Kommunene bør tilrettelegge for frivillig sektor og utvikle en egen frivillighetspolitikk. Et godt samarbeid mellom offentlig sektor og sivilsamfunnet er sentralt for en god samfunnsutvikling. De demografiske utfordringene som kommunene i Norge møter i årene som kommer, gir nye muligheter for å utvikle samarbeidet mellom offentlig og frivillig sektor, møte nye behov med nyskapende aktiviteter og engasjere enda flere til frivillig innsats.

Utfordringsbilde

Mange i samfunnet vårt er ensomme. Noen er ensomme fordi de er alene og har lite sosial kontakt. Andre har et sosialt nettverk, men opplever likevel ensomhet. Det må derfor gjøres mer for å forebygge og redusere ensomhet, slik at flere opplever trivsel, inkludering, mestring og mening. Indre Fosen har pr i dag en solid og god gruppe med organiserte frivillige som bidrar til gjennomføring av mange ulike aktiviteter. Det er i tillegg mange som utfører enkeltbidrag ved behov. Det er en økende mengde spreke pensjonister i årene som kommer, så muligheten for å rekruttere flere frivillige er god. Dette er likevel avhengig av at det finnes en koordinatorfunksjon for den frivillige innsatsen.

Andelen barn og unge med smerteproblematikk og belastningsskader er et økende problem i kommunen. Årsakene er blant annet manglende kunnskap om viktigheten av basisferdigheter og skadeforebygging, samt økt inaktivitet.

Forslag til løsning

- Samarbeidet mellom det offentlige og frivilligheten baseres på en felles forståelse av at både frivillige og offentlige organisasjoner og virksomheter er viktige samfunnsaktører som gjennom sine verdier og mål bidrar til å videreutvikle samfunnet.

- Kommunen og de frivillige organisasjonene må jobbe tettere når fremtidens frivillige helse- og omsorgstjenester og organisering av disse skal defineres. Dialog og samhandlingsrutiner må videreutvikles og styrkes.

- Det skal legges til rette for møteplasser mellom kommuner, frivillige organisasjoner, frivilligsentraler og frivillige enkeltpersoner der man gjennom dialog kan se behov og muligheter og stimulere til økt rekruttering av frivillige til helse- og omsorgsfeltet.

- Når det søkes om helse- og omsorgstjenester, skal det vurderes i hvilken grad tilbud fra frivilligheten helt eller delvis kan dekke hjelpebehovet.

- Kommunen kan tilby kompetanse om forebyggende tiltak i forhold til konkrete utfordringer, for eksempel smerteproblematikk og belastningsskader hos barn og unge. Dette kan eksempelvis innebære gruppebasert veiledning i form av skadeforebyggende kurs for trenere og idrettslag.

Hverdagsrehabilitering

Sentrale og lokale mål

Eldre skal ha mulighet til å være mest mulig selvhjulpne, også når de mottar helse- og omsorgstjenester. Alle bør få vurdert sitt behov og potensial for rehabilitering og egenomsorg før det iverksettes tiltak som kompenserer for tap av funksjonsevne. Hverdagsrehabilitering er et forebyggende og rehabiliterende tankesett som vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen, uansett funksjonsnivå. Brukeren skal støttes og veiledes til selv å kunne mestre dagliglivets aktiviteter i størst mulig grad. Hverdagsrehabilitering kan både gi økt selvstendighet i dagliglivets aktiviteter, forbedre funksjonsevnen og utsette ytterligere funksjonsfall. Velferdsteknologiske løsninger som bidrar til å opprettholde livskvalitet, selvstendighet og mestring er viktige virkemidler.

Utfordringsbilde

Antallet eldre innbyggere de kommende årene fører i seg selv til utfordringer i forhold til oppfølging. I tillegg krever best mulig hverdagsrehabilitering en endring av det grunnleggende tankesettet i tjenestene, hvor helsepersonell går fra å være hjelpere som overtar oppgaver, til å bli veiledere som tilrettelegger for egenomsorg og mestring. Det forutsetter også en felles forventningsavklaring mellom bruker, pårørende og utøver i tjenesten om hva den enkelte bruker selv skal stimuleres til å mestre og hva som er kommunens oppgave.

Forslag til løsning

- Etablere helsestasjon for eldre som en del av kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid.
- Øke ansattes kompetanse i forhold til hverdagsrehabilitering som arbeidsmetode.
- Videreutvikle systemer og rutiner som sikrer kartlegging av hver enkelt brukers psykiske, fysiske og sosiale ressurser, og som fokuserer på brukermedvirkning.
- Fatte vedtak om opplæring til å mestre aktiviteter fremfor vedtak om kompenserende tiltak.
- Tilpasse antall rehabiliteringsplasser/korttidsplasser i sykehjem til behovet. Øke fokuset på at rehabilitering som hovedregel innebærer at brukerne skal ut av sykehjemmet og tilbake til egen bolig etter endt rehabiliteringsopphold.
- Tilby velferdsteknologiske løsninger som kan fremme økt selvstendighet og mestring.
- Utvikle tverrfaglige rehabiliteringsteam.

4.4 Helse- og familietjenestene

Legetjenesten

Indre Fosen kommune har i dag elleve legehjemler, samt to LiS1-leger (leger i spesialisering, tidligere turnusleger) fordelt på fastlegekontorene i Leksvik og Rissa, samt på utekontorene i Råkvåg og Vanvikan. Kommunen er organisert som et eget legevaktdistrikt og kommunen organiserer legevakt med deltakelse fra fastlegene.

Sentrale og lokale mål

Fastlegeordningen skal sikre at alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid og at personer som er bosatt i Norge skal få en fast allmennlege å forholde seg til. Kommunen har overordnet ansvar for å sikre en forsvarlig og god allmennlegetjeneste til alle som oppholder seg i kommunen. Det er et mål at fastlegeordningen i Indre Fosen kommune kapasitetsmessig skal være tilpasset innbyggernes behov, samt at legetjenesten skal være mest mulig stabil og et attraktivt arbeidssted for leger.

Utfordringsbilde

Det har i Norge vært et «fastlegeopprør» de siste årene, der signalet fra legene er at arbeidspresset og arbeidsbelastningen er for stor. Legene søker seg bort fra allmenn-legeoppgaver og fastlegestillinger og dette fører til store rekrutteringsutfordringer for kommunene. Legetjenesten i Indre Fosen har de siste årene opplevd en del utskifting av fastleger. Det er pr i dag flere fastlegehjemler uten faste ansatte og som bemannes av vikarleger.

Det er mange samfunnsoppgaver knyttet til helse som krever samhandling mellom fastleger og øvrige helse- og omsorgstjenester i kommunen. Dette samarbeidet kan oppleves å komme i konflikt med direkte pasientkonsultasjoner, ettersom samtlige fastleger i Indre Fosen er selvstendige næringsdrivende som drifter egen legepraksis i tillegg til å yte helsehjelp. Kommunale legeoppgaver blir i dag løst gjennom deltidsstillinger knyttet til helsestasjon og sykehjem, inkludert øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Sentrale og lokale avtaler gir muligheter for kommunal ledelse av fastlegetjenesten i kommunen, og den kommunale legetjenesten og den enkelte lege bidrar til en god kultur for samhandling.

Legetjenesten bemanner i dag fire kontorer og det er krevende med tanke på drift, logistikk og ressurser. Det brukes fortsatt to legevakter på dagtid, en i Leksvik og en i Rissa, selv om dette ikke kan begrunnes medisinsk- og helsefaglig. Legevakt på kveld driftes pr i dag i Vanvikan og ingen medarbeidere er ansatt på vakt kveld, natt og helg, noe som fører til at legene er alene på disse vaktene. Responstid til hjelp kan være på over én time dersom alarm utløses. Vaktdistriktet er stort og samtidskonflikter oppstår. Legevakt på kveld, natt og helg har i tillegg ansvar for kommunens tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold og dette tilbudet er lokalisert ved Rissa sykehjem. Organiseringen av legevakt på kveld, natt og helg oppleves for mange leger som utrygg og har ført til at de vegrer seg for å gå legevakt.

Legevaktordningen bæres i dag av noen leger som tar på seg veldig mange vakter, og dette er svært sårbart og ikke bærekraftig over tid.

I «Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten» innføres nye kompetansekrav for leger som skal gå legevakt (jamfør akuttmedisinforskriften § 7). Konsekvensene vil bli økt vaktbelastning for hver enkelt lege og høyere kostnad for kommunen, da flere leger må ha bakvakt på jobb.

Forslag til løsning

- Tilgjengelighet på kvalifiserte leger vil være den største utfordringen i årene som kommer. Kvalifiserte allmennleger er en knapp ressurs og kommunen må sørge for attraktive arbeidsbetingelser for fastleger, slik at leger kan rekrutteres og beholdes. Det må skapes rammer for et spennende og utviklende fagmiljø rundt allmenn- og akuttmedisin. Organiseringen av legetjenestene må i tillegg sørge for trygge rammer for legene.

- Det må ses på en fremtidig organisering av legetjenesten som ivaretar kommunens demografiske utfordringer, så vel som de økonomiske utfordringene kommunen møter i årene som kommer. Med en stadig økning i den eldre delen av befolkningen vil også legeressursene utfordres.

- Ny teknologi må tas i bruk, blant annet for å redusere utrykning av lege og sørge for at utrykning forbeholdes de situasjonene der det er absolutt påkrevet. Nye modeller for oppgavedeling/ overføring mellom lege, sykepleier og eventuelt andre yrkesgrupper som fysioterapeuter, må utredes for å frigjøre legeressurser.

Psykisk helse og rus

Sentrale og lokale mål

Regjeringen har som mål at flere skal oppleve god psykisk helse og trivsel, og at de sosiale forskjellene i psykisk helse skal reduseres. Samtidig vil de legge til rette for å fange opp de som trenger hjelp, og iverksette målrettede tiltak for den enkelte som er i en sårbar situasjon, før de kanskje utvikler lidelser. For de som utvikler psykiske lidelser, skal tjenestene være tilgjengelige, gode og koordinerte. Med denne strategien ønsker regjeringen også å synliggjøre betydningen av det helsefremmende og forebyggende arbeidet, som er en viktig del både i folkehelsearbeidet og kommunens psykiske helsetjenester. Også innen rusfeltet er de overordnede målene helhetlige, tilgjengelige og individuelt tilpassede tjenester. Målsettingen er god tilgang til oppfølging og behandling, deltakelse i arbeid/aktivitet, bedre livskvalitet, god bolig og et sosialt liv. Gjennom å innføre krav om psykologkompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, vil regjeringen bidra til en nødvendig kompetanseheving i kommunenes psykisk helse- og rustjenester og samtidig gi kommunene et viktig verktøy i folkehelsearbeidet. Indre Fosen ønsker å opprettholde dagens lavterskeltilbud der en kan henvise seg selv eller bli henvist via samarbeidende tjenester, for å møte behovene hos både unge og eldre i befolkningen. Tverrfaglighet og godt samarbeid, både internt i kommunen og med eksterne samarbeidsparter, vil gi innbyggerne et flerfaglig, helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

Utfordringsbilde

Flere forhold kan gi inntrykk av at forekomsten av psykiske lidelser i befolkningen øker, men de fleste studiene som har sammenliknet forekomsttall i befolkningen over tid, finner ingen slik økning. Med økende folketall vil likevel det absolutte antallet mennesker med psykiske lidelser øke. Det er samtidig flere som oppsøker hjelp og flere innbyggere enn tidligere har flere sykdommer samtidig. I tillegg skjer mer av behandlingen og oppfølgingen i kommunene og oppgavene for kommune-helsetjenesten blir dermed mer komplekse.
Folkehelseprofil 2019 for Indre Fosen peker på fire ulike områder der kommunen skårer dårligere enn Trøndelag og landet for øvrig; 1) andelen barn i trange boliger og i lavinntektshusholdninger, 2) andelen ungdomsskoleelever som oppgir at de daglig bruker mer enn fire timer på skjermaktiviteter utenom skoletiden, 3) andelen ungdomsskoleelever som opplever at de blir mobbet minst hver 14. dag og 4) andelen skoleelever som er fornøyd med lokalmiljøet.
Det har det siste året vært fokus på en urovekkende økning i bruk av illegale rusmidler i ungdomsmiljøet på Fosen. Fra nasjonalt hold meldes det om ukritisk bruk av rusmidler og dette er også gjeldende blant de unge i Indre Fosen. Det er en annen gruppe unge enn tidligere som ruser seg, det er ungdom over 18 år som går på skole og som gjør det bra. Tjenesten stadig mer opp mot mennesker med rusutfordringer.
Tjenesten opplever også en økt mengde henvisninger knyttet til livsutfordringer og livskriser og det er flere som benytter seg av tjenesten. Det er en økning i depresjon og angstlidelser, med størst økning hos yngre mennesker.

Forslag til løsning

- Kapasiteten i hjelpeapparatet må stå i forhold til utfordringene og kompetansen i tjenesten må til enhver tid speile behovet i befolkningen.
- Det må utvikles flere brukerstyrte løsninger og det må være fokus på sterk medvirkning ved utforming av tjenestetilbudet.
- Personer som står i fare for å utvikle et rusproblem og/eller en psykisk lidelse skal fanges opp og hjelpes tidlig. Psykisk helse og rus skal være en del av folkehelsearbeidet med fokus på så tidlig innsats som mulig.
- Det må rettes et større fokus mot psykisk helsetjeneste for eldre og mot rusutfordringer både hos unge og eldre.
- Behandling/oppfølging av psykisk helse kombinert med fysisk aktivitet er viktig. Fysisk trening er blant annet med på å bedre søvn, redusere stress, skape mestringsfølelse, gi et sosialt fellesskap, gi mer energi og påvirke humøret positivt.
- Målet er at så mange som mulig av innbyggere med psykisk helse og/eller ruslidelser skal bo i egen bolig. I enkelte tilfeller vil det være behov for å bo i omsorgsbolig med bemanning. Det er nødvendig å utrede dette tilbudet videre i Indre Fosen, både med tanke på lokasjon og organisering.

Barn og unge

Sentrale og lokale mål

Norge er et av verdens beste land å vokse opp i og regjeringens mål er at alle barn og unge, uansett bakgrunn, skal sikres gode oppvekst- og levekår. Barn og unge skal vokse opp i sikre, sunne og stimulerende omgivelser. Trygghet og omsorg i familie og nærmiljø og gode tilbud og tjenester i offentlig og frivillig regi står sentralt. Barn og ungdom skal ha muligheter for å utvikle seg og delta på egne premisser i samfunnet. Indre Fosen kommune ønsker å styrke barn og unges muligheter til å mestre livet gjennom å avdekke problemer tidlig, slik at de ikke utvikler seg videre og gjennom å gi de som strever rett hjelp til rett tid.

Helse- og omsorgssektorens tilbud til barn og unge omfatter pr i dag først og fremst helsestasjon og skolehelsetjeneste, psykisk helse og rus og barnevern.

Tilbudet i svangerskapsomsorgen, helsestasjon og skolehelsetjeneste har til primæroppgave å drive helsefremmende og forebyggende arbeid til gravide, sped- og småbarn, samt skolebarn i grunnskole og videregående skole. Helsestasjon har god oppslutning i befolkningen og helsesykepleier har ofte en relasjon til barnet og familien. Helsesykepleier er som regel godt kjent med forholdene og betingelsene omkring den enkelte familie, noe som har betydning for den helhetlige oppfølgingen.

Tilbudet i barneverntjenesten er organisert i den interkommunale tjenesten Fosen barneverntjeneste. Barneverntjenesten har pr i dag ansvar for å utrede og undersøke saker, hjelpetiltak i hjemmet, plassering av barn utenfor hjemmet og oppfølging av disse, godkjenning av fosterhjem og forebyggende arbeid. Ny barnevernreform trer i kraft 1.1.2022 og målet for reformen er at flere barn skal få rett hjelp til rett tid, blant annet gjennom forebygging og tidlig innsats, tilpasset hjelp til barn og familier der de bor, god rettssikkerhet og effektiv ressursbruk og oppgaveløsning. Det er varslet at det vil komme en ny barnevernlov samtidig med reformen. Det er ventet at loven kommer til å spesifisere blant annet at ansvaret for forebyggende tiltak først og fremst tilligger andre enheter i kommunen, mens barnevernet skal ha fokus på såkalt kjernebarnevern, det vil si saker der det er fare for omsorgssvikt og avvikende adferd.

Utfordringsbilde

De fleste barn og unge i Norge trives og har god psykisk helse. Undersøkelser av livskvalitet viser at det store flertallet er fornøyde med livene sine. Samtidig er det mange som får diagnostisert psykiske lidelser i løpet av barndom og ungdomstid, og for en del representerer det langvarige eller livslange tilstander. Angst, depresjon og atferdsproblemer er de hyppigst forekommende lidelsene i barne- og ungdomsårene. Det har i de senere år skjedd endringer i forhold til spesialisthelsetjenestens tilbud for barn og unge i Indre Fosen, blant annet ved endringer i driften av Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk (BUP) ved St. Olavs hospital. Lang reisevei til spesialister og andre tiltak medfører at mange velger bort, eller venter for lenge med å ta imot, behandling og oppfølging. I praksis ser kommunene at flere og flere barn og unge som er henvist til spesialisthelsetjenestene blir anbefalt videre oppfølging i kommunehelsetjenesten. Dersom dette blir normal praksis, forutsetter det at kommunen er rustet til å gi denne type oppfølging, gjennom at det tas høyde for at virksomheter som helsestasjon og skolehelsetjeneste, som tidligere har hatt hovedfokus på forebyggende og helsefremmende tjenester, også skal drive med andre typer oppgaver.

Barnevernreformen innebærer økt ansvar for kommunene, særlig på det forebyggende området, men også i forhold til andre oppgaver. Kommunene får et økt finansieringsansvar for barnevernstiltak, samt et helhetlig ansvar for oppfølging og veiledning av fosterhjem og forebyggende arbeid for barn og unge.

Forslag til løsning

- Organisering av tjenester for barn og unge skal vurderes. Eksempel på ny organisering kan være å opprette en helse- og familietjeneste, der svangerskapsomsorg, helsestasjon, skolehelsetjeneste, PPT, barnevern og ulike typer tiltak som kan støtte familien inngår. En alternativ, men liknende, organisering er Familiens hus. Familiens hus er et tverrfaglig kommunalt tilbud som skal ivareta psykisk og fysisk helse hos gravide, barn og ungdom. Kommunens primære helse- og velferdstilbud rettet mot barn, unge og deres familier samordnes, samlokaliseres og forankres lokalt. Målsettingen er at familiene skal møte en helhetlig og familiestøttende tjeneste i et og samme hus.

- Det er nødvendig å få på plass en ny modell for forebyggende arbeid. Indre Fosen har bestemt seg for å innføre samhandlingmodellen BTI, bedre tverrfaglig innsats og det søkes i 2020 om eksterne midler for å iverksette dette arbeidet. Kommunen skal i tillegg bli flinkere til å ta i bruk de verktøyene som allerede finnes, eksempelvis individuell plan (IP) for å bedre samarbeidet med og omkring hvert enkelt barn og barnets familie.

- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten må styrkes og videreutvikles ved å øke antall årsverk og ved å sørge for at ansattes kompetanse til enhver tid er tilpasset barn og unges behov for tjenester.

- Indre Fosen kommune skal fortsette å jobbe for styrking av foreldrerollen, blant annet gjennom tiltak som det foreldreveiledende programmet ICDP. Utsatte familier skal ha oppfølging i form av gode og tilgjengelige tjenester, men det er i tillegg viktig å ha økt fokus på at flest mulig skal hjelpes til å være selvhjulpne og ha minst mulig bistand fra kommunen.

- I forbindelse med den kommende barnevernreformen er det signalisert at det statlige tilskuddet til kjøp av plasser i barneverninstitusjoner blir fjernet og lagt inn i rammeoverføringene til kommunene fra staten. Dette kan gi betydelige økninger i kommunenes kostnader til kjøp av institusjonsplasser og det er derfor aktuelt å utrede muligheten for å etablere et interkommunalt tilbud på Fosen, i stedet for å kjøpe plasser i institusjoner andre steder i landet.

- Det skal innføres digitale løsninger, for eksempel for kontakt med innbyggerne, på flest mulig områder innenfor tjenesteområdet barn og unge.

NAV

Sentrale og lokale mål

De langsiktige og overordnede føringene for NAV er; flere i arbeid, bedre brukermøter og pålitelig forvaltning. NAV Indre Fosen har i tillegg egne overordnede målsetninger. NAV skal:

- jobbe for å få flere i arbeid og for økt inkludering. NAV skal i tillegg bidra til at flere kommer seg ut av stønad og inn i arbeid og selvforsørgelse.
- være med å bidra til at regjeringens inkluderingsdugnad lykkes, samt bidra til økt inkludering av utsatte grupper på arbeidsmarkedet.
- styrke kontakten mellom NAV og arbeidsgivere, for å bistå arbeidsgivere til å beholde og skaffe arbeid.
- ha fokus på samarbeid med andre aktører for å yte koordinerte tjenester til innbyggerne.
- bidra til bedre brukermøter preget av respekt, god service og brukermedvirkning.
- bidra til økt kompetanse og kunnskapsdeling på tvers.
- utøve pålitelig og effektiv forvaltning av ytelser og saksbehandling.

NAV Indre Fosen forvalter på vegne av Indre Fosen Kommune tjenester og ytelser etter «Lov om sosiale tjenester». Sosialtjenesteloven er samfunnets siste sikkerhetsnett og skal fange opp hjelpebehov som ikke ivaretas av andre ordninger. I samsvar med formålet i sosialtjenesteloven, skal tjenestene medvirke til å forebygge og redusere fattigdom, fremme sosial inkludering og et sterkere sosialt sikkerhetsnett. Mer konkretisert handler dette i hovedsak om følgende 5 punkter:

1. Personer som har et hjelpebehov skal kunne henvende seg til NAV for å få lagt frem sin sak, stille spørsmål, få informasjon og veiledning og eventuelt hjelp til å fylle ut søknad. Hvis behovet er akutt må behovet vurderes raskt, ofte samme dag.
2. Kommunen har etter sosialtjenesteloven et særlig ansvar for økonomisk rådgivning, dersom innbyggerne ber om det.
3. De sosiale tjenestene skal ivareta hjelpebehov som ikke ivaretas av andre ordninger. Helhetsperspektivet, familien, og særlig barna, skal tas spesielt hensyn til.
4. Sette, og følge opp vilkår om aktivitet (aktivitetsplikt) ved tildeling av økonomisk stønad til personer under 30 år. Formålet med aktivitetsplikten er å styrke den enkeltes muligheter for overgang til arbeid eller utdanning.
5. Kvalifiseringsprogrammet er en rettighet for personer som fyller vilkårene etter sosialtjenesteloven § 29. Det er en lovpålagt oppgave for kommunen å sikre at de som fyller vilkårene får tilbud om program.

NAV Indre Fosen følger opp mange ulike innbyggere, men har definert følgende fokusgrupper: unge under 30 år, mottagere av arbeidsavklaringspenger (AAP) og sykemeldte som ikke er i arbeidsforhold, innbyggere som har sosial stønad som viktigste inntektskilde, samt ikke-vestlige fremmedspråklige / flyktninger.

Utfordringsbilde

Reduksjon og innstramming i statlige ytelser øker presset på kommunale ytelser. Eksempelvis er arbeidsavklaringspenger for unge voksne redusert. I tillegg har det kommet nye retningslinjer for hvor lenge man kan motta arbeidsavklaringspenger. Dette har ført til at flere har behov for økonomisk sosialhjelp. Trangere budsjetter gir færre ansatte og større porteføljer. Det gir igjen utfordringer i forhold til prioriteringer, og det å yte forsvarlige og kvalitetsmessig gode tjenester til innbyggerne. I tillegg gir det utfordringer knyttet til å kunne jobbe mer forebyggende. Bedrifter i Indre Fosen har hatt vedvarende høyt sykefravær, i snitt for 2019 på 6 % i hele kommunen. NAV er en viktig samarbeidspartner både for å jobbe forebyggende, men også for å ha fokus på inkludering av utsatte grupper i samfunnet. Mange unge faller ut fra utdanning og skole. I fremtidens jobbmarked vil man ha svært få sjanser til arbeid uten formell utdanning eller kompetanse.

Forslag til løsning

- NAV-kontoret må få mandat til å bruke ressurser på tvers av styringslinjene (stat og kommune) ut fra hvilke arbeidsoppgaver som søkes løst. Ressurser som NAV har tilgjengelig må omdisponeres ved behov. Digitale verktøy for å lette arbeidsmengde skal tas i bruk.

- De sårbare gruppene som mottar blant annet arbeidsavklaringspenger skal prioriteres og motta kvalitetsmessig god oppfølging med mål om å bli selvforsørget gjennom arbeid og aktivitet i løpet av perioden de har rettigheter til arbeidsavklaringspenger.

- NAV kontoret skal jobbe for å opprettholde sin kompetanse og sitt samarbeid med næringslivet gjennom å ha dedikerte ansatte som jobber innenfor markedsarbeid og sykefraværsoppfølging. NAV må være en kompetent bidragsyter til bedrifter og innbyggere.

- NAV må ha kompetanse og ressurser til å avklare og bruke blant annet arbeidsmarkedstiltak for å kvalifisere brukerne i tråd med etterspørselen i arbeidsmarkedet.

4.5 Omsorgstjenestene

Demens

Sentrale og lokale mål

«Demensplan 2020» (Helse- og omsorgsdepartementet) er regjeringens plan og tiltak for å bedre det kommunale helse- og omsorgstjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. Målet er å skape et samfunn som tar vare på og integrerer personer med demens i fellesskapet. Indre Fosen kommune vedtok i 2019 fagplanen «Demensplan 2019-2021». Indre Fosens demensomsorg skal være helhetlig og sammenhengende og personer med demens og deres pårørende skal oppleve forutsigbarhet og trygghet i møte med tjenesteapparatet.

Utfordringsbilde

Indre Fosen kommune har 10 000 innbyggere og pr. mars 2019 var 100 av disse innbyggerne registrert med demens. I tråd med demografisk utvikling er det stor sannsynlighet for at dette tallet vil øke. Kommunen har et eget hukommelsesteam bestående av to sykepleiere og en ergoterapeut. Det er også lege tilknyttet teamet. Hukommelsesteamet jobber med diagnostisering og oppfølging av personer med demens og deres pårørende etter diagnose. Det har de siste årene vært stor pågang på hukommelsesteamet og på grunn av svært mange nye henvisninger, har ikke teamet alltid hatt kapasitet til å følge opp tidligere pasienter etter de nasjonale retningslinjene. Personer med demens har behov for tilrettelagte boliger og det er estimert at omtrent 80 % av dagens pasienter i norske sykehjem har en demenslidelse. Indre Fosen kommune har pr i dag tilrettelagte boliger i Leksvik, Stadsbygd, Rissa og Råkvåg, men det vil være behov for å øke antall tilrettelagte boliger i årene som kommer.

Kommunen har i mange år hatt dagtilbud for hjemmeboende personer med demens, lokalisert i Leksvik og i Rissa. Det er sterkt behov for å fortsette med dette tilbudet, men det må gjennomføres en helhetlig vurdering, både i forhold til kapasitet/antall plasser, lokasjon og lokaler, samt skyssordning.

Bortsett fra dagsentertilbud er det i Indre Fosen kommune i liten grad tilbud som er tilrettelagt for innbyggere med demens. Det er behov for sentrumsnære tilbud for personer med demens og deres pårørende, der aktiviteter som kinobesøk, tur på biblioteket, tilrettelagt trening mv. kan stå i fokus.

Forslag til løsning

- Utvide kommunens dagtilbud for hjemmeboende personer med demens. Utrede organiseringen av tilbudet.

- Fortsette å øke ansattes kompetanse på demens.
- Tilpasse kapasiteten for tjenestetilbudet med fremtidig behov.
- Jobbe videre med lavterskeltilbud som aktivitetsvenn og støttekontakt, brukerskole, pårørendeskole og samtalegruppe for pårørende.
- Samarbeide med frivilligheten, lag og foreninger om aktivitetstilbud.
- Ta i bruk velferdsteknologiske løsninger.

Mat og måltider

Sentrale og lokale mål

Gode måltider er en av hverdagens viktigste begivenheter. Mat og måltider er derfor ett av hovedområdene for reformen «Leve hele livet», kvalitetsreformen for eldre som presenteres i Stortingsmelding 15. «Leve hele livet» er en reform for større matglede. God mat er grunnleggende for god helse og livskvalitet hele livet. Målet er å skape gode måltidsopplevelser og redusere underernæring. Eldre skal få næringsrik mat som både ser god ut, dufter godt og smaker godt. Maten skal være tilpasset den enkeltes behov og serveres i en hyggelig ramme. Mange eldre mener at gode måltider er en av hverdagens viktigste begivenheter. Eldre bør få større mulighet til å velge hva de vil spise, og når de vil spise og dele et godt måltid med andre. Slik skal eldre få mulighet til å leve livet – hele livet.

Utfordringsbilde

Mat og måltider blant eldre har i de senere årene blitt satt på dagsorden i Norge. Likevel ser det ut til å være et stort gap mellom anbefalt praksis og utøvet praksis i tjenestene. Mange eldre er feil- eller underernært og langt fra alle eldre får ivaretatt sitt grunnleggende behov for mat, ernæring og gode måltidsopplevelser.

Oppsummert er hovedutfordringene i Norge:
- Manglende systematisk oppfølging
- Manglende sosialt fellesskap og lite vektlegging av måltidsomgivelsene
- Få måltider og lang nattfaste
- Lite mangfold og valgfrihet
- Lang avstand mellom produksjon og servering

Indre Fosen er en relativt liten kommune, med forholdsvis god oversikt og kjennskap til brukergruppen. Kommunen har få og ganske små institusjoner og det er i tillegg systematisk oppfølging av ernæringsstatus hos den enkelte bruker. Det er i dag kjøkken i Leksvik, Rissa og Råkvåg og denne korte avstanden mellom produksjon og servering gir muligheter til å tilpasse løsninger til hver enkelt bruker, blant annet ved at man får mat når man er sulten og ikke kun ved fastsatte måltider. Det er derfor svært sjeldent at noen blir underernært i institusjon.

Underernæring er en større utfordring for eldre hjemmeboende og det er nødvendig med en tettere oppfølging i forhold til denne gruppen i årene som kommer.

Forslag til løsning

- Det er viktig å tilpasse tilbudet til behov og ønsker for de generasjonene med eldre som kommer, spesielt med tanke på hva de spiser og tidspunkt for måltidene. Det er eksempelvis færre eldre i dag som er vant med at tidspunkt for middag er kl. 13.

- Selv om det er god dialog mellom kjøkken og øvrige ansatte i helse- og omsorg, må det fortsatt jobbes systematisk for å skape gode mat- og måltidsopplevelser for den enkelte bruker. Det er viktig at maten presenteres for brukerne på en slik måte at det bidrar til det gode måltidet.

- Indre Fosen kommune har signert "Trøndersk matmanifest" og vedtatt en egen matstrategi. Dette må implementeres og følges opp i videre arbeid med mat og måltider i kommunen, der målet er å være nyskapende og god på mat, å tilby valgfrihet og variasjon for brukerne, samt å fokusere på matsvinn.

- Kompetansen på kommunens kjøkken er pr i dag tilfredsstillende, men det er viktig at det jobbes videre med dette i årene som kommer, ettersom en økt andel eldre innbyggere og utbygging av helse- og omsorgstjenestene i kommunen også innebærer økt behov for kapasitet i forhold til mat og måltider.

Selvstendighet og trygghet i egen bolig

Sentrale og lokale mål

Indre Fosen kommune har et overordnet mål om alle skal kunne bo hjemme så lenge som mulig. Et slikt mål forutsetter trygge rammer i egen bolig og at innbyggerne får den hjelpen som trengs for å være selvstendig og mestre hverdagslige gjøremål, også når de blir eldre. Den tradisjonelle tankegangen om passive mottakere av tjenester når behovet oppstår, må endres til aktive deltakere i egen alderdom. Tjenestene må da bli mer helse-fremmende, forebyggende og rehabiliterende. Når kommunen får flere eldre, må hver enkelt også selv bidra til god helse og en trygg hverdag hjemme. Indre Fosen kommune skal bistå med veiledning og tiltak som øker tryggheten i egen bolig. Det kan være alt fra råd til brannsikring, treningsveiledning, enkle hjelpemidler og velferdsteknologi.

Utfordringsbildet

Den store økningen i behovet for omsorgstjenester vil føre til en knapphet på ansatte med helsefaglig bakgrunn. Samtidig ser man at for eksempel sykepleiere i dag i enkelte virksomheter utfører oppgaver som i praksis kunne vært gjort av andre. I løpet av det neste tiåret må det forventes at ufaglærte eller frivillige med opplæring og et ønske om å gjøre noe for andre får en større rolle i omsorgsarbeidet, spesielt knyttet til tjenester på trinn 1 i omsorgstrappa. Dette kan for eksempel være Frivilligsentralen, ungdomsskoleelever med valgfaget "Innsats for andre" eller frivillige organisasjoner.
Forebyggende hjemmebesøk kan gi eldre mulighet til å leve et aktivt og selvstendig liv også når helsen blir redusert. Ett tiltak som kan bidra til å oppfylle kommunens ansvar for det forebyggende helse- og omsorgsarbeidet, og som kan bidra til økt mestring i eget liv, kan være systematiske forebyggende hjemmebesøk i kommunene. Hjemmerehabilitering med fysioterapeuter i samarbeid med hjemmetjenesten og ergoterapitjenesten kan bidra til en betydelig reduksjon av tjenestebehov.

Forslag til løsning

Digitale hjemmekonsultasjoner med video og skjermdeling på innbyggernes TV vurderes på sikt, for å kunne tilfredsstille antallet konsultasjoner som må gjennomføres årlig.

Det legges til rette for at folk kan bo i eget eiet eller leiet hjem. Ergoterapitjenesten kan bidra gjennom å gjøre kartlegginger i hjemmet til brukerne, og veilede dersom det er behov for ombygging av boligen. For personer med utfordringer knyttet til psykisk helse og/eller rus, kan individuelt tilpasset bistand fra psykisk helse og rus bidra til bedret boevne.

Eksempler på tiltak som kan utføres av andre enn helsefaglig personell, men som vil utgjøre viktige bidrag for å bo lengst mulig i egen bolig:

- Besøksvenn
- Matombringing
- Handlehjelp
- Snømåking og strøing av gårdsplass om vinteren
- Støttekontakt

Hjemmetjenesten

Tjenester i hjemmet er helsehjelp og/eller annen type bistand som gis hjemme hos brukeren, uavhengig av hvor og i hvilken type bolig brukeren bor i. Kommunen vurderer etter søknad fra innbygger hjelpebehovet hos den enkelte, og i samarbeid med søker selv og/eller pårørende, tildeles tjenester etter behov.

Sentrale og lokale mål

Politiske føringer tilsier at eldre skal ha mulighet til å bo hjemme lengst mulig, uansett hjelpebehov. Målet er at tjenestene skal bidra til at flere kan bo hjemme lengre og brukerens behov skal være styrende.

Utfordringsbilde

Dagens brukere av hjemmetjenesten har ofte flere sykdommer og sammensatt tjeneste-behov. Sykehusoppholdene blir i tillegg stadig kortere og flere behandles ved dagkirurgi. En stadig større del av behandlingen startes og videreføres i kommunen. Medarbeiderne må både håndtere komplekse sykdomsbilder og bidra til at brukerne får muligheten til å fungere i hverdagen.

I og med at flere eldre skal bo hjemme, vil det være flere som velger å bo hjemme i boliger som ikke er tilrettelagt for pleie- og omsorgsformål. Geografien i Indre Fosen er også utfordrende, ettersom det er store avstander internt i kommunen. Et voksende antall eldre vil medføre økende behov for ressurser og kompetanseheving, og det vil i tillegg til økende hjelpebehov hos eldre være flere brukere under 67 år med behov for hjemmetjenester.

Prosjektet «Aktivitetsbasert arbeidstidsplanlegging og ressursstyring» som ble gjennomført i hjemmesykepleien høsten 2019, viser at det er behov for å sikre bedre samsvar mellom kapasitet og ressursbehov gjennom døgnet. Det er i tillegg behov for å se nærmere på oppgavefordelingen mellom sykepleiere og fagarbeidere, samt å harmonisere tjeneste-tilbudet mellom sonene i hjemmesykepleien.

Forslag til løsning

- Kapasiteten og kompetansen i hjemmetjenesten må bygges ut i takt med økende etterspørsel etter tjenester.
- Forebyggende tiltak som ambulerende helsestasjon for eldre, forebyggende hjemmebesøk, treningsgrupper/arenaer og sosiale møteplasser med ulikt innhold, må etableres og bygges ut.

- Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering som arbeidsmetode skal videreutvikles og skal være førende for tjenesteyting i hjemmetjenesten.
- Velferdsteknologi og digitale løsninger skal tas i bruk i størst mulig grad.
- Samarbeid med frivillige og pårørende er et viktig element som må benyttes i større grad i framtidens hjemmetjenester.
- Prosjektet «Aktivitetsstyrt arbeidstidsplanlegging og ressursstyring» skal følges opp ved å se på organiseringen av hjemmetjenestene.

Funksjonshemming

Sentrale og lokale mål

I NOU 2016:17 «På lik linje – åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming» foreslår regjeringen følgende åtte løft som nødvendige for at utviklingshemmede skal få oppfylt sine menneskerettigheter på lik linje med andre: 1) selvbestemmelse og rettssikkerhet, 2) likeverdig og inkluderende opplæring, 3) arbeid for alle, 4) god helse og omsorg, 5) eget hjem, 6) kompetanse og kunnskap, 7)koordinerte tjenester og 8)målrettet styring. Hvert av de åtte løftene inneholder flere anbefalte tiltak som sammen skal bidra til bedring. Indre Fosen kommune har fokus på disse anbefalingene i arbeidet med å sikre gode helse- og omsorgstjenester til innbyggere med funksjonshemming.

Utfordringsbilde

De fleste psykisk utviklingshemmede i kommunen bor i omsorgsboliger med vedtaksfestet heldøgns bemanning. I Rissa er alle disse boligene av nyere standard og ligger i sentrum. Den største utfordringen i Rissa er avlastningstilbudet for barn og unge, som pr i dag ikke har egnet bygningsmasse og der kapasiteten i tillegg er sprengt. I Leksvik ligger den ene avdelingen med boliger i sentrum. Den har bra utforming, men er langt fra optimal med tanke på universell utforming og i tillegg er den 20 år gammel. Den andre avdelingen med boliger ligger 3 km unna sentrum, er over 40 år gammel og er i dårlig stand. Avlastning i Leksvik ytes pr i dag i en kommunal bolig som ikke er tilpasset formålet.

Det bor pr i dag langt flere eldre utviklingshemmede i Leksvik enn i Rissa og de fleste av de yngre brukerne i tjenesten bor i Rissa. Ved utbedring av bygningsmasse, eventuelle nybygg, og ved planlegging av tjenestens organisering lenger frem i tid, er det viktig at denne utviklingen blir hensyntatt og vurdert. En av hovedutfordringene i tjenesten i dag er å skaffe tilstrekkelig kompetanse, samt å dekke bemanningsbehovet på helg. Det er få kvalifiserte søkere til utlyste stillinger, både når det gjelder stillinger med krav om bachelor-kompetanse og fagarbeiderkompetanse. Arbeids- og aktivitetstilbudet for funksjons-hemmede i Indre Fosen kommune er pr i dag ikke tilfredsstillende. Kommunen drifter dagsenter i Leksvik og aktivitetssenter i Rissa. I tillegg kjøpes det enkelte plasser av

kommunens vekstbedrift. Det sikres ikke i tilstrekkelig grad at alle får et likeverdig arbeids- og aktivitetstilbud.

I forbindelse med tilsyn fra Fylkesmannen høsten 2019, ble det påpekt at Indre Fosen kommune må jobbe systematisk for å sikre at personer over 18 år med utviklingshemming får forsvarlige omsorgstjenester. Dette handler blant annet om hvordan systemnivået for tjenestene er organisert for å sikre god tjenestekvalitet og lovpålagt medvirkning. Videre må kommunen sikre at brukere med samme behov tilbys samme tjenestenivå, uavhengig av hvor i kommunen vedkommende bor.

Forslag til løsning

- Det må lages en plan for utbedring av bygningsmassen, både på kort og lang sikt. Framskriving i forhold til brukergruppen skal legges til grunn for utbedringen. Absolutt førsteprioritet er avlastningsbolig for barn og unge.
- Det må jobbes systematisk, både kort- og langsiktig, for å sikre rekruttering av kompetanse til tjenesten, og for å bygge bærekraftig fagmiljø.
- Det må legges til rette for at innbyggere med funksjonshemming skal ha like muligheter for arbeids- og aktivitetstilbud.

Habilitering og rehabilitering

Habilitering og rehabilitering er definert som tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om 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. Definisjonen er felles for habilitering og rehabilitering. Forskjellene mellom disse to begrepene kommer primært til uttrykk i de utøvende tjenestene, hvor det først og fremst skilles mellom målgrupper. Brukere og pasienter med behov for habilitering er barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelser. Rehabilitering er vanligvis rettet mot tilstander som er ervervet eller har oppstått senere i livet. Fysioterapi- og ergoterapitjenesten er sentral i kommunens tilbud for habilitering og rehabilitering.

Sentrale og lokale mål

Kapasitet, faglig bredde, kompetanse og kvalitet i tjenestene skal være i samsvar med behovet i befolkningen. Helhetlige tilbud til personer med behov for koordinerte tjenester skal sikres via samarbeid på tvers av fag, nivåer og sektorer. Indre Fosen har som målsetning at alle som har behov for det skal få oppfylt retten til individuell plan og bli tilbudt koordinator.

Utfordringsbilde

Flere overlever alvorlig sykdom, og flere får kroniske, livsstilsrelaterte sykdommer. Mange lever derfor lenge med sykdom og redusert funksjonsnivå eller sansetap av ulik grad. En stor andel av disse har flere sykdommer og funksjonsnedsettelser samtidig. Andelen yngre mennesker som trenger kommunale omsorgstjenester har vært jevnt økende. Mange brukere trenger tilbud for å lære å mestre livet med sykdom og funksjonsnedsettelse, og en koordinert og langvarig oppfølging for å bevare best mulig funksjon og livskvalitet i tråd med egne mål. Mer enn før trengs et mangfold av tjenestetilbud, faglige tilnærminger og boformer, der den enkeltes individuelle behov avgjør tilbudet. Det er behov for en mer proaktiv tilnærming fra tjenestene, mer teamarbeid og mer systematikk i oppfølgingen. Samhandlingsreformen har medført raskere utskrivning fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Disse endringene stiller nye krav til helse- og omsorgstjenesten og skaper behov for omstilling og tjenesteutvikling.

Utfordringene i dagens tilbud er knyttet til svikt i brukermedvirkning, svikt i samhandling og Koordinering, enten internt på samme nivå eller mellom nivåene, svikt i kapasitet og/eller svikt i faglig kvalitet, arbeidsform og/eller organisering.

Forslag til løsning

- Tilrettelegging av boliger og omgivelser og bruk av ny velferdsteknologi som vil gi folk mulighet til å klare hverdagslivet lenger uten bistand fra helse og omsorgstjenesten. Boliger og omgivelser må gjøres funksjons- og aldersvennlige gjennom universell utforming.

- Utstrakt bruk av digitale løsninger og digital interaksjon, både i møtet med pasienter og i samhandlingen helse- og omsorgstjenestene imellom.

- Se på muligheten til nye tiltak, som for eksempel at pasienter som blir sykmeldt kan få «grønn resept/trening på resept» utlevert av legen og deretter blir videresendt til fysioterapitjenesten. Pasienten vil da få førstegangskonsultasjon hos fysioterapeut som vurderer om pasienten skal utføre egen trening, ha nødvendig og tett oppfølging, delta i behandlingsgruppe eller forebyggende gruppetrening.

- Utvikle nye rutiner med langt større fokus på rehabilitering for eldre som har heldøgns omsorgstjenester i kommunen. Dette er særlig viktig for korttidsplassene på sykehjem. Det bør innføres koordinerte møter/team rundt hver pasient for felles kartlegging av pasientens behov, med fokus på rehabilitering og trening.

- Vurdere kommunens totale kapasitet og organisering av fysioterapeuter og ergoterapeuter. Når kommunen skal utvikle pleie- og omsorgstilbudet for eldre i årene som kommer, er det viktig å også inkludere ergoterapitjenesten, fysioterapitjenesten og ressurser til hjelpemiddeltekniker, ettersom det er nødvendig å sikre innbyggerne et helhetlig tilbud.

Heldøgns omsorg

I følge helse- og omsorgstjenesteloven skal kommunen tilby opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester dersom dette etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Det er opp til hver enkelt kommune hvordan man organiserer tilbud om heldøgns omsorg, men det er enkelte tilfeller som juridisk sett stiller krav om institusjon/sykehjemsplass. Ett eksempel er pasienter som motsetter seg nødvendig helsehjelp. I følge pasient- og brukerrettighetsloven kan pasienter legges inn ved helseinstitusjon og holdes tilbake der dersom det er nødvendig for å få gjennomført helsehjelpen, men slik type tvang kan kun gjennomføres i institusjon/sykehjem. Juridisk sett regnes omsorgsboliger med eller uten heldøgns omsorg som brukerens eget hjem, mens sykehjem er en institusjonsplass eid av kommunen.

Nasjonale trender viser at antallet institusjonsplasser bygges ned til fordel for omsorgsboliger med og uten heldøgns bemanning. Samtidig vil levealderen øke, tjenestene i hjemmet vil bygges ut og det vil bli lagt større vekt på mestring og at eldre skal oppleve det trygt å bo i egen bolig.

Utfordringsbilde

Indre Fosen har pr i dag mange ulike tilbud innenfor begrepet heldøgns omsorg: Leksvik sykehjem, Rissa sykehjem, Råkvåg aldershjem og Stadsbygd eldresenter. Når Stadsbygd omsorgssenter står klart sommeren 2020, blir det sistnevnte omdefinert til heldøgns omsorgsboliger. De ulike benevnelsene kan lett føre til forvirring i forhold til hvilket tilbud man får i de ulike virksomhetene.

I årene etter kommunesammenslåingen har helse- og omsorgstjenesten mottatt flere klager på hvor tjenestene tilbys. Det er ofte et ønske fra brukerne selv og fra de pårørende om å få tjenestetilbud på den plassen de bor. Det er allerede i dag et stort press på kommunens institusjoner og det er stort sett fullt belegg. Sykehjemmene har et visst antall korttidsplasser, som er tidsbegrensede plasser som skal brukes til for eksempel rehabilitering og opptrening for å få tilbake funksjonsevne, eller kartlegging av funksjonsnivå etter sykdom eller skade. Det er pr i dag vanskelig å få brukt korttidsplassene på riktig måte, ettersom behovet for langtidsplasser er så stort. Mangelen på omsorgsboliger, både med og uten heldøgns bemanning, særlig i Rissa, fører til at mange eldre blir boende i institusjon, selv om de i utgangspunktet kunne klart seg med et lavere pleie- og omsorgsnivå. Det er pr i dag en utfordring for virksomhetene å skaffe nok folk og å skaffe nok og riktig kompetanse. Dette gjelder særlig sykepleiere, men det er også vanskelig å skaffe nok helsefagarbeidere.

Forslag til løsning

- Kommunen må velge organisasjonsmodell for heldøgns omsorgstjenester og samtidig rydde i begrepsbruken. Dette gir et bedre utgangspunkt for å tilby likeverdige tjenester for innbyggerne der de bor.

- Kapasiteten på tjenestetilbudet innenfor heldøgns omsorg må bygges ut i henhold til valgt modell. Heldøgnstilbudet må ses i sammenheng med andre botilbud for eldre i kommunen.

- Overordnet målsetting er at innbyggerne skal bo hjemme, i egen bolig, så lenge som mulig. For å oppnå dette må kommunens tilbud om korttidsplasser driftes på en måte som bidrar til at folk bor lengst mulig hjemme. Dette innebærer blant annet at ansatte skal ha fullt fokus på rehabilitering, egenomsorg og mestring hos den enkelte bruker/pasient, slik at man unngår institusjonalisering og at kommunen «tar over» ansvaret.

- Det skal jobbes aktivt for å rekruttere og beholde ansatte. Dette omfatter tiltak som kompetanseheving, være konkurransedyktige på lønn og arbeidsvilkår, tilby tilstrekkelig med veiledning/opplæring og mentorordninger mv. I årene som kommer blir det knapphet på fagfolk og kompetanse i helse- og omsorgstjenestene og da er det viktig at kommunen organiserer den kompetansen og de fagressursene man innehar på en optimal måte.

- Velferdsteknologi og digitale løsninger skal tas i bruk i så stor grad som mulig i årene som kommer.

- Pårørende og frivillige er en stadig viktigere ressurs og det må jobbes for at denne ressursen skal bli satt mer i system, for eksempel i form av eksisterende lokale lag og foreninger. Kommunen bør i tillegg se på muligheten for å etablere en frivilligkoordinator, som har helse og omsorg som arbeidsfelt og som skal jobbe i nært samarbeid med frivilligsentralene og alle frivillige, med eller uten tilhørighet til lag og foreninger.

4.6 Kompetanse og rekruttering

Å rekruttere ansatte med nødvendig kompetanse og videreutvikle kompetansen hos egne medarbeidere vil, foruten økonomi, være en av kommunens største utfordringer i helse og omsorg de neste 10 årene. Behovet for antall ansatte øker radikalt i takt med befolkningsutviklingen samtidig som krav til behandling, rehabilitering og habilitering av stadig mer kompliserte tilstander krever mer spesialisert kunnskap. I samme 10 årsperiode vil mange ansatte gå av med pensjon. Man er nå inne i en tid hvor sykdomsbildet hos brukere av helse- og omsorgstjenester utvikler seg betydelig, noe som gir behov for mer spesialisert kompetanse.

Hva som kreves av grunnleggende ferdigheter og kompetanse, uavhengig av fag, endrer seg også raskt. Det er umulig å si eksakt hvilken kompetanse det er behov for om 10 år. Dette gjelder spesielt digital kompetanse og evne til å bruke digitale verktøy av ulik art. Det er ikke gjort reelle målinger av den digitale modenheten i helse og omsorg, men et betydelig antall ansatte opplever en del av de digitale verktøyene som krevende og klarer ikke å utnytte potensialet i disse. Det fremstår derfor et tydelig behov for grunnleggende kompetanseheving på digitalisering og bruk av digitale verktøy.

Å lykkes med rekruttering av riktig kompetanse krever målrettet og strukturert innsats. I tillegg til å lykkes med rekruttering av nye ansatte, er det også viktig å beholde eksisterende medarbeidere og videreutvikle deres kompetanse i tråd med kommunens behov. Indre Fosen kommune helse og omsorg har i dag ingen egen kompetanse-, eller rekrutteringsplan. Dette vil være et viktig verktøy som skal prioriteres i løpet av kort tid. Samtidig er det viktig å erkjenne at arbeid med gode rekrutterings- og kompetansetiltak koster. Dersom kommunen er villig til å investere i dette nå, vil det imidlertid gi rikelig avkastning i et 10-årsperspektiv.

De tjenestene som vil få størst utfordringer med rekruttering vil være hjemmetjenesten og sykehjem/institusjon. I dag bemannes disse tjenestene av 184 faste årsverk helsefagarbeidere og sykepleiere. Framskrivingene gjort i kapittel 4, viser at dersom kommunen viderefører dagens struktur og dimensjonering av hjemmetjeneste og sykehjem, og skal tilby de samme tjenestene i 2030, vil dette kreve 111 nye årsverk med helsefagarbeidere og sykepleiere. Ettersom bare et mindretall jobber heltid i disse tjenestene, vil dette i praksis bety et behov for å tilsette ca. 140 nye ansatte. Dette kommer i tillegg til ansatte som naturlig går av med pensjon eller sier opp sin stilling av andre årsaker. Bare i hjemmetjenesten og sykehjemmene er det 25 sykepleiere og 43 helsefagarbeidere som kan gå av med alderspensjon de 10 neste årene. Dersom det ikke gjøres betydelige endringer i måten pleie- og omsorgstjenestene leveres på, vil det altså være behov for å rekruttere et svært høyt antall nyansatte de neste 10 – 20 årene.

2020	2025	2030	2035	2040
184	221	295	337	355

Indre Fosen kommune er ikke alene om å få utfordringer med rekruttering i årene fremover. Beregninger fra SSB viser at samlet antall ansatte i helse og omsorgssektoren i Norge må øke fra 310.000 i 2020 til 600-800.000 i 2060. Det innebærer i så fall at hver fjerde nordmann må jobbe med helse og omsorg. Allerede i 2035 vil det med dagens utdanningstakt og tjenestestruktur mangle 18.000 helsefagarbeidere og 28.000 sykepleiere.

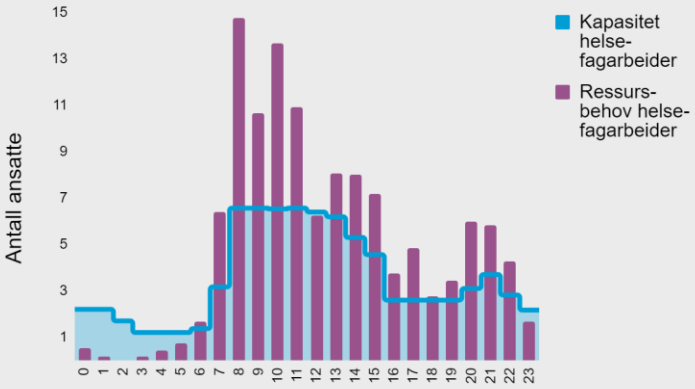
Samtidig ser dessverre interessen for å jobbe i helsesektoren ut til å dale. I 2019 gikk antall søkere på helsefaglige bachelorutdanninger ned med 4,8%, altså 1880 færre søkere. Nedgangen var størst på sykepleierstudiet som hadde 2948 færre søkere enn året før, en nedgang på 18,7%. Undersøkelser blant avgangsstudenter viser også at det er få sykepleierstudenter som ønsker å jobbe i kommunal eldreomsorg. I 2017 svarte bare 21% av studentene at de kunne tenke seg å jobbe i sykehjem eller hjemmesykepleie.

Selv om det på ingen måte løser utfordringen med rekruttering de neste ti årene, finnes det enkelte muligheter innenfor dagens bemanning. I prosjektet «Aktivitetsbasert arbeidstidsplanlegging og ressursstyring» (2019/2020) undersøkte kommunen i samarbeid med PwC blant annet i hvilken grad turnus og tjenestens kapasitet er tilpasset brukernes reelle behov. Et av funnene i rapporten er at flere av oppgavene som i dag utføres av sykepleiere, kan ivaretas av helsefagarbeidere. Når aktivitetene i hjemmetjenesten sorteres ut fra hva som *må* utføres av sykepleiere og hva som *kan* utføres av helsefagarbeidere, ser man at det faktisk er en teoretisk overkapasitet av sykepleiere. Det betyr ikke at det er for mange ansatte i tjenesten eller at sykepleierne har lite å gjøre. Det betyr imidlertid at det må gjennomføres en god og strukturert prosess for rolle- og ansvarsbeskrivelser, slik at man sikrer optimal bruk av ansattressursen.

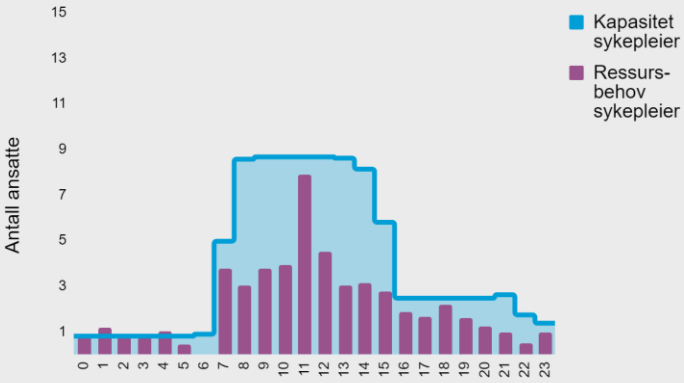
Forslag til løsning

- Det utarbeides en egen rekrutterings- og kompetanseplan for helse og omsorg. Planen må inkludere en detaljert oversikt over hvilken kompetanse kommunen vil ha behov for i helse og omsorgstjenestene frem mot 2030.
  Planen må inkludere tiltak for hvordan kommunen skal utvikle nødvendig kompetanse internt, hvordan dagens medarbeidere skal beholdes lengst mulig og hvordan kommunen skal lykkes med å rekruttere nye medarbeidere.

Ressursbehov målt mot kapasitet for **helsefagarbeidere** gjennom døgnet på for Rissa og Leksvik sone samlet



Ressursbehov målt mot kapasitet for **sykepleiere** gjennom døgnet på for Rissa og Leksvik sone samlet



4.7 Heltidskultur

I perioden 13.12.2019 - 02.02.2020 ble det gjennomført en spørreundersøkelse om heltid/deltid blant alle ansatte i helse og omsorg. Fordelt på alle virksomhetene kom det inn 327 svar, noe som anses som et tilstrekkelig antall svar til at disse er representative for holdningene i tjenesten samlet.

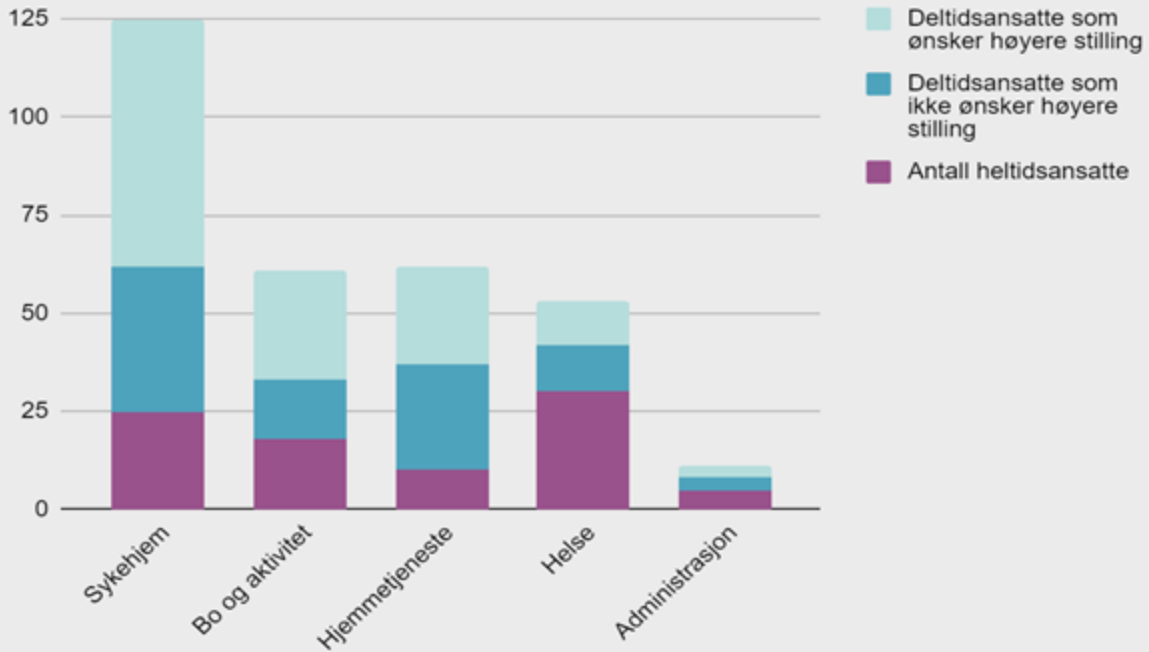
68% av de ansatte har i dag fast deltidsstilling. Bare et fåtall ansatte i omsorgstjenestene har full stilling. Blant ansatte i sykehjem har 19,8% full stilling, bo og aktivitet 26,9% og hjemmetjenester 15,9%. Alle som jobber deltid ønsker imidlertid ikke høyere stillingsprosent eller full stilling fast. Totalt oppgir 134 ansatte i helse og omsorgstjenestene at de ønsker høyere stillingsprosent enn de har i dag. Dette utgjør 58% av de som har deltidsstillinger. Samtidig ønsker kun hver tredje person av disse fast heltid. Mange ønsker en fast stilling på rundt 80%. Skulle alle ansatte få innvilget sine ønsker om stillingsprosent ville det krevd en samlet bemanningsøkning på om lag 17%. Dette anses urealistisk på kort sikt, så dersom andelen uønsket deltid skal reduseres, må det jobbes med andre tiltak.

De fleste ansatte er villige til å gjøre ulike endringer for å oppnå økt stillingsprosent. En endring til fast turnus med arbeid annenhver helg ville løst deltidsutfordringen, men som forventet er det svært få som ønsker å jobbe oftere helg. 30% er villige til å ta videreutdanning, mens 27% ønsker å prøve andre turnusordninger som langvakter eller oljeturnus.

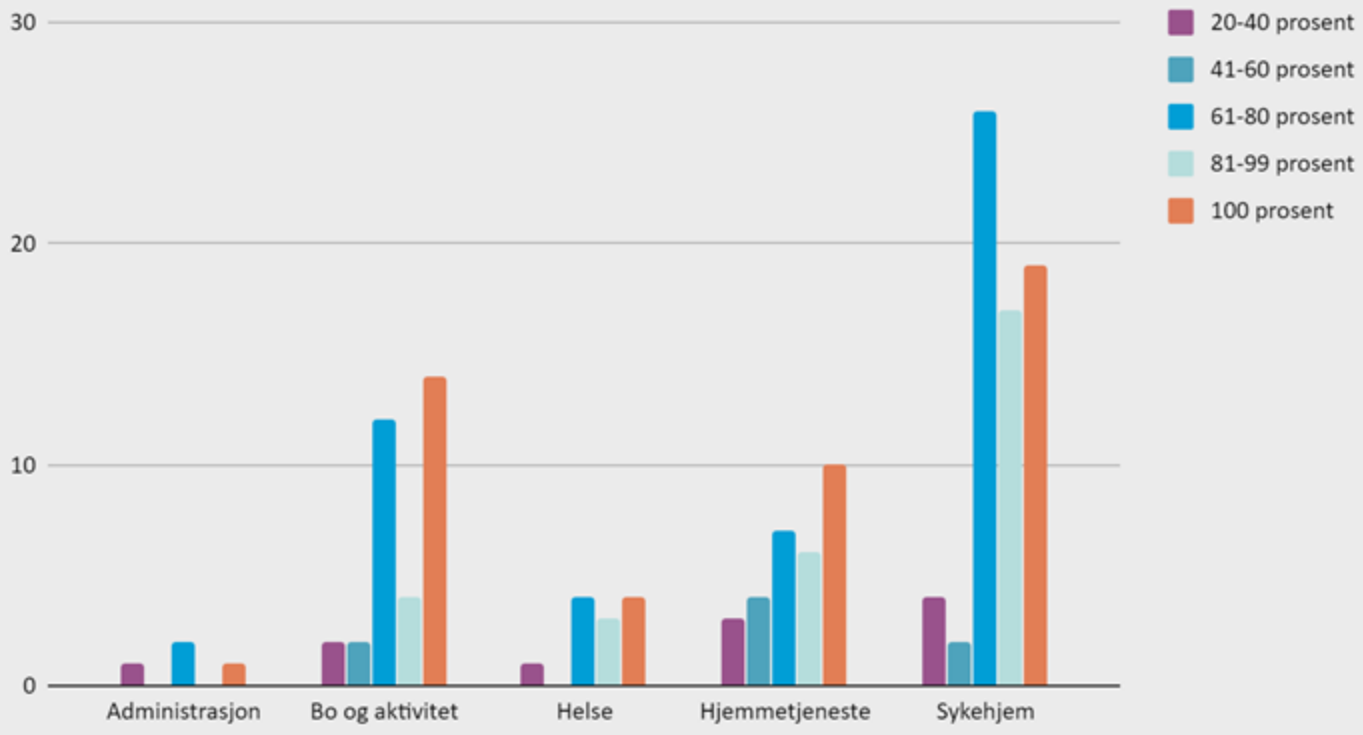
Forslag til løsning

- Etablering og bruk av vikarpool som alternativ til innleie ved sykefravær
- Alternative turnusordninger
- Større frivillig bruk av langvakter
- Større bruk av kombinasjonsstillinger.

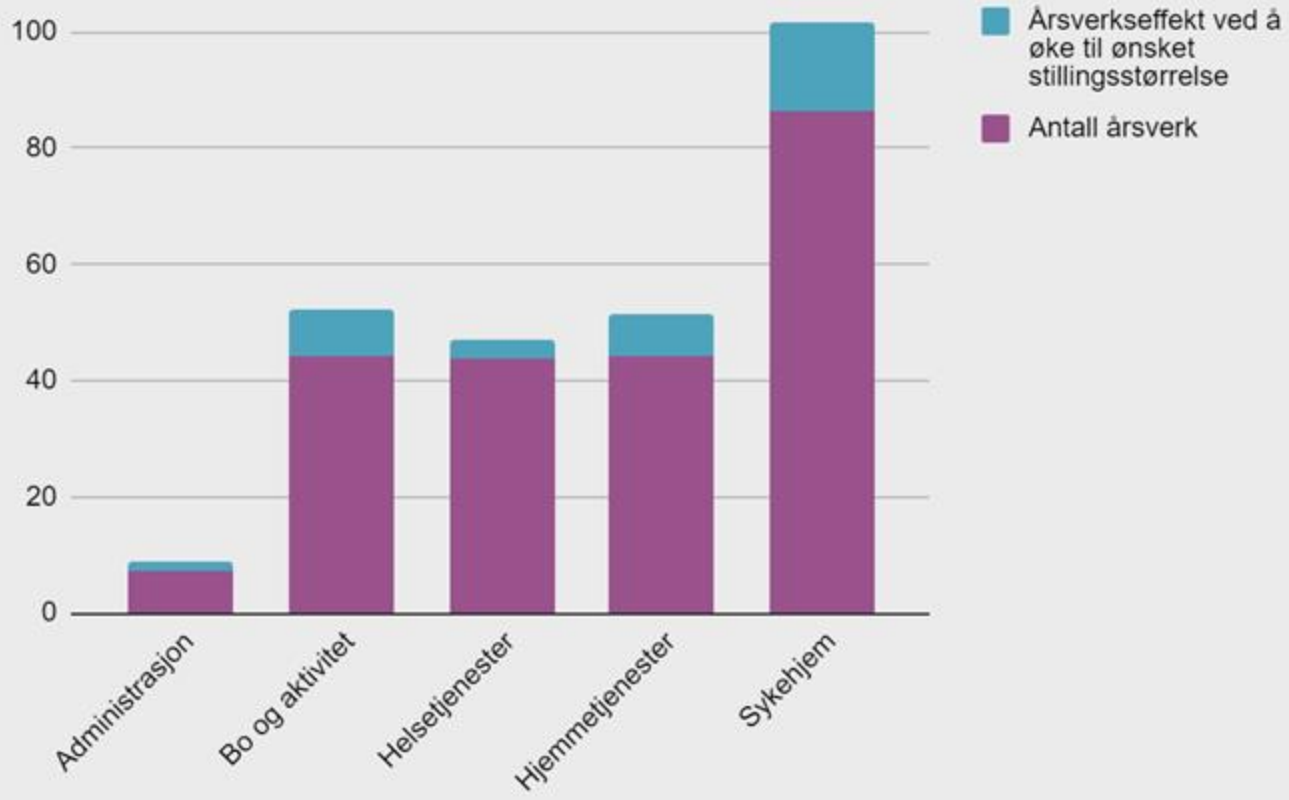
Antall ansatte som har full stilling, ønsker høyere stilling eller er fornøyd med nåværende stillingsprosent (N=312)



Antall deltidsansatte som ønsker høyere stilling, etter hvilken tjeneste de er ansatte i, og hvor stor stilling de ønsker



Hvor mange årsverk tjenestene må øke med for å møte ansattes ønske om høyere stilling



4.8 Ledelse og organisering

God ledelse er avgjørende for å skape helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet i en helhetlig og koordinert tjeneste. Det kreves god ledelse på alle nivåer og tydelige ledelses- og styringslinjer, fra øverste ledelse, dvs. kommunestyret og kommunedirektør, til ledere i utøvende enheter. Ledelse i kommunene er nær knyttet til lokalpolitisk ledelse og balansen mellom nasjonale anbefalinger og lokale beslutninger og muligheter krever forståelse for politiske prosesser. Samtidig er lederrollen faglig utfordrende og krever kunnskap om blant annet tjenestenes innhold, brukernes behov og folkehelsekunnskap. Sett i forhold til antall ansatte, preges helse- og omsorgssektoren av at det er få ledere og at det er vanskelig å rekruttere til lederstillinger.

Dersom sektoren skal kunne arbeide smartere og bruke ressursene bedre i årene som kommer, er det helt nødvendig med godt lederskap og av at man i større grad ser løsninger i et helhetsperspektiv, på tvers av virksomheter, enheter og sektorer. God ledelse handler generelt om å sette mål og sørge for at man oppnår ønskede resultater. Det handler om å planlegge, gjennomføre, evaluere og eventuelt korrigere tiltak som får tjenestene til å utvikle seg på en god måte og det handler om personal- og organisasjonsledelse. I dette inngår systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet, som er et ansvar for ledere på alle nivåer i tjenesten.

Ved kommunesammenslåingen i 2018, valgte man i helse- og omsorgssektoren å innføre tre ledernivåer: helse- og omsorgssjef, som har ansvar for hele sektoren, enhetslederne, som har helhetlig ansvar innenfor hver enkelt enhet, og virksomhetslederne, som har delegert ansvar for hver sin virksomhet. Det er flere årsaker til at man valgte en modell med både enhetsledere og virksomhetsledere. Det var behov for å knytte virksomheter innenfor samme tjenesteområde så tett som mulig sammen, for å sikre lik tjenesteyting i den nye kommunen. Det var også behov for et ledernivå som jobber tett på helse- og omsorgssjef, særlig med tanke på strategisk utvikling av sektoren.

Størrelsen på sektoren, både i forhold til antall virksomheter, antall ansatte og de mange ulike typene av tjenester som ytes, gir i seg selv utfordringer med å ivareta balansen mellom drift og utvikling. Det er derfor nødvendig med en organisering som på best mulig måte sørger for mest mulig sømløse tjenesteforløp for innbyggerne, samt ivaretar muligheten for god drift og utvikling av sektoren.

Ledergruppen i helse- og omsorgssektoren består av engasjerte og dedikerte ledere, men det er ikke en ensartet gruppe. Det er forskjeller i stillingsstørrelse, størrelse på virksomhet/enhet, antall ansatte man har ansvar for, fagbakgrunn, ledererfaring og formell lederkompetanse.

Forslag til løsning

- Helse- og omsorgssektoren skal jobbe videre for å utvikle tydeligere ledelse, mer ansvarliggjorte ledere og en enda mer omforent ledelseskultur. Det skal fortsatt jobbes med å videreutvikle samhandling om retningslinjer og forvaltning på tvers av virksomheter og enheter.

- Organisering av tjenestene skal være optimalt tilpasset tjenestebehov, sømløse tjenesteforløp og helhetlig tenkning.

- Det skal jobbes mer systematisk med kompetansetiltak for lederne i helse- og omsorgssektoren, blant annet gjennom at det legges til rette for ulike typer lederutdanning.

- Helse- og omsorgssektoren skal jobbe systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Indre Fosen kommune