

Måselv - mulighetslandet

Måselv kommune

Strukturell utredning helse- og omsorg

Rapport fra RO – Ressurscenter for omstilling i kommunene

Oktober 2019



RO

Værnesgata 17, 7503 Stjørdal
Sentralbord: 74 83 97 99

www.ro.no

Innhold

0. Sammendrag	4
1. Oppdraget	5
2. Fremtidig utfordringsbilde	6
2.1 Demografisk utvikling.....	6
2.1 Kommunens helse- og omsorgsplan med omsorgstrapp.....	10
2.3 Dagens organisering av helse- og omsorgstjenestene.....	13
2.4 Begreper.....	15
3. Analyse – metode	16
3.1 KOSTRA-analyse	16
3.2 Gjennomgang av direkte og indirekte brukertid hjemmetjenesten	16
3.3 Drifts- og ressursanalyse sykehjem.....	16
3.4 Kvalitativ informasjonsinnhenting	16
3.5 Prosess	17
3.6 Folkemøter	17
3.7 Prosjektgruppe og arbeidsgrupper	17
4. Analyse – funn.....	19
4.1 PRO Øvre og Nedre distrikt	21
4.1.1 Sykehjem	21
4.1.2 Hjemmetjeneste/åpen omsorg	28
4.2 Bo- og oppfølgingsenheten	35
4.2.1 Rus- og psykisk helsetjeneste.....	35
4.2.2 Tjenesten for funksjonshemmede og miljøtjenesten	38
4.3 Familieenheten.....	40
4.3.1 Legetjenesten	42
4.3.2 Fysioterapitjenesten.....	44
4.3.3 Helsetjenestene.....	46
4.3.4 Barneverntjenesten.....	50
5 Dimensjonering, tjenesteprofil, samarbeid og ressursutnyttelse	57
5.1 Dimensjonering	57
5.2 Tjenesteprofil	59
5.2.1 Dag- og aktivitetstilbud	60
5.2.2 Korttidsplasser	61
5.2.3 Hjemmetjenester.....	62
5.2.4 Folkehelse.....	65
5.2.5 Forebyggende kommunehelsetjeneste.....	65
5.3 Samarbeid og ressursutnyttelse.....	66
5.3.1.Tildeling og saksbehandling.....	67

5.3.2 Kvalitet og arbeidsmiljø	68
5.3.3 Arbeidsplaner og heltidskultur	70
5.4 Legetjenesten	71
6. Arbeidsgruppenes forslag til tiltak.....	72
6.1 Arbeidsgruppe 1 Turnus, arbeidstid og kultur ved Måselv helsetun	73
6.2 Arbeidsgruppe 2 Turnus, arbeidstid og kultur Fagerli miljøtjeneste	73
6.3 Arbeidsgruppe 3 Saksbehandling, tildeling og koordinering	75
6.4 Arbeidsgruppe 4 Forebygging gjennom aktivitet, dagsenter og frivillighet.....	76
7. Anbefalinger.....	80
7.1 Tjenesteprofil og dimensjonering	80
7.2 Samarbeid og strukturelle endringer	81
7.3 Økonomi og ledelse.....	82
Vedlegg 1: Prosjektmandat	84
Vedlegg 2: SWOT-analyse legetjenesten Måselv kommune	88
Vedlegg 3: Rapport arbeidsgruppe 3.....	89
Vedlegg 4: Rapport fra arbeidsgruppe 4	99
Vedlegg 5: Rapport fra Arbeidsgruppe 7.....	106

Ressursenter for omstilling i kommunene (heretter RO) har hatt gleden av å gjennomføre oppdraget "Strukturell utredning helse og omsorg" i Målselv kommune i 2019.

RO takker for oppdraget og for et godt og konstruktivt samarbeid. Takk til alle som har bidratt gjennom intervju, prosessdager og møter.

0. Sammendrag

Denne rapporten oppsummerer oppdraget og prosjektet "Strukturell utredning helse og omsorg" i Målselv kommune. Rapporten vektlegger å analysere kommunens tjenesteprofil i dag og hvordan en fremtidig tjenesteprofil må se ut for at kommunen skal ha bærekraftige tjenester om 10 og 20 år.

I kommunebarometeret for 2019 kommer Målselv ut på 384. plass. Dommen er at nøkkeltallene er mye svakere enn den økonomiske forutsetningen skulle tilsi. Innenfor helse og omsorg ligger Målselv på 401. plass på kommunebarometeret. Dyre helse- og omsorgstjenester i Målselv knytter seg først og fremst til sykehjemsdriften og manglede tilbud om omsorgsboliger. Dernest til strukturen i form av to parallelle organisasjoner for pleie, rehabilitering og omsorg (PRO) basert på geografisk inndeling. Til sist spiller tildelingspraksis en viktig rolle, både fordi det utløser kostnader og rettigheter, men ikke minst fordi tildelingen er ulik, uten helhet og retning.

Det er mange gode tjenester og god kompetanse i Målselv kommune, og mulighetsrommet ligger å bruke disse bedre. Det betyr at kommunen må tenke på helse- og omsorgstjenestene som et felles anliggende, et felles ansvar og en felles ressurs. Samarbeid og tverrfaglighet, raushet og tillit er viktig for å lykkes. Små enheter er ofte sårbare, og disse må styrkes for å kunne beholdes. Kommunen kan ikke redusere kapasiteten verken på legetjenesten eller heldøgns omsorg. Derfor må kommunen se sine tjenester i sammenheng og sørge for at både legetjeneste og hjemmetjeneste har samlet ledelse for felles fagutvikling og ressursforvaltning. Dette står ikke i motsetning til å tilby tjenestene fra flere lokalisasjoner.

Kompetansen kommer til å være fremtidens knappeste ressurs for helse og omsorg, denne må bygges og forvaltes strategisk og systematisk over tid. Målselv kommune må jobbe hardt for å redusere sykefraværet, tilby store stillingsbrøker og ha attraktive arbeidsplasser. I tillegg til å rekruttere, må det legges til rette for å beholde og videreutvikle den kompetansen som finnes.

I en kommune med et forebyggende fokus spør man først; "hvordan kan vi bistå deg til å mestre selv" og ikke "hva kan vi gjøre for deg". Målselv kommune må satse målrettet på folkehelse og forebyggende arbeid i langt større grad enn i dag. Det krever også at opinionen, innbyggere og politikere er opptatt av den enkeltes ansvar for å mestre eget liv for god livskvalitet, dernest sørge for at helsetjenestene er tilgjengelige, trygge og tilrettelagt for livsmestring og verdighet, for unge og gamle.

Rapporten gir mange små og store innspill til forbedringer. Helse – og omsorgstjenestene i Målselv kommune har mange engasjerte, motiverte og kunnskapsrike medarbeidere, nesten alle forslagene til endringer kommer fra dem. Potensialet er stort i mulighetslandet Målselv.

1. Oppdraget

Målselv kommune har ønsket å utrede fremtidig organisering og strukturell oppbygging av helse- og omsorgstjenestene i Målselv kommune.

Tjenesteutvikling har vært et viktig mål med prosessen. Kommunedelplan helse og omsorg 2017-2029 har ligget til grunn. Ved å analysere tjenestetilbudet har oppdraget vært å identifisere hvilke områder som må bygges opp og prioriteres i forhold til omsorgstrappa, både for å øke tjenestekvaliteten og for ha en kostnadseffektiv og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste i fremtiden. Kommunen har hatt et mål om økonomisk innsparing på bakgrunn av strukturelle endringer og riktig bruk av ressursene. Som en del av evalueringen, har RO gjort en vurdering av hvilken organisering som kan være mest effektiv og gi like og rettferdig fordelte tjenester til brukerne. I tillegg har vi sett på bemanning, brukertid, sykehjemsdrift, legetjenestene og tildeling for å se etter ressursbesparende tiltak ved endring av arbeidsplaner, arbeidsprosesser og strukturer. Det er viktig at tiltakene også støtter opp under god kvalitet i tjenesten og oppbygging av robuste fagmiljø.

Kommunen er i ferd med å bygge nye «Målselv helsetun» på Andslimoen, samt nye omsorgsboliger, "Fagerli", for utviklingshemmede og/eller mennesker med nedsatt funksjonsevne, som samlokaliserer brukerne i miljøtjenesten fra Øvre Moen og Andslimoen. Det fysiske arbeidsmiljøet innvirker både på samarbeid, flyt og kommunikasjon. Det har vært en del av oppdraget å ta hensyn til og legge til rette for at de nye byggene gir ønsket gevinst i form av mer ressurseffektiv drift, økt kvalitet på tjenestene og bedre arbeidsmiljø.

Målet med oppdraget har også vært å danne en god "grunnmur" for implementering i et påfølgende prosjekt. Det betyr at selve prosessen, involvering med eierskap til endringene har vært tillagt stor vekt. Sammen med kommunen har det vært lagt til rette for stor grad av involvering. Både ledere, ansatte, tillitsvalgte, vernetjenesten, brukere og politikere har deltatt gjennom intervjuer, prosessdager, prosjektgruppe og ulike arbeidsgrupper.

Målselv kommune har ønsket å belyse økonomiske konsekvenser ved alternativ organisering av legevaksordningen, til erstatning for dagens interkommunale legevaksamarbeid med kommunene Bardu, Salangen, Lavangen og Ibestad. Dette har vært en del av totaloppdraget. RO utarbeider et eget notat for denne delen av oppdraget, som beslutningsgrunnlag for kommunestyret. Også i denne prosessen har det vært viktig med involvering og å se utfordringene i et helhetsbilde. Kunnskapene fra arbeidet med interkommunale legevakten har også bidratt til analysen i denne rapporten om kommunens egen legetjeneste på Andslimoen og Øverbygd, det er nødvendig å se dem i sammenheng.

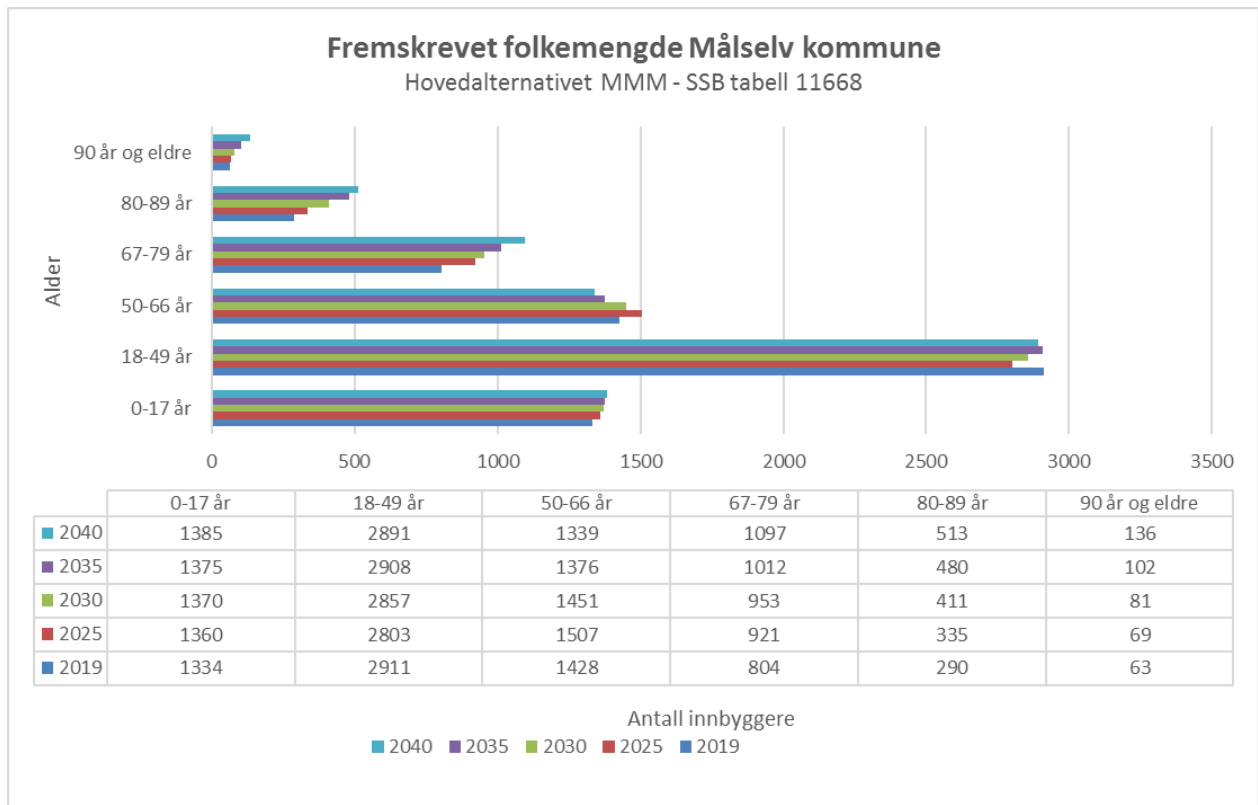
Rapportens oppbygning

I kapittel 2 ser vi på hvordan den demografiske utviklingen i Målselv kommune blir frem mot 2040, kommunens planverk og organisering. Redegjørelsen for disse er viktig i forhold til å se tiltak opp mot planverk og strukturelle endringer opp mot dagens organisering. I kapittel 3 gjør vi rede for metoden som er brukt i datainnsamling og analyse. Kapittel 4 er et analysekapittel som legger frem de funn som er gjort for hele helse- og omsorgstjenesten i Målselv kommune. Kapittel 5 er en gjennomgang av og vurdering av tjenestene, behov for endring for en helse- og omsorgstjeneste som kan være bærekraftig i fremtiden både økonomisk og kompetansemessig. I kapittel 6 gjennomgås mandat og tiltak fra arbeidsgruppene, hvordan prosjektgruppen har vurdert dem og RO sin vurdering før kapittel 7 oppsummerer og begrunner de anbefalingene RO har til Målselv kommune.

2. Fremtidig utfordringsbilde

2.1 Demografisk utvikling

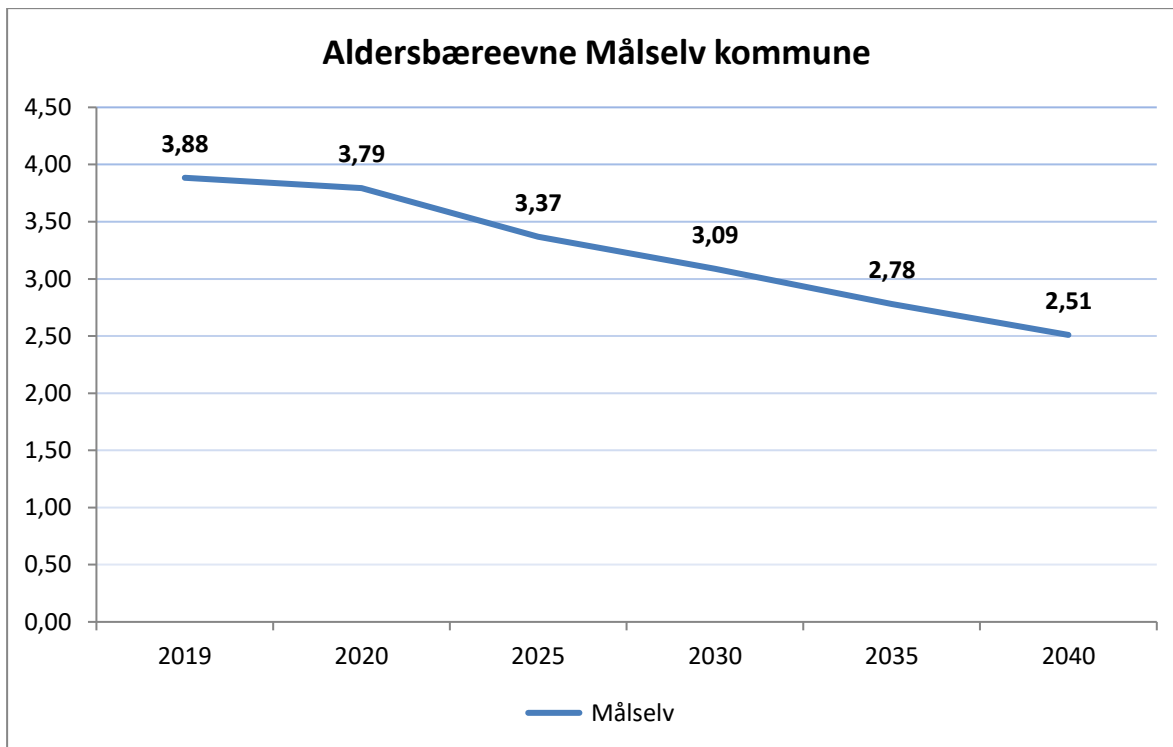
Den demografiske utviklingen i Målselv kommune, gir det samme utfordringsbildet som for mange kommuner i Norge, at antallet eldre øker mens antallet omsorgsgivere går ned. Målselv kommune kan vente seg en svak befolkningsvekst mot 2040. Folketallet i 2019 på 6830 ventes å øke til 7361 frem mot 2040. Selv om det er viktig å ta høyde for usikkerhet med hensyn til befolkningsframskrivninger, er det positivt med forventet befolkningsvekst. Det er likevel befolkningsgruppene som har mest behov for kommunale tjenester som vil øke; de under 17 år og de over 67 år.



Figur 1: Befolkningsframskriving Målselv kommune. Kilde SSB.

Det er derfor viktig å se på hva denne aldersfordelingen i den demografiske utviklingen kan bety.

Aldersbæreevne er forholdet mellom de yrkesaktive (16-66 år) og innbyggere 67 år og eldre og er av interesse for finansiering av pensjoner, velferdstilbud og antatt tilgang til personalressurser. Figur 2 viser aldersbæreevnen i Målselv kommune.

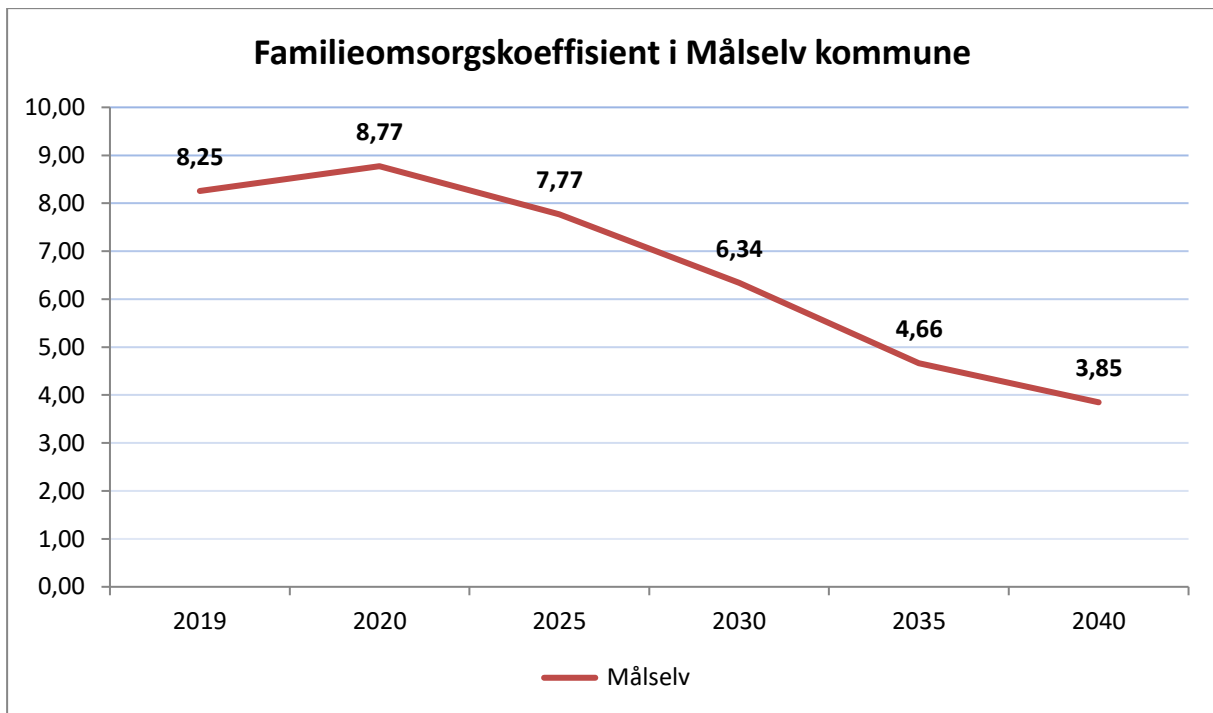


Figur 2: Aldersbæreevne i Målselv kommune. Kilde: Befolkningsframskriving fra SSB (MMMM)

Forholdet mellom den yrkesaktive delen av befolkningen og den eldre befolkningen er viktig for økonomisk bæreevne i fremtiden og for helse- og omsorgstjenestene. I 2019 er det 3,88 yrkesaktiv pr. eldre. I 2030 er den 3,09 og på landsbasis vil den være 3,6 i 2030¹. Frem mot år 2040 reduseres antallet yrkesaktive pr. eldre ytterligere til 2,51. Det blir flere som trenger helse- og omsorgstjenester og det blir stadig mer utfordrende å få kvalifisert personell til oppgaven.

Det andre vi kan se på, er familieomsorgskoeffisienten. Det er forholdet mellom antall personer i alderen 50-66 år og personer over 85 år. Den er et uttrykk for antall potensielle familieomsorgsgivere og omsorgstrengende eldre. Litt enkelt kan vi si at det er pårønderressursen. Ulønnet omsorgsarbeid til syke, eldre og funksjonshemmede tilsvarer tusenvis av årsverk. Samfunnets omsorgstilbud ville trolig bryte sammen om den uformelle omsorgen forsvant eller ble kraftig redusert. Avlastning og støtte til pårørende som har store omsorgsoppgaver, er også et tiltak for at brukere kan bo lenger i eget hjem og at utslitte omsorgsgiver ikke selv blir pasienter før tiden. I Målselv vil antatte potensielle omsorgsgivere synke dramatisk de neste 20 årene. Figur 3 viser utviklingen i Målselv kommune.

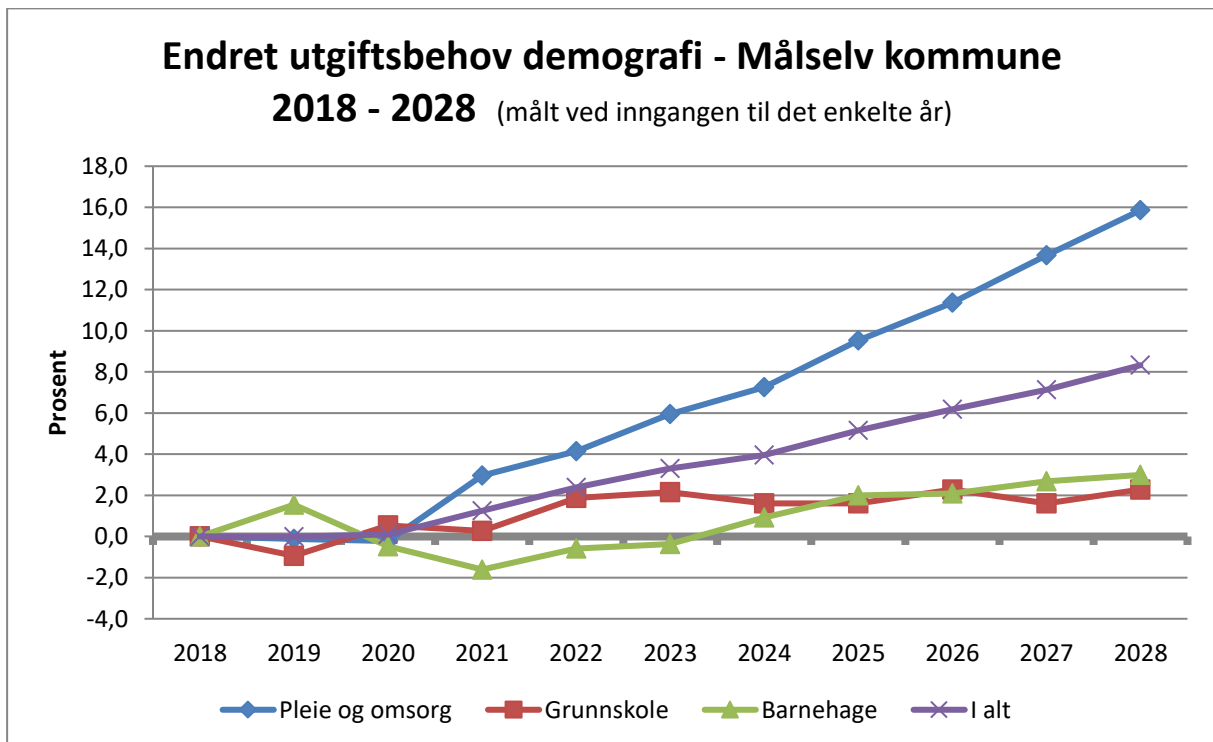
¹ "Leve hele livet" – en kvalitetsreform for eldre. Meld. St. nr. 15 2017/2018



Figur 3: Familieomsorgskoeffisient i Målselv kommune. Kilde: Befolkningsframskriving fra SSB (MMMM)

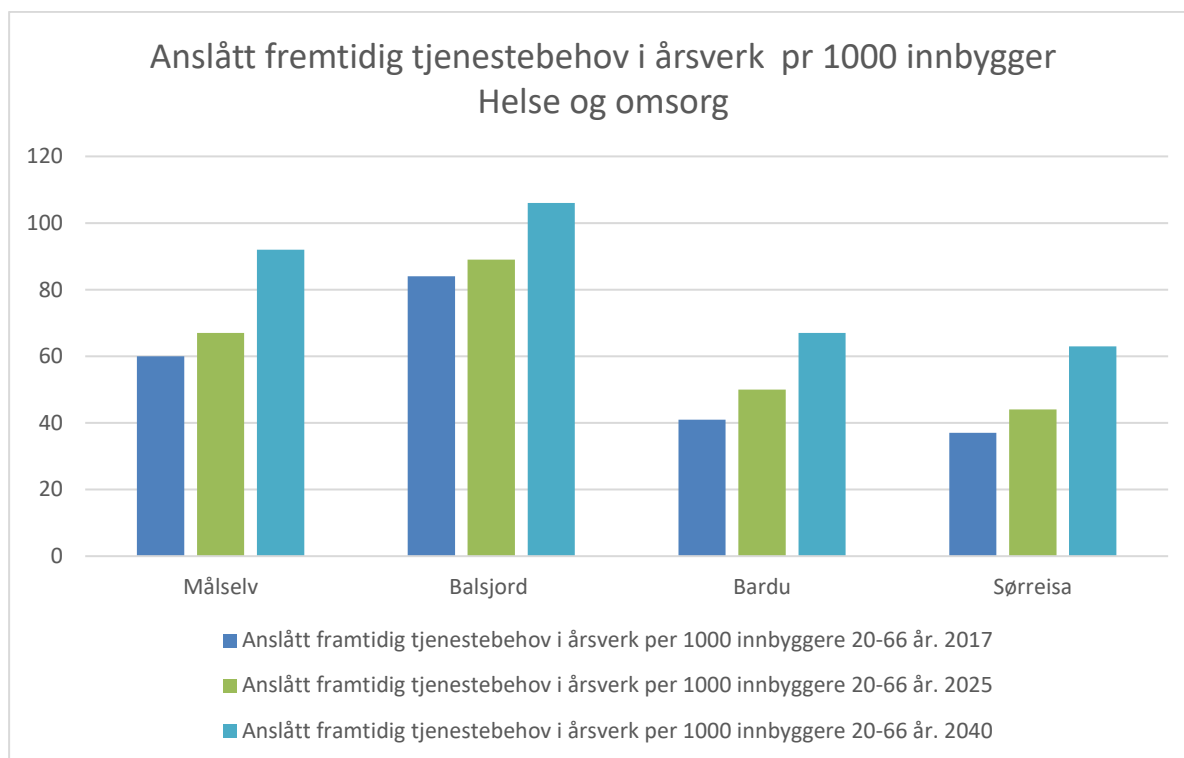
Familieomsorgskoeffisienten er altså et uttrykk for potensiell omsorgsevne. I Målselv kommune vil den synke fra 8,77 i 2020 til 3,85 i 2040. På landsbasis vil den være 4,3 i 2050 (se fotnote 1). Når antallet omsorgsgivere pr. eldre mer enn halveres på 20 år, er dette et varsel om at helse- og omsorgstjenestene vil måtte møte et økt behov for tjenester.

Dette gjenspeiles når vi ser på hvordan endringer i demografien også vil påvirke utgiftsbehovet i de ulike kommunale sektorene i Målselv kommune.



Figur 4: Endret utgiftsbehov demografi i prosent mot 2028. Målselv kommune. Kilde: KS, demografimodell.

Mens grunnskole og barnehage over en knapp tiårsperiode vil ha et økende utgiftsbehov på maksimalt 3 prosent, vil pleie og omsorg ha et utgiftsbehov som øker med over 15 prosent. Selv om fremtidens eldre antagelig vil ha både bedre ressurs- og funksjonsevne enn i dag, vil utfordringsbildet likevel kreve at kommunen er i stand til å innrette tjenestene sine mot folkehelse, forebygging og bruk av teknologi for å redusere belastningen på helse- og omsorgstjenestene.



Figur 5: Anslått fremtidig tjenestebehov i årsverk pr 1000 innbygger. Helse og omsorg. Kilde: Kommunal- og moderniseringsdepartementet

Dette vil også medføre et økende behov for personell. Behovet for å rekruttere flere i fremtiden er stort. Det kommer i tillegg til å være sterk konkurranse om kompetansen. Derfor er det viktig å se hva det fremtidige behovet kan anslås å være. Figur 5 viser et anslag med en relativt stor økning i årsverk pr. 1000 innbygger innenfor helse og omsorg. Målselv er ikke alene om dette utfordringsbildet.

Utvikling av demenssykdom

I rapporten «Forekomst av psykisk helse i Norge»², skrevet på oppdrag fra Helse – og omsorgsdepartementet (HOD), skriver Folkehelseinstituttet at antallet med demens i Norge ligger på mellom 84 000 og 104 000 i 2018. Men tallene er usikre, dog høyere enn man antok for bare få år siden. Forekomst av demens øker med alderen og fordi vi blir flere eldre øker antallet i befolkningen med demens. Ut fra statistiske tall har RO forsøkt å beregne (statistisk) antall personer i Målselv med demenssykdom for perioden 2018 til 2040, se tabell 1.

² Psykisk helse i Norge. Rapport fra Folkehelseinstituttet. 2018

Andel med demens i ulike aldersgrupper. Kilde: (Engedal, 2009; Helsedirektoratet, 2014)					
Aldersgruppe	Andel (prosent)	Antall 2018	Antall 2030	Antall 2035	Antall 2040
65-69 år	1	4 (392)	4 (413)	5 (466)	4 (437)
70-74 år	2	5 (328)	8 (376)	8 (402)	9 (450)
75-79 år	6	14 (229)	20 (336)	21 (345)	22 (371)
80-84 år	18	30 (165)	47 (263)	52 (287)	54 (301)
85-89 år	32	37 (114)	47 (148)	62 (193)	68 (212)
90 år og eldre	41	29 (71)	33 (81)	42 (102)	56 (136)
SUM		119	159	190	213

Tabell 1: Andel av demens i ulike aldersgrupper. (grunnlag Statistisk sentralbyrå (SSB) som bygger på middels nasjonal vekst (MMMM alternativet). Alle tall er avrundet til hele tall. Tall i parentes er totalt antall innbyggere i de respektive aldersgruppene.

Demens kjennetegnes ved: – kognitiv svikt, som svekker evnen til å erkjenne, oppfatte og tenke, – endringer i følelser og personlighet, – at det blir vanskelig å fungere i dagliglivet. Demens arter seg ulikt fra person til person. Men felles for alle er at demens påvirker hele livssituasjonen både for de som er syke og deres pårørende.

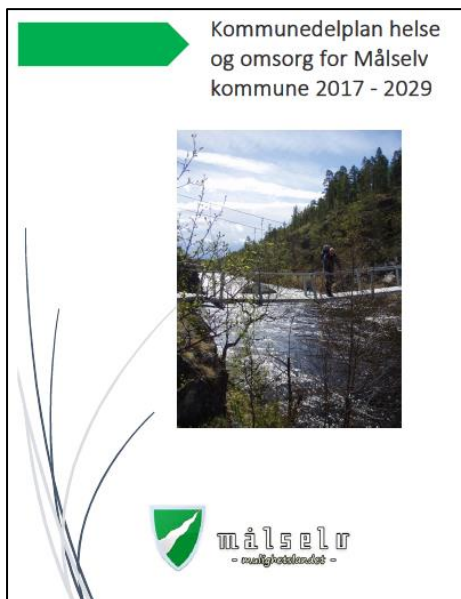
Tross flere studier, er det ingen klare svar på hvordan demens kan forebygges. Enkelte undersøkelser viser imidlertid sammenhenger mellom ulike risikofaktorer og utviklingen av demenssykdommer³. Foruten alder og genetisk disposisjon, kan livsstil- og levekårsutfordringer være risikofaktorer. Disse kan påvirkes. Det er påvist sammenhenger mellom demens og levekår i alle livets stadier. Personer med lav utdanning, høyt blodtrykk, som røyker og har diabetes, har vist seg å ha høyere risiko for å utvikle demens enn andre. World Alzheimer Report 2014 oppsummerer forskningen på demens, risikofaktorer og forebygging. Den konkluderer med at det bør satses på forebygging av demens. Fokus på forebygging og folkehelse er derfor viktig som en del av mange tiltak for å møte utfordringene det demografiske utviklingsbildet gir. I kommunens omsorgstrapp beskrives dette arbeidet som grunnmuren.

2.1 Kommunens helse- og omsorgsplan med omsorgstrapp

Kommunens kommunedelplan⁴ for helse og omsorg 2017-2029 er relativt ny og beskriver nettopp dette utfordringsbildet og hvordan kommunen bør møte det. "Helsefremmende og forebyggende arbeid må vektlegges - rehabilitering og forebygging. Samtidig skal den enkelte bruker få et individuelt tilpasset tilbud og være en ressurs i eget liv." (s.1). Målene i planen beskriver at forebygging og rehabilitering skal vektlegges for alle aldersgrupper, at innbyggerne i størst mulig grad skal bo og klare og seg i eget hjem med støtte fra helse- og omsorgstjenestene. Og at kommunen må ha et tilstrekkelig antall institusjonsplasser og boliger med heldøgns omsorg. Dette skal understøttes av velferdsteknologi, frivillighet, god kompetanse og tverrfaglig samarbeid.

³ Demensplan 2020, et mer aldersvennlig samfunn. Helse- og omsorgsdepartementet

⁴ Kommunedelplan helse og omsorg for Målselv kommune 2017-2019



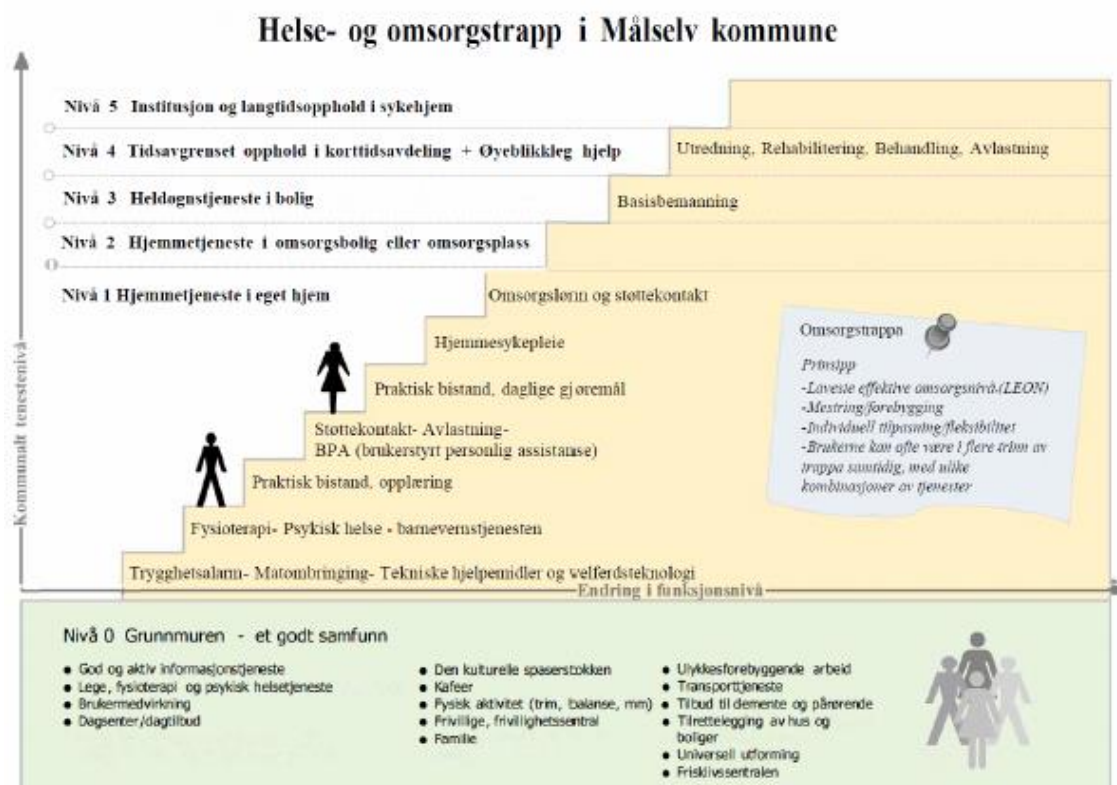
Kommunen beskriver i innledningen til planen at: "Mange kommunale helse- og omsorgstjenester er gode hver for seg, men tjenestene er i for stor grad fragmentert og helheten mangler. Dette rammer særlig dem med sammensatte behov." (s.1) Når vi spesielt trekker frem denne setningen fra innledningen til planen, er det fordi de funnene som er gjort antyder at dette fortsatt er et fremtredende trekk i kommunen. Dette kommer vi tilbake til senere i rapporten.

Omsorgstrapp

BEON-prinsippet – "Beste Effektive Omsorgsnivå" og omsorgstrappa er gode verktøy for å beskrive både prioritering av ressurser og innhold i tjenester. Begrepet ble introdusert i forarbeidene til Samhandlingsreformen og erstatter det tidligere anvendte begrepet LEON (Laveste Effektive Omsorgs Nivå). I St. meld. nr. 47 2008-2009 beskrives det som hovedprinsipp at kommunene skal sørge

for en helhetlig tenkning, med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging.

BEON-prinsippet beskrives ofte gjennom en "omsorgstrapp". Det kan forstås som en tiltakskjede og det er minst tre kriterier for hvor i trappa tjenestene skal plasseres; grad av spesialisering, behov for bistand og ressursinnsats⁵. I kommunens helse- og omsorgsplan ser omsorgstrappen slik ut:



Bilde 1: Omsorgstrapp Målselv kommune. Kilde: Helse- og omsorgsplan (2017-2029), Målselv kommune

⁵ Helse, - omsorgs, - og rehabiliteringsstatistikk. Eldres helse og bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester. Helse- og omsorgsplan. Rapport IS-2375. 02/2016.

I Målselv kommune har omsorgstrappa 6 nivåer, hvor langtidsopphold i institusjon er det øverste. På det nest øverste nivået er korttidsplasser og øyeblikkelig hjelp, som f.eks. KAD-senger. Heldøgns tjeneste i egen bolig er å forstå som bolig med heldøgns omsorg. Vi skal senere i rapporten se at det er på dette nivået kommunen ikke har et spesielt godt utbygd tilbud. Nivåene hjemmetjeneste i omsorgsbolig og i eget hjem er i prinsippet det samme, der det gis behovs- og vedtaksbaserte tjenester. Grunnmuren – det nederste nivået er tilbud om aktiviteter for kropp og sjel, forebygging, tilrettelegging og støtte til innbyggere i alle aldre.

Prinsippet i omsorgstrappa baserer seg på en trinnvis opptrapping av kommunal innsats og tjenester basert på behov, fra folkehelsearbeid til plasser på institusjon. Det er også vanlig å tenke at den mest kostnadseffektive bruken av kommunens midler skjer på de nederste trinnene i omsorgstrappen. Tanken bak omsorgstrappa er også å gi tilstrekkelige tjenester, ikke for mye og ikke for lite. Særlig i sykehjem er det ofte slik at det gis tjenester ut over behovet, blant annet fordi de er tilgjengelige, mens i motsatt ende gis det kanskje ikke tilstrekkelige tjenester tidlig nok i hjemmet for at brukerne skal klare seg best mulig selv.

I praksis betyr omsorgstrappa at tjenester skal tildeles brukerne etter en individuell vurdering, og tilbudet må være så fleksibelt at det kan tilpasses brukernes behov. **Tjenestene skal fokusere på det friske og det som brukeren mestrer.** Det innebærer gjerne en økt satsing på helsefremmende og forebyggende tiltak, tidlig kartlegging og tilrettelegging i eget hjem, å ta i bruk teknologiske muligheter for egenmestring og tilrettelegge for et aktivt fysisk og sosialt liv.

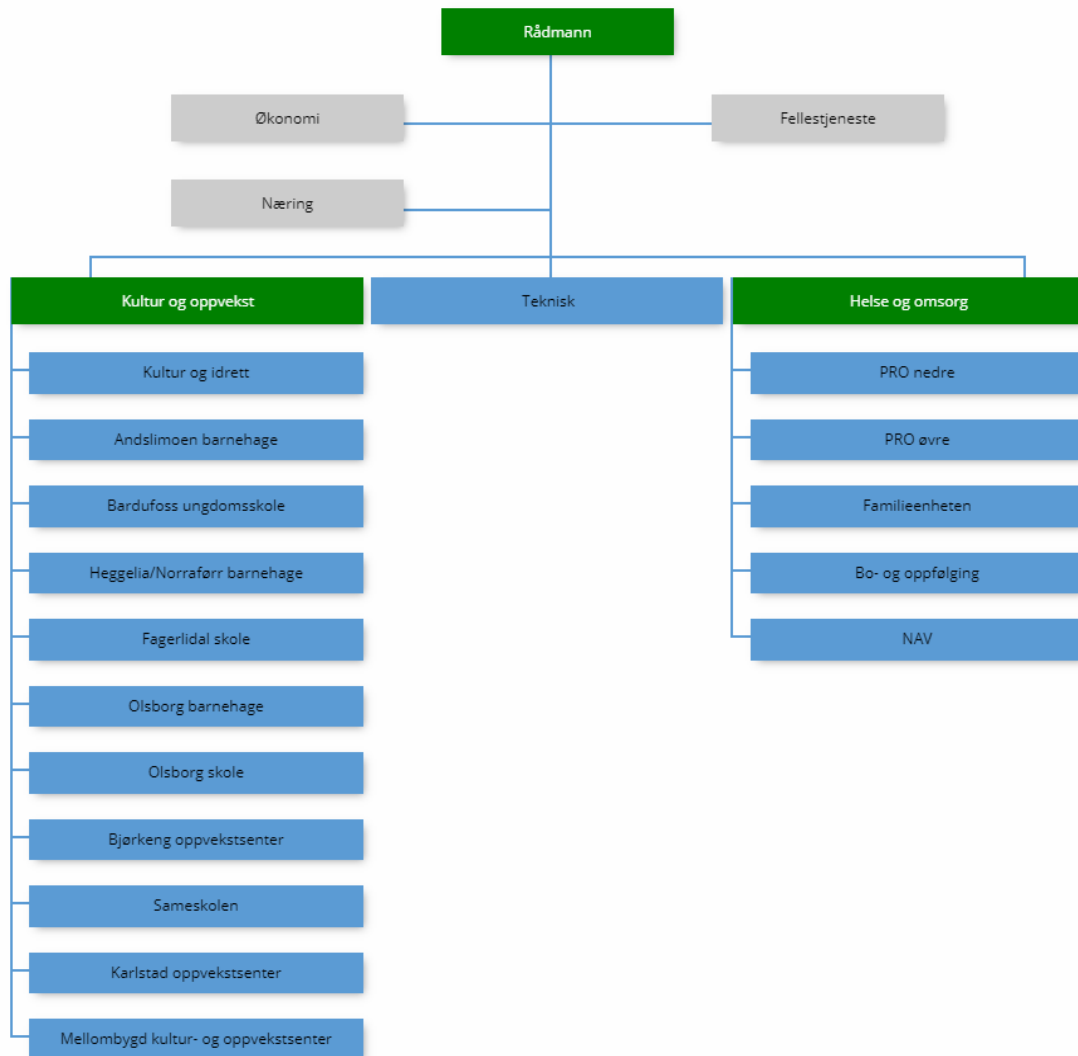
Forebygging og rehabilitering bør vektlegges foran tradisjonelle sykehjems plasser. På sykehjemmet kan brukerne i noen grad kan bli passive og institusjonaliserte. Det vil si at innretningen på institusjonen ofte styrer tilbud og innhold i tjenestene i større grad enn brukerens behov. Det betyr at å ta i bruk omsorgstrappa også stiller krav til endring av arbeidsmåte og holdninger for de ansatte.

Etter at planen ble skrevet har det også tilkommet en kvalitetsmelding for eldre i Meld. St. nr. 15 2017/2018⁶. Denne vektlegger i tillegg blant annet at hver innbygger må ta ansvar for egen alderdom og at frivilligheten og pårørendeomsorg blir viktigere enn noen gang, for at samfunnet skal møte den demografiske utviklingen og utfordringsbildet for helse- og omsorgstjenestene. Kommunens helse- og omsorgsplan er i store trekk i samsvar med de intensjoner kvalitetsreformen "Leve hele livet" har. Unntaket som bør nevnes er Kvalitetsreformens fokus på mat, ernæring og gode måltidsopplevelser. Det vektlegges i liten grad i kommunens plan ut over at matombringning er et ønsket mål.

⁶ Meld. St. nr. 15 (2017-2018) Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre

2.3 Dagens organisering av helse- og omsorgstjenestene

Det administrative organisasjonskartet for Målselv er vist i figur 6⁷.



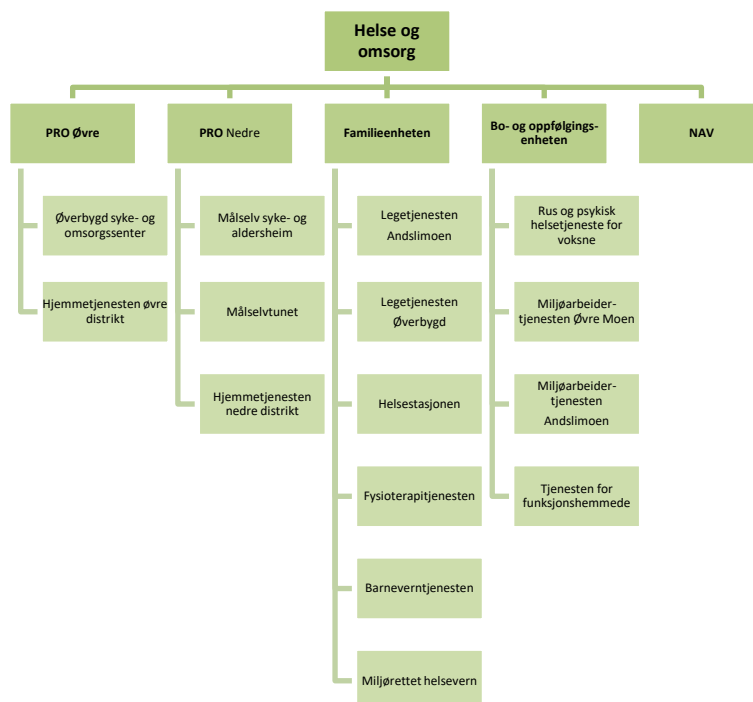
Figur 6: Administrativ organisering Målselv kommune. Kilde: www.malselv.kommune.no

Rådmannen og 2 kommunalsjefer utgjør nivå 1 i organisasjonen og enhetslederne nivå 2. Kommunen har altså en to-nivåmodell, selv om organisasjonskartet kan gi inntrykk av at det er tre nivåer i lederstrukturen.

Innenfor Helse og omsorg er det foruten kommunalsjef, 5 enhetsledere. PRO (Pleie, rehabilitering og omsorg) er delt i to parallelle organisasjoner etter geografisk inndeling. Både i PRO Øvre og Nedre gis det praktisk bistand og hjemmesykepleie. I begge enhetene betjenes både omsorgsboliger og institusjonsplasser. Det er bare i PRO Øvre det gis heldøgns omsorg i omsorgsbolig. Legetjenesten som ligger under Familieenheten, har legekontorer på Øverbygd og Andslimoen med separat ledelse og budsjetter. De øvrige enhetene er organisert som en enhet med ansvar sitt ansvarsområde uten geografiske hensyn.

⁷ <https://www.malselv.kommune.no/administrativt-organisasjonskart.487679.no.html>

Organisasjonskartet for helse og omsorg ser slik ut



Figur 7: Organisasjonskart Helse og omsorg, Målselv kommune

4 av de 5 enhetene og enhetslederne i helse og omsorg har ledere på et nivå under seg. Disse har formelt leder- og personalansvar, men ikke formelt delegert økonomiansvar. Ikke alle har fulle stillinger som ledere. De kan f.eks. ha 80 prosent stilling som leder og 20 prosent stilling som sykepleier. I praksis forvalter de sine egne budsjetter i samråd med enhetslederne. Dette kommer som en naturlig følge av størrelsen på tjenestene, faglig spennvidde og kompleksitet. Kontrollspennet for lederne uten denne organiseringen ville blitt stort, i alle fall i PRO. Målselv kommune praktiserer derfor noe nærmere en 3-nivåmodell. NAV er for tiden i prosessen med sammenslåing og samlokalisering med NAV i Bardu. Målselv kommune har interkommunalt samarbeid om legevakt og barnevernsvakt.

Koordinering og tildeling av tjenester er i dag delvis organisert i en koordinerende enhet, delvis lagt til lederne i et inntaksmøte og delvis til enkelte ledere og ansatte med definerte roller.

- Kommunen har, (slik loven krever⁸) en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringstjenester. Denne består av ledere for Pleie- og omsorgsenhetene, Familieenheten og Bo- og oppfølgingsenheten. Her tildeles støttekontakt, omsorgsstønning og BPA. De har ansvar for individuell plan og oppnevning av koordinator.
- Inntaksmøte gjennomføres hver 14. dag med enhetsledere og avdelingsledere i PRO Øvre og Nedre. I dette møtet behandles søknader og plassfordeling på sykehjemmene og omsorgsboligene. Kartlegging i forkant gjøres av leder eller en leder utpeker. Fysioterapitjenesten deltar ikke i kartleggingsarbeidet.
- Kartlegging gjøres av ansatte i hjemmetjenestene og tildeling av hjemmetjenester og praktisk bistand i somatikk gjøres av de stedlige avdelingsledere. I rus -og psykisk helsetjenesten gjøres dette av de ansatte.

⁸ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 7-3

- I Bo- og oppfølgingsenheten er det to administrative stillinger, organisert i tjenesten for funksjonshemmede. En stilling har betegnelsen Fagleder og har en koordinerende funksjon for hjemmetjenester for de med nedsatt funksjonsnivå. Det ligger til stillingen å gjøre vedtak, evaluere og ha kontakt med pårørende, blant annet. Den andre administrative stillingen er definert som prosjekt- og fagkoordinator for barn og unge.

2.4 Begreper

En institusjonsplass er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven og er det vi betegner som en sykehjemsplass. I samsvar med «Forskrift for sykehjem» skal denne typen boform gi heldøgns opphold. I tilknytning til oppholdet skal det være organisert legetjeneste, fysioterapitjeneste og sykepleiertjeneste, i samarbeid med andre deler av den kommunale helse- og sosialtjeneste. Beboerne betaler etter forskrift en egenandel til kommunen etter vedtatte satser. En langtidsplass i sykehjem er tidsbegrenset, plassene kan være skjermede for demente eller andre med slike behov. Tilbakeholdelse krever vedtak etter kapittel 4A i Lov om pasient- og brukerrettigheter⁹. Korttidsplasser er tidsavgrensede/ikke varige opphold i sykehjem. Plassene kan for eksempel brukes til pasienter som har behov for opptrening eller forsterket bistand etter en sykehusinnleggelse, opphold i påvente av opptrening/rehabilitering, kartlegging, utredning og observasjoner. Korttidsplasser på sykehjem er ofte en nøkkelfaktor for å få omsorgstrappen til å fungere. Reelle og tilgjengelige korttidsplasser med kort gjennomløpstid vil innebære at de som trenger hjelp, får det og til rett tid.

Boliger til omsorgsformål - omsorgsboliger¹⁰, er boliger kommunen stiller til disposisjon for eldre eller personer med funksjonsnedsetning (som ikke bor på institusjon). Dette er selvstendige boenheter der beboeren er leietaker eller deleier. Omsorgsbolig er ikke en lovregulert boform som sykehjem. Det er juridisk å betrakte som beboerens private hjem. Beboeren er beskyttet av husleieloven. Beboerne i omsorgsboliger søker om og får vedtak om praktisk bistand og hjemmesykepleie basert på behov på linje med alle hjemmeboende i kommunen. De betaler for kost, medisiner, helsetjenester mv. som andre hjemmeboende. Boligene kan ha fellesareal som for eksempel felles oppholdsrom. Det er variasjon i hva disse boligene kalles, bofellesskap, omsorgsbolig, servicebolig eller bokollektiv er noe eksempler. I tillegg kommer boliger for utviklingshemmede under kategorien boliger til omsorgsformål.

Mange kommuner tilbyr også omsorgsboliger til personer med store hjelpebehov, bl.a. til personer med demens. I slike tilfeller er det personale til stede hele døgnet, eller tilgjengelig innen 5-10-15 minutter eller man har «fast» bemanning tilstede. Dette omtales som **omsorgsboliger med heldøgns omsorg**.

BPA – Brukerstyrt personlig assistanse er en måte å organisere tjenester som omfatter praktisk og personlig assistanse for personer med nedsatt funksjonsevne og som har behov for bistand i dagliglivet. Hjelpen kan gis både i og utenfor hjemmet. Dette er en lovbestemt rettighet.¹¹ At ordningen er brukerstyrt, vil si at brukeren selv er arbeidsleder og/eller har en medarbeidsleder, og har ansvaret for organisering og innhold i tjenesten. BPA er organisert under Tjenesten for funksjonshemmede i Målselv kommune.

⁹ Lov om pasient- og brukerrettigheter § 4A

¹⁰ <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie>

¹¹ Pasient- og brukerrettighetsloven §2.1-d.

3. Analyse – metode

Analysen baserer seg på tall og data fra eksterne kilder, som KOSTRA, kommunebarometeret og folkehelsestatistikk, samt på tall fra kommunen selv. RO har også hatt intervjuer, prosessdager og møter med mange aktører som til sammen har bidratt til et helhetsinntrykk av helse- og omsorgstjenestene i Målselv kommune.

3.1 KOSTRA-analyse

RO har gjort en systematisk gjennomgang av de tjenesteområdene som inngår i pleie- og omsorgstjenesten i Målselv kommune. RO har sammenlignet Målselv kommune med Balsfjord, Sørreisa og Bardu, KOSTRA-gruppe 11 og tall fra hele landet u/Oslo, etter ønske fra kommunen. Det er viktig å merke seg at av disse er det bare Balsfjord som tilhører samme KOSTRA-gruppe (11) som Målselv. Kommunene i KOSTRA-gruppe 11 er mellomstore kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter.

KOSTRA er et verktøy for sammenligning med kommuner, fylke og landsgjennomsnitt og brukes aktivt av staten ved fordeling av rammeoverføringer til kommunene. Det gir også viktig informasjon til bruk i kommunal planlegging og budsjettering. KOSTRA forteller noe om prioriteringer, altså hvor mye kommunen bruker i forhold til en målgruppe. Det forteller om produktivitet – hvor mye det koster å produsere en tjeneste og om dekningsgrad. Det viser andelen av en målgruppe som er mottakere av en tjeneste. I tillegg forteller KOSTRA om målt kvalitet i tillegg til finansielle nøkkeltall. KOSTRA sier ikke noe om hvordan brukerne oppfatter kvaliteten på tjeneste som leveres. På generell basis ligger det også et usikkerhetsmoment i at kommunene kan rapportere feil (for eksempel ved føring av kostnader på funksjon) eller ulikt med sammenligningskommunene.

En KOSTRA-gjennomgang vil ikke gi et tilstrekkelig godt bilde for å forstå utfordringene i helse- og omsorgstjenestene og trekke konklusjoner om strukturelle endringer. Til dette trengs mer detaljert kunnskap om tjenestenes økonomi og ressursbruk, fordeling, samarbeid, ledelse og tjenestekvalitet. Dette er gjort ved ytterligere analyse av drift og en omfattende kvalitativ informasjonsinnhenting.

3.2 Gjennomgang av direkte og indirekte brukertid hjemmetjenesten

RO har foretatt gjennomgang av forholdet mellom antall tilgjengelige timer for personalressursen i hjemmetjenesten og antall vedtakstimer i hjemmetjenesten samlet. Med andre ord; antall personaltimer som går med til å levere en vedtakstime. Dette kan fortelle noe om arbeidsrutiner, transporttid og eventuelle effektiviseringsmuligheter.

3.3 Drifts- og ressursanalyse sykehjem

Det er gjort en ressurs- og driftsanalyse av sykehjemmene i kommunen. Tallene er hentet fra kommunens regnskap. Analysen sammenligner kostnadsbildet ved kommunens sykehjem med hverandre og med andre sykehjem i norske kommuner. Sammenligningen baserer seg på tall fra vår database med tilsvarende analyser fra 64 sykehjem i Norge de siste årene. Hovedhensikten med analysen er å se hvordan kostnadene til drift fordeler seg og hvilken innsats som kreves for å gjøre en institusjonsplass i kommunen billigere. Den gir også et bilde av kostnader ved bruk av overtid og vikarer som igjen vil rette fokus mot blant annet turnus, arbeidsmiljø og ledelse.

3.4 Kvalitativ informasjonsinnhenting

I samarbeid med kommunen er det i perioden april/mai 2019 gjennomført 73 intervjuer. 15 ledere, samt rådmann og ordfører, 15 tillitsvalgte og verneombud og 41 ansatte fordelt på hele helse- og omsorgstjenesten er intervjuet, enten enkeltvis eller i grupper.

RO har hatt en mal for intervjuene der det har vært et mål å komme innom tema som tjenesteinnretning og tjenestetildeling, koordinering og samarbeid, forhold til økonomi og ressursbruk, arbeidsmiljø og sykefravær, kvalitet, ledelse og kompetanse. Intervjuobjektene ble ofte utfordret på behovet for endring og forbedring og i så fall hvilken som var viktig. Intervjuene har også vært viktig fordi helse- og omsorgstjenestene i kommunene er omfattende og det har vært viktig å bli kjent med og forstå utfordringsbildet i hele tjenesten. Hvert intervju ble likevel unikt basert på interesser, kunnskap, fagområde og forhold på egen arbeidsplass. Det er ingen informasjon fra intervjuene som gjengis som sitater i rapporten eller kan identifisere det enkelte intervjuobjekt.

For enkelte deler av organisasjonen har det i tillegg vært nødvendig å innhente ytterligere data for å få hele bildet, blant annet for psykisk helse og rus og legetjenesten.

3.5 Prosess

Prosess som arbeidsform gir både involvering og engasjement fra medarbeidere og ledere. Med hver sin kompetanse og erfaring er det de som kjenner sin egen arbeidshverdag, som kan si hvor skoen trykker og sammen kan peke ut retning og tiltak for forbedring. RO sin rolle er å være prosessdesigner¹², gjennom å legge opp og gjennomføre prosessdager, være prosesshjelper, ved å være ordstyrer og trekke sammen trådene fra diskusjonene. I den overordnede prosessen i prosjektet har RO videreført resultater fra arbeidsgrupper og prosessdager til prosjektgruppe, med formål om å få med alle innspill underveis, samtidig som fremdriften overholdes. Tematikken for prosessene var arbeidsprosesser, pasientforløp, legetjenesten og legevakt, samarbeid, verdier og kultur. Totalt er det nesten 50 ansatte som har deltatt. Formålet var reell involvering. Gruppene arbeidet med å skape en felles virkelighetsforståelse, lage en grunnmur for samarbeid og ny kultur i nye bygg, og å komme konkrete forslag til forbedringer. RO vil takke kommunen for tilrettelegging og alle deltakerne for innsats og engasjement. Prosessene kan være et godt fundament når endringer skal gjennomføres. Arbeidet er oppsummert og sendt til alle ansatte.

3.6 Folkemøter

Det ble arrangert to Folkemøter til slutt i prosessperioden. 12. september i Øvre distrikt og 19. september i Nedre distrikt. Formålet med møtene var å informere, engasjere, lytte og få innspill. Så vi spurte de som var til stede: **Hvordan forme fremtidens helse – og omsorgstilbud i Målselv kommune?** Etter en presentasjon av utfordringsbildet og med blikket mot fremtiden fikk vi mange innspill, kommentarer og spørsmål. De tilstedeværende var opptatt av forebygging og trygghet, både for unge og gamle. De var opptatt av tilbudene i sitt nærmiljø og hvilke endringer som kan komme. De var opptatt av hva de som innbyggere kunne gjøre selv og hvordan kommunen kunne motivere til det. De fremhevet pårønderressursen som viktig. De fikk svar på hva som gjør helse- og omsorgstjenester dyre og hva som er årsaken til at antallet plasser omsorgsboliger med heldøgnsomsorg må økes fremfor institusjonsplasser. Vi fikk råd og innspill med oss på veien. Tilsammen møtte ca. 100 stykker på begge møtene.

3.7 Prosjektgruppe og arbeidsgrupper

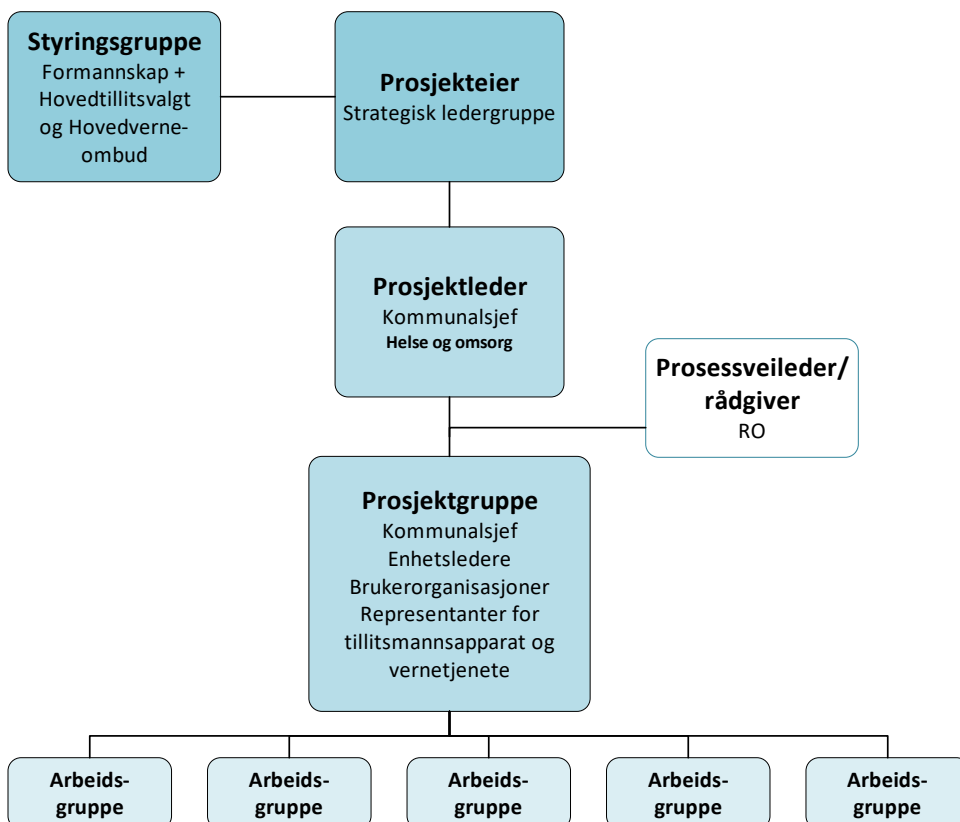
I samråd med RO har kommunen valgt å prosjektorganisere oppdraget.

Styringsgruppen for prosjektet er kommunens Formannskap utvidet med hovedtillitsvalgt (representant valgt blant alle HTV) og hovedverneombud. Prosjekteier er rådmannens strategiske ledergruppe, bestående av rådmann og kommunalsjefer, gruppen er utvidet med personal- og

¹² Organisasjonsendringer og endringsledelse. Dag Ingvar Jacobsen. Fagbokforlaget. 2018.

organisasjonssjef og økonomisjef. Prosjektleder er kommunalsjef Helse og omsorg. Prosjektgruppen har vært ledet av kommunalsjefen og har bestått av enhetslederne, 2 representanter for brukerorganisasjonene, samt representanter fra tillitsmannsapparatet og vernetjenesten og personalsjef. RO har hatt en rolle som prosessveileder og rådgiver.

I vedlagte organisasjonskart (figur 8) er det skissert 3 arbeidsgrupper. Det ble etter prosess-dagene med ansatte og som følge av innspillene derfra, identifisert behov for 6 arbeidsgrupper. 4 av disse startet opp umiddelbart. 2 ble utsatt oppstart, først og fremst av kapasitetshensyn. En siste arbeidsgruppe ble opprettet noe senere da en evaluering viste at det var et utfordringsområde som ikke var dekket. Gruppene har vært ledet av enhetslederne. Deltakerne i arbeidsgruppene har vært ledere og ansatte i kommunen i tillegg til innbyggere. De er invitert inn som følge av sin rolle i brukerorganisasjoner, som pårørende eller medlemmer i frivillige organisasjoner.



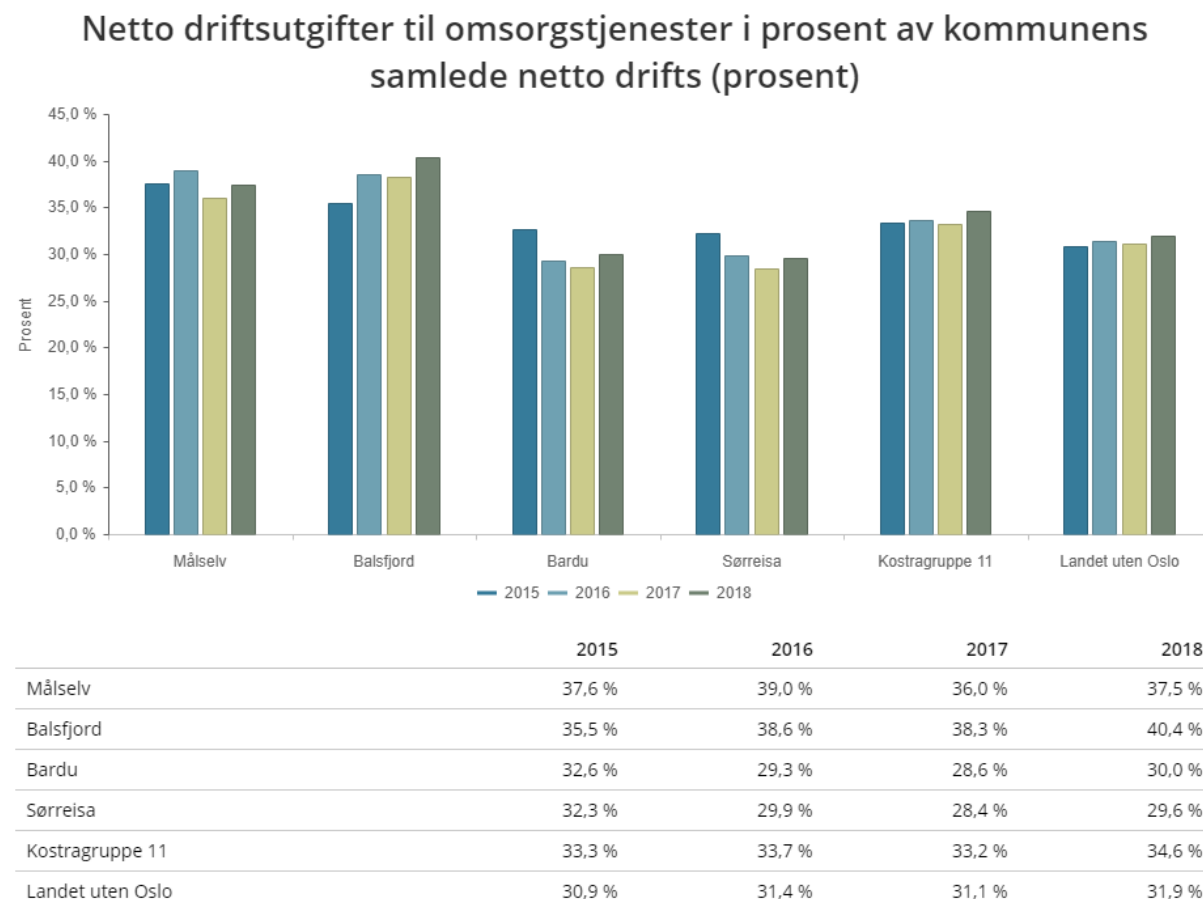
Figur 8: Prosjektorganisering "Strukturell endring Helse og omsorg"

Prosjektet har lagt vekt på åpenhet om prosessene. Det har derfor blitt utarbeidet en kommunikasjonsplan, hvor det har vært viktig å informere bredt og ofte. Som følge av denne er det laget egne nettsider under helse og omsorg for prosjektet.¹³

¹³ <https://www.malselv.kommune.no/utredning-av-helse-og-omsorg-i-malselv-kommune.500803.no.html>

4. Analyse – funn

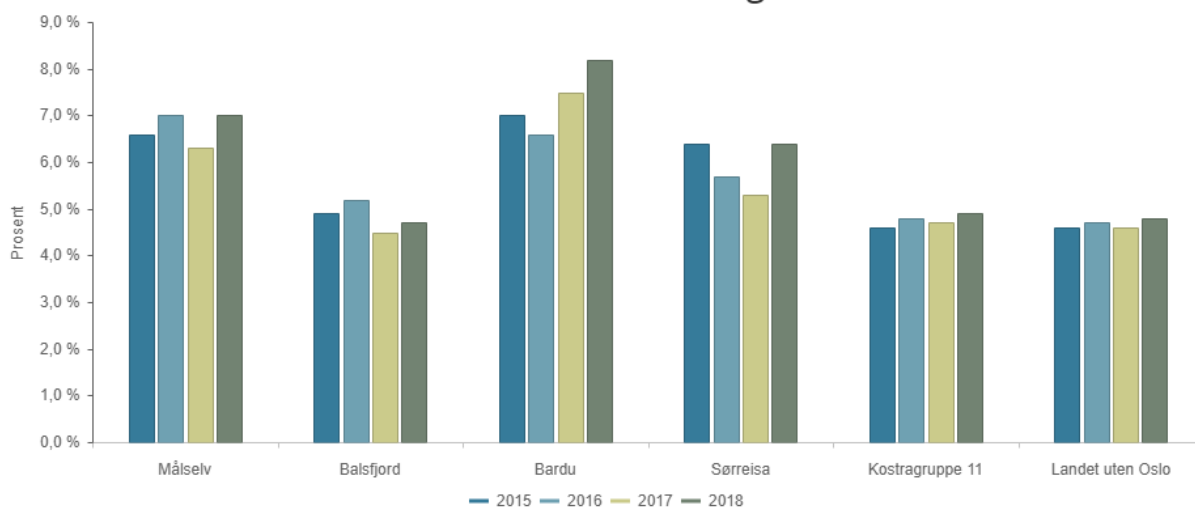
Gjennomgangen av kommunens data starter med å se på tall for kommunens samlede helse- og omsorgstjeneste.



Figur 9: Netto driftsutgifter til omsorgstjenester i prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter

Kommunens netto driftsutgifter i 2018 til **omsorgstjenester** er relativt høy, på 37,5 prosent når man sammenligner med KOSTRA-gruppe 11 som har 34,6 prosent og for landet u/Oslo hvor tallet er 31,9 prosent. Tallene var omtrent de samme i 2015 i Målselv kommune, men har svingt til 39 prosent i 2016 og ned til 36 prosent i 2017. Sammenligningskommunene ligger både noe over og under Målselv. Balsfjord 40,4 prosent, Bardu 30 prosent og Sørreisa 29,6 prosent. Målselv har altså nest høyeste nivå på netto driftsutgifter til omsorgstjenestene i denne sammenligningen.

Netto driftsutgifter til kommunehelsetjenesten i prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter



	2015	2016	2017	2018
Målselv	6,6 %	7,0 %	6,3 %	7,0 %
Balsfjord	4,9 %	5,2 %	4,5 %	4,7 %
Bardu	7,0 %	6,6 %	7,5 %	8,2 %
Sørreisa	6,4 %	5,7 %	5,3 %	6,4 %
Kostragruppe 11	4,6 %	4,8 %	4,7 %	4,9 %
Landet uten Oslo	4,6 %	4,7 %	4,6 %	4,8 %

Figur 10: Netto driftsutgifter til kommunehelsetjenester i prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter

Ser vi på kommunens netto driftsutgifter til **kommunehelsetjenesten** i prosent av samlede netto driftsutgifter, bruker Målselv kommune 7 prosent i 2018. Et tall som har svingt, men med en økning siden 2015. Sammenlignet er snittet i KOSTRA-gruppe 11 på 4,9 prosent og på 4,8 prosent i landet u/Oslo. Av sammenligningskommunene tallet høyrere i Bardu kommune med 8,2 prosent, litt lavere i Sørreisa på 6,4 prosent og lavest i Balsfjord med 4,7 prosent

	Årsverk helse og omsorg pr. 10 000 innbygger (årsverk)		
	2016	2017	2018
Målselv	349,3	392,8	366,0
Balsfjord	514,8	512,8	476,1
Bardu	283,5	288,0	285,8
Sørreisa	256,5	253,3	248,6
KOSTRA-gruppe 11	368,7	380,3	374,6
Landet u/Oslo	302,09	312,3	311,6

Tabell 2: Årsverk helse og omsorg pr. 10 000 (Kilde: SBB 12209)

Målselv kommune hatt en økning i årsverk pr. 10 000 innbyggere fra 2016 til 2017 for deretter å ha en nedgang igjen i 2018 – dog en økning sett tidsrommet under ett. Sammenlignet med KOSTRA-gruppe 11 er det ikke så store forskjeller og samme mønster i variasjonen. Målselv har flere årsverk i helse og omsorg pr. 10 000 innbyggere enn Landet u/Oslo, og både Bardu og Sørreisa i denne sammenligningen, men færre enn Balsfjord.

	Andel brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten med helseutdanning (prosent)		
	2016	2017	2018
Målselv	71,1	70,2	68,3
Balsfjord	68,6	67,9	68,0
Bardu	74,6	75,8	75,3
Sørreisa	75,7	75,2	75,3
KOSTRA-gruppe 11	75,0	75,3	75,4
Landet u/Oslo	74,6	74,6	74,8

Tabell 3: Andel brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten m/helseutdanning

Andelen brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten med helseutdanning er lavere for Målselv kommune enn alle i denne sammenligningen med unntak av Balsfjord. Mens de øvrige har en relativt stabil situasjon i andelen med helseutdanning, har Målselv kommune en nedgang fra 71,1 prosent i 2016 til 68,3 prosent i 2018. Dette er en tankevekkende utvikling. Tallene kan bety at kommunen har utfordringer med å rekruttere eller at det at det ikke har vært tilstrekkelig fokus på kompetansehevede tiltak med sikte på å få flere medarbeidere med helsefagkompetanse. Tall fra 2017 viser at det på landsbasis er en økning i antallet ufaglærte i hjemmetjenestene, mens det synker i tjenester institusjon og i boliger med heldøgns omsorg.¹⁴ I tjenestene til mennesker med utviklingshemming er andelen ufaglærte fortsatt høy på landsbasis.

4.1 PRO Øvre og Nedre distrikt

PRO Øvre og Nedre leverer pleie, rehabiliterings- og omsorgstjenester til brukere i institusjon og hjemmeboende i Målselv kommune. Tjenestene er som tidligere nevnt organisert under hver sin enhetsleder. Vi ser likevel på tallene samlet for PRO og deretter fordelt på enhetene og sykehjemmene når vi har data som gir mulighet for det.

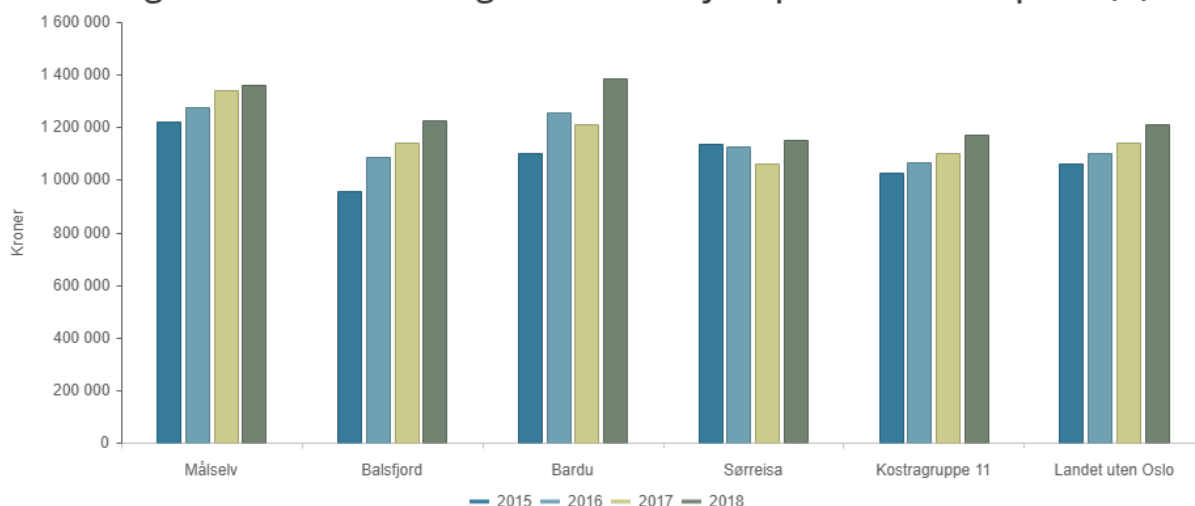
4.1.1 Sykehjem

Når institusjonsdrift i en kommune skal analyseres, er formålet å se på hva slags type plasser institusjonen har, dernest hvor store kostnader som knytter seg til driften av plassene. Basert på omsorgstrappen bør institusjonsplassene være forbeholdt avansert pleie. Først og fremst for pasienter med en alvorlig grad av demens eller i palliativ fase. Dernest plasser til korttidsopphold med formål om mestring. Pleie og omsorg i institusjon skal være tjenester som er så omfattende at de ikke kan gis i eget hjem.

Vi starter analysen med å se på kostnader pr plass og videre vise en ressurs- og driftsanalyse for avdelingene/sykehjemmene i Målselv kommune, til sammenligning med hverandre og andre sykehjem i landet.

¹⁴ Kompetanse og personell i helse- og omsorgstjenesten i kommunene i 2017 Årsrapport 2017 for Kompetanseløft 2020. IS-2755

Korrigerte brutto driftsutgifter, institusjon, pr. kommunal plass (B)



	2015	2016	2017	2018
Målselv	1 219 825	1 274 603	1 340 460	1 362 727
Balsfjord	954 815	1 087 173	1 139 654	1 226 543
Bardu	1 104 000	1 255 976	1 213 512	1 385 184
Sørreisa	1 137 379	1 127 000	1 059 464	1 152 778
Kostragruppe 11	1 027 226	1 068 073	1 103 134	1 171 688
Landet uten Oslo	1 060 711	1 100 874	1 140 351	1 212 640

Figur 11: Korrigerte brutto driftsutgifter i institusjon pr plass

Figuren som viser korrigerte brutto driftsutgifter pr. institusjonsplass, er en produktivitetsindikator og plasserer Målselv nest høyest blant sammenligningskommunene. Bardu drifter i overkant av 20 000 kroner dyrere pr. plass enn Målselv. Forskjellen mellom Målselv kommune og snittet for kommunene i KOSTRA-gruppe 11 nærmer seg 200 000 kroner pr. plass. Målselv har altså relativt dyre institusjonsplasser. For å forstå hva dette kan skyldes, ser vi nærmere på kostnadene ved driften av sykehjemmene i Målselv i en ressurs- og driftsanalyse basert på kommunens regnskapstall fra 2018.

Ressurs- og driftsanalyse sykehjem

Hvordan sykehjem driftes kan ha konsekvenser for effektiv ressursutnyttelse – også i tjenestene som helhet. RO vet av erfaring fra tilsvarende oppdrag, at det er store forskjeller mellom kommuner når det gjelder drift av sykehjem. En detaljert ressurs- og driftsanalyse for sykehjemmet i kommunen kan være et godt bidrag til å identifisere mulige tilpasningstiltak eller endringstiltak.

RO har i 20 år gjort sammenlignende analyser av organisering, tjenesteutøvelse og ressursbruk i kommunenes pleie- og omsorgstjenester. Gjennom mange slike oppdrag har RO erfart at det er vanskelig å finne tall for ressursbruk som er direkte sammenlignbare. Etterhvert har KOSTRA-tallene blitt kvalitetssikret slik at de i større grad kan brukes til sammenligning, men fremdeles er det slik at kommuner rapporterer forskjellig når det gjelder å plassere utgifter. KOSTRA-tallene er også aggregerte tall på kommunenivå og man må gå inn på avdelingsnivå for å kunne sammenligne sykehjem med hverandre.

RO har utarbeidet et standardisert rapporteringsskjema som danner grunnlag for sammenlignende driftsanalyser av sykehjem¹⁵. Skjemaet omhandler regnskapstall, bemanning, ledertetthet, matkostnader, sykefravær mm. Sammenligningene gjøres i hovedsak gjennom kroner pr. døgnplass. I noen tilfeller gjennom prosentandeler. I dag har RO tilsvarende tall fra 64 andre sykehjem.

Tabell 4 oppsummerer viktige kjennetegn ved sykehjemsdriften i Måselv og sykehjemmene i sammenligningen. Bokstavene henviser til ett sykehjem i de utvalgte og anonymiserte kommunene (angitt med forbokstav). I den grad tall stammer fra tidligere regnskap enn 2018, er tallene justert etter SSBs konsumprisindeks for 2018.

Sykehjem	Øverbygd syke- og omsorgssenter ¹⁶	Måselvtunet, Avd. A og Avd. C	H	M	S	V
År tallene er hentet fra	2018	2018	2016	2015	2017	2018
Antall plasser	10	53	101	53	37	26
Samlet sykefravær (i %)	19,70	14,23 (snitt)	8,8	8,10	7,8	13,10
Brutto lønnsutgifter pr. plass pr. år brukerrettet	1 126 126,40	885 596,89	604 791,73	624 118,11	774 123,19	673 211,12
Kostnader mat pr. plass pr. år	113 523,50	70 537,42	82 451,73	101 026,75	46 429,56	61 995,81
Vask av tøy pr. plass pr. år	31 972,60	35 626,66	6708,51	13 907,92	13 539,07	11 447,73
Medisinsk forbruksmateriell pr. plass pr. år	68 087,80	47 567,06	14 910,80	22 109,51	9470,94	19 076,04
Andre driftsutgifter pr. plass pr. år	95 759,80	32 821,45	58 312,75	26 384,15	38 153,99	175 427,38
Direkte brukerrettet innsats i % av totalen	78,45	82,60	78,83	79,25	87,80	71,53
Overtid pr. plass pr. år	121 859,10	84 840,87	3910,92	7097,13	18 106,69	16 575,62
Variabel lønn i % av totalen	37,01	31,38	23,71	32,00	27,72	11,89
Antall administrative årsverk ledelse (styrer, avdelingsleder)	0,50	3,00	5,0	2,8	1,7	2,00

Tabell 4: Kartlegging ressursbruk sykehjem. 2018-tall.

I tabellen er Måselvtunet, MSAH avd. A og C fremstilt i samme kolonne, med tanke på at disse skal bli ett nytt sykehjem; Måselv Helsetun. I den følgende beskrivelsen av analysen vil tallene også fremkomme separat for hver avdeling. Kolonnene H, M, S og V representerer utvalgte sykehjem fra databasen, anonymisert. Brutto lønnsutgifter er ikke direkte sammenliknbare da arbeidsgiveravgiften er soneinndelt i Norge og kommunene/sykehjemmene tilhører ulike soner. Variasjoner i kostnader

¹⁵ På grunn av denne erfaringen har RO utarbeidet et rapporteringsskjema som danner grunnlag for sammenlignende driftsanalyser av sykehjem. Gjennomsnittet gjelder alle sykehjem/kommuner RO har i sin base. Tallene er indeksregulert til 2018 nivå.

¹⁶ : I 2018 og fram til mars 2019 var det felles turnus for omsorgssenteravdelingen på 14 beboere og sykehjemsavdelingen på 10 pasienter.

internt i kommunene er noen ganger tilsiktet og faglig eller organisatorisk begrunnet, mens det i andre tilfeller har en mer tilfeldig eller historisk bakgrunn.

Sykefravær

Rapportert sykefravær blant ansatte på sykehjemmet i Øverbygd er 19,7 prosent og MSAH Avd. A 25,7 prosent og det er høyere enn det vi finner for alle sykehjemmene i databasen (10 prosent). For Målselvtunet og MSAH Avd. C var tallene lavere (8,9 prosent og 8,1 prosent). I 2017 var sykefraværet på landsbasis for ansatte i pleie og omsorg, tjenester for brukere på institusjon¹⁷ på 11,5 prosent. Laveste fravær blant ansatte på sykehjem i en kommune var på 2,1 prosent, mens høyeste fravær var på hele 27,2 prosent. Det er altså betydelige variasjoner på sykefraværet i norske sykehjem.

Siden sykehjemsanalysen baserer seg på 2018-tall har vi hentet inn oppdaterte tall på sykefraværet i Målselv, disse viser for første halvår i 2019:

Sykehjemsavdeling	Gjennomsnittlig sykefravær 2018	Gjennomsnittlig sykefravær (jan-juli 2019)	
Øverbygd syke- og omsorgssenter	19,70	15,46	
Målselvtunet	8,90	13,56	16,6
MSAH - Avd. A	25,70	16,7	
MSAH - Avd. C	8,10	19,76	

Tabell 5: Gjennomsnittlig sykefravær i prosent ved sykehjemsavdelingene i Målselv kommune jan 18 – juli 19

Dette viser at sykefraværet i Øverbygd har gått noe ned, men fortsatt er høyt. Sykefraværet for nye Målselv helsetun øker totalt sett. Både Målselvtunet og MSAH Avd. C har hatt en økning i sykefraværet, sistnevnte med en økning på over 11 prosent, mens ved avdeling A synker fraværet fra svært høyt til høyt, dog en god reduksjon på 9 prosent. Vedvarende høyt sykefravær er et tegn på det bør jobbes systematisk og bredt med alt fra kultur og arbeidsmiljø, til arbeidstidsordninger og ledelse.

Brutto lønnsutgifter pr. plass pr. år brukerrettet plass

Brutto lønnsutgifter pr. institusjonsplass ved sykehjemmet i Øverbygd er på 1 126 126 kroner og er vesentlig høyere forhold til sammenlikningskommunene. Målselvtunet har bare skjermede plasser for demente som normalt sett vil kreve høyere bemanning enn ordinære langtidsplasser, her er brutto lønnsutgifter på over 1,5 millioner kroner årlig pr. plass (1 566 522 kroner). Dette er også å anse som relativt høye kostnader til lønn pr. plass. Tilsvarende tall for MSAH Avd. A og C er 782 046 kroner og 598 508 kroner. Dette er mer på linje med sykehjemmene i denne sammenligningen. Gjennomsnitt for alle sykehjemmene i vår database er 854 730 kroner. Vi skal litt senere se på hvor stor andel av disse kostnadene som er variable.

Kostnader mat pr. plass pr. år

Kostnadene til mat pr. plass er høyere på Øverbygd sykehjem i forhold til de sammenliknede sykehjemmene både i egen og andre kommuner. Dette er en kostnad som varierer mye fra sykehjem til sykehjem. Gjennomsnittlige matkostnader pr. plass i de 64 sykehjemmene vi har i vår base er 66 899 kroner. Kostnaden til mat i Målselv totalt var 85 164 kroner pr. plass.

Vask av tøy pr. plass pr. år

Dette er også en kostnad som er ganske forskjellig fra sykehjem til sykehjem. Gjennomsnittlig sum i vår database var 16 633 kroner pr. plass og i denne sammenligningen 11 401 kroner. I Målselv

¹⁷ https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=Sykefravaer_PLO

varierer kostnaden lite, mellom 31 972 i Øverbygd og 35 626 kroner pr plass ved Måselvtunet og MSAH Avd. A og C.

Medisinsk forbruksmateriell

Det er betydelig forskjell på disse kostnadene mellom sykehjemmene. Gjennomsnittlig sum i vår database var 20 851 kroner pr. plass og sammenligningssykehjemmene her 21 919 kroner. Ved Øverbygd er kostnaden 68 087 kroner, ved Måselvtunet 35 466 kroner, ved MSAH Avd. A 64 125 kroner og Avd. C 40 113 kroner. Det viser at kostnadene til medisinsk forbruksmateriell jevnt over er ganske høye og høyere enn de vi sammenligner med.

Andre driftsutgifter pr. plass pr. år

I forhold til de sykehjemmene vi sammenlikner med her var gjennomsnittskostnaden for andre driftsutgifter 74 570 kroner, mens gjennomsnittskostnaden i vår database var 39 295 kroner. Ser vi på disse andre driftsutgiftene hver som seg ved de 4 sykehjemsavdelingene, var de i Øverbygd 95 759 kroner, ved Måselvtunet 45 308 kroner, ved MSAH Avd. A 42 259 kroner og Avd. C 22 829 kroner.

Direkte brukerrettet innsats i prosent av totalen

Brukerrettet innsats kan sies å være virksomhetens primære funksjon, mens øvrige funksjoner (tøy, forbruksmateriell osv.) kan anses mer som sekundære funksjoner. Ut fra denne synsvinkelen anses det som et mål at størst mulig andel av samlede driftsutgifter er innenfor brukerrettet innsats. Øverbygd sykehjem har en brukerrettet innsats i prosent av samlede driftsutgifter 78,45. Ved Måselvtunet er den 89,28, og henholdsvis 78,65 og 77,99 på MSAH Avd. A og C. Gjennomsnittlig sum i vår database var 82,60 prosent.

Variable lønnskostnader på sykehjemmene

Vedlagte tabell viser en samlet oversikt over variable lønnskostnader på sykehjemmene i Måselv.

Avd.	Konsulent-tjenester	Overtid	Ekstrahjelp	Vikarer	Totalt
Øverbygd syke- og omsorgssenter	990 289	1 218 591	781 836	1 177 177	4 167 893
Måselvtunet	0	570 932	922 280	755 773	2 248 985
MASH Avd. A	956 955	1 778 825	1 206 915	1 825 785	5 768 480
MSAH Avd. C	35 440	928 218	929 031	652 444	2 545 133
Totalt	1 982 684	4 496 566	3 840 062	4 411 179	14 730 491

Tabell 6: Oversikt over variable lønnskostnader ved sykehjemsavdelingene i Måselv

Til sammen har alle sykehjemmene årlige variable kostnader på 14 730 491 kroner fordelt på konsulenttenester, overtid, ekstrahjelp og vikarer. Øverbygd syke- og omsorgssenter har en samlet variabel lønnskostnad på 4 167 893 kroner i 2018 på drift av 10 plasser. Måselv syke- og aldersheim to avdelinger har til sammen 8 313 613 kr i variable lønnskostnader fordelt på 45 plasser og Måselvtunet (8 plasser) har 2 248 985 kr i variable lønnskostnader i 2018. Tallene bør også sees i forhold til pleiefaktor (årsverk i brukerrettet tjeneste pr. plass), sykefravær og heltid/deltid for å gi et helhetlig bilde, men det er ingen tvil om at lønn er en stor utgift for alle sykehjem, i Måselv er den større enn vanlig og det er særlig utgifter til overtid som skiller seg ut. Pleiefaktor ved Måselvtunet er 1,58 ved MSAH 1,02 og i Øverbygd 1,27. I Norge varierer pleiefaktoren på sykehjem mellom 0,65 og 1,20.

Variabel lønn i prosent av samlede lønnsutgifter er høyest ved Øverbygd på 37,01 prosent, 17,95 prosent ved Måselvtunet, 40,98 ved MASH Avd. A og 15,75 ved Avd. C. Gjennomsnittet i vår database var 24 prosent.

Overtid i kroner pr. plass pr. år

En planlagt virksomhet skal i svært sjeldne tilfeller måtte leie inn vikarer som krever overtid. Overtid skal normalt kun være nødvendig i ekstraordinære situasjoner der det viser seg at inngåtte avtaler må gjøres om i siste liten. Sammenligningssykehjemmene i denne rapporten har i snitt et overtidsforbruk på 10 542,61 kroner pr. plass pr. år. I snitt i Måselv er overtidsforbruket totalt på 71 374 kroner pr. plass. Til sammenlikning er gjennomsnittlig overtid pr. plass pr. år ved de 64 sykehjemmene vi har i vår database på 15 514 kroner. Selv om overtidskostnaden varierer mellom sykehjemmene, er den generelt svært høy ved sykehjemmene i Måselv kommune.

Antall administrative årsverk ledelse

Databasen gir også tall for lederressurs ved sykehjemmene. I tabellen framkommer dette som absolutte tall og må derfor sees i sammenheng med størrelse på sykehjemmet for å kunne gi noen mening. Størrelsen på sykehjemmene i denne tabellen framgår av antallet pasienter eller plasser. Ut fra dette kan en mulig sammenlikning bli antall plasser pr. leder. Gjennomsnittlig ledertetthet i vår database er 16 plasser pr. lederårsverk. Ved sykehjemmene i Måselv er det 18 plasser pr. lederårsverk.

Oppsummert viser sykehjemsanalysen at sykehjemmene i Måselv driftes relativt dyrt.

Heltid/deltid

I tabellen under er det satt opp en oversikt over totalt antall ansatte, årsverk, benyttet kompetanse (personer/årsverk), antall ansatte på heltid (medregnet stillinger over 90 prosent).

Tabellen viser at det ligger en potensiell arbeidskraftreserve som både kan styrke kvaliteten i tjenestene og bidra til en bedre ressursutnyttelse og baserer seg på turnuser fra første halvår 2019.

Tjenestested	Personer	Årsverk	Benyttet kompetanse i %	Antall hele stillinger
Øverbygd syke- og omsorgssenter	24	11,6	50,7	6
Måselvtunet	23	14,0	60,9	1
MASH Avd. A	37	24,5	66,2	9
MASH Avd. C	36	23,3	64,7	12
Øvre distrikt åpen omsorg	26	12,7	48,8	6
Nedre distrikt åpen omsorg	23	18,5	81,7	12
Nedre distrikt åpen omsorg hjelpepleiere/ omsorgsarbeidere	6	3,9	65,0	3

Tabell 7: Arbeidskraftreserve PRO Øvre og Nedre

Det er også er del «Småstillinger» i turnus og en del av disse er vakante, som er vanskelig å besette. Dette er tall som varierer hele tiden og bruk av slike stillinger skyldes i hovedsak manglende dekning på helg i døgnkontinuerlig tjeneste. Alternative arbeidstidsordninger løser gjerne denne utfordringen og mange kommuner arbeider med å etablere ordninger som fjerner vakante stillinger fra helgene.

Dagens dimensjonering

I den videre analysen av sykehjem i Målselv ser vi på dimensjoneringen, antallet plasser planlagt og hva behovet antas å ville være i fremtiden.

Kommunen har pr. i dag 3 sykehjem fordelt på 4 avdelinger. Antall plasser fordeler seg slik.

	Antall plasser	Herav skjermede plasser	Herav Korttids-plasser	Heldøgns omsorgsbolig	Dagsenter
Øverbygd syke- og omsorgssenter	10	0	0	14	0
Målselv syke- og aldersheim Avd. A	18	0	2	0	0
Målselv syke- og aldersheim Avd. C	27	0	2	0	0
Målselvtunet	8	8	0	0	3

Tabell 8: Antall plasser ved institusjon og HDO i Målselv kommune

I løpet av 2020 vil Målselv syke- og aldersheim (MSAH) og Målselvtunet flytte sammen på Andslimoen i nye Målselv Helsetun. Legekontor, Helsestasjon, Fysioterapi og Målselvtunet ligger der fra før. Avdelingene A og C fra Målselv syke- og aldersheim, samt hjemmetjenesten i nedre distrikt skal inn i nye tilstøtende lokaler. Fysioterapitjenesten får nye lokaler for trening og behandling i nybygget. Bygget er planlagt med 6 avdelinger og 56 plasser. 16 skjermede plasser for demente, 30 langtidsplasser og 10 korttidsplasser. Rommene på korttidsavdelingen kan omgjøres til to-sengsrom. Driften planlegges imidlertid ikke for det og derfor legges antallet 56 til grunn i beregning av dimensjonering. Det planlegges ingen endring i lederstruktur.

	Antall plasser	Herav skjermede plasser	Herav Korttids-plasser	Heldøgns omsorgsbolig	Dag-senter
Øverbygd syke- og omsorgssenter	10	0	0	14	0
Målselv helsetun	56	16	10	0	?

Tabell 9: Planlagte antall plasser institusjon og HDO i Målselv kommune

På Ekornlunden ved MASH ligger 7 omsorgsboliger og 2 hybler. Det foreligger ikke planer om endringer for disse som vil være omsorgsboliger med tilbud om ordinære tjenester fra åpen omsorg, hjemmesykepleie og praktisk bistand.

Omsorgsboligene på Øverbygd er dimensjonert med 14 heldøgns omsorgsplasser i hybler og leilighet. Det foreligger ikke planer om endringer for disse.

Andslimoen og Øvre Moen miljøarbeidertjeneste slås sammen til en tjeneste og flytter inn i et nytt bygg og skal hete Fagerli Miljøtjeneste. Disse 10 boligene på Andslimoen som ligger i bakkant av helsetunet, skal beholdes som omsorgsboliger. Omfang av renovering og bruks- og driftsform for disse er ikke ennå bestemt.

Målselv kommune har altså 63 institusjonsplasser i dag, når Målselv helsetun tas i bruk vil de ha 66 institusjonsplasser. RO har informasjon om at det i dag er et vedvarende overbelegg, altså flere beboere på institusjon enn det offisielle tallet skulle tilsi, uten at det finnes dokumentasjon på

antallet. Det står 0 personer på venteliste for plass på institusjon pr 15.04.19¹⁸ jfr. offisiell statistikk på Helsedirektoratet sine nettsider. Informasjon fra kommunens inntaksansvarlige viser er at det pr. 20.09.19 er to utskrivningsklare pasienter på UNN som venter på langtidsplass.

	2018	2019	2020	2025	2030	2035	2040
Antall personer over 80 år (MMMM)	350	353	352	404	492	582	649
Antall plasser Institusjon + HDO	77	77	80	80	80	80	80
Dekningsgrad	22	21,8	22,7	19,8	16,3	13,7	12,3
Antall plasser institusjon	63	63	66	66	66	66	66
Dekningsgrad	18	17,8	18,8	16,3	13,4	11,3	10,2
Antall plasser HDO	14	14	14	14	14	14	14
Dekningsgrad	4	4	4	3,5	2,8	2,4	2,2

Tabell 10: dagens dekningsgrad og fremtidig dekningsgrad uten endringer etter 2020

Tabell 10 viser dekningsgrad for institusjonsplasser og HDO hver for seg. For kommunen er det hensiktsmessig å lage en plan for behovet av begge typer plasser.

I en framskriving av dekningsgraden, det vil si andel plasser i institusjon og med heldøgns omsorg (HDO) for personer over 80 år, ser vi at Målselv kommune i dag har en dekningsgrad på 21,8 prosent. Når Målselv Helsetun tas i bruk, er dekningsgraden til 22,7 prosent. Dersom kommunen beholder antall plasser på 2020-nivå, vil dekningsgraden gradvis synke til 12,3 i 2040. Beregningen er basert på hovedalternativet i befolkningsframskrivingen til SSB, det er grunn til å minne om at det alltid knytter seg usikkerhet til slike framskrivinger.

Dagsenter for demente

Det var definert 3 plasser to dager pr. uke på dagsenter for demente i 2018. I 2019 har imidlertid budsjettinnstramninger ført til usikkerhet om tilbudets eksistens. Det er omkring 30 prosent av hjemmeboende i Norge som har vedtak om dagsentertilbud. I Troms er andelen ca. 20 prosent. Disse tallene fra helsedirektoratet 2018¹⁹ viser med all tydelighet at Målselv kommune er akterutseilt i dette forbyggende tilbudet.

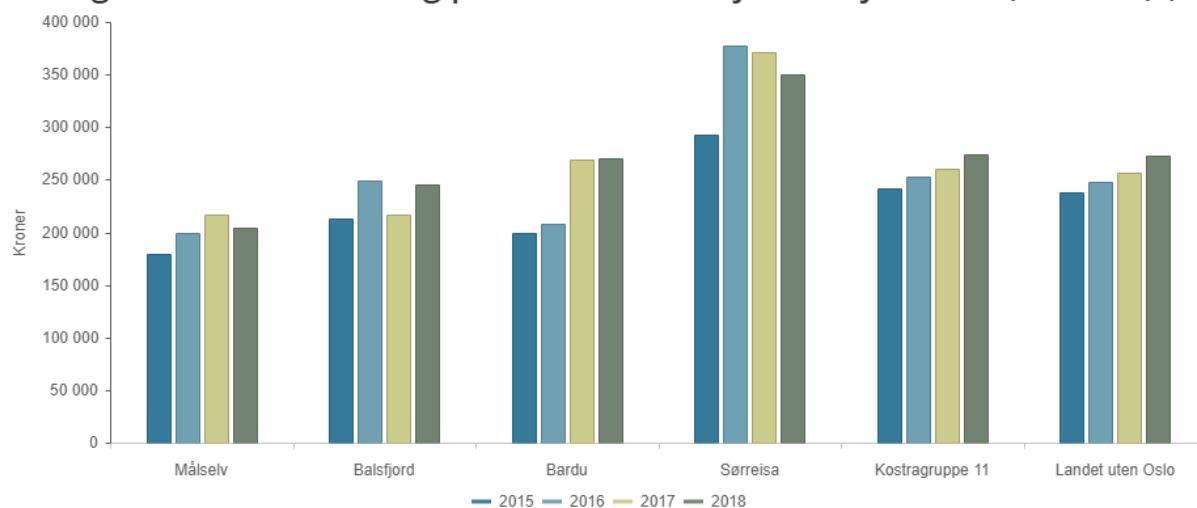
4.1.2 Hjemmetjeneste/åpen omsorg

Hjemmetjenestene i Målselv kommune er delt i to distrikt. Åpen omsorg øvre distrikt strekker seg fra Grøtte/Utby til grensa mot Balsfjord kommune og til grensa mot Sverige. Åpen omsorg i øvre distrikt har kontor på Øverbygd syke- og omsorgssenter og har en leder i 50 prosent stilling. Nedre distrikt stekker seg fra Grøtte/Utby til grensa mot Bardu, Lenvik, Sørreisa og Balsfjord kommuner. Åpen omsorg i nedre distrikt har i dag kontor på Målselv syke- og aldersheim og skal flytte basen til nye Målselv helsetun i løpet av våren 2020. De har en leder i 100 prosent stilling. Tjenestene spenner fra hjemmesykepleie og demensomsorg, til praktisk bistand, betjening av trygghetsalarmer og utdeling av hjelpemidler.

¹⁸ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/venteliste-for-langtidsplass-pa-sykehjem>

¹⁹ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/dagaktivitetstilbud-til-personer-med-demens-og-kognitiv-svikt>

Korrigerte brutto driftsutg pr. mottaker av hjemmetjenester (i kroner) (B)



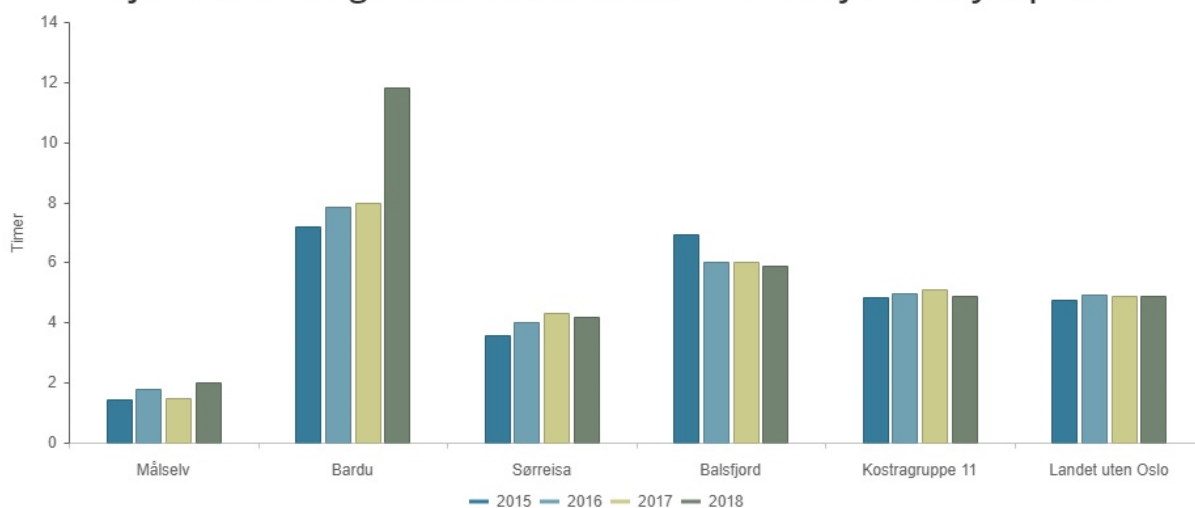
	2015	2016	2017	2018
Målselv	179 389	199 228	216 401	204 911
Balsfjord	213 281	249 739	216 988	245 132
Bardu	199 836	208 532	269 246	270 253
Sørreisa	292 792	377 010	370 820	350 306
Kostragruppe 11	241 781	252 354	260 597	273 724
Landet uten Oslo	237 967	247 605	256 226	273 215

Figur 12: Korrigerte brutto driftsutgifter pr mottaker av hjemmetjenester

Figur 12 (en produktivetsindikator) viser at Målselv har hatt en relativt liten økning i utgifter pr. tjenestemottaker av hjemmetjenester fra 2015 til 2018. I små kommuner kan få brukere gi store utslag. Målselv bruker mindre pr. hjemmetjenestebruker enn kommunene i sammenligningsgrunnlaget. Målselv bruker nesten 70 000 mindre pr. tjenestemottaker sammenlignet med KOSTRA-gruppe 11.

Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken fordelt på hjemmesykepleie og praktisk bistand, kommer frem i de to neste figurene (13-14).

Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken, hjemmesykepleie

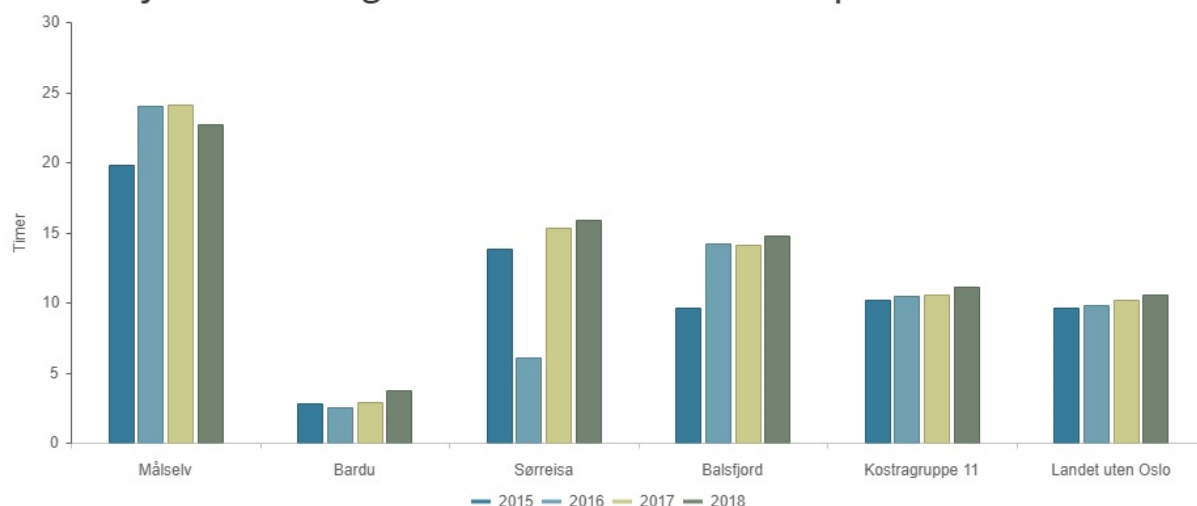


	2015	2016	2017	2018
Målselv	1,46	1,79	1,50	2,00
Bardu	7,18	7,85	8,00	11,80
Sørreisa	3,56	4,01	4,30	4,20
Balsfjord	6,94	6,01	6,00	5,90
Kostragruppe 11	4,82	4,98	5,10	4,90
Landet uten Oslo	4,74	4,93	4,90	4,90

Figur 13: Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken, hjemmesykepleie

Tall fra KOSTRA viser antall tildelte timer til hjemmesykepleie i uken. Målselv kommune har det laveste antallet sammenlignet med de øvrige kommunene i tabellen. I Bardu er tallet høyest med 11,8 timer pr. uke mot Målselv sine 2 timer pr. uke. De øvrige kommunene og i landet u/Oslo ligger tallet på mellom 5,9 og 4,2 timer i uka og med unntak av Balsfjord er antallet timer økende fra 2015 til 2018 for alle disse også for Målselv.

Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken, praktisk bistand



	2015	2016	2017	2018
Målselv	19,85	24,05	24,10	22,70
Bardu	2,81	2,53	2,90	3,70
Sørreisa	13,86	6,05	15,30	15,90
Balsfjord	9,59	14,20	14,10	14,80
Kostragruppe 11	10,22	10,45	10,60	11,10
Landet uten Oslo	9,67	9,83	10,20	10,60

Figur 14: Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken, praktisk bistand

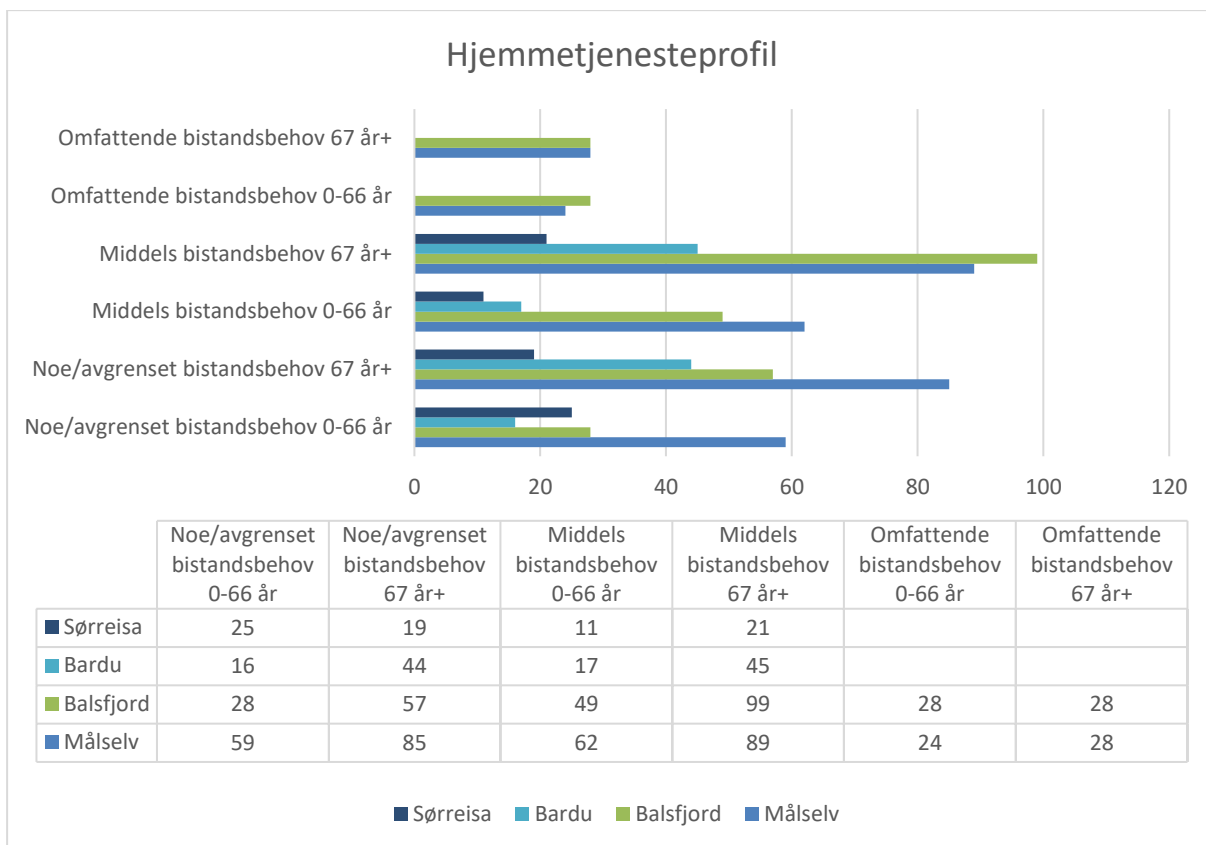
Når vi ser på tilsvarende tall for praktisk bistand, ligger Målselv i den andre enden av skalaen, øverst, med 22,70 timer pr uke – økende fra 19,85 i 2015. I Bardu er tilsvarende tall 3,70. I Balsfjord tildeles 14,8 timer pr uke og i Sørreisa 15,9. I KOSTRA-gruppe 11 er gjennomsnittet 11,10 timer pr. uke og i landet u/Oslo 10,6. Tallene er økende for alle i perioden 2015-2018.

Fordelingen av timer til hjemmesykepleie kontra praktisk bistand, viser at Målselv skiller seg ut som en kommune som gir betydelig mer praktisk bistand enn hjemmesykepleie. I sammenligningskommunene er det omvendt.

Den relative høye andelen timer til praktisk bistand (22,8) i forhold til hjemmesykepleie (2) kan være et uttrykk for at profilen på tjenestene som gis, i for liten grad vektlegger helsetjenester i hjemmet. At tallene er diametralt forskjellige fra sammenligningskommunene, der tallet til hjemmesykepleie er langt høyere i forhold til praktisk bistand, gir grunn til å stille spørsmål ved om det er et underdekket behov for hjemmesykepleie i kommunen. Det kan også være et uttrykk for at kommunen har høy grad av institusjon og bolig med heldøgns tjenester.

Profil på tjenestene

Hvis vi ser på fordelingen av brukere i Målselv kommune på omfattende, middels og noe/avgrenset hjelpebehov i figur 15, viser den at det gis tjenester til nesten like mange brukere med noe/avgrenset tjenestebehov som de de med middels behov. Det er relativt sett få brukere med omfattende behov sett i forhold. Det vil si at ressursene prioriteres til brukere som trenger lite. Balsfjord kommune har en profil hvor det gis mer tjenester til de med middels og omfattende behov. Bardu og Sørreisa har en profil som ligner Målselv sin, med forbehold om manglende tall for brukere med omfattende behov.

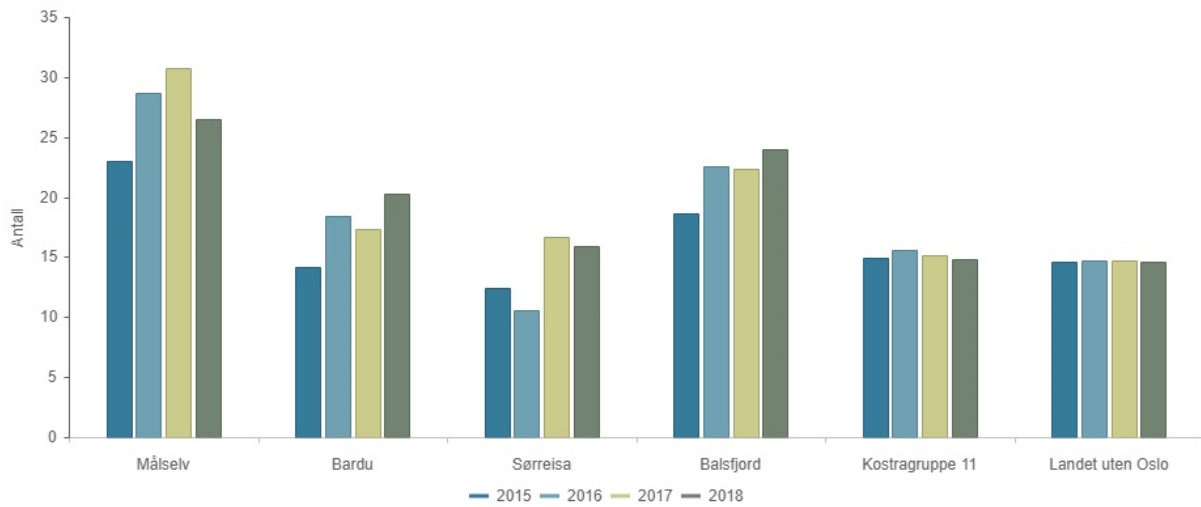


Figur 15: Antall mottakere av hjemmetjenester overfor hjemmeboende brukere (funksjon 254) Inkluderer mottakere av praktisk bistand (IPLOS-tjeneste 1,2 og 3), helsetjenester i hjemmet (hjemmesykepleie, IPLOS-tjeneste 15), avlastning utenfor institusjon (IPLOS-tjeneste 7) eller omsorgslønn (IPLOS-tjeneste 11) 2018.

Dersom kommunen gir for stor grad av lette tjenester til mange brukere, vil det ikke være ressurser til å håndtere økende behov for helsetjenester i hjemmet. Dermed blir veien til en sykehjemsplass kortere.

Hvis vi ser på fordelingen av timer på aldersgrupper, ser vi at det gis langt flere timer til brukere under 67 år (26,5) enn over 67 år (3,40). Trenden at det i Målselv gis flere timer til yngre brukere enn i sammenligningskommunene og færre timer til brukere over 67 år. Vedtakstimer til brukere under 67 år vil inkludere brukere med fysisk og psykisk utviklingshemming og vedtakstimer i psykisk helse.

Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken, hjemmetjenestebrukere 0-66 år (antall)

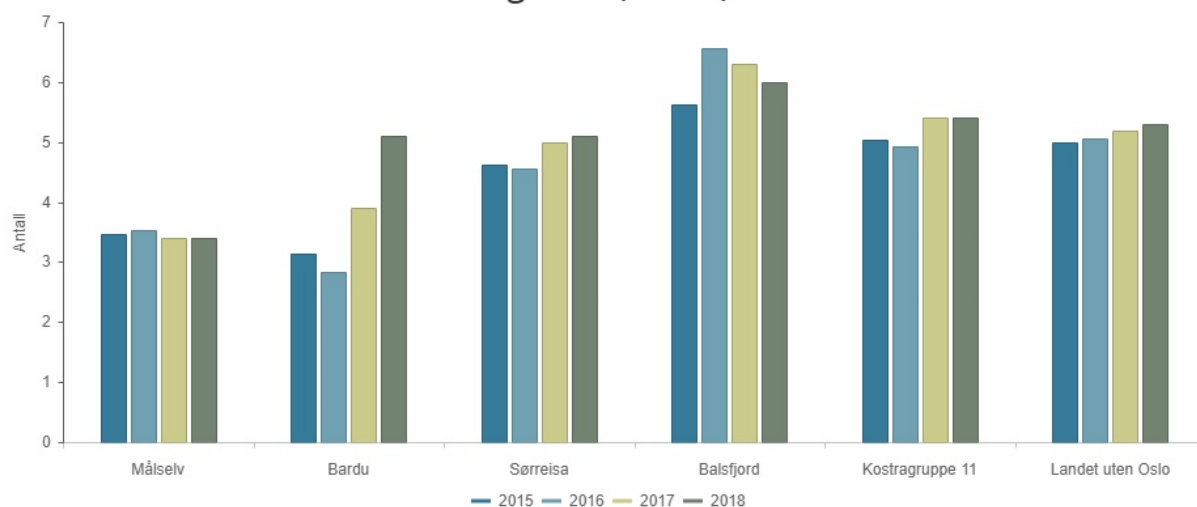


	2015	2016	2017	2018
Målselv	22,96	28,68	30,80	26,50
Bardu	14,20	18,45	17,30	20,30
Sørreisa	12,39	10,62	16,70	15,90
Balsfjord	18,65	22,56	22,40	24,00
Kostragruppe 11	14,95	15,64	15,20	14,80
Landet uten Oslo	14,63	14,69	14,70	14,60

Figur 16: Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken. Hjemmetjenestebrukere 0-66 år

Målselv gir et høyere antall timer til yngre brukere enn kommunene vi sammenligner med. I forhold til KOSTRA-gruppe 11 og landet u/Oslo er forskjellen større. Målselv gir 26,5 timer pr. uke, men det gjennomsnittlige tallet er 14,8 for KOSTRA-gruppe 11 og 14,6 for landet u/Oslo.

Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken, hjemmetjenestebrukere 67 år og over (antall)



	2015	2016	2017	2018
Målselv	3,46	3,53	3,40	3,40
Bardu	3,13	2,84	3,90	5,10
Sørreisa	4,63	4,56	5,00	5,10
Balsfjord	5,63	6,56	6,30	6,00
Kostragruppe 11	5,04	4,92	5,40	5,40
Landet uten Oslo	5,00	5,06	5,20	5,30

Figur 17: Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken. Hjemmetjenestebrukere 67 år og over

I denne sammenligningen har Målselv det laveste gjennomsnittlige antall tildelte timer til brukere over 67 år. Tallet har også gått ned siden 2015, men det øker i andre kommunene.

Disse figurene viser at hjemmetjenester til eldre antagelig prioriteres lavt i Målselv kommune. Institusjonsdrift prioriteres høyere enn hjemmetjenester og de siste årene har dette økt. For å unngå et vedvarende press på institusjonsplasser og unødig bruk av disse plassene som er svært dyre å drive, er et av de viktigste innsatsområdene for kommunen, å dreie mot en mer hjemmebasert tjenesteprofil.

Direkte og indirekte brukertid hjemmetjenesten

Når bemanningsbehov for hjemmebaserte tjenester skal beregnes må en først definere hva som er å betrakte som hjemmetjenester. Hjemmetjenester er i prinsippet alle omsorgstjenester som ikke gis i institusjon, herunder de tjenester som gis til de som har behov for heldøgns omsorg.

Vurderingen av bemanningsbehovet bør knyttes opp mot de vedtakene som fattes og hvor mange timer som trengs for å utføre de oppgavene vedtaket omfatter. Bemanningsbehovet bør beregnes ut fra omsorgsbehov og det må tas hensyn til direkte tid (ansikt til ansikt tid) og indirekte tid (kjøring, rapportering, medisin håndtering, møter utenfor hjemmet, utrykning trygghetsalarm mm).

Hva er rett tidsbruk når vi vurderer forholdet direkte/indirekte tid i hjemmetjenesten? Det fins ingen vedtatt norm eller nasjonal standard på dette forholdet. Målinger som er gjennomført i enkelte kommuner og rapporter som beskriver forholdet kan gi en pekepinn om erfaringstall. Vi kan anslå at et grovt gjennomsnitt kan være ca. 1,4 arbeidstime pr. vedtakstime hjemmesykepleie og ca. 1,25

arbeidstime på praktisk bistand (hjemmehjelp/opplæring). Det må imidlertid presiseres at dette ikke kan anses som en landsdekkende norm.

Ut fra denne logikken kan et estimat på gjennomsnittlig direkte brukertid hjemmesykepleie være 60 prosent og 75 prosent for praktisk bistand. Sagt på en annen måte innebærer dette at for hver time til disposisjon, kan en forvente at henholdsvis 60 prosent og 75 prosent av tiden benyttes i direkte tid til bruker i henhold til vedtak. Resterende arbeidstid er i denne sammenheng indirekte brukertid.

Distrikt	Tjeneste	Årsverk	Timer til disp.pr. uke	Vedtaktimer pr. uke	Timer til disp. pr. vedtakstime	Direkte brukertid
PRO Øvre	Helsetjenester i hjemmet	11,3	401,15	111,08	3,61	0,28
	Praktisk bistand	1,45	54,38	37,47	1,45	0,69
PRO Nedre	Helsetjenester i hjemmet	17,99	638,65	262,28	2,43	0,41
	Praktisk bistand	3,9	146,25	56,39	2,59	0,39

Tabell 11: Vedtaktimer og årsverk i hjemmetjenesten (kommunens egne tall)

Direkte brukertid i hjemmesykepleien i PRO Øvre må betegnes som svært lav, men for praktisk bistand er direkte brukertid mer på nivå med det man kan forvente, eller det som kan antas å være normalen. I PRO nedre er det lavere direkte brukertid til praktisk bistand enn hjemmetjenester, dette er omvendt av hva som er vanlig og en relativt lav direkte brukertid. For hjemmesykepleien er 0,41 i også relativt lavt i forhold til hva som kunne forventes.

4.2 Bo- og oppfølgingsenheten

4.2.1 Rus- og psykisk helsetjeneste

Rus- og Psykisk helsetjeneste i Målselv kommune er samordnet og yter helsehjelp til innbyggere i kommunen som har psykiske og-/eller rusrelaterte lidelser. Tjenestene omfatter rådgivning og veiledning, støtteopplegg, i bolig, oppsøkende arbeid, tiltak for sosial- og arbeidsrettet rehabilitering, arbeid med individuell plan og oppfølging før, under og etter opphold i spesialisthelsetjenesten eller fengsel. Rus og psykisk helsetjeneste består av BOA, Utetjeneste og Dagsenter og har en avdelingsleder i 100 prosent stilling. I tillegg kommer drift av ledsagertjeneste ved innleggelse i psykisk helsevern, og ledelse av Psykososialt kriseteam.

Utetjenesten

Utetjenesten har kontorsted på Øverli og ivaretar pasienter over 18 år som har behov for oppfølging for ruslidelse og/eller psykiske lidelser. Tjenesten er vedtaksbasert og de ansatte saksbehandler og gjør vedtak selv. Tjenestene gis på dagtid i ukedagene, behov for tjenester på andre tider på døgnet/uka håndteres av hjemmetjenesten (PRO). Utetjenesten har opplevd et økende antall henvisninger, særlig de siste 2-3 årene. Tjenesten har 4,6 årsverk fordelt på 6 ansatte. Fra tjenestens egen årsrapport for 2018 oppgis det at de har 157 pasienter i behandling og 25 på venteliste. 40 prosent av henvisningene i 2018 gjaldt unge voksne i alderen 17-26 år. Majoriteten av de unge voksne har et omfattende hjelpebehov med lavt funksjonsnivå ifølge tjenestens årsrapport. Utetjenesten er bredt faglig sammensatt. Med blant annet pedagog, sykepleier og ambulansarbeider ansatt hos seg og har en policy som lavterskeltilbud som ikke avviser pasienter, men heller prøver å løse dem videre. Det har utarbeidet et eget kartleggingsverktøy og de tilbyr blant annet kurs/opplæring og samtalegrupper.

Helsedirektoratets veileder "Sammen om mestring"²⁰ som kom ut i 2014 skisserer tre pasientforløp med tilhørende ansvarsfordeling og samarbeidsrelasjoner og vektlegger behandling lokalt. I tråd med samhandlingsreformen dreier oppgavene fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. For personer med milde og kortvarige problemer har kommunen et hovedansvar for å gi tilbud. Til personer med kortvarige alvorlige og når mildere problemer/lidelser varer ved har kommunen fortsatt et sterkt ansvar, men spesialist må kobles inn. Ved alvorlige og langvarige problemer, har både kommune og spesialist et felles og samtidig ansvar. Dette oppleves som en dreining av et større ansvar til kommunene enn tidligere.

Som en del av analysearbeidet har kommunen i samarbeid med RO bedt Distriktpsikiatrisk senter Midt-Troms om data som kan si noe om antall henvisninger som behandles og avvises for hele regionen. Formålet er å forstå grunnlaget for et opplevd økende behov og antall henvisninger lokalt.

Seksjon	2015		2016		2017		2018		Totalt Avvist	Totalt Behandles
	Avvist	Beh.	Avvist	Beh.	Avvist	Beh.	Avvist	Beh.		
DPS ambulant akutteam Silsand - UNN	0	17	0	21	0	19	0	26	0	83
DPS innleggelse Midt-Troms - UNN	1	8	0	15	0	9	0	10	1	44
DPS poliklinikk Silsand - UNN	15	42	13	45	18	47	20	70	66	336
DPS poliklinikk Sjøvegan - UNN	1	3	0	3	0	3	0	2	1	13
DPS rusbehandling Silsand - UNN					0	3	0	1	0	4
PHBU poliklinikk Silsand - UNN	1	24	9	26	5	24	9	30	24	152
PHBU poliklinikk Sjøvegan - UNN	0	4	0	2	0	2			0	8
	18	98	22	112	23	107	29	139	92	640

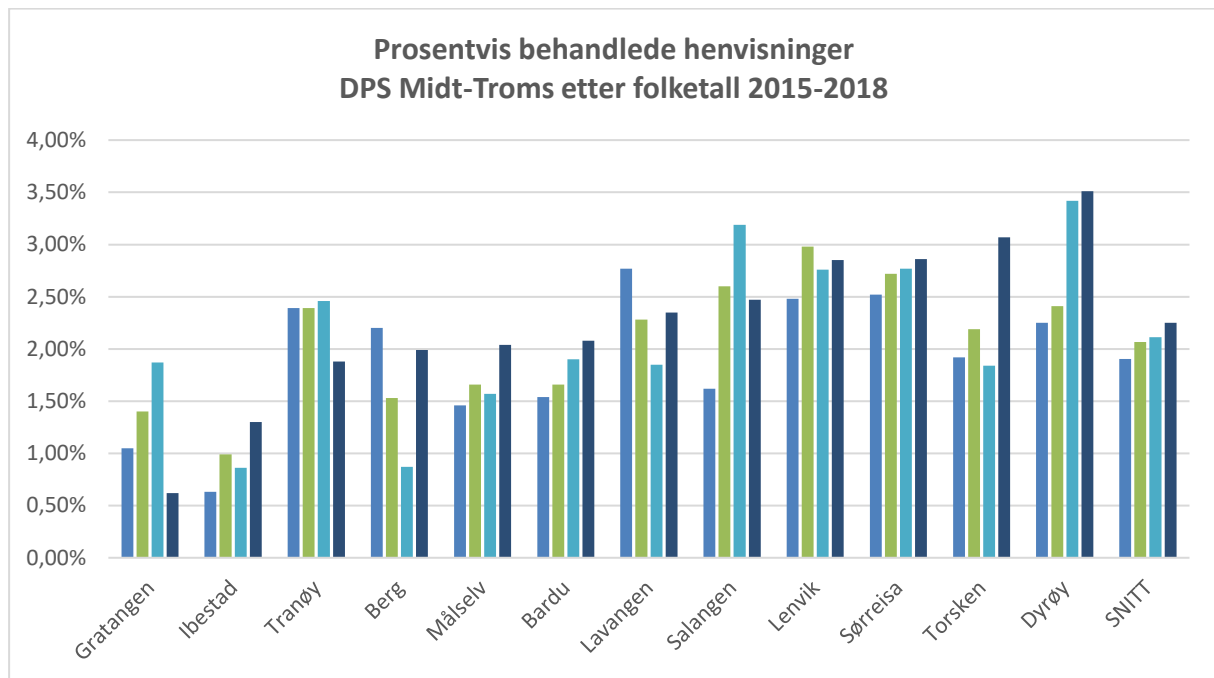
Tabell 12: Utviklingen for Målselv kommune i perioden i antall henvisning, behandlet og avvist ved DPS Midt-Troms i perioden 2015 – 2018 (Kilde: DIPS)

Oversikten viser at antall tatt inn til behandling fra Målselv har økt fra 98 til 139 (totalt). Antall avviste henvisninger fra Målselv har økt fra 18 til 29 (totalt). Størst endring er økningen i antallet over 18 år tatt inn til poliklinisk behandling – fra 42, 45 og 47 i 2015/16/17 til **70** i 2018.

Det totalt antall henvisninger til DPS har økt med nesten 22 prosent i perioden fra 2015 – 2018 Dette er ny-henvisninger og disse øker fra 720 til 877 i løpet av 4 år. Samtidig har antallet avviste henvisninger økte med 65 prosent eller i tall fra 131 avvisinger i 2015 til 216 i 2018. En eventuell hypotese om at DPS tar mot færre eller avviser flere, stemmer altså ikke. Disse tallene tyder både på et økende behov og en strengere prioritering ved DPS Midt-Troms.

²⁰ Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet. IS-2076

En oversikt over prosentvis behandlede henvisninger etter folketall viser fordelingen mellom kommunene som henviser til DPS Midt-Troms.



Figur 18: Prosentvis behandlede henvisninger fra DPS Midt-Troms (Kilde: DIPS og SSB) – folketall pr 1.1. pr år.

Det er liten forskjell mellom kommunene. Målselv ligger i nedre halvdel av kommunene i Midt-Troms i prosentvis behandlede henvisninger etter folketall. Relativt likt med Bardu og litt lavere enn Sørreisa. Alle disse har hatt en økning fra 2016 til 2018.

BOA

BOA er en heldøgns bemannet bolig og har 5 leiligheter med pasienter med alvorlig psykisk lidelse og-/eller ruslidelse, med behov for omfattende oppfølging. Det legges nå til rette for at leilighetene skal brukes som akutt-leilighet for utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten. Målsetting er å oppnå en stabilisering av sykdomstilstand samt øke livsmestring for å deretter kunne overføres til et lavere omsorgsnivå. Det er 7,06 årsverk og 10 ansatte på BOA. Turnusen er satt opp med langvakter 24/7. Sykefraværet ved enheten er vedvarende lavt og varierer mellom 0 og 1,7 prosent i 2019.

Det bygges 5 småhus på Øverli som skal være klare for innflytting våren 2020. Planen er at småhusene skal være ett mellomtrinn der pasienter som trenger tett oppfølging (men ikke nødvendigvis døgnbemanning) skal bo, med oppfølging fra Utetjenesten og BOA. Målsettingen er at pasientene skal få skreddersydd oppfølging i en begrenset periode, der det igangsettes målrettede tiltak i forhold til rusbehandling/stabilisering/bo trening/habilitering. Målgruppen er hovedsakelig unge voksne med omfattende hjelpebehov²¹

Dagsenter

Dagsenteret på Øverli hadde i 2018 35 brukere og 2,5 årsverk fordelt på 3 ansatte. Tilbudet er primært på dagtid, men har kveldsåpent 2 dager pr. måned. Senteret står selv for transporten av brukerne. Formålet med aktivitetene på dagsenteret har vært å spille en sentral rolle i å forebygge økende rusbruk, forverring i funksjonsnivå, flere innleggelses i spesialisthelsetjeneste, samt økt

²¹ Årsmelding 2018. Psykisk rus og helse Målselv kommune

behov for kommunale tjenester i form av døgnbemannet bolig. Dagsenteret har en stabiliserende funksjon for noen av Rus- og Psykisk helsetjenestens mest omsorgskrevende pasienter. Det legges vekt på mestringsopplevelser i form av aktiviteter, turer, samspill med andre, samt god og sunn mat. Blant annet driver brukerne selv en bruktbuikk og utstyrlager for utlån. Det tilbys i tillegg samtale/veiledning og praktisk bistand til pasientene.

Dagsenteret er et godt og stabilt tilbud, i egnede lokaler som er satt i god stand de siste årene, men de merker også et økende behov for tjenester. Transporttjenesten er tidkrevende og kan ekskludere noen bruker som bor for langt unna.

4.2.2 Tjenesten for funksjonshemmede og miljøtjenesten

Tjenesten for funksjonshemmede omfatter og yter tjenester og har ansvar for oppfølging, koordinering og tildeling av tjenester til barn og voksne med nedsatt fysisk og psykisk funksjonsevne som bor i eget hjem eller i enetiltak. Det er to stillinger ved enheten, som blant annet har saksbehandlerkompetanse. Stilling 1 er definert som Fagleder. Det er en koordinerende funksjon for hjemmetjenester for de med nedsatt funksjonsnivå. De lager vedtak, evaluerer og har kontakt med pårørende. Stilling 2 er definert om Prosjekt- og fagkoordinator for barn og unge (en rolle i prosjekt nybygg på Fagerli blant annet).

Miljøtjenesten tilbyr praktisk bistand, opplæring og helsetjenester i hjemmet. Andslimoen miljøtjeneste er døgnbemannet bo-, omsorgs- og aktivitetstilbud til mennesker med psykisk utviklingshemming og/eller nedsatt funksjonsevne. Den består av tre bofellesskap og en avlastningsleilighet for barn og unge. De fleste av beboerne har et omfattende pleie- og omsorgsbehov. Ved Øvre Moen miljøarbeidertjeneste gis det døgnbemannet bo- og omsorgstilbud til mennesker med psykisk utviklingshemming og/eller nedsatt funksjonsevne. Tjenestene gis til brukere i bofellesskap og i flere frittstående kommunale leiligheter. Herunder ligger også en utetjeneste som gir praktisk bistand og helsetjenester til hjemmeboende personer med nedsatt funksjonsevne. Det er i dag 20 leiligheter i miljøtjenesten og to ledere i 100 prosent stillinger. Det er i tillegg et enetiltak på Andslimoen, som heter Storlaksen og driftes under PRO Øvre basert på brukerens ønske.

Når disse enhetene slås sammen i 2020 til Fagerli Miljøtjeneste vil de ha 17 leiligheter og en avlastningsleilighet. Bygget har gangavstand til Øverli. Noen av brukerne blir værende i sine boliger på Øvre Moen og vil få tjenester i eget hjem, mens andre som har vært hjemmeboende skal flytte inn i bofellesskapet som skal stå ferdig vinteren 2020. Det planlegges ingen endring i lederstruktur.

I de senere år, har store deler av ressursveksten i pleie- og omsorgstjenesten gått til yngre brukerne viser forskning.²² Ifølge Meld. St. 15, Leve hele livet, har tidligere forskning fremhevet forskjellen mellom tjenestetilbudet til eldre og yngre brukere av hjemmetjenester, som bygger på bruk av gjennomsnittstall for ressurstildeling. Nærmere analyser av IPLOS-data viser at den høye gjennomsnittlige bruken av hjemmetjenester i aldersgruppen 0 – 66 år i hovedsak skyldes de brukerne som kommer inn under toppfinansieringen for ressurskrevende tjenester. De øvrige brukerne med omfattende bistandsbehov i denne aldersgruppen, mottar om lag det samme som brukere i aldersgruppen 67 år og eldre, med omfattende bistandsbehov. Utviklingshemmede krever mest sannsynlig store ressurser i kommunen. For å få et bilde av størrelsen på behovet for tjenester til utviklingshemmede, ser vi derfor på tallene i forhold til folketallet og sammenligner med både kommuner, fylket og landet.

²² Otnes, Berit: Stadig mer hjelp til dem under 67 år.

	Totalt antall innb. 01.01.2018	Innbyggere 16-66 år	Antall innb. Med utviklingshemming 16-66 år	Prosent av aldersgruppa 16-66 år med utviklingshemming
Målselv	6798	4455	32	0,72
Balsfjord	5653	3501	33	0,94
Bardu	5653	3501	17	0,49
Sørreisa	3494	2269	9	0,40
Troms Fylke	166 499	111 063	707	0,64
Landet	5,2 mill.	3 515 888	19 858	0,56

Tabell 13: Innbyggere med utviklingshemming (Kilde: Grønt hefte, 2019)

Målselv kommune har innrapportert at de yter tjenester til 32 personer med utviklingshemming fra 16 og 66 år. Dette utgjør 0,72 prosent av alle innbyggere i aldersgruppen. I sammenligningen er det bare Balsfjord som er høyere på 0,94 prosent.

Tallene kan indikere at Målselv kommune har noe større utfordringer når det gjelder denne målgruppen enn landsgjennomsnittet. Det finnes ikke tilsvarende meldte tall for barn under 16 år i offentlig statistikk.

Det i dag lite tilbud om dagaktiviteter for brukerne i miljøtjenesten. Kommunen sier selv at de har tilbud om klubb 2 ganger pr måned og om svømming en gang pr uke, dette er relativt lite. Det er ikke noe tilbud om tilrettelagt arbeid i Montar (VTA-bedrift) dersom brukerne har mindre enn 50 prosent arbeidsevne, dette er derfor et tilbud som er utelukket for mange. Behovet for dagaktiviteter, variasjon i hverdagen, meningsfulle dager og gode øyeblikk er viktig, også for utviklingshemmede. Det vil derfor være et viktig tiltak å etablere dagaktivitetstilbud eller tilpassede arbeidsplasser for denne gruppen brukere.

Sykefraværet har tidvis vært høyt i miljøtjenesten og er fortsatt for høyt. Et vedvarende høyt sykefravær er en varselampe om behov for å jobbe systematisk for å finne årsaker, jobbe med økt nærværspersent og ledelse. Ved en gjennomgang av sykefraværstallene for de to bofellesskapene ser tallene i snitt ut til å gå litt opp på Andslimoen og litt ned på Øvre Moen.

	2018	Jan-Juli 2019
Andslimoen miljøarbeidertjeneste	12,8	14,54
Øvre Moen miljøarbeidertjeneste	22,9	17,8

Tabell 14: Sykefravær Miljøtjenesten i snitt i 2018 og hittil i 2019

Sykefraværet kan variere fra måned til måned og som regel har det vært mindre og naturlige variasjoner ved miljøtjenesten, bortsett fra en markant økning i langtidsfravær (over 36 prosent) ved Øvre Moen i årsskiftet 2018/19. Det er imidlertid verdt å merke seg en samtidig og påtakelig positiv endring i sykefraværet ved begge bofellesskapene i mai/juni/juli i 2019. Vedlagt tabell (15) viser denne. For å redusere sykefraværet bør det være interessant for lederne å forsøke å forstå årsaken til denne variasjonen.

	Jan	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli
Andslimoen miljøarbeider-tjeneste	15,7	18,8	19,6	14,7	8,6	8,3	16,1
Øvre Moen miljøarbeider-tjeneste	36,6	22,2	23,3	18	12,7	6,4	5,4

Tabell 15: Sykefravær i prosent pr. måned i 2019 ved Miljøtjenesten

Også miljøtjenesten har turnuser som skal gå opp 365 dager i året 24 timer i døgnet. Heltid og deltids-problematikken er derfor like aktuell her som i pleie og omsorg. Ved miljøarbeidertjenesten fordeler seg slik:

Tjenestested	Personer	Årsverk	Benyttet kompetanse i prosent	Antall hele stillinger
Andslimoen miljøarbeidertjeneste	44	27,5	62,5	5
Øvre Moen miljøarbeidertjeneste	13	8,2	63	1

Tabell 16: Heltid og deltid i miljøtjenesten

Tendensen er her som for kommunen for øvrig; at det er en utstrakt bruk av deltidsstillinger. 13 av stillingene ved Andslimoen er mindre 50 prosent stilling og 5 ved Øvre Moen er mindre enn 50 prosent. Noen av disse småstillinene er vakante. I arbeidet med felles turnus på Fagerli vil det være viktig å ha fokus på å øke stillingsandeler og ta i bruk langturnus.

4.3 Familieenheten

Folkehelse

Kommunens Folkehelseprofil²³ for 2019 fra Folkehelseinstituttet viser at andelen barn som lever i husstander med lav inntekt er lavere enn i landet ellers. Barn og unge som opplever mobbing har større risiko for å få psykiske problemer. Andelen elever på ungdomsskolen som opplever at de blir mobbet minst hver 14. dag er 7,1 prosent mot snittet i Troms fylke på 8,4. I hele landet er prosentandelen på 8,1.

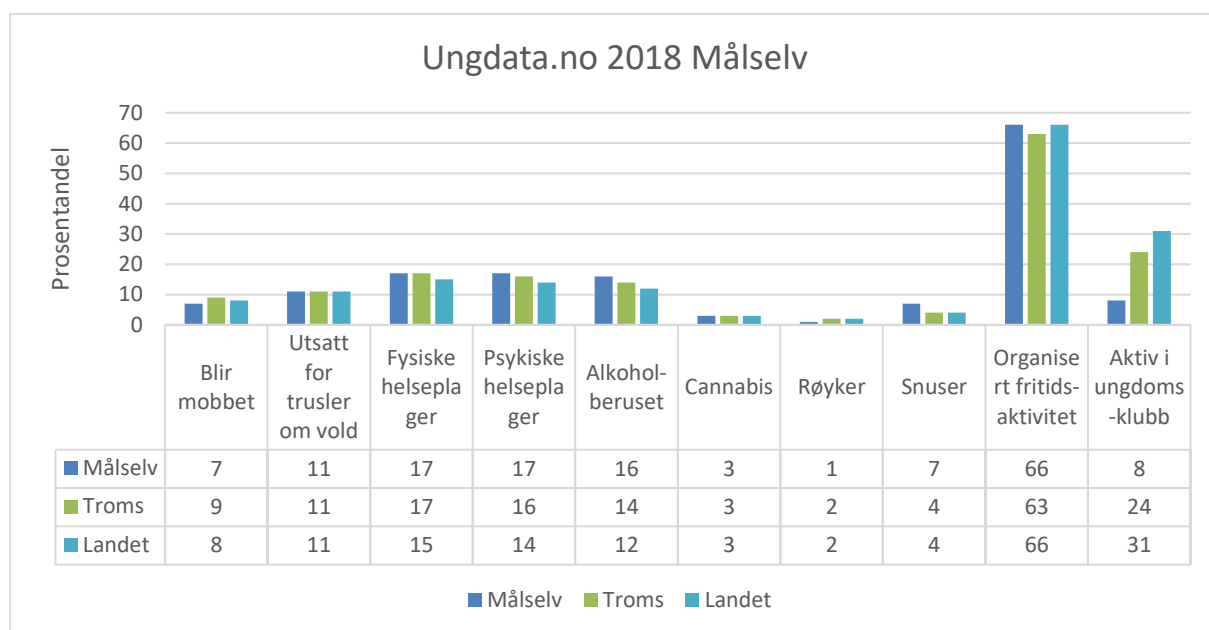
Andelen ungdomsskoleelever som er fornøyd med lokalmiljøet er 66 prosent, litt høyere enn i Troms (64 prosent), men lavere enn i landet (70 prosent). Men andelen av de samme ungdommene som synes kommunen har et bra tilbud av lokaler der man kan treffe andre på fritiden, er lav i Målselv – på 22 prosent. Her er resultatene for Troms fylke 35 prosent og hele 50 prosent i hele landet. Det er 20 prosent av ungdomsskoleelevene som er mye plaget med ensomhet, dette er 2 prosent lavere enn resultatene for Troms fylke og for hele landet.

BUA er et aktivitetstilbud til unge i hele kommunen som er finansiert av Bufdir. Ut over dette er det ikke organiserte sosiale møteplasser for ungdom i kommunen. Ser vi på et utvalgt sett av data fra ungdomdata ser vi at det er langt færre som er aktive i ungdomsklubb i Målselv, bare 8 prosent til forskjell fra 24 prosent i Troms fylke og 31 prosent i hele landet. For øvrig viser tallene at det er litt høyere andel ungdommer med psykiske helseplager, som er mye plaget med depressive symptomer i Målselv kommune, 17 prosent. Mot 16 prosent i Troms fylke og 15 prosent i hele landet. Dog er det ikke store forskjeller. Det er 16 prosent av ungdomsskoleelever som har opplevd å være beruset av

²³ www.khp.fhi.no

alkohol også det er litt høyere på fylkes- og landsbasis. Det ser ikke ut til at bruken av cannabis er større i Målselv enn andre steder, den er på 3 prosent. Undersøkelsen sier dog ikke noe om bruken av andre stoffer.

Selv om flesteparten av dagens barn og unge har en god psykisk helse, er det urovekkende at flere selv rapporterer om psykiske plager og lidelser, negativt stress, kroppspress og ensomhet. Over 60 prosent av landets kommuner rapporterer at psykiske helseplager blant barn og unge er deres største utfordring i folkehelse- og forebyggingsarbeidet.²⁴ Regjeringens strategi for god psykisk helse²⁵ vektlegger at psykisk helse skal være en likeverdig del av folkehelsearbeidet. De peker på at kommunens virkemidler er å legge vekt på forhold i omgivelsene som fremmer mestring, tilhørighet, deltakelse og opplevelse av mening. Satsing på folkehelsearbeid rettet mot barn og unge er derfor viktig.



Figur 19: Utvalgte tall fra Ungdata 2018

I folkehelseprofilen skiller Målselv kommune seg negativt fra landsgjennomsnittet på god drikkevannsforsyning, antall barn med enslige foreldre og antall med muskel – og skjelettsykdommer. Den skiller seg positivt fra landsgjennomsnittet på antallet lavinntektshusholdning, antall som bor trangt og på antibiotikabruk. Kommuneoverlegefunksjonen er et interkommunalt samarbeid med Bardu kommune og er delt på tre leger ved Andslimoen legekontor, og kommunen er i ferd med å utdanne en spesialist i samfunnsmedisin.

Folkehelse er en av hovedsatsningsområdene i kommuneplanens samfunnsdel²⁶, kommunen har imidlertid ikke noen temaplan for Folkehelsearbeidet, men det er noe vektlagt i Helse- og omsorgsplanen. Kommunen har ikke Folkehelsekoordinator. Kommunen har heller ikke tilsatt kommunepsykolog eller ergoterapeut. Kommunen har heller ikke en Samfunnskontakt eller overordnet frivilligkoordinator ut over en 80 prosent stilling i Frivilligsentralen.

²⁴ Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019-2024) Prop. 121 S

²⁵ Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017 – 2022)

²⁶ Målselv kommune. Kommuneplan samfunnsdel. (2015 – 2026)

4.3.1 Legetjenesten

Målselv kommune har både private fastlegehjemler og kommunalt ansatte fastleger.

Oversikt over legenes funksjon, antall pasienter og ansettelsesforhold i legetjenesten vises i tabell 17.

Kontor	Fastlønn	Ant pas på liste Normert/faktisk basert på basistilskudd pr 010819	Stillings- størrelse kommunalt ansatt	Stillings- størrelse selvstendig nærings- drivende	Type funksjon
Andslimoen	Nei	600/696	47,5	100	30 % Kommuneoverlege 7,5 % veileder LIS1 10% interne møter
Andslimoen	Nei	600/598	35	60	30 % Kommuneoverlege 5 % interne møter
Andslimoen	Nei	600/615	40	100	30% sykehjemslege 10% interne møter
Andslimoen	Nei	900/897	47,5	100	30 % Kommuneoverlege 7,5 % veileder LIS1 10% interne møter
Andslimoen	Nei	800/799	20	100	10 % Helsestasjon 10 % interne møter
Andslimoen	Nei	800/795	20	100	10 % Helsestasjon 10 % interne møter
Andslimoen	Nei	700/758	50	100	30 % Sykehjemslege 10 % faglig rådgiver 10% interne møter
Andslimoen	Nei	600/591	5	60	5 % interne møter
Øverbygd	Ja	400/390	50	0	10 % sykehjemslege
Øverbygd	Ja	400/288	50	0	
Øverbygd	Ja	400/390	50	0	10 % Helsestasjon
Andslimoen	LIS	-	100	0	10 % Helsestasjon+ helsestasjon for ungdom
Andslimoen	LIS	-	100	0	10 % Helsestasjon + helsestasjon for ungdom
Øverbygd	LIS	-	100	0	Helsestasjon for ungdom

Tabell 17: Oversikt over legenes funksjon, antall pasienter og ansettelsesforhold i legetjenesten, Målselv kommune

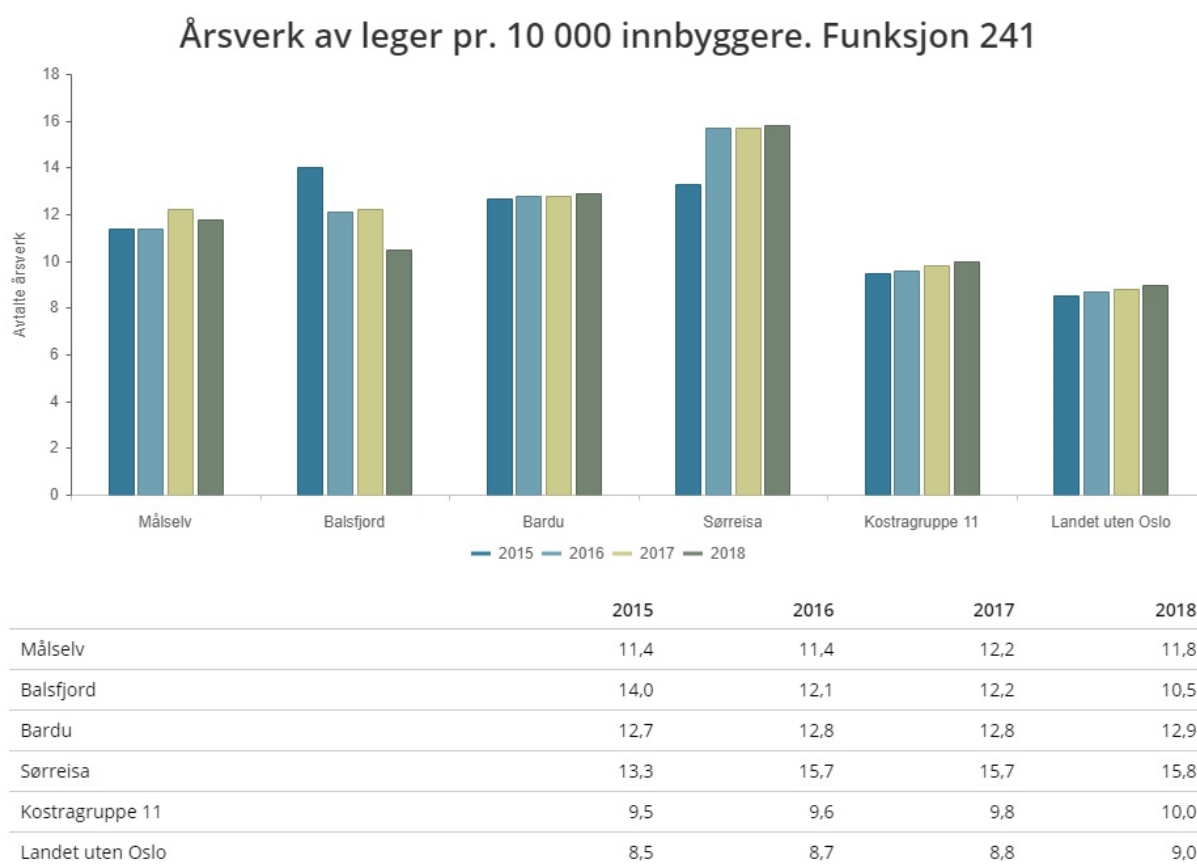
11 av 14 leger deltar i legevakt. LIS-legene jobber på alle listene og må ha lege i bakvakt ved legevaktstjeneste. Alle fastlegene på Andslimoen er spesialister i allmennmedisin. 7 av 8 leger har ventelister. Legene på Øverbygd har ledige plasser på sine lister, de jobber for øvrig 50 prosent i kommunal stilling og 50 prosent i forsvaret. Totalt er det 6817 pasienter på listene til fastlegene, behovet er fordelt med 5812 pasienter på Andslimoen og 1054 pasienter på Øverbygd pr 01.01.19 og det er altså full legedekning i kommunen. Det siste året har kommunen utlyst stilling i forbindelse

med naturlig avgang på Andslimoen, fått søkere og tilsatt i stillingen. Inntil videre ser det altså ut til at det går greit å rekruttere fastleger til Andslimoen. På Øverbygd har det vært større turnover av fastleger og mindre stabilitet i legegruppen.

Legekontoret på Andslimoen har 5,8 årsverk for medhjelpere. Disse består av spesialsykepleier og helsesekretærer. I sykepleiergruppen er det spesialkompetanse på kreft.

Avdelingsleder er sykepleier og helsesykepleier og har 80 prosent stilling som leder og 20 prosent i drift. Legekontoret Øverbygd har 2 årsverk medhjelpere, alle 3 sykepleier som fordeler seg på en 100 prosent stilling og to 50 prosent stillinger. Lederansvar er lagt til sykepleier som har hel stilling i drift, altså ikke avsatt tid til ledelse. Det er spesialkompetanse på distriktssykepleie på Øverbygd.

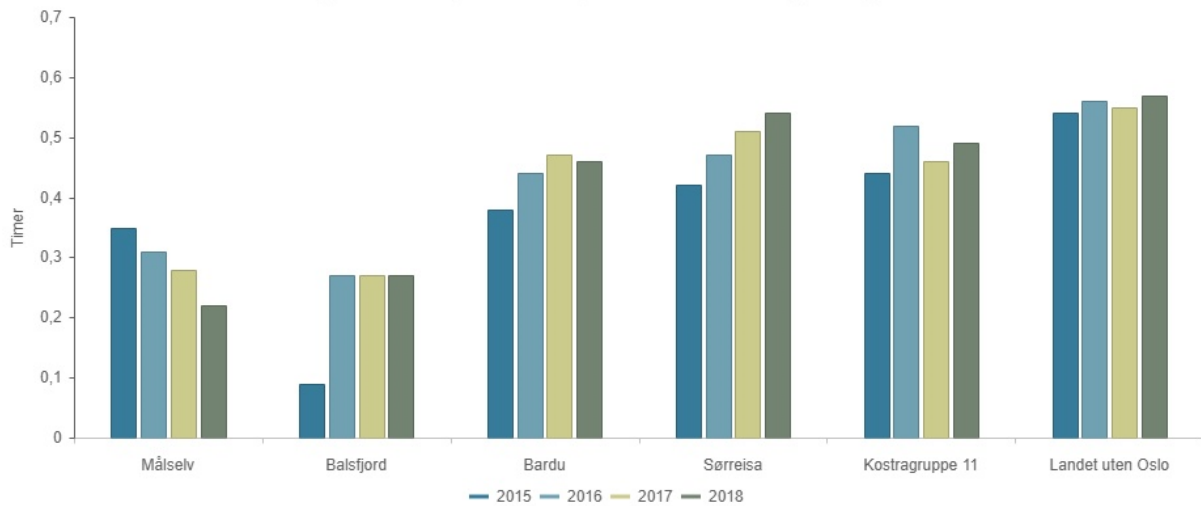
Ved hjelp av tall fra KOSTRA kan vi sammenligne legedekningen, her vist i figur 20.



Figur 20: Avtalte legeårsverk pr 10 000 innbyggere. Funksjon 241 er diagnose, behandling og re-/habilitering

Hvis vi ser på avtalte legeårsverk pr. 10 000 innbyggere opp mot sammenligningskommunene, ligger Målselv kommune høyere Balsfjord, men lavere enn Bardu og Sørreisa. Dekningen i Målselv er imidlertid høyere enn både KOSTRA-gruppe 11 og landet u/Oslo.

Legetimer pr. uke pr. beboer i sykehjem



	2015	2016	2017	2018
Målselv	0,35	0,31	0,28	0,22
Balsfjord	0,09	0,27	0,27	0,27
Bardu	0,38	0,44	0,47	0,46
Sørreisa	0,42	0,47	0,51	0,54
Kostragruppe 11	0,44	0,52	0,46	0,49
Landet uten Oslo	0,54	0,56	0,55	0,57

Figur 21: Legedekning sykehjem. Legetimer pr. beboer pr. uke.

Målselv har den laveste legedekningen pr. uke pr. beboer i sykehjem i denne sammenligningen. 0,22 timer er relativt lite sammenlignet med tallene både for KOSTRA-gruppe 11 og landet u/Oslo – som er høyest med 0,57 timer. I denne sammenligningen ligger Balsfjord også lavt, men Sørreisa og Bardu er mer på linje med KOSTRA-gruppe 11 og landet u/Oslo. Det er verdt å merke seg at alle har hatt en økning i legedekningen på sykehjem i perioden 2015 - 2018, bortsett fra Målselv som har hatt en årlig nedgang.

4.3.2 Fysioterapitjenesten

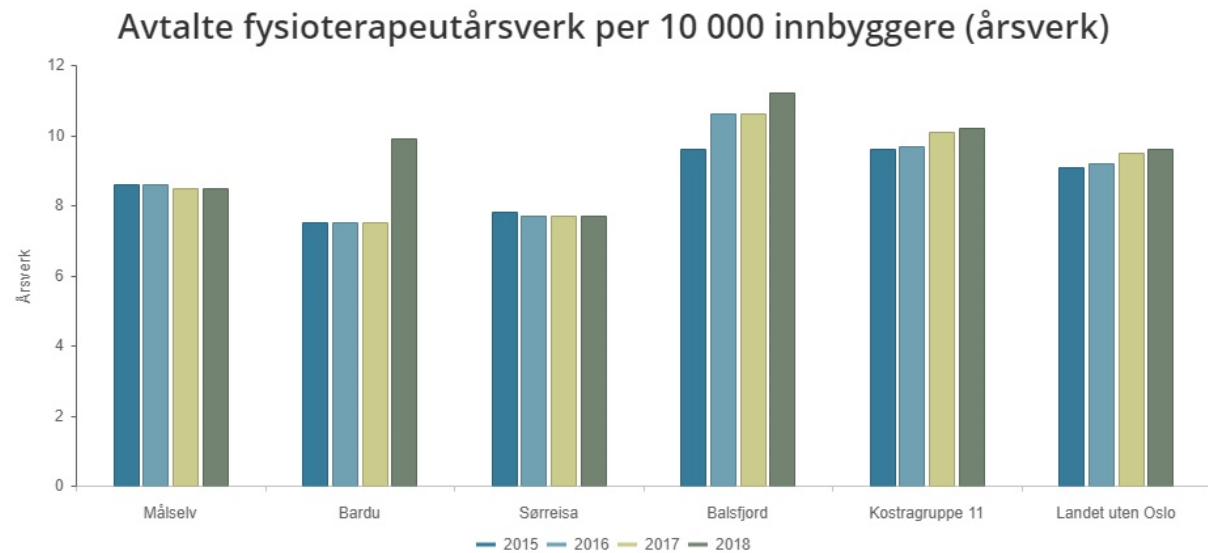
Fysioterapi er en lovpålagt kommunal tjeneste²⁷, men kommunen velger selv om tjenesten skal utøves av ansatte fysioterapeuter eller ved å inngå avtale med selvstendig næringsdrivende. Ofte velges en kombinasjon av disse driftsformene. Dette fordi noen oppgaver er velegnet for stykkprisfinansiering som selvstendig næringsdrivende har, mens andre oppgaver ikke kan finansieres på denne måten. Både ansatte fysioterapeuter og fysioterapeuter med driftsavtale, er en del av den offentlige helsetjeneste og underlagt kommunal styring.

Det er 2,2 kommunale fysioterapistillinger i Målselv kommune. Frisklivssentralen administreres av fysioterapitjenesten. Den ene stillinga er øremerket til 30% frisklivsarbeid. De har 3,6 stillinger for private fysioterapeuter. En fysioterapeut med driftsavtale holder til i Øverbygd, de øvrige i lokalene til Effekt trening og helse, mens de kommunale fysioterapeutene har sin arbeidsplass på Målselv helsesenter. I sammenheng med bygging av det nye helsetunet, får fysioterapien bedre egnede lokaler for trening og rehabilitering. De kommunale prioriterer de yngste og eldste pasientene og de med sammensatte problemstillinger. Hjelpemidler koordineres av Fysioterapitjenesten.

²⁷ <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=Lov>

Fysioterapeutene jobber med folk i alle aldersgrupper. De organiserer også gruppetilbud. Kommunen har pr. i dag ikke ansatt ergoterapeut. Dette vil være lovpålagt fra 01.01.2020.

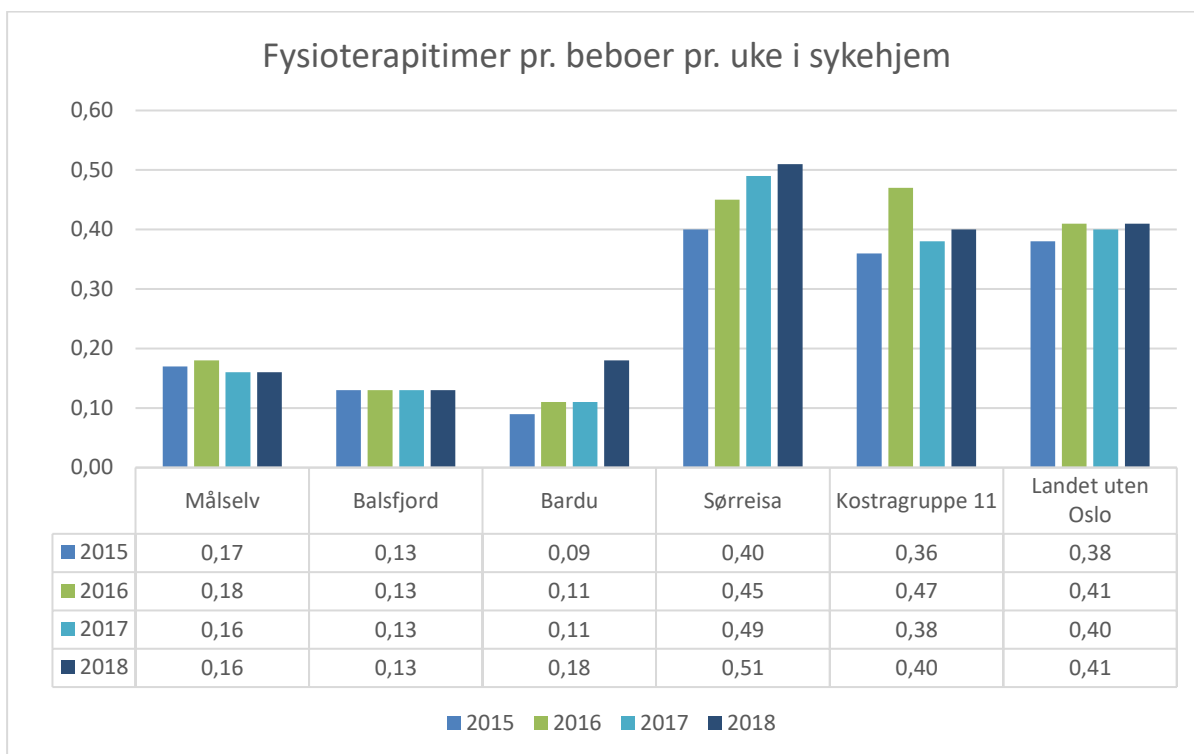
Frisklivssentralen er en del av kommunens forebyggende helsearbeid. Det gis tilbud om hjelp til å endre levevaner, primært innenfor områdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. Det gis tilbud om individuell veiledning, gruppeaktiviteter og ulike former for opplæring og kurs. Blant annet tilbys det kurs i depresjonsmestring (KiD-kurs).



	2015	2016	2017	2018
Målselv	8,6	8,6	8,5	8,5
Bardu	7,5	7,5	7,5	9,9
Sørreisa	7,8	7,7	7,7	7,7
Balsfjord	9,6	10,6	10,6	11,2
Kostragruppe 11	9,6	9,7	10,1	10,2
Landet uten Oslo	9,1	9,2	9,5	9,6

Figur 22: Avtalte fysioterapeutårsverk pr 10 000 innbyggere

Fra 2015 til 2018 har antallet årsverk til fysioterapi vært relativt stabil og er på 8,5 i 2018. Sørreisa kommune har en litt lavere fysioterapidekning, mens både Bardu og Balsfjord har en høyere dekning og har hatt økende dekning fra 2015 til 2018. Antallet årsverk fysioterapeut pr. 10 000 innbygger er høyere enn i Målselv kommune når vi sammenligner tallene med KOSTRA-gruppe 11 og med landet u/Oslo.



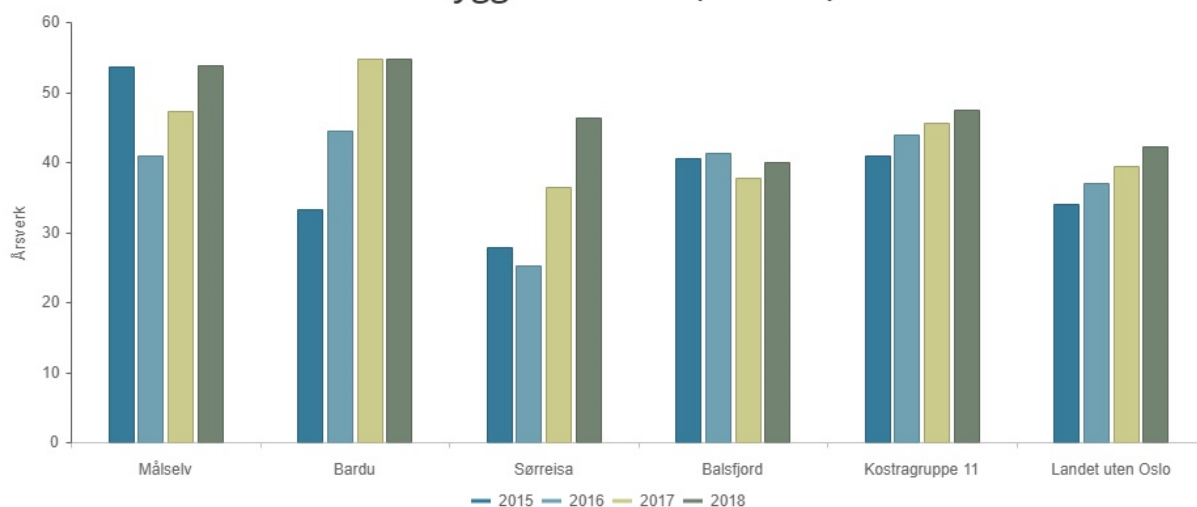
Figur 23: Fysioterapitimer pr. beboer pr. uke i sykehjem

I denne oversikten over antallet timer fysioterapi som gis pr. uke til en beboer på sykehjemmet kommer Sørreisa godt ut med 0,51 i 2018. Det er høyere enn i KOSTRA-gruppe 11 som har 0,40 og i landet u/Oslo som har 0,41. Målselv, Balsfjord og Bardu kommuner ligger alle lavere på mellom 0,16 og 0,18 timer pr uke. Av disse tre er det Bardu som har hatt størst økning i perioden. Målselv kommune har altså en relativt lav prioritering av fysioterapi i sykehjem.

4.3.3 Helsetjenestene

Helsetjenestene har til sammen 9 ansatte og har helsestasjon, skolehelsetjeneste, helsetjenester for ungdom og for flyktninger, psykisk helsetjeneste for barn og unge v/miljøarbeider og jordmortjeneste. Helsestasjonen ligger på Andslimoen helsesenter. Helsesykepleier har også jevnlig kontordager på legekantoret på Øverbygd. Skolehelsetjenestene har tilstedeværelse ved 8 skoler i kommunen, fra barneskoler til videregående. Målgruppen er innbyggere i alderen 0-20 år i tillegg til svangerskapsomsorgen.

Avtalte årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten per 10 000 innbyggere 0-20 år (årsverk)

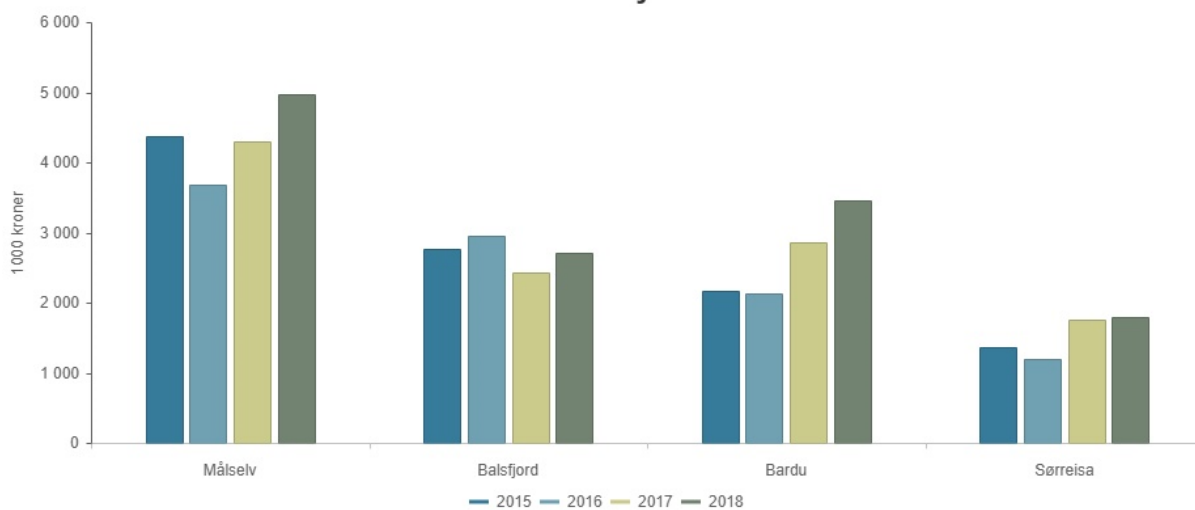


	2015	2016	2017	2018
Målselv	53,7	40,9	47,2	53,9
Bardu	33,3	44,4	54,8	54,7
Sørreisa	27,9	25,3	36,4	46,3
Balsfjord	40,5	41,3	37,7	40,0
Kostragruppe 11	40,9	43,9	45,6	47,5
Landet uten Oslo	34,0	37,0	39,4	42,2

Figur 24: Avtalte årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten pr. 10 000 innbyggere 0-20 år.

I Målselv kommune er det 53,9 avtalte årsverk til helsestasjons- og skolehelsetjenesten pr 10 000 innbyggere i alderen 0-20 år. Dette er mindre enn i Bardu kommune hvor tallet er 54,7 med ellers høyere enn de øvrige vi sammenligner med i denne figuren. For landet u/Oslo er det 42,2 årsverk til helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Fra nasjonale myndigheter har dette vært et satsningsområde med både frie og øremerkede tilskudd siden 2013, målet har først og fremst vært å styrke det forebyggende arbeidet med psykisk helse for barn og unge.

Netto driftsutgifter (232) Forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste



	2015	2016	2017	2018
Målselv	4 378	3 673	4 306	4 963
Balsfjord	2 759	2 952	2 431	2 703
Bardu	2 174	2 130	2 851	3 464
Sørreisa	1 357	1 188	1 754	1 795

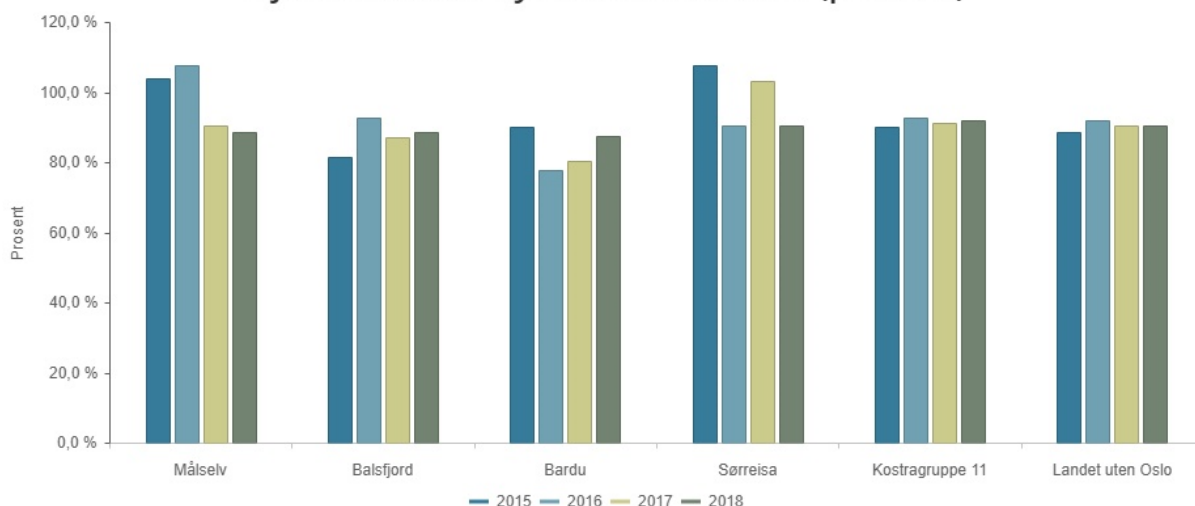
Figur 25: Netto driftsutgifter til forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste

I forhold til sammenligningskommunene har Målselv kommune større netto driftsutgifter til forebygging, helsestasjonstjenestene. Det har også vært en økning fra 2015 til 2018.

Tall fra ungdomsdata viser at det ikke er en større andel av personer i aldergruppen 15-19 år som har psykiske lidelser i Målselv kommune enn andre steder i landet. Likevel rapporteres det også fra helsesykepleiere, særlig på ungdomsskolen, at de opplever en økning i henvendelser omkring dette temaet.

Tall fra kommunen rapporterer om en dobling i antall konsultasjoner ved helsestasjon for barn og unge fra 2017 til 2018. Hovedproblemstillingene her er imidlertid prevensjon og seksuelt overførbare sykdommer jfr. tall fra kommunen.

Hjemmebesøk nyfødte Andel barn (prosent)



	2015	2016	2017	2018
Målselv	103,9 %	107,5 %	90,4 %	88,5 %
Balsfjord	81,4 %	92,6 %	87,2 %	88,6 %
Bardu	90,2 %	77,8 %	80,5 %	87,5 %
Sørreisa	107,7 %	90,3 %	103,2 %	90,3 %
Kostragruppe 11	90,2 %	92,8 %	91,1 %	91,9 %
Landet uten Oslo	88,6 %	91,8 %	90,6 %	90,6 %

Figur 26: Hjemmebesøk nyfødte, andel barn (prosent)

88,5 prosent av nyfødte barn fikk hjemmebesøk i 2018 i Målselv kommune. Dette er et tall som har sunket hvert år fra 2015. I landet u/Oslo var det 90,6 prosent av nyfødte som fikk hjemmebesøk mot 91,9 prosent i KOSTRA-gruppe 11. Tallene i sammenligningen varierer mye fra år til og mellom kommunene. Lavest i 2018 er Bardu som besøkte 87,5 prosent av alle nyfødte hjemme.

Det er ikke noe tvil om at kommunehelsetjeneste og fysioterapeutene har en viktig rolle i forebyggende arbeid, på spørsmålet om dette prioriteres høyt nok i forhold til diagnose, behandling og rehabilitering i kommunehelsetjenesten

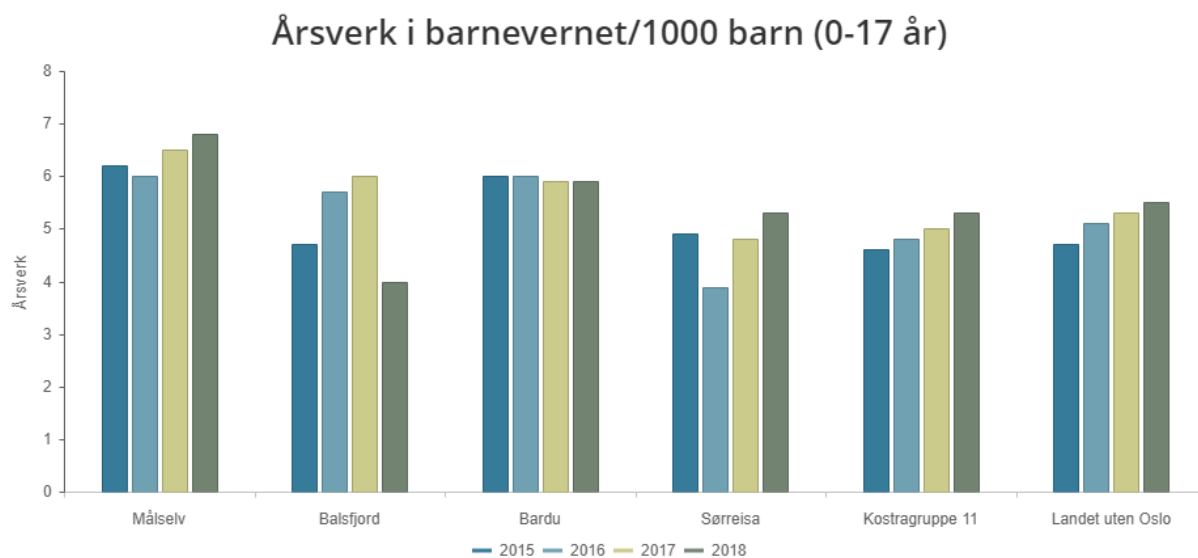
Ved følgende tabell over korrigerede brutto driftsutgifter på funksjon/tjenesteområde i kroner pr. innbygger viser at annet forebyggende helsearbeid prioriteres lavere i gjennomsnittlig i KOSTRA-gruppe 11 og i landet for øvrig.

	Målselv 2016	Målselv 2017	Målselv 2018	KG 11	Landet /u Oslo
232 Forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste	640	622	732	841	779
233 Annet forebyggende helsearbeid	118	143	165	276	271
241 Diagnose, behandling, re-/habilitering	2728	2755	2847	1929	1667

Tabell 18: Korrigerede brutto driftsutgifter på funksjon/tjenesteområde i kr. pr. innbygger

4.3.4 Barneverntjenesten

Barnevernet arbeider etter lov om barneverntjenester²⁸. Loven skal sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp, omsorg og beskyttelse til rett tid. Målselv kommune samarbeider med kommunene Bardu, Dyrøy, Gratangen, Ibestad, Lavangen, Salangen og Sørreisa om interkommunal barnevernsvakt. Barnevernstjenesten i Målselv er lokalisert på Rustahøgda i nye og funksjonelle lokaler.



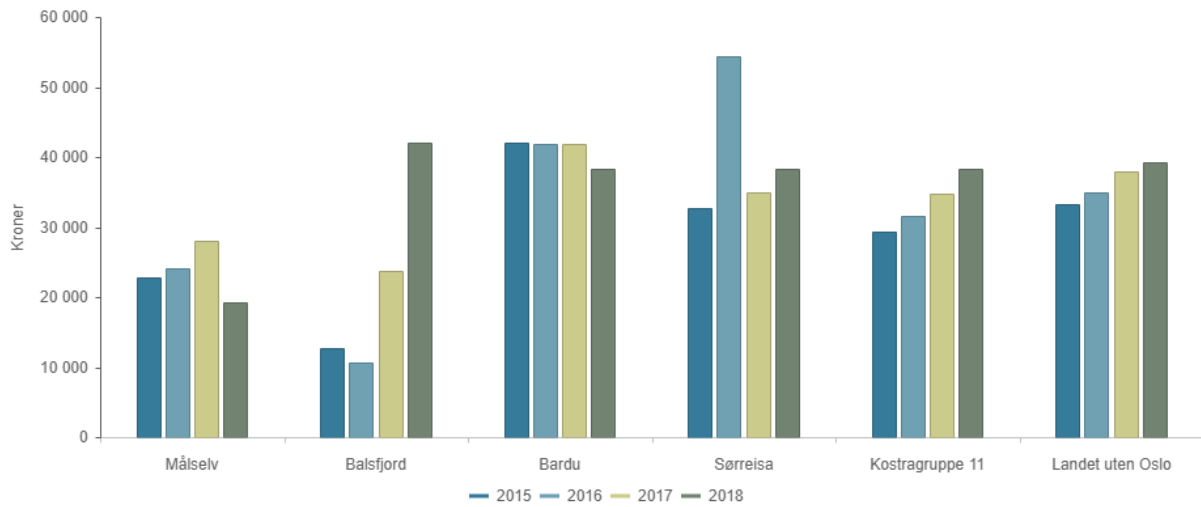
	2015	2016	2017	2018
Målselv	6,2	6,0	6,5	6,8
Balsfjord	4,7	5,7	6,0	4,0
Bardu	6,0	6,0	5,9	5,9
Sørreisa	4,9	3,9	4,8	5,3
Kostragruppe 11	4,6	4,8	5,0	5,3
Landet uten Oslo	4,7	5,1	5,3	5,5

Figur 27: Årsverk i barnevernet pr. 1000 barn (0-17 år)

Målselv har i 2018 6,8 årsverk pr. 1000 barn i alderen 0-17. Det er flere enn i sammenligningskommunene; Balsfjord er lavest med 4 årsverk, Bardu har 5,9 og Sørreisa 5,3. Sørreisa er på samme nivå som både KOSTRA-gruppe 11 og landet u/Oslo. Antallet årsverk pr. 1000 barn har også økt i Målselv fra 2015 til 2018 og det følger samme trend som i KOSTRA-gruppe 11 og landet u/Oslo. RO har fått opplyst om at det ikke er vakante stillinger i barnevern pr. tiden. Barnevernet har 8,2 stillinger med fagutdanning i 2018, det vil si sosionomer, barnevernspedagoger og andre med høyskoleutdanning.

²⁸ Lov om barneverntjenester (barnevernloven) - lovdata.no

Brutto driftsutgifter per barn som ikkje er plassert av barnevernet (funksjon 251) (kr)



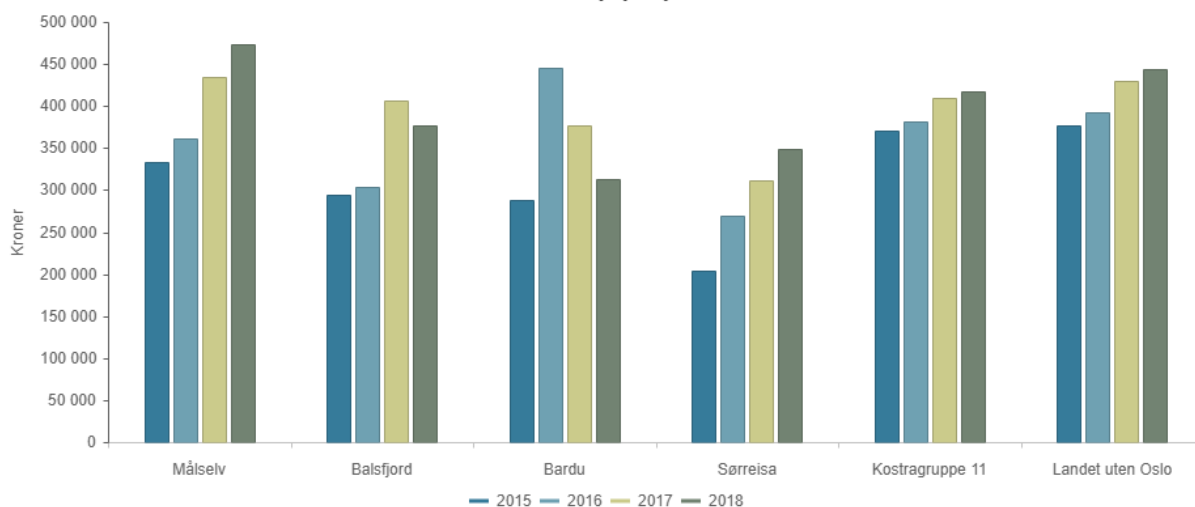
	2015	2016	2017	2018
Målselv	22 797	24 087	28 020	19 287
Balsfjord	12 705	10 576	23 700	42 143
Bardu	42 053	41 959	41 900	38 326
Sørreisa	32 742	54 467	35 000	38 387
Kostragruppe 11	29 358	31 526	34 716	38 368
Landet uten Oslo	33 347	34 874	37 963	39 268

Figur 28: Brutto driftsutgifter pr. barn som ikke er plassert av barnevernet

Utgiftene i til barn som ikke er plassert av barnevernet har gått ned i Målselv i 2018 i forhold til de foregående år og er på sitt laveste med 19 287 kr pr. barn. Balsfjord har de høyeste utgiftene pr. barn på kr 42 143 og har hatt en relativt stor økning de siste årene. I Bardu og Sørreisa er utgiftene omtrent like og på nivå med både KOSTRA-gruppe 11 og landet u/Oslo. I størrelsesorden 38 – 39 000 kr pr. barn i brutto driftsutgifter.

Det lave tallet i Målselv kan være en indikasjon på at det er mange barn som har litt hjelp, det vil si mindre tiltak i barnevernet. Det er viktig å spørre seg om disse heller skulle følges opp av oppvekst eller om det følges både av barnevernet og oppvekst. Jo bedre denne arbeidsfordelingen og samarbeidet er, jo bedre brukes ressursene og jo færre instanser får familiene å forholde seg til.

Brutto driftsutgifter per barn som er plassert av barnevernet (funksjon 252) (kr)

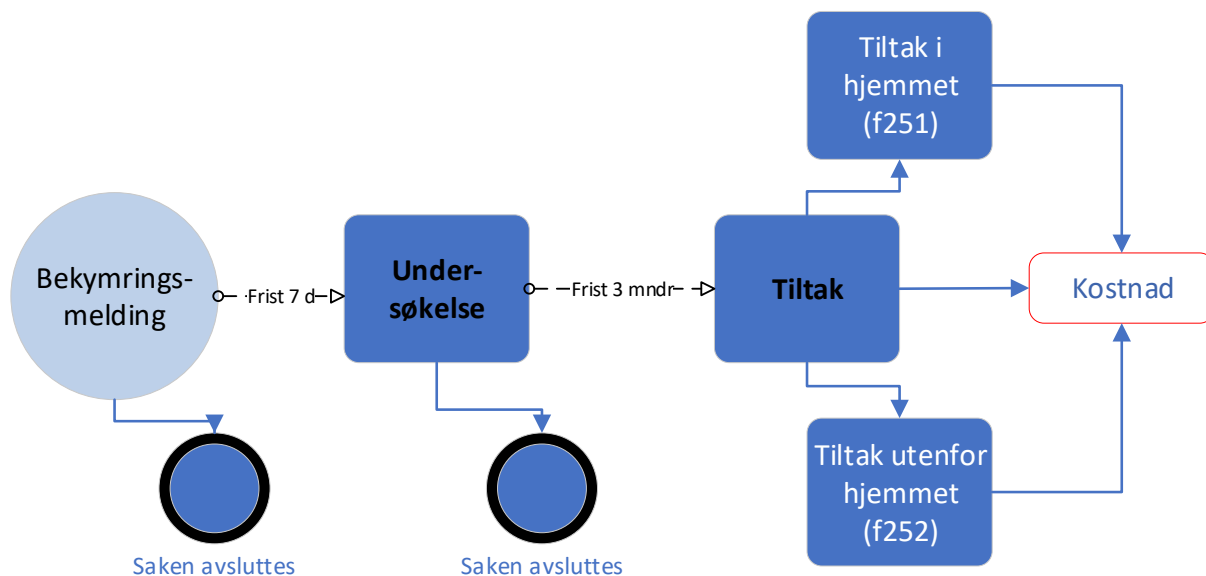


	2015	2016	2017	2018
Målselv	333 524	362 087	433 818	473 261
Balsfjord	294 478	302 962	406 917	376 619
Bardu	288 375	445 273	377 077	312 462
Sørreisa	204 125	270 000	311 818	348 600
Kostragruppe 11	371 119	382 371	410 422	417 542
Landet uten Oslo	376 779	392 767	429 998	443 947

Figur 29: Brutto driftsutgifter pr. barn som ikke er plassert av barnevernet

Figur 29 ser på kostnader pr. barn som er plassert av barnevernet. Hvis vi ser på tallene i Målselv kommune først, viser disse en økning fra kroner 333 524 i 2015 til kroner 473 261. En slik økning *kan* skyldes en plassering i institusjon heller enn i fosterhjem. Brutto driftsutgifter i snitt pr. barn i KOSTRA-gruppe 11 er på kroner 417 542 og i landet u/Oslo på kroner 443 947, altså noe lavere enn i Målselv kommune. I 2018 har sammenligningskommunene lavere brutto driftsutgifter enn Målselv kommune. Tallene har variert fra år til år, men alle har hatt en økning i utgiftene fra 2015 til 2018.

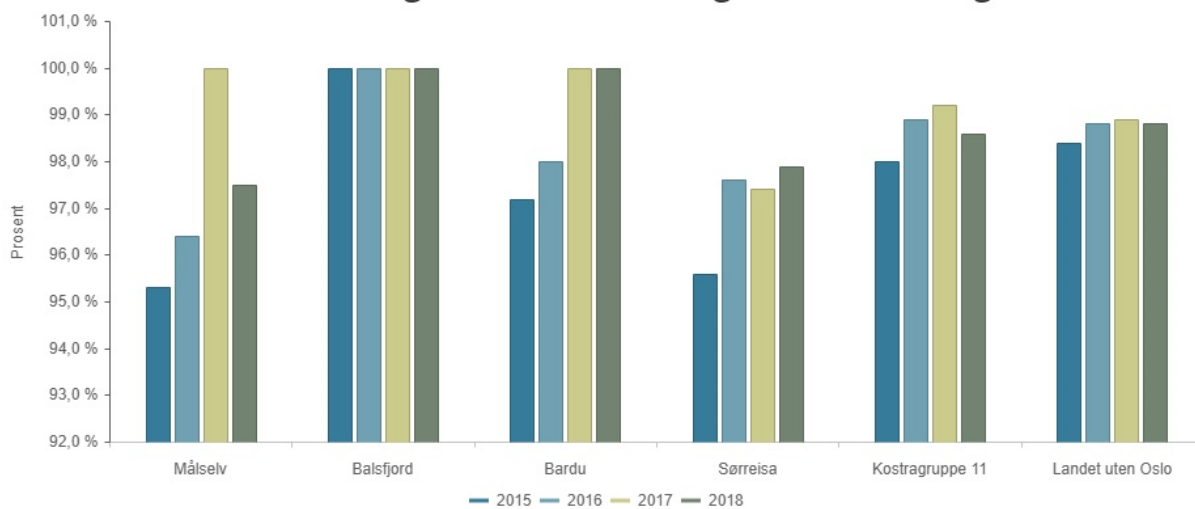
Den videre fremstillingen av analysen av barnevernet er bygd opp etter hvordan saksgangen i barnevernet er. For enkelthets skyld har vi laget en figur som beskriver prosessen fra bekymringsmelding til tiltak i figur 30.



Figur 30: Saksgang i barnevernet

Etter barnevernlovens § 4-2 skal "Barneverntjenesten skal snarest, og senest innen en uke, gjennomgå innkomne meldinger og vurdere om meldingen skal følges opp med undersøkelser etter § 4-3."

Andel meldinger med behandlingstid innen 7 dager

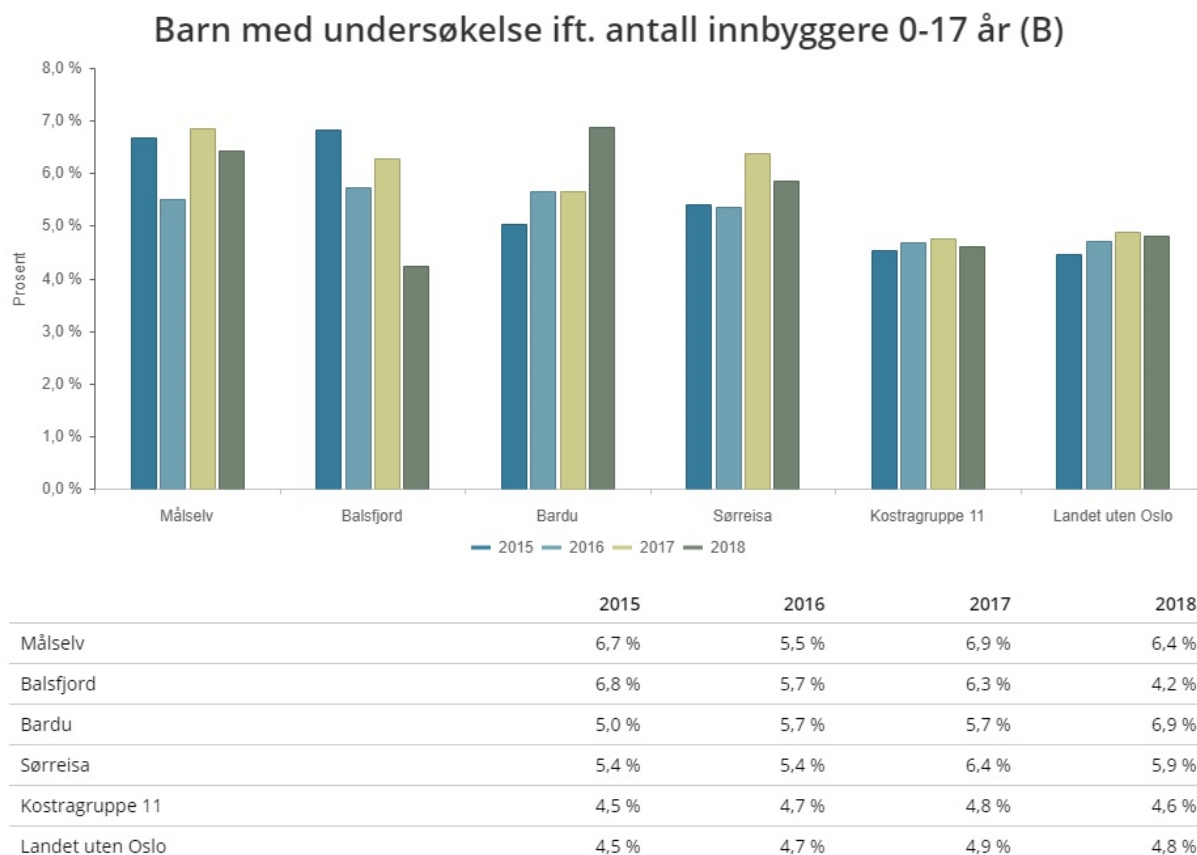


	2015	2016	2017	2018
Målselv	95,3 %	96,4 %	100,0 %	97,5 %
Balsfjord	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Bardu	97,2 %	98,0 %	100,0 %	100,0 %
Sørreisa	95,6 %	97,6 %	97,4 %	97,9 %
Kostragruppe 11	98,0 %	98,9 %	99,2 %	98,6 %
Landet uten Oslo	98,4 %	98,8 %	98,9 %	98,8 %

Figur 31: Andel meldinger med behandlingstid innen 7 dager.

I Målselv undersøkes 97,5 prosent av alle sakene innen 7 dager, i 2017 ble alle sakene behandlet innen 7 dager. Både Balsfjord og Bardu kommuner holder fristen for alle saker i 2018, men Sørreisa

gjør det for 97,9 prosent av sakene. Tallet for landet u/Oslo er 98,8 prosent og 98,6 prosent i gjennomsnitt for KOSTRA-gruppe 11

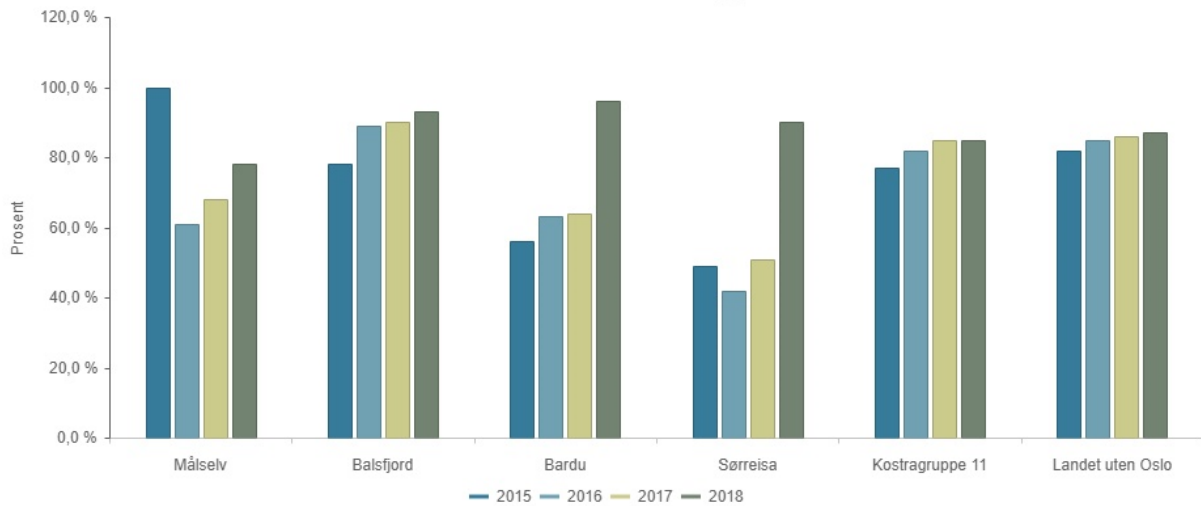


Figur 32: Barn med undersøkelse ift. antall innbyggere 0-17 år

Barnevernet har rett og plikt til å gjøre undersøkelser. Etter å ha mottatt en melding om bekymring for et barn, kan kommunale barnevernstjenester opprette undersøkelsessak. Hovedhensikten i en undersøkelsessak er å innhente, bearbeide og vurdere informasjon om barnet, forholdene i hjemmet og nærmiljø.²⁹ I Målselv ble det i 2018 gjennomført 6,4 prosent undersøkelser i forhold til antall innbyggere i alderen 0-17 år. Det er en liten nedgang fra 2015, men tallene varierer dog fra år til år. Denne variasjonen finner vi også i sammenligningskommunene. Det er Bardu som har høyest prosenttall med 6,9 i 2018. Lavest er Balsfjord med 4,2 prosent i 2018. På landsbasis er tallet 4,8 prosent. Målselv ligger altså relativt høyt i denne sammenligningen.

²⁹ Bufdir.no

Andel undersøkelser med behandlingstid innen 3 måneder

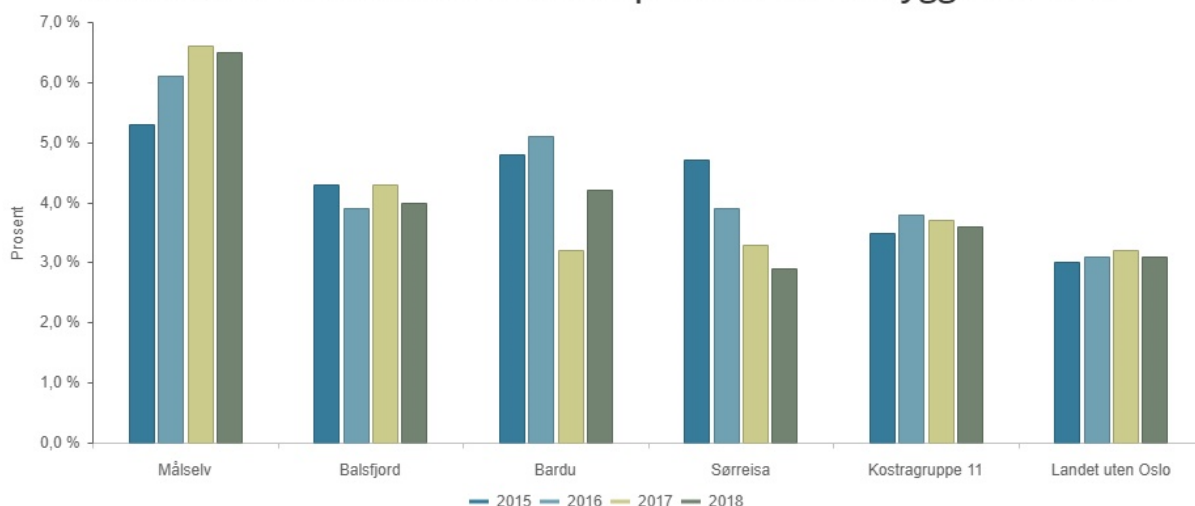


	2015	2016	2017	2018
Målselv	100,0 %	61,0 %	68,0 %	78,0 %
Balsfjord	78,0 %	89,0 %	90,0 %	93,0 %
Bardu	56,0 %	63,0 %	64,0 %	96,0 %
Sørreisa	49,0 %	42,0 %	51,0 %	90,0 %
Kostragruppe 11	77,0 %	82,0 %	85,0 %	85,0 %
Landet uten Oslo	82,0 %	85,0 %	86,0 %	87,0 %

Figur 33: Andel undersøkelser med behandlingstid innen 3 måneder

Etter barnevernloven skal barnevernstjenesten konkludere og avslutte undersøkelsessaken innen tre måneder. I særlige tilfeller er fristen seks måneder. Behandlingstiden var innen 3 måneder for alle saker i 2015, deretter sank den i 2016 til 61 prosent. Behandlingstiden har forbedret seg i 2017 og 2018 til 78 prosent. I forhold til kommunene i denne sammenligningen er den likevel lavere. I Balsfjord var 93 prosent av sakene behandlet innen 3 måneder, i Bardu 96 prosent og i Sørreisa 90 prosent. På landsbasis er tallet 87 prosent i 2018, men det for kommunene i KOSTRA-gruppe 11 er 86 prosent av sakene som behandles innen 3 måneder. Det er altså et forbedringspotensiale i få ned saksbehandlingstiden for barnevernet i Målselv kommune.

Andel barn med barnevernstiltak pr 31.12 ift. innbyggere 0-17 år



	2015	2016	2017	2018
Målselv	5,3 %	6,1 %	6,6 %	6,5 %
Balsfjord	4,3 %	3,9 %	4,3 %	4,0 %
Bardu	4,8 %	5,1 %	3,2 %	4,2 %
Sørreisa	4,7 %	3,9 %	3,3 %	2,9 %
Kostragruppe 11	3,5 %	3,8 %	3,7 %	3,6 %
Landet uten Oslo	3,0 %	3,1 %	3,2 %	3,1 %

Figur 34: Andel barn med barnevernstiltak pr. 31.12. ift. innbyggere 0-17 år

I denne sammenligningen har Målselv det høyeste andel barnevernstiltak i forhold til innbyggere 0-17 år, andelen har økt fra 5,3 prosent til 6,5 prosent. I Balsfjord har andelen gått ned fra 4,3 prosent til 4,0 prosent, i Bardu fra 4,8 prosent til 4,2 prosent og i Sørreisa fra 4,7 prosent til 2,9 prosent i perioden 2015 – 2018. Tallene for landet u/Oslo er 3,1 prosent, altså halvparten av Målselv.

Oppsummert har barnevernet i Målselv god bemanning og fagkompetanse. 91,3 prosent av meldinger til barnevernet i Målselv kommune gikk til undersøkelse, det er et relativt høyt tall. Både antall undersøkelser og andel barn med barnevernstiltak er høyere enn i sammenligningen. Det vil si at barnevernet prosentvis har mange barn å følge opp. Tiden til undersøkelse (frist 7 dager) er på linje med landet mens behandlingstiden (innen 3 måneder) er lavere. Den er på 78 prosent i 2018, men bør være så nært opp til 100 prosent som mulig.

Våren 2019 har Fylkesmannen hatt tilsyn. De har undersøkt og konkludert om Målselv kommune sikrer at unge som trenger det får et forsvarlig ettervern fra barneverntjenesten og forsvarlige sosiale tjenester fra NAV, med vekt på brukermedvirkning, samarbeid og koordinering. Ingen lovbrudd ble avdekket under dette tilsynet.

5 Dimensjonering, tjenesteprofil, samarbeid og ressursutnyttelse

5.1 Dimensjonering

Det er gjort flere forsøk på å beregne en norm for framtidig behov for institusjonsplasser og andre heldøgns omsorgsplasser, men dette har vist seg å være vanskelig. Dekning av heldøgns omsorgsplasser varierer i stor grad i kommunene. I en FOU-rapport fra VID og Agenda Kaupang³⁰ på oppdrag fra KS i 2016 vises det til at det lenge har vært en forventning om at antall sykehjemsplasser skal utgjøre 25 prosent av antall eldre over 80 år.

Denne forventningen har kanskje sin opprinnelse fra «Handlingsplanen for eldreomsorgen», St.meld.nr. 50 (1996-97), altså 20 år tilbake i tid. Siden den tid har kommunene utviklet et tjenestetilbud som består av institusjonsplasser, boliger spesielt tilpasset for heldøgns omsorg og ordinære «omsorgsboliger».

Konklusjonen i ovennevnte rapport er at det er lite hensiktsmessig med en nasjonal norm for dekningsgraden. En tilsvarende konklusjon blir trukket i «Innovasjon i omsorg» (NOU 2011:11). Det hevdes at det er en myte at det eksisterer en statlig norm på en dekningsgrad på 25 prosent. Det blir vist til at det ikke eksisterer en slik statlig norm, og at en dekningsgrad på 25 prosent savner også et faglig vitenskapelig belegg.

Felles for hva som regnes som heldøgns tilbud må være at helsepersonell må kunne nå brukerne på kort varsel. Tilbud kan imidlertid gis både i kommunale bygg, stiftelser og i private boliger. Responstiden varierer fra kommune til kommune og varierer fra 5 minutt og opp mot 15 minutt.

I ovennevnte FOU rapport ble det drøftet om det bør være en anbefalt norm med en dekning av **heldøgns omsorg** på mellom 16 og 20 prosent (av befolkningen over 80 år). Denne hypotesen ble fastsatt ut fra at dekningsgraden i norske kommuner viser stor variasjon og at dette kunne være en «middels dekningsgrad».

Heldøgns omsorg kan altså gis både i institusjon og i omsorgsboliger. Tabell 19 gir et anslag for dimensjonering der det forutsettes at Målselv kommune beholder det antall institusjonsplasser de har fra 2020 når nye Målselv helsetun tas i bruk. Tabell 20 beregner dimensjoneringen med en reduksjon av institusjonsplasser.

For å gi kommunen et diskusjonsgrunnlag knyttet til fremtidig tjenesteprofil, lages det tre alternativer basert på hvilken dekningsgrad kommunen skal ha for heldøgns omsorg. 22,7 prosent, 20 prosent og 16. prosent. I 2020 dekningsgraden i Målselv altså være 22,7 prosent. Det øverste linjen angir derfor denne dekningsgraden og deretter alternativene 20 prosent og 16 prosent som anslås å være en middels dekningsgrad. Det anbefales ikke å øke dekningsgraden.

³⁰ Heldøgns omsorg – kommunenes dekningsgrad, Færre institusjonsplasser, mer omfattende hjemmetjenester, 8 april 2016 (FOU oppdrag KS)

	2020		2030		2040	
Dekningsgrad	Institusjons- plasser	HDO- bolig	Institusjons- plasser	HDO- bolig	Institusjons- plasser	HDO- bolig
<i>Antall personer</i>	352		492		649	
22,7%	66	14	66	46	66	81
20%	66	5	66	33	66	64
16%	(57)	0	66	(13)	66	38

Tabell 19: Fremskrevet dekningsgrad for institusjon og heldøgnsomsorg med å **beholde** antall institusjonsplasser på 2020-nivå.

Beregningene baserer seg altså på befolkningsframskrivingen etter middelalternativet fra SSB på antall eldre i Målselv kommune over 80 år.

Hvis vi ser på et alternativ der antallet institusjonsplasser beholdes på 66, som er 2020-nivå, må kommunen ha 38 omsorgsboliger innen 2040 for å beholde en dekningsgrad på 16 prosent. Dersom kommunen planlegger for en dekningsgrad på 16 prosent innen 10 år, har de tilstrekkelig antall institusjonsplasser og boliger med heldøgns omsorg i 2030. Å redusere dekningsgraden fra 22,7 til 16 prosent på 10 år vil kreve en massiv oppbygning av hjemmetjenester, forebyggende og rehabiliterende tiltak. Realismen i en slik snuoperasjon på bare ti år vil vi vurdere som liten, siden kommunen i dag har en kultur og et kompetansemiljø som ikke håndterer dagens behov. I 2040 må kommunen totalt ha 66 plasser i institusjon og 81 omsorgsboliger dersom dekningsgraden på 22,7 prosent skal opprettholdes. Svaret ligger antagelig et sted midt imellom disse.

	2020		2030		2040	
Dekningsgrad	Institusjons- plasser	HDO- bolig	Institusjons- plasser	HDO- bolig	Institusjons- plasser	HDO- Bolig
<i>Antall personer</i>	352		492		649	
22,7%	66	14	56	56	56	91
20%	66	5	56	43	56	74
16%	(57)	0	56	23	56	48

Tabell 20: Fremskrevet dekningsgrad for institusjon og heldøgnsomsorg med å **redusere** antall institusjonsplasser med 10.

Institusjonsplassene er de dyreste plassene med heldøgns omsorg. Det vil derfor være riktig å se på dekningsgraden med et **økt antall omsorgsboliger til erstatning for institusjonsplasser**. Når vi legger 56 institusjonsplasser til grunn, vil en dekningsgrad på 16 prosent kreve 48 omsorgsboliger med heldøgns omsorg i 2040. Dersom en skal beholde dekningsgraden på 22,7 prosent, er det nødvendig med 91 omsorgsboliger med heldøgns omsorg.

Dette alternativet som kan være mulig på sikt, betyr å ha alle de spesialiserte institusjonsplassene på Målselv helsetun og bygge om og oppgradere lokalene på Holt til omsorgsboliger med heldøgns omsorg. Dette er noe kommunen bør vurdere i et 10 års perspektiv. Det er imidlertid viktig å understreke at det vil kreve godt utbygde trinn nederst i omsorgstrappa med en robust og døgnbemannet hjemmetjeneste, sterkt økende satsing på forebygging og velferdsteknologi og et tilstrekkelig antall tilgjengelig omsorgsboliger uten heldøgns omsorg til erstatning for boliger som ikke er tilrettelagt for en enklere alderdom. Ved å ha institusjonsplasser bare ett sted i kommunen vil det også bare være behov for den mest spesialiserte kompetansen ett sted.

Hvilket antall institusjonsplasser kommunen skal ha, må også basere seg på en bevissthet om hva en institusjonsplass skal være. Dersom disse plassene skal spesialiseres, vil det si å gi behandling og pleie som krever spesialisert kompetanse, for eksempel til pasienter med alvorlig og langtkommet demens som krever skjerming eller pasienter med livsavsluttende behandling (palliasjon). Øvrige plasser vil måtte brukes som korttidsplasser. Det er planlagt for 16 skjermede plasser for demente i nye Målseiv helsetun, mot 8 som i dag. Som tidligere vist driftes disse svært dyrt. Derfor må det også komme en diskusjon i kommunen om hva skal slags behov en skjermet plass skal dekke og om noen svært få plasser må forbeholdes eller gjøres om til forsterket skjerming. Det bør fortsatt være de som trenger det aller mest som skal oppta institusjonsplasser som krever spesialkompetanse og spesielle bygningsmessige utforminger.

5.2 Tjenesteprofil

I den kvalitative informasjonsinnhentingen har vi først og fremst snakket med et bredt utvalgt ledere og ansatte. Vi har hatt prosessdager og folkemøter med godt oppmøte og har derfor møtt både brukere, innbyggere og politikere. Omsorgstrappen har stort sett alltid vært forklart og omtalt. Et av formålene med dette har vært å få tak i om begrepet omsorgstrapp er kjent og brukt og å få informasjon om hvordan trappen brukes og fungerer i kommunen.

Vi har et klart inntrykk av at medarbeiderne har kjennskap til omsorgstrappen, i litt mindre grad er dette kjent blant politikerne og innbyggere. Enten de kan den fra før eller får den forklart, peker de fleste på at kommunen ikke har nok omsorgsboliger. De har heller ikke tilsatt ergoterapeut. Helsepersonellet nevner også ofte at det er behov for mer forebyggende arbeid og dagtilbud. Innspillene fra folkemøtene peker på at det viktigste for brukerne er å føle trygghet.

Kommunen *har* et høyt ressursbruk i institusjonene. Brukerne kommer fort på det høyeste trinnet i trappa. Fordi det mangler alternativer og tilstrekkelig utbygde hjemmetjenester, har kommunen ingen andre alternativer for å gi et forsvarlig tilbud til brukerne, enn en institusjonsplass. Det betyr at brukere som kunne klart seg i eget hjem med tjenester fra åpen omsorg, opptar dyre institusjonsplasser. Vi kan si at Målseiv er en "institusjonstung" kommune. Institusjonsplassene driftes dessuten svært dyrt, særlig med tanke på variable lønnskostnader. Slik at en institusjonstung profil blir kostnadskrevende og lite effektivt med tanke på hvor mye "helse" en får igjen for hver krone.

Det ser også ut til at kommunen i den nedre delen av trappen gir for mange "enkle" tjenester til for mange brukere, hvorpå det er en fare for at det ikke er ressurser igjen til brukere som har et økende behov. Det er lite fokus på tverrfaglighet i kartlegging og generelt for lite oppmerksomhet på det forebyggende arbeidet. Det er tatt i bruk noe velferdsteknologi, og her det det imidlertid fortsatt et stort uutnyttet potensial. Det kan tas i bruk i langt større grad, blant annet for å erstatte de lettere tjeneste fra hjemmetjenesten. Innbyggerne i Målseiv kan også selv bli ansvarliggjort og oppfordres til å anskaffe seg "hyllevare" av velferdsteknologi som for eksempel robotstøvsugere og varmpumper. Det er også lite systematisk satsing på Folkehelsearbeid, selv om det er gode intensjoner i kommunes planverk.

Det er viktig å ha et solid fundament i gode tjenester på de laveste trinnene i omsorgstrappa. Investering i forebygging betyr at kommunen kan gi de dyreste og mest kompliserte tjenestene til de som trenger det mest, til rett tid, ikke før. Målet må være at enhver innbygger skal mestre selv, så lenge som mulig og være trygg for at de får tjenester fra kommunen når de har behov for det. Det demografiske utviklingsbildet tilsier at dette er helt nødvendig dersom ressursene og kompetansen skal strekke til i de neste 20 årene.

Det innebærer at kommunen må ha korttidsplasser på sykehjemmene som kun brukes til midlertidige opphold med fokus på rehabilitering og avlastning. Det må bygges omsorgsboliger og tilstrekkelig antall omsorgsboliger som tilrettelegges for å kunne heldøgns omsorg. Det betyr at de bør være nært en eksisterende personalbase, eller at det opprettes døgnbasert personalbase i omsorgsboligene slik at det er kortest mulig responstid. Døgnbemanning er kostbart, og det anbefales å ha så få personalbaser med døgnbemanning som mulig. Området rundt nye Målseiv helsetun og rundt sykehjemmet på Holt vil derfor egne seg.

5.2.1 Dag- og aktivitetstilbud

En tjenesteprofil som vektlegger forebygging og mestring må ha et bredt tilbud av dag- og aktivitetstilbud. Dette gjelder for demente, for andre beboere på institusjon, i omsorgsboliger, og hjemmeboende. Det gjelder innbyggere i alle aldre og funksjonsnivå. Det betyr at også yngre brukere med fysiske og psykiske funksjonshemminger har krav på et aktivitetstilbud som gir hverdagene mening, innhold og sosial tilhørighet. Ungdommer trenger treffsteder uten krav til medlemskap. I analysen kom det frem at dette tilbudet eksisterer i svært begrenset grad. Også i den kvalitative informasjonen nevnes dette svært ofte som en mangel, som et ønske om mer, bedre tilrettelagt, med variasjon og ved bruk av både frivillige og egne ansatte. Tilbakemeldingene fra folkemøtene at aktivitet er viktig brukerne, for å det å være aktiv gir bedre helse og større grad av trivsel.

Kommunens VTA kan i bare tilby begrenset tilrettelegging og krever minst 50 prosent arbeidsevne og er derfor ikke bestandig egnet til personer om omfattende bistandsbehov. En målsetning om økt arbeidsdeltakelse for personer med utviklingshemming forutsetter at det etableres flere tilrettelagte arbeidsplasser. Kommunen som arbeidsgiver kan etablere slikt slike tilrettelagte plasser og/eller ta i bruk andre virkemidler som kan stimulere private arbeidsgivere til å opprette tilrettelagte arbeidsplasser. Det er viktig å understreke at dette ikke bare er et behov for utviklingshemmede, men også for unge voksne som står på terskelen til å komme inn i arbeidslivet, men på grunn av ulike funksjonsnedsettelse opplever barrieren fra skole til jobb som vanskelig. Kultur- og idrettstilbudet til personer med utviklingshemming er både mer begrenset tilgjengelig og mindre variert enn for befolkningen for øvrig. Eksisterende kultur- og fritidstilbud kan tilrettelegges. Manglende samarbeid med disse og med frivilligheten er ofte en av årsakene til begrensningene.³¹

En del av aktivitetstilbudet til flere grupper bør kobles til mat og matopplevelser. Samarbeid med kjøkkenet er derfor viktig i planlegging av aktivitetstilbudet. "Leve hele livet" er en kvalitetsreform for eldre, men det er også en reform for større matglede. Det er god helse og livskvalitet i god mat. Maten skal være næringsrik, se godt ut, lukte og smake godt. Omgivelsene som maten serveres i er også viktig. Måltidene er sosiale samlingspunkt som er betydningsfulle for oss helt fra småbarnsalderen av. Dette skal ikke forringes i en institusjonalisert tilværelse der måltidene serveres i triste rammer. Mat til eldre skal være preget av valgfrihet og variasjon, av jevne tidsrom mellom måltider og en ernæring som er tilpasset den enkeltes behov. Gjennom tilberedning av mat kan også gleden av maten forsterkes, enten det bakes til jul eller grilles i hagen om sommeren. Aktivitetstilbudet til eldre bør preges av å se mat, aktivitet og ernæring i sammenheng.³²

Kommunen må prioritere å få et dagtilbud til demente. Dette blir lovpålagt ved årsskiftet 2019/2020. Derest er gruppen yngre funksjonshemmede viktig. De skal inn i nye lokaler som er langt mer egnet for felles aktiviteter enn tidligere, det er også kommet forslag i arbeidsgruppene om å ta i bruk lokalene på Øverli på ettermiddagstid. Aktivitetstilbud for denne gruppen er en del av et godt miljøarbeid, og bør inngå som et definert ansvar for de ansatte i miljøtjenesten. Også hjemmeboende med funksjonshemming må inkluderes i tilbudet.

³¹ NOU 2016:17 På lik linje. Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming

³² St. Meld. 15 (2017-2018) Leve hele livet. Kap. 6. Mat og måltider

Dagsenteret på Øverli viser hvor viktig og godt det kan fungere. Dagsenteret betyr at brukere med rus- og/eller psykiske problemer har et fast holdepunkt, noe å se frem til, trygge rammer og tilgang til samtale/veiledning. Uten dette tilbudet ville flere av disse brukerne mest sannsynlig krevd langt mer av hele samfunnet og ikke minst hadde de som individer hatt en mer trasig hverdag. Det er viktig å beholde slike tilbud. Tilbakemeldingene fra ansatte er at dette tilbudet er svært verdifullt.

Fra ungdomsundersøkelser at det bare er 8 prosent av ungdommene som er aktive i ungdomsklubb mot 24 prosent i Tromsø og 31 prosent i hele landet. I samtale og intervju med ansatte, nevnes ofte et manglende treffsted for ungdom som ønsker en annen type tilbud enn de organiserte. Samtidig kommer «lokaliseringsproblematikken» i inn samtalene om ungdomsklubb. For hvor skal et slikt treffsted ligge? Har man klubben i en bygd i kommunen, må det vel være klubber i andre deler av kommunen? spør folk. Spørsmålet om lokalisering bør ikke være til hinder. Kommunen er i ferd med å få et samlingspunkt for aktiviteter og tilbud til ungdom på Rustahøgda. Rapporten "Ungdomsmiljøet på Rustahøgda"³³ skisserer både fordeler og ulemper med å ha et stort ungdomsmiljø der. Blant fordelene nevnes Rustahøgda som en smeltedigel i kommunen, og det oppleves som praktisk med kort vei fra skole til fritidsaktiviteter. Det blir et større sosialt fellesskap, med flere muligheter for ungdommene å finne/være sammen med venner. Ulempene kan være at det kan bli for mange ungdommer på for liten plass. Det blir et uoversiktlig miljø og rom for negativ påvirkning. Særlig knyttes foreldrenes uro til for ungdom som ikke tar del i organiserte aktiviteter. Spørsmålet er om løsningen kan være et treffsted der som er attraktivt med et bredt tilbud av aktiviteter. Det er viktig å understreke at det også finnes en rekke andre gode forebyggende tiltak for barn og unges helse. Et generelt råd er å knytte tiltakene til allerede etablerte arenaer, skolene er åpenbart en slik arena.

En av forutsetningene for at hjemmeboende skal kunne delta i dag- og aktivitetstilbud er transportmulighetene. I dag er disse begrenset og det omtales som en utfordring og begrensning. Kommunen bør finne en løsning på disse utfordringene ved hjelp av etablerte ordninger (eksempelvis TT-kort) eller å etablere nye og egne ordninger. De ansatte i kommunen har spilt inn å ta i bruk frivilligheten eller opprette det som en tilrettelagt arbeidsoppgave/arbeidstrening for noen som trenger det.

5.2.2 Korttidsplasser

Korttidsplasser er tidsavgrensede/ikke varige opphold i sykehjem. Plassene kan for eksempel brukes til pasienter som har behov for opptrening eller forsterket bistand etter en sykehusinnleggelse, opphold i påvente av opptrening/rehabilitering, kartlegging, utredning og observasjoner. Det som kjennetegner korttidsplassene, er nettopp at oppholdene er midlertidige og det er en høy grad av sirkulasjon i bruk av plassene.

I Målselv kommune er det 4 korttidsplasser. I samtaler med ansatte og ledere, kommer det frem disse plassene ofte belegges av pasienter med langvarige behov og det øker presset på og behovet for både institusjonsplasser og hjemmetjenester.

Korttidsplasser på sykehjem er ofte en nøkkelfaktor for å få omsorgstrappen til å fungere. Reelle og tilgjengelige korttidsplasser med kort gjennomløpstid vil innebære at de som trenger hjelp, får det og til rett tid. Det gir en fleksibilitet og dynamikk og gjør at man innretter tjenestene på rett nivå til rett tid basert på pasientenes behov. Det vil også bidra til at presset på hjemmetjenester og langtidsplasser på institusjonsplasser går ned. Dersom korttidsplasser også brukes til avlastning, vil

³³ Rapport. Ungdomsmiljøet på Rustahøgda. Hvordan har vi det, hvor vil vi og hva trenger vi. Silje K. Krogstad. Framtidas Rustahøgda. 2018.

dette kunne medføre at pårørende som ressurs kan fungere bedre og lengre, og at pasienten kan klare å bo lengre i eget hjem fordi de har pårørende med overskudd til å hjelpe.

Å ha tilgjengelige og velfungerende korttidsplasser vil også være en stor trygghetsfaktor. Det å vite at du får hjelp når du trenger det, fremkommer som svært viktig for innbyggerne i Målselv. Utfordringen manglende reelle kortplasser gir, forsterkes av at det ikke er tilstrekkelig tilbud om omsorgsboliger med heldøgns omsorg i kommunen. En velutbygd og godt fungerende omsorgstrapp krever en kombinasjon av gode hjemmetjenester, tilstrekkelig antall korttidsplasser som til enhver tid har tilgjengelig kapasitet, omsorgsboliger med og uten heldøgns omsorg og et antall langtidsplasser.³⁴

Det planlegges for 10 korttidsplasser i nye Målselv helsetun. Disse må komme til nytte også for innbyggere i øvre del av kommunen. Det blir viktig at disse plassene brukes riktig, det krever flere typer innsatsfaktorer. Den første og viktigste er å kunne ta i bruk hele systemet av graderte tilbud i omsorgstrappen, også KAD-plasser. Dernest vil det kreve god kompetanse og bevissthet i styring av ressurser, tildeling av tjenester etter behov og hyppig revurdering av behov, samt planlegging av overganger mellom hjem og korttidsplass. Det krever også at holdningen de ansatte har til bruken av korttidsplasser må være lik. Dessuten bør det legges vekt på kommunikasjon og informasjon om hva korttidsplasser er og hvordan de skal brukes, både til politikere, pasienter og pårørende. Det gir trygghet og forutsigbarhet for at kommunen gir et godt tilbud når behovet er til stede.

5.2.3 Hjemmetjenester

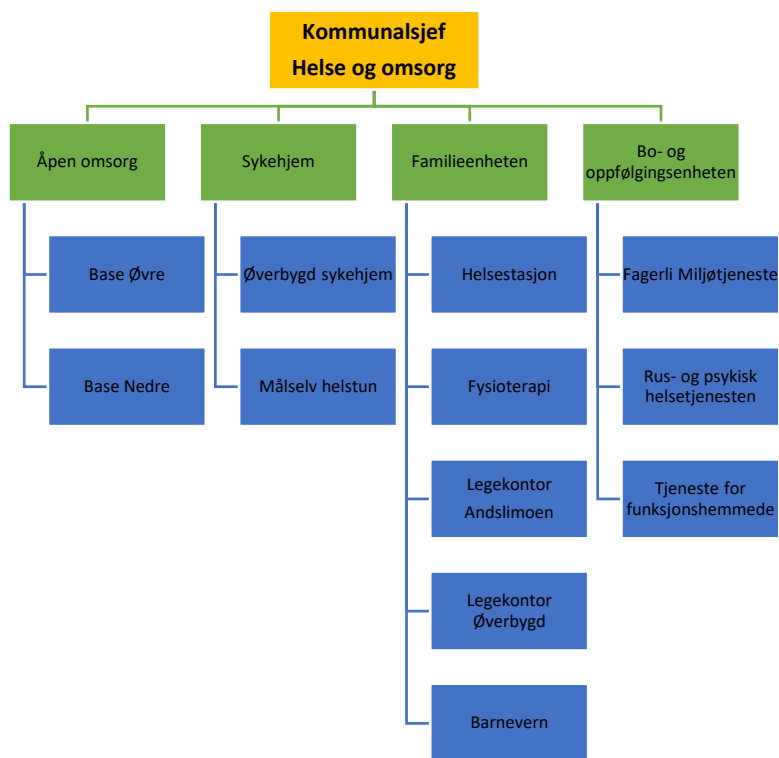
Ulempene med dagens organisering er at den er fragmentert. Det mangler en helhetlig og målrettet drift og utvikling av hjemmetjenestene. Som sykehjemmene er hjemmetjenesten delt mellom 2 enhetsledere i to parallelle organisasjoner som skal levere de samme type tjenester til innbyggerne i en og samme kommune. Kartlegging, tildeling og evaluering av tjenester gjøres av ulike avdelingsledere under de ulike enhetslederne uten et felles sett med tildelingskriterier eller kartleggingsverktøy. Hva som kan tilbys av tjenester til brukerne varierer med tilgangen til ressurser, for eksempel er det ikke nattevakt i tjenesten i Øvre distrikt og ikke matombringning i Nedre distrikt og vise versa.

I prosess-dagene med de ansatte ble samarbeid og pasientforløp analysert for å finne forbedringsmuligheter og forslaget fra de ansatte var å slå sammen hjemmetjenestene til EN hjemmetjeneste. De mente forventede effekter av dette kunne være en bedre forvaltning av ressursene, helhetlige tjenestetilbud og lik helsehjelp. De mente også at det kunne føre til et større og bedre kompetansemiljø, at brukerne kan bo lengre hjemme og bedre sykepleiedekning og heldøgns bemanning i hjemmetjenestene i hele kommunen. For å få til dette mener de det kreves to baser under samme leder og en koordinator, samt gode verktøy for kommunikasjon.

Å samle hjemmetjenesten legger bedre til rette for fagutvikling og strukturert innsats for å ta i bruk omsorgstrappa. Det gir bedre anledning til å skape felles faglige arenaer. Hjemmetjenestene er svært viktige i kartlegging og forebygging gjennom tidlige tiltak. Under samme leder kan arbeidet med å bruke kompetanse rett mellom sykepleiere, helsefagarbeidere og ufaglærte i hjemmetjenestene under ett, best gjennomføres. Hjemmetjenestene utfører sine oppgaver basert på vedtak. Å kjenne disse og evaluere dem er et viktig verktøy. Det er en forutsetning for forbedring og retningsendring at vedtakene er riktige, kjent og evalueres i tilstrekkelig grad. Tjenestene skal gis til innbyggere i alle aldre, basert på behov. De samme innbyggerne kan ha behov for tjenester der annen kompetanse er nødvendig, for eksempel fra miljøtjenesten eller psykisk helse. Dette er samarbeidsflater som må opprettes mellom hjemmetjenesten og utetjenesten.

³⁴ *Hjemme, borte eller uavgjort? Kvalitet og effektivitet i pleie- og omsorgstjenestene*, I. Brevik m fl, Fafo-rapport 2016:06

Endringsforslaget fra de ansatte har vært grundig diskutert i prosjektgruppen og ledergruppen. 6-7 forslag til mulige organiseringer har vært vurdert og prosjektgruppen landet på å gå inn for en strukturell endring som innebærer å ha en felles hjemmetjeneste i et organisasjonskart som ser slik ut



Figur 35: Alternativ 1a) forslag til ny organisering av hjemmetjenester/åpen omsorg og sykehjem

Forslaget innebærer at hjemmetjenester, her kalt åpen omsorg skal samles under en enhetsleder og sykehjemmene som i fremtiden blir Øverbygd sykehjem og Målselv helsetun, samles under en annen enhetsleder.

Fordeler og ulemper ble stilt opp på denne måten:

Dagens organisering		Alternativ 1a)	
Fordeler	Ulemper	Fordeler	Ulemper
<ul style="list-style-type: none"> - 2 baser - Nærledelse - God oversikt - Behovsoversikt - Flexibilitet Øvre - Trygt/kjent 	<ul style="list-style-type: none"> - Silotenkning - Ulike tjenester - Mangler samhandling - Koordinering av ressurser - 2 baser - mangler helhet - For nært brukere - Ulik praksis og kultur - Ikke én dør inn til hjemmetjenestene 	<ul style="list-style-type: none"> - Felles vedtak - Tverrfaglighet - Større faggruppe - Bedre utnyttelse av personell - Tydeligere rolle og tilbud - Planmessig bruk av kompetanse - Likere kontrollspenn - Robuste 	<ul style="list-style-type: none"> - Avstandsledelse - Endring i fleksibilitet Innebærer diskusjon om innholdet i sykehjemsplasser - Krever endring - Klart skille organisatorisk mellom sykehjem og hjemmetjeneste

Tabell 21: Prosjektgruppens vurdering av fordeler og ulemper ved strukturell endring

Organisasjonens utforming skaper betingelser for hvordan organisasjonsutvikling kan skje.³⁵ Et viktig premiss for å ta i bruk hele omsorgstrappa er å stryke og utvikle Hjemmetjenestene. Dersom hjemmetjenestene er organisert under to ulike ledere, på to adskilte geografiske steder og ikke har felles prosedyrer eller faglig og praktisk samhandling, vil organisasjonsutvikling i samme retning i praksis bli svært vanskelig. "Utvikling av et bestemt fagfelt vil kunne være lettere når alle som jobber med det samme, er samlet i samme avdeling"³⁶ Helse og omsorg for øvrig er inndelt etter funksjonsprinsippet. Det er derfor verken naturlig eller riktig at funksjonene som hører sammen, deretter splittes etter geografiske prinsipper. RO mener altså at organisasjonsutvikling - endring og forbedring av tjenestene og arbeidsmiljøet - best kan skje når hele organisasjonen er strukturert etter felles prinsipper; fag- og tjenester.

Konsekvensene av dette er først og fremst muligheter for å skape større, mer robuste og attraktive fagmiljøer. Dernest vil innbyggerne ha større trygghet for at de får like tjenester uavhengig av hvor de bor. Det er ingen grunn til å tro at tjenestetilbudet vil svekkes, snarere vil det styrkes med mer tilgjengelig fagkompetanse til flere tider på døgnet. De geografiske avstandene er uendrede og vil kunne være en ulempe både i forhold til ledelse og logistikk. Dette bør det kompenseres for med økt bruk av teknologi til kommunikasjon og tjenesteyting.

Forebyggende hjemmebesøk

I "Leve hele livet" er helsehjelp proaktive tjenester som kartlegger, forebygger, gir hverdagsmestring, fysisk aktivitet og miljøbehandling, og forebyggende hjemmebesøk er et verktøy som stadig flere kommuner i Norge tar i bruk. Hovedformålet er å bidra til økt mestring i eget liv for den enkelte bruker. Helse- og omsorgsdepartementet anser forebyggende hjemmebesøk som et "sentralt praktisk og konkret verktøy i kommunenes forebyggende arbeid, som kan føre til at flere kan leve lenger i egen bolig og oppleve større mestring i egen hverdag, og dermed økt livskvalitet"³⁷

En rapport fra Senter for omsorgsforskning Øst og Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester, konkluderte med at det er stor variasjon i hvordan kommunene organiserer tilbudet, men at dette ikke hadde betydning for hvor fornøyde de var med ordningen. Det vektlegges at kompetanse, tverrfaglighet og kjennskap til kommunens tilbud og tjenester er viktig, samtidig som forebyggende hjemmebesøk må ikke bli et isolert tiltak. Det ble oppnådd en effekt i forebyggende hjemmebesøk i form av avdekket behov for utredninger, hjelpemidler, ulike tiltak i hjemmet, rekruttering til treningsgrupper og lignende. Hovedkonklusjonen er at forebyggende hjemmebesøk bidrar til at flere kan greie seg selv lenger i eget hjem, og oppnå økt livskvalitet.³⁸ Nyere forskning³⁹ slår også fast at forebyggende hjemmebesøk øker bruken av hjemmetjenester og reduserer bruk av sykehjemstjenester og også en mulig sammenheng med forbedret helse blant aldersgruppen over 80+ år.

En viktig faktor for å få utnyttet omsorgstrappa er å jobbe med forebygging og et av de stedene dette foregår er i hjemmetjenestene og FØR behovene oppstår. I prosess-dagene med ansatte var dette et av forslagene som ble konkretisert. De mener at dette bør tilbys til innbyggerne i kommunen det året de fyller 70. Det er et tilbud med informasjon, veiledning og råd om tiltak og eventuell oppfølging fra kommunens side. De ønsker at det brukes standardiserte kartleggingsverktøy og gjøres med tverrfaglig kompetanse.

³⁵ Endring, organisasjonsutvikling og læring. Rudi Kirkhaug. Universitetsforlaget 2017.

³⁶ Endring, organisasjonsutvikling og læring. Rudi, Kirkhaug, Universitetsforlaget, 2017

³⁷ Rundskriv om forebyggende hjemmebesøk i kommunene. Helse- og omsorgsdepartementet. Nr. I-2/2016

³⁸ Forebyggende hjemmebesøk. I hvilken grad inngår forebyggende hjemmebesøk i kommunenes helhetlige helse- og omsorgstjeneste og folkehelsearbeid? Wenche Bergseth Bogsti og Silje Sveen, Senter for omsorgsforskning, Øst.

³⁹ Virkninger av forebyggende hjemmebesøk hos eldre og på bruk av sykehjems- og hjemmetjenester. Henning Øien m.fl. Velferdsforskningsinstituttet NOVA - OsloMet og UiO. Mai 2018

Det er et viktig og godt tiltak som ved hjelp av gode kartleggingsverktøy kan fange opp behov og utfordringer som oppstår med økt alder, lavere funksjonsnivå, livsfaseendringer og sykdom. Jo tidligere det kan settes inn tiltak, jo større er sjansen for å mestre livet i eget hjem så lenge som mulig.

5.2.4 Folkehelse

Målet med helsefremmende arbeid å bidra til at brukeren får sterkere kontroll over forhold som påvirker egen helse og livskvalitet. Dette er kjernen i folkehelsearbeidet hvor mulighetsrommet sees i sammenheng med å styrke egne ressurser i et helsefremmende miljø. Forebyggende helsearbeid har et risikotenkende utgangspunkt, der målet er å redusere sjansen for dårligere helse. Både folkehelsearbeid og forebyggende arbeid er viktig.

Folkehelsearbeidet foregår i størst grad på systemnivå og målfestes i kommunens planverk. I 2012 kom lov om folkehelsearbeid.⁴⁰ Her defineres folkehelsearbeid som: "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, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen".

Det som påvirker folkehelsen og folkehelseiltak kan blant annet omfatte oppvekst- og levekårsforhold, utdanning, arbeid og inntekt, fysiske og sosiale miljøer og fysisk aktivitet. Forskning⁴¹ har vist at funksjonen som folkehelsekoordinator blir sett på som et viktig virkemiddel for tverrsektorielt folkehelsesamarbeid i kommunen rettet mot befolkningen. Folkehelseiltak er summen av alle aktiviteter i kommune, innenfor oppvekst, kultur, teknisk og helse- og omsorg.

Folkehelse er altså langt mer enn mat, drikke og trening. Det handler om summen av alle påvirkninger og miljøet en lever i. Erfaringer og forskning på området anbefaler at organisatorisk plassering av folkehelsekoordinator på rådmannsnivå er viktig. Nivået på innsatsen er verken på enkelttiltak eller rettet mot enkeltindivider, men strategisk og koordinerende for hele kommunen.

Kommuneoverlegen har en viktig funksjon i dette arbeidet. Kommuneoverlegefunksjonen er blant annet forankret i Helse- omsorgstjenesteloven og Folkehelseloven. Arbeidsområdet for en kommuneoverlege omfatter helsemessig beredskap, planarbeid, miljørettet helsevern og smittevern. Kommuneoverlegen skal være medisinsk faglig rådgiver for kommunen. Kommuneoverlegen skal samarbeide med kommuneledelsen og andre aktører i kommunen som rådgiver i enkeltsaker og i strategisk og forebyggende arbeid. Kommuneoverlegen skal delta i aktuelle samarbeidsfora både internt og eksternt. Det er viktig at dette arbeidet tydeliggjøres og at kommuneoverlegen inviteres inn i riktige fora for planlegging og rådgivning på systemnivå.

5.2.5 Forebyggende kommunehelsetjeneste

Det er tradisjonelt de tjeneste vi forbinder med helsestasjoner, psykisk helse, fysioterapi og ergoterapi. Analysen viser at Målselv kommune i sammenligningen har tilstrekkelige ressurser til helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsetjenester for ungdom. Behovene oppleves av de ansatte som store og økende, selv om mange får god hjelp. Også i denne tjenesten er det å ta i bruk teknologi et alternativ som bør vurderes. Hjemmebesøk kan i noen tilfeller erstattes med lyd-/bildekonsultasjoner. Barn og unge er på virtuelle plattformer og spørsmålet er om ikke helsetjenesten også skulle være tilgjengelig der. I det forebyggende arbeidet er det også et spørsmål

⁴⁰ Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven)

⁴¹ "Health in All Policies: A cross-sectional study of the public health coordinators' role in Norwegian municipalities." Hagen, S. Helgesen, M. Torp, S. Fosse, E. Scandinavian Journal of Public Health, Mai 2015

om prioriteringer og ansatte som har deltatt i en arbeidsgruppe omkring forebyggende arbeid for unges psykiske helse, konkluderer med at det er tidlig innsats til de aller yngste som er viktigst i et langsiktig perspektiv. De ønsker å sette søkelyset på mestring og på foreldrerollen.

Fysioterapeut og ergoterapeut har viktige roller i både forebygging og rehabilitering. Kommunen har objektivt sett tilstrekkelige ressurser til fysioterapi, men mangler ergoterapeut. Denne funksjonen blir lovpålagt fra 01.01.2020. De spiller en svært viktig rolle i det forebyggende arbeid og på alle nivå i omsorgstrappa. Erfaringsvis er dette alltid en knapp ressurs er det behov for i alle enhetene innenfor helse og omsorg i kommunen, for alle aldersgrupper. Det er derfor viktig å definere hvilke oppgaver denne kompetansen skal prioritere. Forebygging, mestring og rehabilitering blir viktigere enn tradisjonell behandling hvis kommunen skal ha en solid omsorgstrapp. Kompetansen bør også benyttes aktivt i tverrfaglige team, til kartlegging og som rådgiver før vedtak fattes. Målselv kommune mangler i dag innarbeidede rutiner, kommunikasjonsformer og arenaer for dette. De bør skapes slik at ressursene brukes målrettet og til riktig tid.

5.3 Samarbeid og ressursutnyttelse

Et av hovedinntrykkene av Målselv kommune er at den fungerer fragmentert, oppdelt. Det gjelder ikke bare for helse og omsorg, men mellom etatene, mellom stab og ledere og mellom fagmiljøer. Det er ikke noe "vi" om Målselv kommune, det er "vi og dem".

Geografisk finnes selvsagt slike skiller, og det er naturlig. Som mennesker tenderer vi alltid å skape tilhørighet og definere oss i forhold til andre. Det er ingenting annet i kommune-Norge som kan skape større engasjement enn lokaliseringdebatter. Det er når denne type debatter blir styrende at det går ut over ressursutnyttelsen. Målselv er en mellomstor kommune i KOSTRA-definisjon, men likevel er den liten nok til at den er sårbar. Særlig tilgang på god og riktig kompetanse vil alltid være en utfordring og den kompetansen man har, er en verdifull ressurs. Den må brukes klokt.

Ved å tenke helhet og skape et "vi" i Målselv kan mulighetslandet virkelig tas i bruk. De utfordringene kommunen har, eies av alle. Ved å bruke kompetansen på rett sted, der behovene finnes kan kommunen gi gode tjenester. Ved å gjøre hverandre gode ved å bruke ressurser på tvers, istedenfor å konkurrere om dem, kan utfordringer løses. Det betyr at kommunen må skape enheter som er robuste og som gjør hverandre gode ved å bruke kompetanse på der behovet er.

Stabsenheter – personal, økonomi og IT må bli ledernes viktigste medspiller. Når staben gjør lederne gode, kan de være i stand til å utøve tjenester i av faglig kvalitet og innenfor økonomiske rammer.

Som støttefunksjon er HR-kompetanse viktig for lederne, det er lederne som har og utøver personalansvaret. I saker som turnusarbeid, sykefraværsoppfølging og rekruttering er det avgjørende at lederne kan oppleve at personalavdelingen jobber sammen med dem som et team og bidrar med kompetanse.

Daglig økonomisk styring er viktig. Det er der tjenesten utøves at pengene brukes. Lederne må ha kunnskap om hva de brukes til, hvordan de kan bruke ressursene mer fornuftig og sammen med økonomisk rådgivere omprioritere når behovene endrer seg. Det betyr at lederne må ha tilgang til god informasjon om for eksempel driftsutgiftene på sykehjemmet og at økonomirådgiverne må ha kunnskap nok om tjenestene til å gi gode råd.

Teknologien blir en stadig viktigere del av hverdagen i tjenestene. Kommunen må jobbe for en økt digitalisering og være bidragsytere til at lederne får en så enkel hverdag som mulig. Infrastruktur, utstyr til kommunikasjon og valg av teknologiske løsninger er typiske områder som lederne har behov for bistand til. Verktøyene for kommunikasjon via lyd og bilde er en forutsetning å at de

strukturelle endringene skal ha noen gevinst fordi det kompenseres for ulempene ved lange avstander.

Når disse, stab- og støttfunksjoner nevnes spesielt, er det fordi det fremkommer mange eksempler på at mangel på kompetanse, informasjon og flaskehals/venting på hjelp tar mye av de utøvende ledernes tid og ressurser. Dette er til hinder for å utøve ledelse og for å bruke tid på det det er mest behov for – å utvikle tjenestene.

RO gir i denne rapporten råd om å gjøre tjenestene mer robuste, det er fordi smått er sårbart. Større fagmiljøer utgjør en trygghet og kan gi stabilitet. Det vil være behov for både å gi mer komplekse tjenester i fremtiden og det vil være behov for å rekruttere langt flere helsearbeidere. En solid organisasjon må ligge i bunnen og det må starte med å bruke det man har på en smartere måte. Organisering etter geografi er en av årsakene til at vi opplever at kommunen fremstår som fragmentert og det gjør tjenestene sårbare. Men det er også en manglende kunnskap om hverandres tjenester og enheter blant medarbeiderne i kommunen. Tjenestetildeling skjer mange steder i kommunen uten at det er kunnskap om hvilke tjenester som finnes. En diabetessykepleier på legekantoret på Andslimoen har en kompetanse som skal komme hele kommunen til gode, ikke bare pasientene på det legekantoret. Hjemmetjenestene som overtar brukerne i psykisk helse i helgene, må settes i stand til å utøve denne tjenesten ved å få tilstrekkelig informasjon og kunnskap. Når henvisninger til psykisk helse langt overstiger det det er ressurser til å håndtere, må det opprettes dialog med henviser, dvs. fastlegene for finne felles løsninger på denne utfordringen. Dette er noen få av flere eksempler på at samarbeid på tvers ikke har stått så høyt på agendaen. Kommunen bli langt mer bevisst på å utfordre hverandre og de ansatte til å se helhet. Målet må være å gi sammenhengende tjenester og bringe kompetansen til brukerne når behovet er der.

5.3.1. Tildeling og saksbehandling

En av nøklene til å bruke ressursene riktig og dreie kommunens tjenesteprofil, ligger i tildelingen av tjenester.

Innbyggernes rett til kommunale helse- og omsorgstjenester er hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven, mens kommunens plikt til å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven. Tildeling av tjenester skal skje i samsvar med lovverk og de til enhver tid gjeldende forsvarlighetskrav. I tillegg har kommunen nasjonale faglige retningslinjer og beslutninger fra f.eks. Helsetilsynet og Fylkesmannen som legger klare føringer for tildelingspraksis.

For det første må kommunen ha på plass tildelingskriterier. Dette har det vært jobbet med en stund, det arbeidet må slutføres og vedtas politisk. Veileder for saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven⁴² bør ligge til grunn. Tjenestetildeling skal foruten lovverk basere seg på profesjonell og faglig skjønnsutøvelse og tildelingskriteriene er tenkt som en veiledning og hjelp i denne vurderingen. Videre skal dette til sammen bidra til å sikre likebehandling og en god ressursutnyttelse.

Forvaltningsloven gjelder for kommunes helse- og omsorgstjenester. Dette kan for eksempel dreie seg om habilitets- og partsforhold, taushetsplikt, veiledningsplikt. Pasient- og brukerrettighetsloven angir også saksbehandlingsregler, blant annet hvordan hjelpebehov blir kjent og utredet. Alle relevante forhold skal være belyst og det skal sikres tverrfaglig tilnærming i utredningen. Dernest skal pasient og pårørendes rett til å medvirke ved utforming og gjennomføring ivaretas.

⁴² <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/saksbehandling-av-tjenester-etter-helse-og-omsorgstjenesteloven>

Når vedtak skal fattes skal disse være skriftlige og begrunnet. Det skal gjøres rede for hvilke regler som er anvendt og hvilke hovedhensyn som har vært avgjørende i skjønnsutøvelsen. Vedtakene skal inneholde en tydelig angivelse av rammer og målet med de tjenester og tiltak som tilbys. Vedtak kan også påklages. Dersom kommunen ikke tar klagen til følge, kan vedtaket prøves hos fylkesmannen. Et enkeltvedtak er i utgangspunktet bindende og endring av et løpende tjenestetilbud krever derfor et omgjøringsvedtak etter forvaltningslovens saksbehandlingsregler. Et vedtak som er gunstig for brukeren kan det endres når som helst, dersom det er ugunstig for brukeren, er det langt strengere regler som gjelder.

Saksbehandling og forvaltning er komplekst og omfattende. Det bør derfor bare gjøres av personer som har god opplæring og fagkompetanse til å vurdere forsvarlighet. Basert på vår kunnskap om kommunens tildelingspraksis i dag (beskrevet i kapittelet om dagens organisering), råder RO kommunen til å profesjonalisere og samle all saksbehandling og forvaltning for alle brukergrupper under kommunalsjef helse og omsorg. Kommunen må sikre seg at lovverket blir etterlevet og at tjenestene tildeles likt og rettferdig. Et viktig poeng med er også at kommunen skal ha "en dør inn". Alle henvendelser om tildeling og koordinering av tjenester skjer må samme sted, det gjør det også lettere for samarbeidspartnere utenfor kommunen å kommunisere om felles brukere. Implisitt i en profesjonalisert saksbehandling- og forvaltningstjeneste ligger at dette er kommunens koordinerende enhet (KE) for habilitering og rehabilitering. Denne er pålagt ved lov⁴³ og skal blant annet sørge for at pasienter som har behov for og krav på det får koordinator og individuell plan. Koordinatorfunksjoner for pakkeforløp psykisk helse og rus bør knyttes til saksbehandling/tildeling.

I prosessarbeidet i kommunen har det blitt klart for mange av deltakerne at Målselv kommune må forbedre måten det tildeles tjenester på i dag. Det som imidlertid har avstedkommet mange og lange diskusjoner, er hvordan dette skal organiseres. Det finnes ikke noen krav til det i lovverket og kommunene mange lager ulike løsninger på organiseringen. Ofte vil det omtales om tjenestekontor, forvaltningsenhet, tildelingskontor eller koordinerende enhet. Særlig er det ansvar for økonomi, ledes rolle og nærheten til de utøvende tjenestene som utfordrer enhver form for organisering. Fungeringen for en slik enhet eller kontor, er avhengig av arbeidsmåter like mye som organisering.

En av arbeidsgruppene i dette prosjektet har jobbet med nettopp kommunens praksis for vedtak, koordinering og saksbehandling. Gruppen jobbet også med tildelingskriteriene, men hadde hatt behov for mer tid til arbeidet. Rapport fra gruppen er vedlagt rapporten og de legger frem 2 alternative forslag til organisering. RO foreslår at dette arbeider fortsetter i fase 2/implementeringsfasen av dette prosjektet. Det er viktig at gruppen jobber med å tydeliggjøre alternative løsninger til organisering. Gjør en ROS-analyse av disse og konkretiserer på hva som skal til for at organiseringen skal fungere best mulig.

5.3.2 Kvalitet og arbeidsmiljø

Tjenester av god kvalitet er virkningsfulle, trygge og sikre, de involverer brukerne og gir dem innflytelse, de er samordnet og preget av kontinuitet. Dette er definisjonen av kvalitet i forskrift for kvalitet og ledelse i helsetjenesten⁴⁴ som erstatter internkontrollforskriften i helse og omsorgstjenestene. Formålet med forskriften er å "bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves". Forskriften bygger på modellen for kontinuerlig forbedring – Plan, Do, Study, Act – for mange kjent som Demings sirkel. Kapitelene planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere forklarer detaljert plikter og oppgaver i et system som har til formål å avdekke, rette opp og

⁴³ Helse- og omsorgstjenesteloven. Kapittel 7.

⁴⁴ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring I helse- og omsorgstjenesten

forebygge svikt. Ansvar for kommunens styringssystem ligger på kommunens øverste leder, administrasjonssjef.

Det er økonomi i god kvalitet. Påstanden kan sees i sammenheng med at feil og manglende faglighet kan gi skader og dårligere helse. God kvalitet baserer at det er kunnskapsbaserte prosedyrer som er kjent for alle i tjenesten og alltid har brukernes behov som viktigste rettesnor. Vi vet for eksempel at opphold på sykehjem kan "institusjonalisere" pasientene. Hjelpen er tilgjengelig hele tiden, tidspresset gir ikke tid til å fokusere på mestring og hjelpen blir hjelp til hjelpeløshet og inaktivitet, som i sin tur krever mer pleie og stell. Dette henger sammen med holdninger og kultur, hvor arbeid med kvalitet og faglighet er en viktig pådriver i riktig retning. Det gir også sterke og attraktive fagmiljøer som trekker til seg flere nye medarbeidere. Å jobbe med kvalitet kan oppleves som motiverende og kan bidra til økt trivsel og tilstedeværelse.

Gjennom samtaler med ansatte og ledere og arbeidet i prosess- og arbeidsgrupper kommer det frem at det er område som kan og bør få større fokus. Et avvik blir ikke nyttig før det har resultert i en forbedring. Det systematiske arbeidet for økt kvalitet bør styrkes. Det starter med å bygge kompetanse om systematisk kvalitetsarbeid, både hos ansatte og ledere og dernest innarbeide det som en del av kulturen. Målet er fornøyde brukere, pasienter og pårørende. Dette gjelder selvsagt ikke bare for sykehjem, men for hele helse og omsorg, det er like viktig på bofellesskapet og på helsestasjonen som i hjemmetjenesten.

Arbeidsmiljøet på en arbeidsplass preges ofte av hvilke verdier og holdninger som råder der. Et arbeidsmiljø som jobber aktivt med kvalitet har verdier som gjensidig tillit og opplevd rettferdighet. Ofte sier vi at arbeidsmiljøet kan preges av en "kultur". Denne kan variere fra en side av bygget til annen. Et kjent uttrykk er at kulturen "sitter i veggene", så hvor kommer kulturen fra?

Organisasjonskultur er et mønster av **grunnleggende antakelser** utviklet av en gitt gruppe etter hvert som den lærer å mestre sine problemer med ekstern tilpasning og intern integrasjon - som har fungert tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant, og som **derfor læres bort** til nye medlemmer som den riktige måten å oppfatte på, tenke på og føle på i forhold til disse problemene⁴⁵. Enkelt sagt er kulturen den etablerte sannheten i en organisasjon. Dersom det sies ofte nok at "her er det slitsomt" å jobbe, kan dette ha en selvforsterkende effekt uten at noen nødvendigvis egentlig og objektivt har undersøkt hva det kan bety. Enkeltpersoner kan ikke endre en kultur og for å endre en kultur, må nye sannheter skapes på grunnlag et sett felles verdier. Hvilke verdier som skal være gjeldende på en arbeidsplass er derfor det første som må diskuteres. Deretter kan det bygges og forbedres et arbeidsmiljø og etableres en ny kultur. Dette er ofte prosesser som tar svært lang tid.

Gjennom dette prosjektet har prosessen allerede startet ved å diskutere verdier og kultur som en følge av at flere avdelinger skal flytte sammen i nye bygg. Resultatene fra disse arbeidene gjenfinnes under arbeidsgruppe 1 og 2 i kapittel 6.

Sykefravær

Den største og viktigste ressursinnsatsen innenfor helse-, pleie- og omsorgstjenesten er bemanningen, de ansatte. Erfaringsmessig er det store ulikheter i sykefravær både mellom kommuner, og mellom sammenliknbare enheter internt i kommunen. Fraværets omfang og på hvilken måte det arbeides med å øke nærværet, er avgjørende for hvor mye og hvor gode tjenester som ressursinnsatsen skal kunne ut i.

⁴⁵ Edgar Schein, 1983

Forskning på sykefravær/nærvær viser at man vet mye om risikofaktorer, altså hvilke faktorer som kan bidra til å skape sykefravær, og noe om hva som bidrar til å skape helsefremmende arbeidsplasser. Det man vet minst om, er hvilke effekter ulike tiltak har på sykefravær/nærvær. Det er imidlertid liten tvil om at høyt fravær/lavt nærvær bidrar til at ressursene ikke utnyttes optimalt og at tjenestekvaliteten blir påvirket. I Målselv kommune er dette også en av årsakene til den store andelen variable lønnskostnader; bruk av overtid, vikarer og ekstrahjelp.

Fraværs- og nærværsarbeid er en kontinuerlig prosess som man aldri kan slippe taket i, og må være godt forankret på alle nivåer i organisasjonen. Sykefravær er et komplekst felt hvor løsninger må finnes på ulike nivåer og arenaer, men samtidig tydeliggjør forskning at mange av risikofaktorene er knyttet til trekk ved arbeidet og forhold på den enkelte arbeidsplass.

Enkelte studier anslår at så mye som 40-50 prosent av langtidsfraværet er arbeidsrelatert⁴⁶. I tillegg viser forskningen at arbeidsmiljøfaktorer generelt forklarer mer enn individuelle livsstilsfaktorer, og at arbeidsmiljøfaktorer betyr mindre for sykmeldtes tilbakekomst til arbeid dess lengre en person er fraværende fra jobb. Mange av disse faktorene ser også ut til å bidra til dårlig psykisk helse.⁴⁷

Et vedvarende høyt sykefravær er som tidligere nevnt, tegn på at det er komplekse årsaker til fraværet og at det må jobbes systematisk med for å reduseres. Målselv kommune må sette sammen et team av leder, personal, NAV og fastleger som jobber sammen om et mål om å øke de ansattes tilstedeværelse på arbeidsplassen. Årsaker til sykefravær må kartlegges, både generelle og spesielle/individuelle tiltak må iverksettes for å bedre arbeidsmiljø, trivsel og tilstedeværelse. Idebanken.org⁴⁸ er en av kildene som kan anbefales til kunnskap og inspirasjon. En bør alltid søke å unngå 100 prosent sykefravær for å holde kontakt med arbeidsplassen og være på jakt etter den enkeltes restarbeidsevne med god tilrettelegging.

5.3.3 Arbeidsplaner og heltidskultur

I en rapport fra programmet «Sammen om en bedre kommune»⁴⁹ tas det opp hvordan faktoren heltidskultur kan påvirke ressursutnyttelse og tjenestekvalitet:

"I et arbeidsgiverperspektiv gir deltidsstillinger muligheter for såkalt numerisk fleksibilitet. Det betyr at arbeidskraften tilpasser seg variasjoner i arbeidsbehovet og varierer arbeidstid og arbeidsmengde deretter. Ulempen er at små stillinger kan skape problemer med å rekruttere og beholde kvalifisert arbeidskraft. Arbeidsplasser som ikke kan tilby hele stillinger, svekker både bransjen og fagets omdømme blant fremtidige utdannings- og arbeidssøkere. De små stillingene stjeler også ressurser fra ledere og erfarne kollegaer som kunne ha vært brukt mer produktivt. For å unngå disse ulempene kan arbeidsgivere fremme den såkalte funksjonelle fleksibiliteten, eksempelvis ansatte som varierer arbeidsoppgaver og arbeidstid slik at jobbinholdet varierer."

I den senere tids debatt er også kvalitetsperspektivet i ferd med å stå fram som det kanskje viktigste argumentet for å utvikle nye arbeidstidsordninger i pleie- og omsorgssektoren. I Fafo-rapporten Heltid-deltid – en kunnskapsstatus⁵⁰, hevdes det at:

⁴⁶ S. Osborg Ose, H. Jensberg, R. Eidsmo Reinertsen, M. Sandsund og J.M. Dyrstad (2006): Sykefravær. Kunnskapsstatus og problemstillinger. SINTEF Helse Gruppe for arbeid og helse

⁴⁷ Major, E.F., Dalgard, O.S., Schjelderup Mathisen, K., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. og Aarø, L.E. (2011): Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Folkehelseinstituttet. Rapport 2011:1.

⁴⁸ www.idebanken.org

⁴⁹ KR D Saman om ein betre kommune, Deloppdrag 1 – Gjennomgang av kommunenes årsrapportering 2012, pulje 1, rapport 19. mars 2013.

⁵⁰ Leif E. Moland, Heltid-deltid – en kunnskapsstatus, Begrunnelser og tiltak for å redusere omfanget av deltid og organisere for heltidsansettelser. Fafo-rapport 2013:27.

"Små stillinger bidrar til en fragmentert tjeneste og virker direkte negativt inn på tjenestekvaliteten når omfanget er stort. Mange av brukerne har behov for stabile tjenesteutøvere som de kjenner og som kjenner dem. En virksomhet som satser på heltidsstillinger, har lettere for å trekke til seg kompetent arbeidskraft og holde på den. Den vil ha lettere for å utvikle gode fagmiljøer, og for å legge opp en tjeneste "med bruker i sentrum". Dermed sikres både kompetent arbeidskraft og en mer brukervennlig anvendelse av arbeidskraften."

Tabell 7 i kapittel 4 viser at det ligger en potensiell arbeidskraftreserve som både kan styrke kvaliteten i tjenestene og bidra til en bedre ressursutnyttelse.

En mulig definisjon av begrepet heltidskultur blant turnusarbeidere er "andel ansatte som arbeider i turnus og har 100 prosent stilling". Det fins ingen norm for hva som er sterk eller svak heltidskultur, men noen forskere har antydnet eller foreslått at sterk heltidskultur er når over 80 prosent av de ansatte jobber heltid. Hvis vi skulle legge denne normen til grunn for situasjonen i Målselv er det en svak heltidskultur innen de tradisjonelle pleie- og omsorgsyrkene her.

Å bygge heltidskultur handler om holdninger, forankring, organisering og endringskompetanse og det forutsetter politisk vilje, tydelig ledelse, engasjerte tillitsvalgte og ansatte som jobber i samme retning. Dette arbeidet bør Målselv kommune prioritere. I sammenheng med at flere avdelinger skal flytte sammen i nye bygg, utarbeides nye arbeidsplaner som tilrettelegge for å ta i bruk langvakter som et virkemiddel for å redusere småstillinger. Den samme jobben bør gjøres ved Øverbygd syke- og omsorgssenter. Ved en sammenslåing av hjemmetjenestene må det også her utarbeides nye arbeidsplaner, det ingen grunn til at ikke langvakter kan tas i bruk her, i alle fall i helgene.

Det har vært en etablert ordning med sykepleier i bakvakt på sykehjemmene. Denne bør kunne avvikles med nye og forbedrede arbeidsplaner.

5.4 Legetjenesten

Legetjenesten i Målselv hadde den 27.8.2019 en samling der det ble gjennomført en enkel SWOT-analyse⁵¹. Ledelsen av tjenesten og tillitsvalgt deltok også på samlingen. Dagens sterke sider og utfordringer, samt muligheter og utfordringer i framtid ble gjennomgått og vurdert. Analysen er skjematisk gjengitt på vedlegg 2.

På bakgrunn av SWOT-analysen ble det vurdert at de viktigste utfordringene å ta tak i for legetjenesten i prioritert rekkefølge er:

- Rekruttere og beholde
- Vurdere ett eller to legekontor
- Samhandling med andre tjenester
- Driftsform
- Tilpasning til nye krav

For å fortsatt kunne rekruttere og beholde kvalifiserte leger er det viktig å beholde et godt arbeidsmiljø, opprettholde et godt/positivt "rykte" i fagmiljøet, tilrettelegge for spesialisering og kompetanseheving, samt ha klare rammer ift. lønns- og arbeidsbetingelser. Det framheves videre at dagens vaktbelastning er overkommelig og at dette bør opprettholdes.

⁵¹ S(trengths), W(eaknesses), O(pportunities), T(hreats)

En vurdering av å ha ett (Andslimoen) eller to legekantor belyser både fordeler og ulemper med begge alternativ. En positiv effekt av å ha ett legekantor i kommunen er at fagmiljøet blir styrket og styrker rekruttering og dermed mer stabil bemanning. Ett kontor gir større fleksibilitet mht. bemanningen, hindrer "silotenking", gir stordriftsfordeler og fører til enklere/mer effektiv ledelse. På den andre siden vil ett kontor medføre lengre reisevei for innbyggerne, svekket akuttberedskap (Øvre), logistikkutfordringer og Andslimoen må evt. utvides.

Det kan imidlertid gjøres noen tiltak for å redusere negative effekter av å ha ett legekantor som f.eks. ved å bedre kollektiv trafikk/kommunikasjon, ved å benytte videoteknologi ved ØSO og flytte ambulansetjeneste fra Rundhaug til Øverbygd. Slike tiltak må imidlertid vurderes nærmere dersom kommunen skulle velge å ha kun ett legekantor.

Legetjenesten konkluderer med at to lokaliteter er verdifullt, men at legetjenesten kan organiseres som en tjeneste med ett budsjett, en administrativ enhet med felles økonomi og personalansvar. En felles driftet legetjeneste kan styrke tjenesten med hensyn til personalutveksling. Positive effekter av å ha en felles tjeneste er styrket fagmiljø (felles plan for fagutvikling), stordriftsfordeler, bemanning, rekruttering og en enklere og mer effektiv ledelse.

Legetjenestens samhandling med andre tjenester (tverrfaglig samarbeid) kan og bør forbedres. Dette kan gjøres ved å ha faste møtepunkter med aktuelle samarbeidspartnere (sykepleie, fysioterapi, ergoterapi, psykiatri, kreft mm). En styrking av det tverrfaglige samarbeidet bør blant annet ha som mål å styrke samarbeidet vedrørende innleggelse på sykehjem, styrke samarbeidet med hjemmetjenesten, sikre god medikamenthåndtering og styrke forebyggende arbeid (fysisk trening, fallforebygging, kols). Et styrket tverrfaglig samarbeid vil gjøre det mulig å utnytte egen kompetanse/kollegers kompetanse på tvers av profesjonene på en bedre måte enn i dag.

Det understrekes at det er viktig å få avklart driftsformen (fast vs. privat) i legetjenesten. Tjenesten selv mener det er hensiktsmessig at begge driftsformer tilbys begge steder siden dette kan virke positivt mht. å rekruttere og beholde leger. Ulike driftsformer må imidlertid forankres i legegruppen.

Det ble under samlingen med legetjenesten besluttet at det nedsettes en arbeidsgruppe umiddelbart. Det bør defineres hva som ligger i "kommunal". Listestørrelse, ØHJ egne pas/ØHJ pas uten fastlege, permisjon/ferie, arbeidstid, oppgaveløsning, administrasjon. Deltakere avklares snarest og det utarbeides mandat og tidsplan. Leder for familieenheten har ansvaret.

Når det gjelder tilpasning til nye krav pekes det spesielt på behovet for å etablere et samarbeid med de nye lovpålagte tjenestene. Det pekes spesielt på at geriatrikompetanse bør økes og at det er stort behov for erfarne spesialister innen akuttmedisin.

RO mener forslaget om en felles legetjeneste med to lokalisasjoner er det beste alternativet og utdyper denne anbefalingen i kapittel 7.

6. Arbeidsgruppens forslag til tiltak

Prosjektgruppen besluttet 2. mai å nedsette arbeidsgrupper. Arbeidsgruppene har fått mandat. Gruppene 1 og 2 er ikke ferdige med sitt arbeid, de har frist til 15. desember 2019, men mandatet og foreløpig fremdrift beskrives her. Arbeidsgruppene 3, 4 og 7 har levert rapportert som i sin helhet vedlegges denne hovedrapporten. Arbeidsgruppene 5 og 6 har ikke startet sitt arbeid av kapasitetshensyn i organisasjonen, men ble begge pekt på som viktige innsatsområder for helse og omsorg i fremtiden.

Arbeidsgruppe 5 har fått arbeidstittel "Samhandling, tverrfaglighet og bruk av kompetanse" – ett av målene for arbeidet bør blant annet være å lage en plan for opplæring og kompetanseheving, også for ledere. Det må blant annet sees på i forhold til fremtidig turnover ved naturlig avgang. Arbeidsgruppe 6 har arbeidstitelen "rekruttering". De skal utarbeide en strategi med tiltak for å rekruttere, beholde og kvalifisere personell.

6.1 Arbeidsgruppe 1 Turnus, arbeidstid og kultur ved Måselv helsetun

Mandat

Arbeidsgruppen skal utarbeide turnuser til seks avdelinger på nye Måselv Helsetun. Turnusene skal ha tilnærmet likt antall årsverk og skal sikre at rett kompetanse er tilgjengelig for pasientgruppene til enhver tid. Turnusene skal i størst mulig grad bestå av store stillinger og færrest mulig små helgestillinger. Det skal jobbes fram en mest mulig hensiktsmessig organisering på arbeidsplassen ved at turnusene legges utfra bemanningsplan, avdelingenes døgnrytmeplan og som skal sørge for at de tilgjengelige ressursene utnyttes best mulig.

Arbeidsgruppen skal vurdere ulike turnuser opp mot hverandre for å sikre best mulig drift, men som skal utgå fra arbeidstakernes ønsker rundt turnus. I dag er det to- og tredelt turnus, samt egne nattevaktstillinger. Arbeidsgruppen skal involvere personalgruppen og sette helhetstenkning og kultur i fokus ved å definere konkrete tiltak som kan bidra positivt til dette. Arbeidsgruppen skal utarbeide milepæl- og tidsplan for arbeidet, samt utarbeide en informasjonsplan for å sikre kontinuerlig informasjon til de ansatte. Målet er å skape en robust organisasjon som sikrer rett kompetanse til rett tid, fremmer arbeidsnærvær, samhandling og ivaretar kontinuerlig forbedring med fokus på pasienten.

Fremdrift/resultat så langt

I arbeidet med verdier og å skape en felles kultur har de ansatte gjennom prosessdager blitt enige om at de ved Måselv Helsetun vil ha en kultur som preges av:

- Preges av samarbeid
- Vi er en «enhet» Måselv helsetun
- Vi ønsker å samarbeide på tvers (helsetunet preges av samhandling)
- Alle er like viktig
- Åpenhet, ærlighet og respekt
- Lite sykefravær
- Pasienten i fokus/ brukerfokus

For å få til dette er de enige om at de må jobbe etter like prinsipper, har felles rutiner, personalmøter og møteplasser. Det må jobbe samme og på tvers. Det må være endringsvillighet og rom for å feile i et miljø med stor takhøyde.

RO's vurdering

Det er lagt et godt grunnlag for å skape en felles og god kultur på nye Måselv Helsetun. Det gjenstår et kontinuerlig arbeid med å påminne hverandre om hva dette betyr. Lederne må målbære verdiene og samarbeide tett. I det videre arbeidet må dagens turnus sies opp og medarbeiderne informeres godt om ulike langturnusordninger, erfaringer, forutsetninger og konsekvenser. Deretter må det kartlegges hvem som tenke seg å være med på langturnus, denne ordningen bør prøves ut på en eller flere avdelinger. Ordningen må være frivillig og basert på prinsippene fleksibilitet og samhandling. Alle medarbeidere på MASH og Måselvtunet må informeres godt i hele prosessløpet.

6.2 Arbeidsgruppe 2 Turnus, arbeidstid og kultur Fagerli miljøtjeneste

Mandat

Arbeidsgruppen skal utarbeide turnuser til to personalgrupper ved nye Fagerli Miljøtjeneste. Turnusene skal ha tilnærmet likt antall årsverk og skal være satt sammen med kompetanse tilpasset brukergruppen. Videre skal turnusene i størst mulig grad bestå av store stillinger og færrest mulig små helgestillinger. For å oppnå dette skal arbeidsgruppen vurdere todelte turnuser som tar i bruk langvakter (12, 13, eller 14 timers vakter) i helgene for de ansatte som er villige til slik arbeidstid. Det skal lages egne nattstillinger.

Det skal jobbes fram en mest mulig hensiktsmessig organisering på arbeidsplassen ved at turnusene legges utfra bemanningsplan, brukernes aktivitetsplan, ved at riktig kompetanse sikres hele døgnet, og ved at de tilgjengelige ressursene utnyttes best mulig. Arbeidsgruppen skal involvere personalgruppen og sette helhetstenkning og kultur i fokus ved å definere konkrete tiltak som kan bidra positivt til dette. Arbeidsgruppen skal utarbeide milepæl- og tidsplan for arbeidet, samt utarbeide en informasjonsplan for å sikre kontinuerlig informasjon til de ansatte.

Fremdrift/resultat så langt

I arbeidet med å skape felles verdier og kultur har det være gjennomført prosessdager med gruppearbeid, der grunnlaget for et nytt, felles arbeidsmiljø på Fagerli skal legges. Disse verdiene har blant annet vært:

- Brukerfokus
- Samarbeid
- Lojalitet
- Ærlighet
- Åpenhet, toleranse og respekt

For å lykkes må de vært positive, samarbeide, ha gode prosesser og skape trygghet for hva endringer innebærer. En ny felles turnus krevet at de blant annet jobbe med å få større stillingsbrøker, ta i bruk langvakter, ha god medvirkning i prosessen og god informasjon til medarbeiderne.

RO's vurdering

Her er arbeidet med å utarbeide turnuser kommet litt lengre det er tilstrekkelig med én samlet turnus for hele tjenesten. Det er også viktig å jobbe med faglighet og kvalitet i tjenesten. Når brukerne samles under ett tak, skal man være oppmerksom på faren for økt institusjonalisering. Endring av fysisk arbeidsmiljø krever også endrede arbeidsformer og gir nye faglige utfordringer for de ansatte. Som et alternativ til to ledere, bør det vurderes om den ene lederressursen kan allokere til faglig utviklingsarbeid på sikt for å styrke dette.

6.3 Arbeidsgruppe 3 Saksbehandling, tildeling og koordinering

Mandat

Kommunens praksis for tildeling av tjenester er omdreiningspunktet for kommunens tjenesteprofil og nøkkelen til prioritering av de ressurser som utløses basert på behov og riktig bruk av omsorgstrappen. Arbeidsgruppen skal kort beskrive dagens praksis for tildeling, vedtak, koordinering og saksbehandling i Målselv kommune. Gruppen skal definere hvilken type kompetanse og verktøy som er nødvendig for å tildele gode og forsvarlige tjenester. Arbeidsgruppen bør gjøre seg kjent med organisering og praksis i andre utvalgte/sammenlignbare kommuner og fordeler og ulempe ved disse. Gruppen skal levere ett eller flere alternative forslag til hvordan tildeling, vedtak, koordinering og saksbehandling kan organiseres i Målselv kommune. Dette innebærer å beskrive hvor mye ressurser, hvilken type kompetanse som trengs, og hvordan den kan brukes tverrfaglig. Fordeler og ulemper må vurderes. Målet er at gruppen skal levere ett eller flere alternative forslag til hvordan kommunen gjennom organisering av tildeling kan oppnå samordnede, like og målrettede tjenester for alle brukere i Målselv kommune. Forslagene leveres til prosjektgruppen som er ledet av kommunalsjef helse og omsorg.

Forslag til organisering

Pr. i dag ser vi for oss to organisatoriske forslag:

Alternativ 1

Beholde dagens ordning, men gjøre forbedringer i form av: felles tildelingskriterier og søknadsskjema. En saksbehandler ressurs som ivaretar oppgavene til KE.

Alternativ 2

- KE/Tildelingsenhet: En leder og saksbehandler ressurs som har kjennskap til de ulike enhetene. Ved nye saker tar de utredning og saksbehandling innad. Der brukerne er kjent fra før tar enhetene saksutredningen.
- Tverrfaglig møte hvor saksbehandler kan drøfte brukersaker, organisert som KE med en enhetsleder. Felles saksbehandler ressurser fra hver enhet.

Felles tildelingskriterier og søknadsskjema. Samt følge opp oppgavene til KE.

RO's vurdering

Det er gjort en god kartlegging av dagens praksis. Tildelingskriterier og felles kartleggingsverktøy må komme på plass. Forvaltning og saksbehandling bør profesjonaliseres og samles for å ivareta brukernes rettigheter, sikre enhetlig god saksbehandling og forvaltning og lik vedtakspraksis. Tildeling av tjenester er en nøkkelfunksjon for å styre tjenesteprofil mot økt forebygging og mer hjemmebaserte tjenester og se helheten i tildelingen av tjenester. Den bør ligge under kommunalsjef for helse og omsorg. Det er viktig at prosessene er tverrfaglig fundert og gjøres fortløpende av personer med god kompetanse på helse- og omsorgsfaget, og på lovverk. Alternativ 1 anbefales ikke. Alternativ 2 er ikke ferdig diskutert og vurdert.

Arbeidet bør fortsette og det bør gjøres en ROS-analyse av ett sett alternative måter å organisere på. Uavhengig av organisering vil kompetanse, kommunikasjon og rolleklarhet være viktig for god fungering.

6.4 Arbeidsgruppe 4 Forebygging gjennom aktivitet, dagsenter og frivillighet

Mandat

Arbeidsgruppen skal kartlegge dagens dag- og aktivitetstilbud og frivillighet i Målselv kommune. Fysiske lokaliteter som brukes i dag eller kan brukes i fremtiden kartlegges også. Gruppen skal gjennom å søke informasjon og diskusjon gi konkrete forslag til hvordan Målselv kommune best kan gi et godt aktivitetstilbud til alle brukergrupper. Gruppen skal vurdere hvilke lokaler som kan brukes og hvordan de kan sambrukes. Gruppen skal komme med forslag til hvordan kan frivillige kan inviteres, involveres og koordineres på best mulig måte. Målet at gruppen skal levere konkrete forslag til tiltak eller prosjekter som kan styrke dag- og aktivitetstilbudet og frivilliginnsatsen i Målselv kommune i et 3-års perspektiv.

Forslag til tiltak

1. Få på plass et organisert dagtilbud ved ØSO for eldre og personer med demens. Øke dagens eksisterende dagtilbud ved Målselvtunet med mer personell, for å kunne hjelpe flere. I tillegg bør en se på andre mulige transportløsninger ved eksisterende dagtilbud ved Målselvtunet. Dette bør ses nærmere på for å favne innbyggerne i hele kommunen (lovpålagt fra 2020).
2. Organisere et dagtilbud for mennesker med funksjonsnedsettelse i lokalene til Målselv dagsenter 1- 2 dager pr uke (ledig lokale som ligger i nær geografisk avstand til Fagerli Miljøtjeneste)
3. Utarbeide en plan for frivillig arbeid, og få på plass en samfunnskontakt/koordinator som skal være et bindeledd mellom kommune og frivillige. Det må settes i system en ordning som kobler behov for bistand, opp mot frivillige/lag/foreninger som har kapasitet og ønske om å bidra, samt kursing/ivaretagelse av de frivillige. En «småjobb-sentral» bør også dannes og styres av koordinator.
4. (Dette punktet er koblet sammen med punkt 3)
Det er avgjørende at det tas i bruk digitale løsninger (nettside/Facebook-side) og at en koordinator har ansvar for å holde nettsiden levende og aktiv. Dette kan gjøres ved en videreutvikling av Frivilligsentralen og/eller tilførsel av ekstra ressurs. Se på ulike finansieringsmåter, f.eks. tilskudd vedr arbeidsressurs fra NAV m.m.
5. Disponible og tilgjengelige bilressurser (f.eks. kommunens leasingbiler) bør kartlegges og koordineres opp mot en «sjåfør-pool». (Koordineres av samfunnskontakt/koordinator)
6. Lage trygge møteplasser for barn/ungdom (f.eks. temakvelder ulike steder i kommunen, basert på tilgjengelige lokaler).
7. Se nærmere på «Larvik-modellen» (AOK), som er en helkommunal bedrift hvor alle brukergrupper (med vedtak på helse- og omsorgstjenester) har dagtilbud. Stikkord er omdisponering av ressurser. Majoriteten av ansatte i dette tilbudet er ikke helsepersonell (er i stedet håndverker, kunstner osv.).

RO's vurdering

Arbeidsgruppen har gjort en grundig kartlegging av eksisterende tilbud og hva kommunen mangler. Basert på mange gode ideer har de samlet seg om 7 forslag til tiltak. Samordning, koordinering og tilrettelegging fra kommunes sin side er antagelig den viktigste faktoren for å få mest mulig samfungering mellom de frivillige og kommunen. Ved hjelp av en samfunnskontakt/koordinator som drivkraft for å legge til rette for frivilligheten, kan kommunen lykkes med å omsette frivillighet i praksis på en måte som er givende for alle parter.⁵² (se på erfaringer fra blant annet Levanger kommune og Verdighetscenteret i Bergen).

⁵² Oppsummering av Fylkesmannens dialogmøter i Trøndelag høsten 2018: "Dagens og morgendagens eldreomsorg" Rapport fra RO – januar 2019

Dag- og aktivitetstilbud for gruppene hjemmeboende demente, funksjonshemmede og ungdommer er viktige, som tidligere nevnt i rapporten. Dette bør prioriteres og sees i sammenheng med å tilgjengeliggjøre et transporttilbud.

6.5 Arbeidsgruppe 7 Forebygging psykisk helse barn og unge

Mandat

Arbeidsgruppen skal identifisere hvor hovedinnsatsområdene innenfor forebygging psykisk helse barn og unge skal være. Arbeidsgruppen skal beskrive utfordringsområdet og definere et felles mål forebyggende arbeid for denne gruppen brukere.

Dette innebærer å:

Definere den aldersgruppen det forebyggende arbeidet skal rettes inn mot, hvilke tiltak som skal iverksettes og hvordan et kontinuerlig samarbeid på systemnivå kan etableres for å diskutere retning på tjenesten, og koordinere innstas mot unge brukers behov på tvers av avdelinger og sektorer. Mål og tiltak innarbeides ved rullering helse- og omsorgsplanen høsten 2019. Målet er at gruppen skal levere konkrete forslag til mål og tiltak som styrker det forebyggende arbeidet for psykisk helse blant barn og unge.

Forslag til tiltak

Tiltak som kan gjennomføres innenfor egen ramme:

Tiltak	Beskrivelse	Ansvar
Samarbeidsplaner	Utarbeide samarbeidsplaner for å systematisere tverrfaglig samarbeid. Hvem møter hvem, hvor ofte og formål med møte.	Sjumilssteget
Kompetansekartlegging	Kompetansekartlegging av hvilken spesial kompetanse som finnes blant ansatte i kommune, slik at avdelingene kan innhente kompetanse for sine behov. F.eks. delta på foreldremøter, personalmøter, undervisning ol. Arbeidsgiver/ledere må tilrettelegge for at det er mulig å gjennomføre.	Enhetsledere
«Åpen dag» Jordmortjenesten	Tilbud om åpen dag x 1 pr uke på dagtid for foreldre som er i foreldrepermisjon. Det vil bli tilbud om ulike tema som er aktuell for målgruppen.	Ledende helsesykepleier
«Amme-poliklinikk» Jordmortjenesten	Lavterskeltilbud «amme-poliklinikk» x 1 pr uke. Hvor mor kan få veiledning om amming etter at barnet er født. Dette som et tillegg til ammekurs i svangerskapet.	Ledende helsesykepleier
Dialogkafe i barnehagene	Innføre dialogkafe i barnehagene med tema. Tema som f.eks. leggerutiner, søvn, kosthold. Ansatte (helsesykepleier, barneverntjeneste ol.) i kommunen kan forelese om ulike tema. Dialogkafe gjennomføres ved at foreldre sitter sammen rundt små bord, hvor de får utdelt case/spørsmål som de drøfter/reflektere sammen om. Dette kan være støttende og veiledende fra foreldre til foreldre.	Enhetsledere Barnehagene og oppvekstsenter
Felles rutine for bekymringsmelding ved høyt skolefravær	Utarbeide rutiner for bekymringsmelding til Barneverntjenesten når skolene registrere høyt fravær på enkelt elever.	Enhetsleder skolene og oppvekstsenter

Rutine for å unngå at flere hjelpere samtaler med barn og unge om de samme tema	Hver avdeling må utarbeide kartleggingsskjema for å avdekke om barnet/ungdommen mottar flere tjenester. Hvem er dette, hvor ofte er treffpunktene og hvilke tema tas opp. Dette for å unngå at flere hjelpere snakker med samme barn/ungdom om de samme tema/problem. Når det avdekket at barnet/ungdommen mottar flere tjenester, må det etableres ansvarsgruppe eller samarbeidsmøte for å avklare «hvem som gjøre hva».	Ledere for de ulike fagområdene
Tverrfaglig møter i skole, barnehage og oppvekstsenter	Kommunen har etablert tverrfaglige møter i skole, oppvekstsenter og barnehage. Møtene må opprettholdes og videreføres. Undersøke om det er behov for ny informasjonsrunde i den enkelte avdeling.	Sjumilssteget

Tiltak som krever tilførsel av ressurser:

Tiltak	Beskrivelse	Ansvar
Forebyggende team modell	Formålet er å støtte og styrke foreldre/foresatte i sin omsorgsrolle med utgangspunkt i egne ressurser og hensiktsmessige strategier i samspill med sine barn (0-18 år). Arbeidsgruppen vurderer at kommunen innehar kompetansen for å etablere dette. Det må vurderes videre hvordan dette kan tilpasses Målselv. Anslår at det er behov for til sammen 1 årsverk, men delt opp i stillinger på for eksempel 20 % fordelt på 5 ansatte. Dette kan videre kobles opp mot kommunepsykolog når dette er på plass.	Sjumilssteget
ICDP	ICDP, foreldreveiledningskurs (0-18 år). To kursledere må gjennomføre opplæring og sertifiseres. Gratis kursavgift. Reise, opphold og permisjon med lønn. Kursene gjennomføres i Tromsø. Det er anbefalt at det i oppstartsfasen bør avsettes 40 % ressurs til arbeidet, når instruktørene har fått mer erfaring kan ressursen reduseres til 20 %.	
Kommunepsykolog	Kommunepsykolog blir en lovpålagt tjeneste fra 1.1.2020. Flertallet av kommunepsykologer i landet arbeider med barn og unge. Lavterskeltilbud.	Enhetsleder Familieenheten
#Psyknormalt	To dagers undervisningsprogram om psykisk helse for ungdomsskolen (8 trinn). Samt opplæringsprogram rettet mot foreldre. Behov for opplæring av to kursledere (f.eks. miljøterapeut rus- og psykisk helsetjenesten og helsesykepleier). Kostanden med opplæring kr 22.000, -	Rus- og psykisk helsetjenesten
Rask Psykisk helsehjelp	Rask psykisk helsehjelp er et kortidsbehandlingstilbud for personer over 16 år med mildt til moderat angst, depresjon, begynnende rusproblemer og/eller søvnvansker. Krever ingen henvisning og er et lavterskeltilbud. Muligheter for å søke på tilskuddsmidler. Dette vil starte som et prosjekt hvor kommune forplikter seg til	Rus- og psykisk helsetjenesten

	å implementere etter prosjektperioden. Arbeidsgruppen vurderer at kommunen må undersøke dette tiltaket nærmere.	
Møteplass for ungdom	Arbeidsgruppen er kjent med at Ungdomsrådet jobber med saken. Det er viktig å prioritere møteplass for ungdom i et forebyggende helseperspektiv.	Enhetsleder Kultur og Idrett Ungdomsrådet

RO's vurdering

Arbeidsgruppen mener forebyggende arbeid i alderen 0-6 år er den viktigste langsiktige forebyggende innsatsen som kan gjøres og at foreldreveiledning er det viktigste tiltaket. Tiltaket er i tråd med myndighetenes anbefalinger. Felles for de kommunene som lykkes med å gi sine innbyggere et godt lavterskeltilbud, er at de tar utgangspunkt i barn, unge og foreldres/foresattes behov.⁵³

Tiltaket #Psyknormalt er med å ta i bruk kompetansen til utetjenesten de eldste ungdommene som ikke er fylt 18. Slik at skillet i alder ikke står i veien for å bruke kommunens kompetanse på rett sted, tidlig nok. Målet er å normalisere psykiske vansker og senke terskelen for å be om hjelp. Man vil gi ungdommene strategier til å mestre tanker og følelser, og øke deres evne til å kjenne livsmestring. På denne måten kan man forebygge psykiske lidelser⁵⁴. Forsknings viser også at Rask psykisk helsehjelp⁵⁵ gir gode resultater. Dette kan det søkes om etableringstilskudd til.

Det er viktig å ha tatt diskusjonen om hva som skal prioriteres, når det er mange behov som presser på. Det kan også kreve at det må tas beslutninger om å allokere tiden til ansatte til en ting, fremfor andre ting. Det er et potensiale for å jobbe bedre sammen, uten å tilføre ressurser. Tiltak som går på gode rutiner bør prioriteres, særlig for å unngå at flere hjelpere samtaler med barn og unge om de samme tema.

RO vil altså fremheve tiltakene som går på gode rutiner, felles møteplasser og tverrfaglig samarbeid, slik at kommunen får det beste ut av mye god fagkompetanse. En lovpålagt oppgave som kommunepsykolog, bør knyttes tett til dette samarbeidet i kommunehelsetjenesten.

⁵³ Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)

⁵⁴ <https://www.napha.no/content/22350/psyknormalt-et-kurs-i-livsmestring-for-unge>

⁵⁵ Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)

7. Anbefalinger

I mandatet til prosjektgruppen står følgende: *Prosjektet skal utrede fremtidig organisering og strukturell oppbygging og mulig økonomisk innsparing innenfor helse- og omsorgstjenestene i Målselv kommune. Prosjektet skal analysere og gi råd om behov for fremtidig kapasitet i tjenestetilbudet (jfr. omsorgstrappa). På bakgrunn av evaluering av tjenestetilbud, tjenestekvalitet, koordinering, helhetlige og like tjenester skal gruppens arbeid munne ut i en strategi for å implementere organisasjonsendringer og tjenesteutvikling.*

Gjennom analyse, prosesser, diskusjoner, arbeidsgrupper og folkemøter har prosjektgruppen sammen med RO svart ut mandatet. Denne rapporten oppsummerer resultatet.

I det følgende vil RO oppsummere sine anbefalinger.

7.1 Tjenesteprofil og dimensjonering

- For å ha tilstrekkelige og bærekraftige tjenester må kommunen ha flere plasser med heldøgns omsorg.
- Basert på kapitlet om dimensjonering må det tas en diskusjon i kommunen på ønsket tjenesteprofil, innholdet i sykehjemsplassene og dekningsgrad i kommunen. RO anbefaler ikke at det bygges flere institusjonsplasser, men at planlegging for å bygge flere omsorgsboliger med heldøgns omsorg starter relativt raskt.
- Hjemmetjenestene må styrkes og dreies mer fra praktisk bistand til hjemmesykepleie, for å minske presset på de institusjonsplassene kommunen har i dag.
- Forebyggende tiltak må prioriteres opp. Særlig dagaktivitetstilbud for demente og psykisk utviklingshemmede er viktige for livskvalitet og funksjonsevne og bør etableres så raskt som mulig. Et av disse tiltakene bør være tilrettelagte arbeidsplasser.
- Transporttilbud må etableres for at alle brukergrupper skal kunne komme seg til og fra aktiviteter utenfor eget hjem
- Tverrfaglige forebyggende hjemmebesøk er et tiltak som kan startes opp relativt raskt.
- Det må etableres et samarbeid mellom kjøkken og helsepersonell for å øke fokuset på matomsorg. Kommunen må tilby næringsrik mat i hyggelige omgivelser både for hjemmeboende og de på institusjon. Det må jobbes målrettet med ernæring som et viktig forebyggende tiltak. Pakkene fra pasientsikkerhetsprogrammet⁵⁶ anbefales.
- Fysioterapikompetansen må prioriteres til systematisk og forebyggende arbeid
- Felles arenaer for samarbeid må etableres når behovene til brukerne krever at flere typer kompetanser kobles inn. Samarbeid på tvers geografi, avdelingstilhørighet og fagkompetanse vil styrke tilbudet til innbyggerne.
- Antall legetimer på sykehjem bør økes
- Det må ansettes ergoterapeut og kommunepsykolog
- Det bør vurderes å tilsettes en samfunnskontakt/frivilligkoordinator for å tilrettelegge for frivillighet og koordinere frivilliginntasen opp mot behovene i helse og omsorg. Stillingen kan kombineres med Folkehelsekoordinator, som kommunen også bør vurdere å etablere på sikt.
- Det bør etableres ett felles sosialt treffsted for ungdom
- Arbeid med forebyggende og tidlige tiltak for god psykisk helse for barn og unge må prioriteres. Tiltakene fra arbeidsgruppe 7 som omhandler tidlig innsats for de aller yngste og Rask psykisk helsehjelp anbefales.
- Ta i bruk velferdsteknologi i alle deler av helse- og omsorgstjenesten. Det utvikles løsninger og plattformer for kommunikasjon, planlegging og hjelpemidler for en enklere som kan

⁵⁶ www.pasientsikkerhetsprogrammet.no

komme til nytte for barn, unge og eldre. Funksjonsfriske og funksjonshemmede. Å inngå i et interkommunalt samarbeid om innkjøp og drift er å anbefale.

7.2 Samarbeid og strukturelle endringer

Forvaltning, saksbehandling og tildeling

- Profesjonalisere og samle all saksbehandling og forvaltning og for alle brukergrupper under kommunalsjef helse og omsorg.
- Kommunen må sikre seg at lovverket blir etterlevet og at tjenestene tildeles likt, rettferdig og behovsbasert gjennom tverrfaglig kartlegging og god kompetanse.
- Utarbeide tildelingskriterier, felles kartleggingsverktøy og revidere søknadsskjemaet
- Et viktig poeng er at kommunen skal ha "en dør inn". Alle henvendelser om tildeling og koordinering av tjenester skjer på samme sted, det gjør det også lettere for pårørende og samarbeidspartnere, også utenfor kommunen, å kommunisere om felles brukere.
- Implisitt i en profesjonalsert saksbehandling- og forvaltningstjeneste ligger at dette er kommunens koordinerende enhet (KE) for habilitering og rehabilitering. Denne er pålagt ved lov⁵⁷ og skal blant annet sørge for at pasienter som har behov for og krav på det får koordinator og individuell plan.
- Koordinatorfunksjoner for pakkeforløp psykisk helse og rus bør knyttes til saksbehandling/tildeling.
- Organiseringen av en fremtidig forvaltning må utredes videre. Det er viktig at alternative løsninger til organisering tydeliggjøres og at det gjennomføres en ROS-analyse av disse.

En hjemmetjeneste

- Kommunen bør organisere alle tjenestene i helse og omsorg etter funksjonsprinsippet. Det vil si å gå bort fra en geografisk inndeling for tjenestene innen PRO.
- Forslaget innebærer at hjemmetjenester, kalt "åpen omsorg" skal samles under en enhetsleder og sykehjemmene som i fremtiden blir Øverbygd sykehjem og Målselv helsetun, samles under en annen enhetsleder.
- Det forutsettes at hjemmetjenesten har 2 baser, en på Andslimoen og en på Holt.

Formålet med dette er å skape en mer robust hjemmetjeneste, med større fagmiljø, som jobber etter felles retningslinjer og innretter tjenesteutviklingen mot forebygging, mestring og bruk av velferdsteknologi.

En legetjeneste

- Legetjenesten bør etter RO's oppfatning organiseres som *en* felles tjeneste, men med to lokalisasjoner. Dette innebærer at tjenesten får *en* ledelse, *ett* budsjett, *felles* økonomi/personal og faglig styring.

Som tjenesten selv har pekt på, kan en tettere samordning av legetjenestene styrke fagmiljøet og dermed også danne et bedre rekrutteringsgrunnlag. Nye leger kan da komme til et miljø der de slipper å være "alene" om faglige vurderinger. Kompetansebehov og faglige prioriteringer kan gjøres ut fra kommunens helhetlige behov. Dette kan komme alle innbyggerne til gode, uavhengig av hvor de bor.

- RO anbefaler at kommunen viderefører de to lokalisasjonene ved Andslimoen og Øverbygd. Ved å opprettholde lokalisasjonene unngår man å påføre innbyggerne lengre reisevei til legekantoret. Med *en* ledelse og en *samlet* vurdering av legetjenestene kan kompetanse og

⁵⁷ Helse- og omsorgstjenesteloven. Kapittel 7.

ressursbruk koordineres på en bedre måte og utvikles til en bærekraftig tjeneste for framtiden.

- Endring av legetjenesten må følges opp med tiltak både med hensyn til samarbeid internt i enheten og i samarbeid med andre enheter. For at den strukturelle endringen skal ha ønsket effekt må målene med samordningen tydeliggjøres av tjenesten selv og tiltak operasjonaliseres. Dette både med hensyn til personell så vel som bruk av videoteknologi, nye former for samhandling, økonomistyring og faglig utvikling.
- Avdelingslederfunksjonen for legetjenesten må være 100 prosent lederstilling

I rapport fra Helse Nord⁵⁸ som beskriver fastlegetjenesten i Nord-Norge kan man lese følgende:

"Fastlegetjenesten i Nord-Norge er organisert på måter som avviker vesentlig fra resten av landet. Bare sju kommuner har organisert virksomheten etter hovedmodellen (næringsdrift), men disse har hele 38 prosent av fastlegene. Fastlegene fordeler seg slik på øvrige modeller: næringsdrift med kommunal subsidiering (19 %), fast lønn med bonus (28%) og fast lønn (15 %). Det innebærer at det store flertall av kommuner i Nord-Norge subsidierer fastlegetjenesten utover den finansieringen som følger med hovedmodellen". Målselv kommune har i dag fastleger som er kommunalt ansatt og fastleger som driver egen næring.

- RO anbefaler at kommunen fortsatt benytter begge driftsformer, først og fremst fordi dette ivaretar en fleksibilitet med hensyn til å rekruttere og beholde kompetanse. De ulike driftsformene appellerer til leger på ulike stadier i deres yrkeskarriere.
- RO anbefaler at det tilstrebes høy grad av åpenhet og aksept om innhold og konsekvens av de to driftsformene.
- Som konsekvens av RO's samling sammen med legetjenesten og dens ledelse skulle det settes ned en arbeidsgruppe som omhandler disse forholdene og RO anbefaler at denne gruppens arbeid gis høy prioritet.

7.3 Økonomi og ledelse

Lederne i helse- og omsorg må settes i stand til å ta bedre styring med den fortløpende økonomiske utviklingen i egen organisasjon. Først og fremst betyr det tilgjengelig informasjon, lederstøtte fra stab og opplæring i økonomistyring, personalledelse, kvalitetsarbeid og endringsledelse. Det er særlig variabel lønn som er en stor og teoretisk sett, unødvendig kostnad.

- Kommunen bør ha som mål å redusere driftskostnadene på sykehjemmene med 100 – 200 000 kr pr plass til kostnadsnivået nærmer seg gjennomsnittet for sykehjem i Norge.

Bedre ressursutnyttelse

Dette vil kreve og forutsetter en samtidig og stor innsats for **reduksjon av sykefravær** og en mer strategisk og **målrettet rekrutteringspraksis**. Og ikke minst et mål om å unngå ufrivillig deltid, altså utvikle en **heltidskultur**.

- Kommune må sette sammen et team av leder, personal, NAV og fastleger som jobber sammen om et mål om å øke de ansattes tilstedeværelse på arbeidsplassen. Årsaker til sykefravær må kartlegges, både generelle og spesielle/individuelle tiltak må iverksettes for å bedre arbeidsmiljø, trivsel og tilstedeværelse. Idebanken.org⁵⁹ er en av kildene som kan anbefales til kunnskap og inspirasjon. En bør alltid søke å unngå 100 prosent sykefravær for å holde kontakt med arbeidsplassen og være på jakt etter den enkeltes restarbeidsevne med god tilrettelegging.

⁵⁸ Helse Nord: Fastlegetjenesten i Nord-Norge Status, utfordringer og forslag til tiltak s 7. <https://www.nsd.no/wp-content/uploads/2019/09/Rapport-om-fastlegetjenesten-i-Nord-Norge.-Status-utfordringer-og-forslag-til-tiltak-002-2.pdf>

⁵⁹ www.idebanken.org

- Målselv kommune må jobbe med å **bygge heltidskultur**. Kommunen bør ha som mål å unngå ufrivillig deltid blant sine ansatte. Det må utarbeides nye arbeidsplaner som tilrettelegge for å **ta i bruk langvakter** som et virkemiddel for å redusere småstillinger.
- Det har vært en etablert ordning med sykepleier i bakvakt på sykehjemmene. Denne bør kunne avvikles med nye og forbedrede arbeidsplaner.
- Turnusplaner for Målselv helsetun og Fagerli legges nå på nytt, det er viktig virkemiddel å ta i bruk langvakter.
- Det bør også gjøres en gjennomgang av turnusplanene ved Øverbygd syke- og omsorgssenter for å redusere kostnader til variabel lønn.
- Ved en sammenslåing av hjemmetjenestene i PRO Øvre og Nedre distrikt, blir det påkrevet å utarbeide ny turnus, også her er det viktig å ha fokus på å flere større stillinger. Også her kan langvakter vurderes, i alle fall i helg.
- Det må utarbeides en rekrutteringsstrategi som jobber på flere plattformer, samtidig som kommunen må profilere seg som en attraktiv kommune å bo og jobbe i
- Det må utarbeides en kompetanseplan for å videreutdanne og beholde personell

Sammenheng mellom plan og prioriteringer

Det er viktig å holde retning på ønsket tjenesteprofil, det må være en langsiktighet og forutsigbarhet i samheng og samhandling mellom ledere, administrasjon og politikere

- Det må i større grad bli sammenheng mellom planverk og prioriteringer, økonomisk og politisk.
- Helse- og omsorgsplanen revideres/rulleres
- Til grunn for gode beslutninger ligger kunnskap og forståelse om utfordringsbildet, som både ledere, administrasjonen og politikere må ha. RO har god erfaring for at halvårlige eller årlige Dialogmøter mellom politikere, administrasjon og ledere i helse- og omsorgstjenester kan være nyttige arenaer for nettopp dette.

Utvikle gode ledere

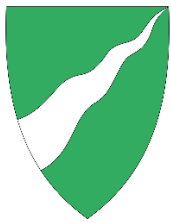
Gode ledere er forutsetning for å kunne gjøre endringsarbeidet kommunen står overfor. RO vil derfor vektlegge behovet for lederkompetanse

- Målselv kommune må tilby sine ledere kompetanseheving innenfor tema som kvalitets- og forbedringsarbeid, endringsledelse, turnus, økonomi og jus.
- I samarbeid med NAV bør det satses på prosjekter for et godt arbeidsmiljø
- Stabsenheter – personal, økonomi og IT må bli ledernes viktigste støttespillere. Når staben gjør lederne gode, kan de være i stand til å utøve tjenester i av faglig kvalitet og innenfor økonomiske rammer.

Vedlegg:

- 1) Prosjektmandat
- 2) SOWT-analyse legetjenesten
- 3) Rapport arbeidsgruppe 3
- 4) Rapport arbeidsgruppe 4
- 5) Rapport arbeidsgruppe 7





PROSJEKTMANDAT

Strukturell utredning Helse og omsorg Målselv kommune

Strukturell utredning med følgende mandat:

Utrede fremtidig organisering og strukturell oppbygging og mulig økonomisk innsparing innenfor helse- og omsorgstjenestene i Målselv kommune.

Prosjektet skal analysere og gi råd om behov for fremtidig kapasitet i tjenestetilbudet (jfr. omsorgstrappa)

På bakgrunn av evaluering av tjenestetilbud, tjenestekvalitet, koordinering, helhetlige og like tjenester skal gruppens arbeid munne ut i en strategi for å implementere organisasjonsendringer og tjenesteutvikling.

Utrede økonomiske konsekvenser ved å etablere legevakt tilknyttet kraftsenteret for helse på Andslimoen, alene eller i samarbeid med andre kommuner og Forsvaret.

1. Mål og rammer

Mål for prosjektet:

Legge grunnlaget for fremtidig drift av og tjenesteprofil for helse – og omsorgstjenesten i Målselv kommune innenfor økonomiske – og personellmessige ressurser

- Få et felles bilde av helhet og utfordringer
- Få forståelse for de viktigste samarbeids-linjene
- Få kunnskap om kommunens verdigrunnlag
- Sette brukerens/pasientens behov i sentrum
- Utarbeide forslag til forbedring av Helse- og omsorgstjenestene i Målselv kommune

Dette skal gjøres gjennom:

- Å utrede hvordan omsorgstrappa tas i bruk slik at kommunen styrker hjemmebaserte tjenester og heldøgns omsorg utenfor institusjon med mål om riktig og bærekraftig bruk av institusjonsplassene i kommunen.
- Ta i bruk omsorgstrappen med tanke på riktig dimensjonering av tjenester
- Utrede dimensjonering av omsorgsboliger

- Forebygge gjennom aktivitet, dagsenter og frivillighet. Vurdere hvor og hvordan et bedre og samordnet tilbud kan bygges opp for alle brukergrupper i kommunen
- Forebyggende helsearbeid gjennom hele livsløpet for innbyggerne i Målselv kommune
- Samordne saksbehandling, tildeling og koordinering med mål om å få god styring på tjenesteutvikling og prioriteringer for like tjenester

- Samarbeid, tverrfaglighet og bruk av kompetanse. Bruke kompetanse komplementært og på tvers på rett måte basert på brukernes behov slik at omsorgstrappen fungerer godt
- Vurdere tiltak og strategi vedr rekruttering for få inn og beholde kvalifisere personell samt utarbeide en samlet tiltaksstrategi.

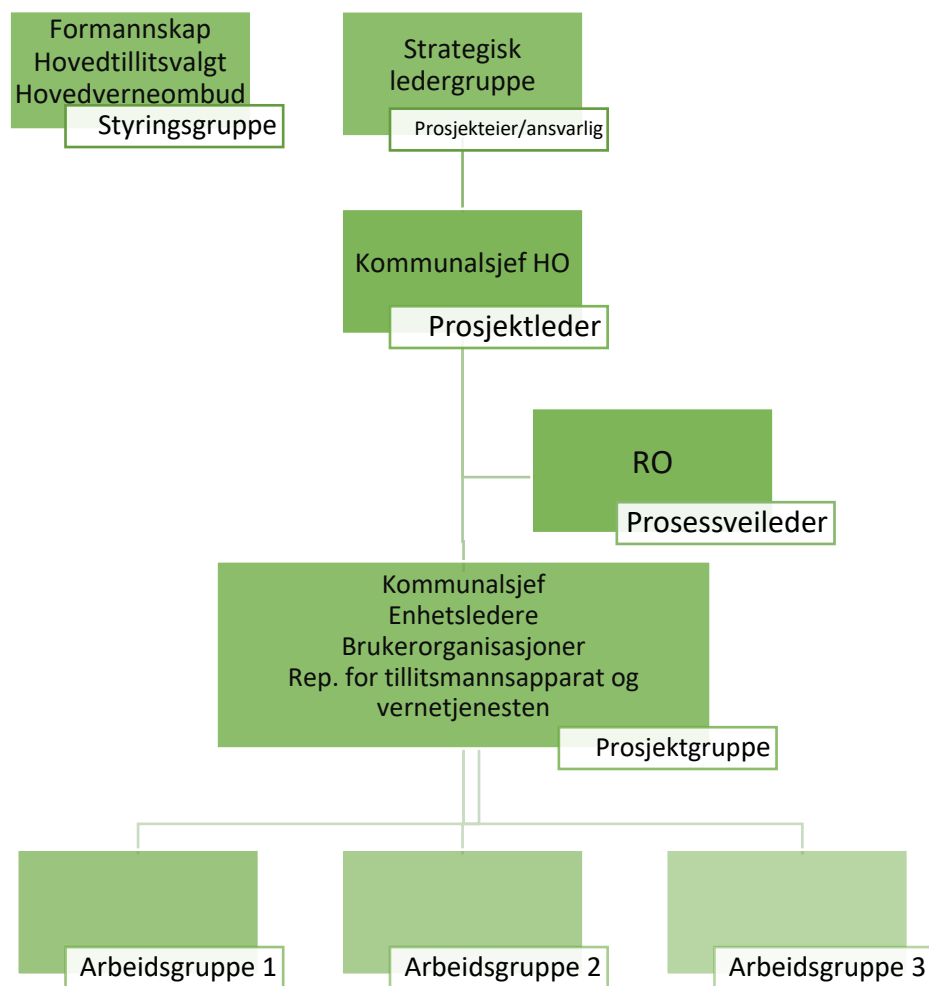
- Utrede hvorfor Målselv kommune drifter dyrere enn andre kommuner
- Utrede hvilket handlingsrom som finnes økonomisk og personellmessig
- Utarbeide alternative turnuser for Målselv helsetun og Fagerli miljøarbeidertjeneste

- Utrede om organiseringen er hensiktsmessig – vurdere nye måter å gjøre ting på

- Utrede økonomiske konsekvenser av å etablere egen legevakt på Andslimoen, alene eller i samarbeid med andre kommuner og Forsvaret

- Rullere Kommunedelplan helse og omsorg for Målselv kommune 2017 – 2029

2. Organisasjonskart



Medlemmer i styringsgruppa

Formannskapet i Målselv kommune:

- Nils Ole Foshaug, AP, ordfører
- Kenneth Angell, AP
- Nanne Marie Aspenes, AP
- Siri Marie Sandbakken, AP
- Martin Nymo, H, varaordfører
- Bengt-Magne Luneng, SP
- Hege G. Gjerdrum, partipolitisk uavhengig

Utvidet med:

- Elsa Holsæter, HVO
- Linn Olsen, HTV Fagforbundet

Medlemmer i strategisk ledergruppe

- Erik Myre, konst. rådmann
(Frode Skuggedal ny rådmann fra 01.07.19)
 - Tor Hågbo, konst. kommunalsjef oppvekst
 - Elin C Aas, kommunalsjef helse
- Utvidet med:

- Ann Eva Hanssen, personal – og organisasjonssjef
- Pål Mathisen, økonomisjef

Medlemmer i prosjektgruppa

- Siv-Hege Severi, Enhetsleder Familienheten
- Maichen Jensen, Enhetsleder Bo- og oppfølging
- Trine Bøe, Enhetsleder PRO Øvre
- Lena Kvernøld, Enhetsleder PRO Nedre
- Lisbeth Larsen, HTV NSF
- Lena Kristiansen, HTV FO
- Linn Olsen, HTV Fagforbundet
- Elsa Holsæther, HVO
- Per Ivar Klingenberg, leder Måselv elderråd
- Alf Øverli, Medlem i rådet for likestilling for funksjonshemmede
- Elin C. Aas, Kommunalsjef helse og omsorg (prosjektleder)

7 ulike arbeidsgrupper hvor enhetsledere leder gruppene sammen med RO / prosjektveileder og prosjektleder

1. Turnus og arbeidstid Måselv helsetun
2. Turnus og arbeidstid nytt bofellesskap Andslimoen
3. Saksbehandling, tildeling og koordinering
4. Forebygging gjennom aktivitet, dagsenter og frivillighet
5. Samarbeid, tverrfaglighet og bruk av kompetanse
6. Rekruttering
7. Utrede legevakt på Andslimoen

Prosessdager

Prosessdager skal munne ut i forslag og innspill til tiltak til forbedringer og videre innsatsområder. Deltagerne i arbeidsgruppene og prosess-dagene er en kombinasjon av ledere, tillitsvalgte, verneombud, representanter for brukerne og ansatte «på gulvet» hvor alle enheter er representert.

3. Suksesskriterier og suksessfaktorer

- Bred deltagelse og involvering av ansatte fra alle avdelinger
- Bred deltagelse og involvering av ledere på alle nivå
- Bred deltagelse og involvering av tillitsvalgte, vernetjenesten og politikere
- Brukerperspektivet ivaretatt
- Få felles forståelse gjennom å jobbe sammen i prosess på tvers av avdelinger og enheter
- Bruke tilstrekkelig tid til å gjennomføre prosessen
- Gå tilstrekkelig i bredden og i dybden i prosessen
- Tydelig prosessledelse
- Informasjon – informasjon – informasjon
- Eierskap til prosessen

Vedlegg 2: SWOT-analyse legetjenesten Målselv kommune

<p><u>Sterke sider i dag:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • God og stabil legedekning • God sammensetning i kollegiet (også mht. alder) • God kompetanse både hos leger og medhjelpere på flere områder (kreft, diabetes, psykiatri) • Nærhet til innbyggerne (lokalt forankret), god service • Godt arbeidsmiljø • Kan samarbeide på tvers av kontorene • Takhøyde for å spørre hverandre • God vikarpool, både leger og medhjelpere • Utviklingsorientert, «henger med» i tiden • Løser oppgaver innenfor gitte rammer • Felles data/telefon • Kombinasjon fastlege – forsvaret (rekrutterende) • God lokal psykiatritjeneste 	<p><u>Muligheter i framtid:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Utvikle elektroniske løsninger ytterligere, brukervennlig grensesnitt • Utvikle videooverføring – undervisning/møter – bedre samarbeid • Videreutvikle fleksibel oppgaveløsning/utnyttelse mellom legekantorene • Utvikle primærhelseteam – ressurskrevende • Styrke legekompentanse diabetes og geriatri • Mer faglig utveksling mellom kontorene • Se på om flere kommunale oppgaver kan tilføres Øverbygdkontoret så man har «nok» å gjøre • Møte med hjemmesykepleien for å avklare problemstillinger • Bruke hjelpepersonellet mer hensiktsmessig • Bedre oppfølging av kronikere • Bedre informasjon ut til brukerne av legekantorene
<p><u>Utfordringer/svake sider i dag:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • «Storebror/lillebror» • For mye oppdeling av legetjenesten, føles som to tjenester – to budsjetter, to administrasjoner, bruker av egne ressurser uten for mye samarbeid • Liten kommune, sårbar for f.eks. oppsigelser, få fagpersoner • Komplisert tjeneste, vanskelig å forstå økonomi • Fravær til forsvaret • Eldre medhjelpergruppe på Andslimoen (slutter snart) • Trangt Andslimoen • Datasystem Øverbygd • Ikke reell mulighet til å bytte fastlege (på Andslimoen) • Evig uro, ett eller to kontor – 6 år på rad (manglende kompetanse/forståelse) • Øverbygd – lite fagmiljø, utrygt for nyutdanna • Mangler noen trinn i omsorgstrappa • Økt elektronisk tilgang – «medisinsk siling» • Sykemeldings oppfølging av muskel og skjelett plagede • Ansvar -hvem sitt ansvar er det? • Vanskelig å henvise pasientene ut av kommunen til psykiatri 	<p><u>Utfordringer i framtid:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Økt behov for legetjeneste, flere eldre, behov for økt tilsynsfunksjon, økt medikalisering, KAD • Samarbeid mellom legekantorene • Får stadig flere oppgaver overført fra sykehuset, mer spesialisert • Rekruttere og beholde leger og kompetente medarbeidere • Avlønningssystem • «Budsjetturo» • Enslige eldre – dagtilbud • Legene i Øverbygd blir slitne – ser andre veier • Lande avlønningssystem så det blir likt • Dagtilbud til eldre og andre • Justere tjenesten etter demografien • Deltidsstillinger i Øverbygd • Beholde nok spesialistkompetanse • Klarer ikke å bruke sykepleier kompetansen godt nok • Listestørrelse for fastlegene sett opp mot ansvaret fastlegene har fått i dag • Hvilke medhjelpere skal man ha på Andslimoen når de eldste går av

Strukturell utredning – Helse og omsorg. Målselv kommune

Rapport fra arbeidsgruppe 3:

Kommunens praksis for tildeling av tjenester, vedtak, koordinering og saksbehandling

Gruppen har bestått av:

Lena Kvernfold / Trine Bøe (gruppeledere)
Janne – Karin Stenvold, Avdelingsleder Pro – øvre
Trine – Lise Westgård, Avdelingsleder hjemmetjenesten Pro – nedre
Liss Beate Kristiansen, Fagleder funksjonshemmede
Elin Trondsen, Fag – og prosjektkoordinator
Knut Kvernfold, Sykepleier Rus – og psykiatritjenesten
Inger Sæterhaug, Fysioterapeut
Hege Dividal Skogstad, Sykepleier Pro – øvre
Marthe Larsen, Sykepleier Pro – nedre
Katrine Gregussen, Miljøterapeut, Gunnhild Haugli, Miljøterapeut

Mandat:

Kommunens praksis for tildeling av tjenester viser kommunens tjenesteprofil og er nøkkelen til prioritering av de ressurser som utløses basert på behov og riktig bruk av omsorgstrappen, i henhold til strategien i kommunens Helse og omsorgsplan.

Arbeidsgruppen skal kort beskrive dagens praksis for tildeling, vedtak, koordinering og saksbehandling i Målselv kommune.

Gruppen skal definere hvilken type kompetanse og verktøy som er nødvendig for å tildele gode og forsvarlige tjenester.

Arbeidsgruppen bør gjøre seg kjent med organisering og praksis i andre utvalgte / sammenlignbare kommuner og fordeler og ulemper ved disse.

Gruppen skal levere ett eller flere alternative forslag til hvordan tildeling, vedtak, koordinering og saksbehandling kan organiseres i Målselv kommune. Dette innebærer å beskrive hvor mye ressurser, hvilken type kompetanse som trengs, og hvordan den kan brukes tverrfaglig. Fordeler og ulemper vurderes.

Gruppens mål:

Gruppen skal levere flere alternative forslag til hvordan kommunen gjennom organisering av tildeling kan oppnå samordnede, like og målrettede tjenester for alle brukere i Målselv kommune.

Innhold i rapporten:

Beskrive dagens praksis for tildeling, vedtak, koordinering og saksbehandling i Målselv kommune

Definere hvilken type kompetanse og verktøy som er nødvendig for å tildele gode og forsvarlige tjenester

Organisering og praksis i andre utvalgte / sammenlignbare kommuner. Fordeler og ulemper ved disse
Konklusjon / oppsummering – ett eller flere forslag til hvordan tildeling, vedtak, koordinering og saksbehandling kan organiseres i Målselv kommune. Dette innebærer å beskrive hvor mye ressurser, hvilken type kompetanse som trengs, og hvordan den kan brukes tverrfaglig. Fordeler og ulemper vurderes.

Forslag til tjenestekriterier

Saksbehandlere må ha felles og inngående kunnskap om gjeldende lovverk, samt at utøvende tjeneste må ha kjennskap til det lovverket de jobber ut fra. Saksbehandlere uavhengig av tilhørighet må bruke samme betegnelser på samme type tjenester (f.eks. som at hjemmesykepleie i dag blir brukt som begrep om begrepet helsetjenester i hjemmet)

Målselv kommune utarbeider felles tjenestekriterier for å sikre lik saksbehandling uavhengig av tjenesteområde/saksbehandlere.

Målselv kommune utarbeider felles kartleggingsverktøy for å sikre lik saksbehandling uavhengig av tjenesteområde/saksbehandlere. IPLOS må være en viktig del av kartleggingsprosessen/verktøyet.

1. Dagens praksis for tildeling, vedtak, koordinering og saksbehandling	
<p>Praktisk bistand/ Praktisk bistand og opplæring</p>	<p>PRO, Nedre og Øvre: Hjemmesykepleien tar hjemmebesøk og kartlegger behov. Søknaden går direkte til tjenesten. Søknad blir behandlet av avdelingsleder/enhetsleder i PRO – øvre, og av avdelingsleder i PRO nedre.</p> <p>Bo – og oppfølging: Tjenesten for funksjonshemmede – fagleder tar hjemmebesøk og kartlegger behov for brukere over 18 år. Tjenesten tildeles ikke brukere under 18 år. Søknad går direkte til tjenesten. Søknad og saksutredning blir behandlet av fagleder i dialog med enhetsleder. Vedtak skrives av fagleder. Rus – og psykisk helsetjeneste — Få vedtak på praktisk bistand, se punkt hjemmesykepleie.</p>
<p>Helsetjenester i hjemmet:</p>	<p>PRO – tjenesten: Får henvisning fra lege, sykehus, pårørende eller pasient selv. Det gjøres et kartleggingsbesøk av hjemmesykepleien. Søknad sendes til PRO øvre / nedre ved avdelingsleder. Tildeling av tjenester avgjøres av avdelingsleder i samarbeid med ansatte i hjemmesykepleien. Vedtak skrives av avdelingsleder. Når avdelingsleder er fraværende, gjøres dette av stedfortreder / enhetsleder.</p> <p>Bo- og oppfølging: Tjenesten for funksjonshemmede – fagleder/fag- og prosjektkoordinator tar hjemmebesøk og kartlegger behov for tjenestemottakere (gjelder som oftest de over 18 år). Søknad går direkte til tjenesten. Søknad og saksutredning blir behandlet av fagleder/fag- og prosjektkoordinator i dialog med enhetsleder. Vedtak skrives av fagleder/fag- og prosjektkoordinator.</p> <p>Rus – og psykisk helsetjeneste - Miljøterapeutene i utetjenesten gjennomfører kartlegging, saksutredning og skriver vedtakene. Legges inn i profil med tjenestene kartlegging frem til vedtak er skrevet. Deretter tjenesten «psyk» som i grunnen innbefatter både støttesamtale og eller praktisk bistand/opplæring. I mange tilfeller vanskelig å sette skille mellom behandlingstiltak.</p> <p>Familieenheten: Psykisk helsetjeneste for barn og unge under 18 år er et lavterskeltilbud der vi ønsker at barn, unge og foreldre skal kunne ta direkte kontakt. På grunn av tjenestens kapasitet har vi sett oss nødt til å praktisere et henvisningssystem.</p>

	<p>Barn og unge under 18 år kommer i hovedsak i kontakt med tjenesten gjennom andre fagpersoner de møter i hverdagen. Det kan være ungdommen selv eller foreldre som ber om en henvisning, eller det kan være fagpersonen som foreslår henvisning.</p> <p>Tjenesten tilbyr i hovedsak støttesamtaler for barn og unge under 18 år. Vi gjør ikke diagnostisering, behandling eller terapi, da dette tilbudet gis i andrelinjetjenesten.</p> <p>Tjenesten kan bistå med vurdering av videre oppfølgingsbehov i samarbeid med den unge, foreldre eller øvrige samarbeidspartnere, og gi et tilbud om oppfølging i påvente av eller i etterkant av andrelinjetjenester.</p> <p>Alle barn og unge under 18 år som henvises får tilbud om støttesamtale. Det er viktig at hyppighet, lengde på samtalene og varighet på tilbudet tilpasses den enkeltes situasjon og behov.</p> <p>Tjenesten er en journal basert tjeneste, ikke vedtaksbasert. Vi registrerer og journalfører på Profil. Bruker legges inn i Profil med tjenesten «PSYK.U18ÅR».</p>
<p>Avlastning / korttid / langtidsplasser ved sykehjem og omsorgsboliger:</p>	<p>PRO – tjenesten: Det er et eget inntaksteam i Målselv kommune, som består av avdelingsledere og enhetsledere fra både PRO øvre og nedre. Det avholdes møter hver 14. dag. Det er tett dialog mellom møtene dersom det oppstår akutte hendelser / søknader. Teamet går igjennom kapasitet på de ulike institusjonene og søknader fra sykehus, fastleger, pårørende og pasienter, som søker på korttidsplasser, avlastning, langtidsplasser og omsorgsboliger. Det gjøres en felles prioritering og tildeling ut fra kartlegging og behov. Tjenesten har utarbeidet kriterier for langtidsplass. De søkere som fyller vilkårene for langtidsopphold, blir satt på venteliste i påvente av ledighet på sykehjem / omsorgsbolig. Vedtak skrives av avdelingsleder / enhetsleder i henholdsvis PRO øvre / nedre.</p> <p>Bo – og oppfølging, avlastning: Tjenesten for funksjonshemmede – fagleder/fag- og prosjektkoordinator tar hjemmebesøk og kartlegger behov for tjenestemottaker. Søknad går direkte til tjenesten. Søknad og saksutredning blir behandlet av fagleder/fag- og prosjektkoordinator i dialog med enhetsleder. Vedtak skrives av fagleder/fag- og prosjektkoordinator.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Rus – psykisk helsetjeneste- Vedtak korttidsplass ved BOA skrives av avdelingsleder. Planen er at dette skal overføres til miljøterapeutene ved BOA. <p>Familieenheten: Psykisk helsetjeneste for barn og unge har tidligere fattet vedtak om avlastning for barn og unge under 18 år. Tjenesten er tatt bort på grunn av økonomiske innsparinger.</p>

**Støttekontakt,
omsorgsstønad og
brukerstyrt Personlig
assistent (BPA):**

Koordinerende enhet (KE) behandler søknader om omsorgsstønad, BPA og støttekontakt. KE består av enhetsledere fra PRO, Bo – og oppfølging og Familieenheten. KE har møte hver 14. dag.

PRO, Øvre og Nedre:

Før søknadene kommer inn til KE, er det gjort kartleggingsbesøk i hjemmet. Dette gjøres av hjemmesykepleien.

I PRO – tjenesten skrives det saksutredning av avdelingsleder. I PRO skrives vedtakene av enhetsleder.

Bo – og oppfølging:

I Tjenesten for funksjonshemmede varierer det om kartleggingsbesøk i hjemmet gjøres før søknad/saken er fordelt i KE.

Hjemmebesøk/saksutredning gjøres av fagleder/fag- og prosjektkoordinator.

Vedtakene skrives av fagleder/fag- og prosjektkoordinator.

I Rus- og psykisk helsetjeneste skrives vedtakene om støttekontakt av Ruskonsulent, saksutredningen kan bli utført av annet personale.

Omsorgsstønad kan bli saksbehandlet av ulike personer i høyskolegruppen avhengig av hvem som får oppdraget/har kapasitet.

Familieenheten:

Psykisk helsetjeneste for barn og unge: Har tidligere fattet vedtak om omsorgsstønad for barn og unge under 18. Tjenesten er tatt bort på grunn av økonomiske innsparinger.

KE går gjennom alle søknadene etter kartlegging og saksutredning er gjennomført, og tildeler timer ut fra en faglig vurdering.

2. Definere hvilken type kompetanse og verktøy som er nødvendig for å tildele gode og forsvarlige tjenester	
Kompetanse	<ul style="list-style-type: none"> • Kompetanse på saksbehandling og lovverk. Fagkunnskap, lokalkunnskap, muligheter for tverrfaglig diskusjon og samarbeid. • Koordinering av tjenester: samarbeid • Definere ansvar for tildeling, avslag, klagesaker • Omsorgstrappen – rett tjenestenivå • Felles tjenestekriterier. Like tjenester i hele kommunen – eks. utkjøring av middag til hjemmeboende og nattjeneste • Felles begrepsforståelse internt i kommunen • Helhetlig plan for mestring, rehabilitering og forebygging innen alle tjenesteområder. • Fagkompetanse, som IPlos/Profil hvor det er viktig med felles fortolkning og opplæring. • Kompetanse på kartlegging i hjemmet. • Kompetanse om de ulike fagfelt som kommunen har behov for. Oversikt over kommunens samlede fagressurser. • Kompetanseplan • Kompetanse på velferdsteknologi og fagsystemer som Profil og WinMed. • Kommunen må ha egen stilling som kan utvikle og oppdatere Profil og andre fagsystemer. I tillegg gi opplæring til ansatte i bruk av fagsystemene. Dagens ordning med superbruker gruppe bør videreføres.
Verktøy	<ul style="list-style-type: none"> • Politisk forankrede tildelingskriterier som evalueres jevnlig. • Like kartleggingsverktøy innen tjenesteområdene, som ulike skjema, IPLOS • IKKS maler – abonnement om saksbehandling, lovverk, opplæring som kommunen ikke har pr i dag. • Digitale verktøy; <ul style="list-style-type: none"> • Velferdsteknologi, • Profil, fagsystem som ivaretar både saksbehandling og pasientjournal • Elektronisk IP-SamPro (Pr i dag har kommunene deler av dette) • Mobile journal og dokumentasjonsmuligheter • Kontinuerlig informasjon til publikum, fremtidsrettet tjenestetilbud. • Ønskelig med en s for ansatte som f.eks. informasjon om endringer av tjenester, erfaringsutveksling, ny ansatte, kompetanse innad i kommunen • En adresse inn (post, e-post og telefon) • Utbygging av omsorgsboliger for å kunne tildele tjenester på rett omsorgsnivå innen alle tjenesteområder i hele kommunen. • Budsjetter i samsvar med tjenesten som ytes • Samarbeid med frivillige personer og lag

3. Organisering og praksis i andre utvalgte / sammenlignbare kommuner. Fordeler og ulemper ved disse

Kommune	Organisering /praksis	Fordeler	Ulemper
Lenvik	<p>Tildelingsenhet</p> <ul style="list-style-type: none"> • behandler søknader om tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. • De gjør hjemmebesøk, saksutreder og skriver vedtak. • Har tett samarbeid med tjenestene. • Har eget budsjett for omsorgstønad, støttekontakt og avlastning for barn. <p>Tildelingsenheten behandler i dag søknader om:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Langtidsopphold i sykehjem, • Boliger med heldøgns bemanning • Boliger med bemanning på dag og kveld • Boliger med tilgang til hjemmetjenester • Omsorgsboliger (Boliger som har fått støtte fra husbanken) • Avlastning i sykehjem for eldre • Trygghetsalarm • Omsorgstønad • Støttekontakt • Avlastning for barn med utviklingshemming • Individuell plan og koordinator • Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) • Hjemmetjenester, herunder hjemmesykepleie, praktisk bistand og matombringing • Psykisk helsetjeneste • Dagtilbud for demente 	<ul style="list-style-type: none"> • ikke den samme som utfører tjenesten som den som skriver vedtak. • Små forhold og tette relasjoner. • Samlet kompetanse. • God kompetanse på saksbehandling i forhold til hvordan det var før, hvor hver enkelt leder satt og saksbehandlet for sin enhet. • Har godt samarbeid med tjenestene 	<ul style="list-style-type: none"> • ser ingen ulemper
Bardu	<ul style="list-style-type: none"> • Søknad om tjenester mottas på eget skjema. Vurdering gjøres på bakgrunn av lovverket. • Tildeling av sykehjem, omsorgsboliger, støttekontakt gjøres i koordinerende enhet som avholdes ukentlig. Vedtak fattes etter saksutredning • I koordinerende enhet sitter avdelingsledere i pleie og omsorg, fysioterapeut og ergoterapeut. Sykehjemslegen skal også være der, men det har vi ikke fått til på en god stund. • Det er den avdelingslederen som «eier» pasienten som skriver vedtaket og sender 	<ul style="list-style-type: none"> • God erfaring med KE • Fordel å drøfte saker i koordinerende enhet, da både leder av sykehjem, hjemmetjenesten, psykisk helse, miljøarbeidertjenesten er tilstede og får sammen vurdere 	<ul style="list-style-type: none"> • I den grad det er en ulempe, tenker jeg at det kan oppleves som noe dødtid for de som ikke har så mange saker oppe i koordinerende enhet, men jeg tenker også da at de

	<p>det ut. Saksbehandlingen kan gjennomføres av egnet sykepleier.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vi har god erfaring med koordinerende enhet. • Hjemmesykepleie og praktisk bistand vurderes på samme måte etter søknad, vurdering opp mot lovverk, hjemmebesøk, saksutredning og vedtak. Her er det aktuelle avdelingssykepleier som er vedtaksmyndighet • Brukere kan søke om individuell plan og/ eller ansvarsgruppe. Pr 20.08.19 fattes det ikke vedtak. Ergoterapeut/koordinator skal ha oversikt på hvor mange IP vi har og hvem som har koordinatoransvaret. • Ønskelig at behov for individuell plan og ansvarsgruppe vurderes i KE, også der helsestasjon har ansvaret (barnevernet skriver vel også IP-er, men disse tenker jeg ikke skal inn i KE). 	<p>behovet og gjøre prioriteringene.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oversikten over antall IP er vanskelig å få på plass. Det blir da også en utfordring å ivareta lovpålagt opplæring og oppfølging av ansatte som sitter med koordinatoransvar. Brukere kan påklage/ anke dersom de ønsker IP og ansvarsgruppe og ikke får dette 	<p>samtidig får et innblikk i hva enheten har av utfordringer</p>
Balsfjord	<ul style="list-style-type: none"> • Har nylig hatt en større omstrukturering av tjenesten og deriblant hvordan tjenestene skal tildeles. Det har derfor ikke vært aktuelt å evaluere ordningen. De har heller ikke alt på plass når det gjelder endelig struktur. • Fokus er at tjenestene skal blir brukerretta, lage et fagmiljø for saksbehandling i helse/omsorg og gjøre det attraktivt å jobbe i de ulike fagmiljøene. • Gjeldende struktur: • Nyopprettet Helse- og familieenhet. • Koordinerende team er nyopprettet med egen fagleder og saksbehandlerressurs tilsvarende 2 årsverk. Tidligere har saksbehandlerstillingen vært fordelt mellom to enheter tilknyttet hjemmetjenesten. Fagledere saksbehandler omsorgslønn og avlastning. • Fagleder i koordinerende team leder Koordinerende enhet. Koordinerende enhet behandler saker som krever koordinering av tjenester og tverrfaglig oppfølging. de samarbeider også tett med grunnskolen. • De har ikke landet på endelig løsning på hvem som skal sitte i koordinerende enhet, men foreløpig har de en blanding av gammelt og nytt, der to enhetsledere i 		

	<p>hjemmetjenesten sitter sammen med saksbehandler og fagleder. I hver enkelt sak trekker de inn de faglederne som er hensiktsmessig at deltar for å ivareta et tverrfaglig perspektiv.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saksbehandler i koordinerende team utsteder vedtak i hjemmetjenesten, og utfører delvis saksutredning der det er nødvendig (ffa til saker i KE) • Overordnet inntaksteam tildeler langtidsplasser på sykehjem og omsorgsbolig. Dette teamet består per i dag av enhetslederne for to sykehjem, samt Kommuneoverlege. Tanken er at de i en eller annen form skal knyttes til Koordinerende team, men dette er ikke helt avgjort enda. • I Rus- og psykiatritjenesten utsteder fagleder vedtak, og øvrig personell saksutreder. • Nye veiledere for saksbehandling skal utformes, og det skal etableres et saksbehandlingsteam. 		
Sørreisa	<ul style="list-style-type: none"> • Avdelingsledere saksbehandler avdelingsvis • Omsorgsteam bestående av enhetsledere og kommunalsjef innen helse- og omsorg møtes ukentlig og vedtar tjenester basert på en helhetlig vurdering. Hver enkelt saksbehandler er inne når deres sak behandles. I snitt behandles 6 saker/uke. • De vurderer om de skal opprette en type tildelingsteam som får god kompetanse på saksutredning og behandling, og for å fordele arbeidsmengden på avdelingslederne. De oppfatter Omsorgsteamet som en god ordning og ønsker å fortsette med dette. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avdelingslederne får god oversikt over hva som rører seg blant "sine pasienter/ brukere" 	<ul style="list-style-type: none"> • Stor arbeidsmengde på enkelte avdelingsledere • Liten/dårlig kompetanse på saksutredning på enkelte avdelingsledere som har få saker. • Noen pasienter/ brukere kan ha avsluttet tjenesten før vedtaket kommer.

4. Konklusjon / oppsummering:

Hvordan kan tildeling, vedtak, koordinering og saksbehandling organiseres i Målselv kommune?

Utfordringer:

- Kommunen har ulik praksis i de ulike fagenhetene og ulik forståelse av tjenestebegrepet.
- Fare for å tildele ulike tjenester til personer med like utfordringer.
- Kan være vanskelig å fatte objektive vedtak på grunn av nærhet til brukerne.
- Mangler felles tjenestekriterier
- Utydelig hvilken tjeneste som skal ha hovedansvar for tjenestemottakere med sammensatte utfordringer
- Mange fagsystemer som ikke "snakker sammen".

Fordeler:

- Nærhet til utøvende tjeneste.
- Saksgangen går raskt da den ikke skal innom mange ledd
- Vi er tett på tjenestemottaker, noe som gir brukervedvirkning
- Tette relasjoner til tjenestemottaker

Hva får vi ikke gjort i dag:

- Koordinering. Får ikke fanget opp alle som f.eks. trenger IP
- Har ikke egen felles saksbehandler
- Ikke ivaretatt tverrfaglighet fullt ut.
- Mangler infrastruktur for å praktisere omsorgstrappen

Koordinerende enhet (består av enhetsledere for PRO, Familieenheten og Bo – og oppfølging):

- vi ser at KE i Målselv ikke fyller kravene i henhold til loven hva KE skal gjøre.
- De skal oppnevne, drive opplæring og veilede koordinatører
- KE skal sørge for at det blir utarbeidet rutiner og prosedyrer for IP.
- i spesialisthelsetjenesten er KE viktig for å tilrettelegge informasjon ut til befolkningen.
- De skal ha oversikt over rehabiliteringstilbud lokalt, regionalt og på nasjonalt nivå.
 - samarbeide tett med kommunen ift. nettverk, møteplasser for samhandling mellom de koordinerende enhet i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.
 - KE skal være den som tjenestemottaker møter når de trenger hjelp fra kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Pr. I dag ser vi for oss to organisatoriske forslag.

Alternativ 1

Beholde dagens ordning, men gjøre forbedringer i form av: felles tildelingskriterier og søknadsskjema. En saksbehandler ressurs som ivaretar oppgavene til KE.

Alternativ 2

KE/Tildelingsenhet: En leder og saksbehandler ressurs som har kjennskap til de ulike enhetene. Ved nye saker tar de utredning og saksbehandling innad. Der brukerne er kjent fra før tar enhetene saksutredningen.

- Tverrfaglig møte hvor saksbehandler kan drøfte brukersaker, organisert som KE med en enhetsleder. Felles saksbehandler ressurser fra hver enhet.

Felles tildelingskriterier og søknadsskjema. Samt følge opp oppgavene til KE.

Helse- og omsorgstjenester

Omsorgsstønad: Behandles i KE enten alternativ 1 eller 2

Støttekontakt: Behandles i KE enten alternativ 1 eller 2.

BPA: Behandles i KE enten alternativ 1 eller 2

IP: Behandles i KE enten alternativ 1 eller 2.

Praktisk bistand og praktisk bistand opplæring: behandles i KE enten alternativ 1 eller 2. Annet alternativ her er å behandle PRO sine søknader i inntaksteamet PRO-fører til lik behandling i PRO.

Helsetjenester i hjemmet: Behandles som i dag i de ulike enhetene. Rus- og psykiatri må etablere et system som kvalitetssikrer vedtakene som blir gjort med tanke på at samme person saksutreder, saksbehandler og utfører tjenesten som blir vedtatt per i dag.

Langtids-,korttids- og avlastningsplasser: Behandles som i dag.

Avlastning i bo- og oppfølging/tjenesten for funksjonshemming: Gjøres som i dag
Grunnen til avlastning er veldig ulik ift. alder og diagnoser. Ulike tilbud for barn og eldre tjenestemottakere.

En må gi tjenester der og da, og behov kan endres raskt.

Omsorgstrappen – de ulike enhetene må bli bedre kjent med omsorgstrappen og en felles forståelse for hva det innebærer. Viktig å bruke ved tildeling av tjenester.

- Tildeling av helsetjenester i hjemmet bør fortsatt tilhøre de ulike enhetene. Det er ulike fag og aldersgrupper. Det er smidig, og en får en rask saksbehandling.

Forslag til endring:

- KE får overført budsjett fra de ulike enhetene på omsorgsstønad og støttekontakt.
- KE ansvar for TT – kort og parkeringskort og ledsagerbevis
- opprette ergoterapeut stilling som fagressurs ift. behovskartlegging.
- opprette saksbehandlerstillinger.

Videre arbeid

Gruppen jobber med å utarbeide felles tildelingskriterier, kartleggingsverktøy og søknadsskjema.

Strukturell utredning – Helse og omsorg. Målselv kommune

Rapport fra arbeidsgruppe 4: Forebygging gjennom aktivitet, dagtilbud og frivillighet

Gruppen har bestått av:

Trine Bøe / Maichen Jensen (gruppeledere)
Atle Andreassen, Målselv Dagsenter
Lise Tråsdahl, Frivilligsentralen
Per Ivar Klingenberg, Eldrerådet
Reidar Karlsen og Alf Øverli, Rådet for likestilling av funksjonshemmede
Tine Stenvold Nerdrum, helsefagarbeider PRO øvre
Vigdis Løvheim, avdelingsleder Målselvtunet
Beate Gårseth og Bente Pedersen, Røde Kors
Monica Stenbakken, idrettskonsulent
Elin Trondsen, fag- og prosjektkoordinator
Liv Tøllefsen, hjelpepleier MSAH
Anita Isaksen, sykepleier Målselvtunet

Tidsramme:

5.juni – 2.september 2019

Gruppens mål:

Basert på gruppens mandat, skal det leveres konkrete forslag til tiltak eller prosjekter som kan styrke dag- og aktivitetstilbudet, og frivilliginnsatsen i Målselv kommune, i et 3-års perspektiv.

Innhold i rapporten:

Hva har vi av dag- og aktivitetstilbud og frivillighet i Målselv kommune i dag, og hva er utfordringene med dagens tilbud?
Kartlegging av nye lokaler og sambruk av eksisterende lokaler
Hva mangler vi i kommunen i dag?
Forslag til aktivitet/dagtilbud/praktisk hjelp
Forslag vedr transportutfordringer
Informasjon/digitale verktøy/sosiale plattformer
Koordinering
Konklusjon/oppsummering

Hva har vi av dag- og aktivitetstilbud og frivillighet i Målselv kommune i dag, og hva er utfordringene med dagens tilbud?	
Målselvtunet / Dagsenter for hjemmeboende personer med demens	Dagsenter for hjemmeboende personer med demens (Målselvtunet) har pr i dag 3 plasser 2 dager pr uke. Får noe tilskudd fra Helsedirektoratet til drift. Formålet med tilbudet er både aktivitet og avlastning for pårørende. 0,4 årsverk. Har egen bil, én ansatt henter inn til dagsenteret. Utfordringer: Én ansatt greier ikke både hente og ta seg av svært syke pasienter, kan ikke la noen være alene igjen i bilen. Det er utfordrende å finne meningsfulle aktiviteter som passer for «alle» ift. interesser/grad av sykdom. Det er behov for hjelp til transporttjenesten, viktig med stabilitet.

	Greier kun å hjelpe de som bor i nærområdet til Bardufoss, dvs. er ikke et tilbud til alle i kommunen.
Målselv syke- og aldershjem	<p>Ulike fellesaktiviteter fra flere lag og foreninger gjennom hele året.</p> <p>Utfordringer: Det er liten kapasitet til å komme seg ut, har ikke gruppetrim. Det er lite rom for pleierne til å få inn aktiviteter.</p> <p>Mangler personlig rettet aktivitet og oversikt over hvem ønsker besøk, og spesifikke ønsker for aktivitet. Behov for tettere samarbeid med frivillige. Det er også behov for bedre utnyttelse av fysioterapiressurs for veiledning/kursing av frivillige/ansatte for å kunne drive med gruppeaktivitet.</p>
Røde Kors	<p>Etablert besøkstjeneste, pr i dag er det ca. 20 besøksvenner. Faste aktiviteter, har bla fast bursdagsfeiring på MSAH hver måned. Besøksvenner får kurs i psykososial førstehjelp + ordinær førstehjelp.</p> <p>Har egen FB-side og rekrutterer via denne og plakater på butikk etc.</p> <p>Utfordringer: Ønsker blant annet mer info om behov, hvem som ønsker besøk, samt ønsker for aktivitet. Ønsker mer samarbeid og koordinering med ulike instanser/tjenester i kommunen, dette må tas tak i.</p> <p>Har utfordringer med å rekruttere nye hjelpere/frivillige.</p>
Målselv dagsenter / Rus- og psykisk helse-tjeneste	<p>Ligger på Øverli. Har 2,5 årsverk og totalt ca. 35-40 brukere (med rus- og/eller psykisk helseproblematikk). Åpent 5 dager pr uke, kveldsåpent annenhver onsdag + turdag utenfor dagsenteret hver torsdag. Bistår brukerne med daglige gjøremål og har faste ukeplaner med aktiviteter. Har snekkerverksted, bruktbuikk, trimrom, gapahuk osv. Faste ukeplaner med turer/friluftsliv, svømming hver fredag på Polarbadet osv. Transport (brukerne hentes). Har egen bil. Drifter i tillegg utstyrsbank med utlån av ski/friluftststyr.</p> <p>Utfordringer: Ikke like lett å hjelpe / sørge for transport av brukere som bor langt unna dagsenteret. Henterute pr i dag er fra Bardu grense til Moen.</p> <p>Er ikke et tilbud for alle kommunens innbyggere. Mangler også et dagtilbud for de yngste (under 25 år) med psykisk helseproblematikk. Dagens bemanning er et minimum.</p>
Frivilligsentralen	<p>Har ca. 200 frivillige i løpet av 1 år, men ca. 50 faste.</p> <p>Ulike velferdstiltak og småjobber. Samarbeider med LHL om arrangement på LHL dagsenter hver uke. Samarbeider med Bardufoss v.g. skole, «Livsglede for eldre», kaffetreff hvor unge er med på MSAH hver mnd. Fast julebord for brukere innen rus- og psykisk helsetjeneste (finansiering fra ulike lag/foreninger), arrangerer seniortreff hver sommer i Målselv fjellandsby, samarbeider med flere org. om «Julekveld for alle», organiserer ledsagertjeneste for brukere til sykehus ol., organiserer en del en-til-en tjenester, er leder for årlig tv-aksjon, samarbeider med Målselv kirke og Røde Kors ang integreringsarbeid (Damekvelder).</p> <p>Utfordringer: Lite / noe opplyst tilbud, mangler Facebook-/nettside. Hvor mange er kjent med tilbudene? Utfordringer med rekruttering av frivillige og formidling av info, samt knytte ressurser opp mot behov. Få med ungdom (eksempel Tromsø hvor unge gjøre enkle oppgaver på sykehjem). Behov for kursing av frivillige, f.eks en fast kurspakke. Lage pool av frivillige i forhold til interesser og hva de ønsker å hjelpe til med.</p>
Målselv LHL	LHL dagsenter, drives av frivillige, eid av Målselv kommune og LHL: Åpen møteplass hver tirsdag for alle. Faste ukentlige aktiviteter som samtalegrupper og

	<p>trim for eldre hver mandag, seniordans onsdag og diverse andre aktiviteter som foregår på huset, men drives av andre enn LHL.</p> <p>Utfordringer: Lite opplyst tilbud, mangler Facebook-side. Hvordan gjøre tilbudet kjent?</p>
ØSO	<p>Har knyttet til seg enkeltpersoner og foreninger som gjør faste aktiviteter, blant annet bingo og henting av medisin på Apoteket (en gang pr uke). Annenhver onsdag pub med frivillige pubverter, åpen dag torsdag, som drives av frivillige.</p> <p>Utfordringer: Det går stort sett av seg selv, når vi har lagt til rette og laget avtaler. Det vi ser, er at når elever fra skoler skal inn og være i miljøet, må det være en ansatt tilgjengelig for å være sammen med elevene. Dette er det ikke alltid rom for.</p>
Miljøtjenesten (Øvre Moen og Andslimoen miljøarbeider-tjeneste)	<p>Klubb for brukerne i miljøtjenestene annenhver torsdagskveld (bruker dagsenterets lokaler på Øverli). Fast svømming mandager, og noen er med på kulturskole.</p> <p>Utfordringer: Det finnes ingen felles dagaktiviteter, mange mangler tilrettelagt jobb (for få plasser, samt at det stilles høyere krav til arbeidsevne, noe som utelukker mange fra ordningen). Mange har ikke meningsfulle aktiviteter å ta seg til på dagtid. Lite rom for pleierne til å dra ut på aktiviteter med beboerne.</p>
«Møteplassen» på Rundhaug	<p>Driftes i sin helhet av lokale frivillige på Bakkehaug samfunnshus. Tilbud hver onsdag (middag, aktiviteter, underholdning)</p> <p>Utfordringer: Lite kjent tilbud og mangelfull transport til/fra tilbudet. Begrenset kapasitet.</p>
BUA	<p>Aktivitetstilbud til unge i hele kommunen. Finansiert av BufDir.</p> <p>Eksempel på aktiviteter: Friluftskole /- camp, Farmencamp, bading i Polarbadet, klatring, Haloweenfest, Barnas dag på Andselv, kinodag, Myra gård, dansing, ridning, vinteraktiviteter i Målselv fjellandsby ol.</p> <p>Utfordringer: Mindre tilskudd vil gjøre det vanskeligere å drifte framover, og det er nødvendig med samarbeid med lokale lag/foreninger/frivillige. Noen har utfordringer med transport til tilbudene.</p>
Ulike lag og foreninger	<p>I tillegg til det ovenstående, utføres det over 200 årsverk med frivillig arbeid i kommunen pr år (beregningstall fra KS). Disse frivillige tilhører ulike lag/foreninger, og det velges å ikke navngi alle her.</p>

Kartlegging av nye lokaler og sambruk av eksisterende lokaler:	Vurdering:
Lokaler Rustahøgda, kan det være et treffpunkt for ungdommer da de allerede samles der?	Skolene har lokaler, i tillegg skal Polarbadet bygges ut. Her planlegges det muligens et rom som tenkes til f.eks. møteplass/aktivitetstilbud for ungdommer. Dette rommet må eventuelt kommunen da leie. Tidligst ferdig 2021.
Lokalet til Målselv dagsenter på Øverli (ledig mange kvelder pr uke, samt dagtid nesten hver onsdag og torsdag)	Kapasitet til andre formål.

Storstue i nye Målselv Helsetun	Har kapasitet til ulike formål.
ØSO har tilgjengelige lokaler til dagsenter	Har kapasitet til andre formål.
Gymsaler på skolene	Det er allerede en del aktiviteter i gymsalene pr i dag, må sjekkes ut nærmere.
Biblioteket	Har kapasitet til andre formål, må sjekkes ut nærmere, og kan jobbes videre med.
Kulturklynga Høgtun	Uavklart.
Fellesstuer i nye Fagerli Miljøtjeneste	Har kapasitet til andre formål f.eks. ilag med brukergruppen.
LHL Dagsenter	Mange faste aktiviteter pr i dag, noe ledig kapasitet. Obs: Husleie.
Kommunehuset, kantina	Har kapasitet til andre formål.
Sanitetsforeningens lokaler på Holt	Har kapasitet til andre formål.
Haraldvollen	Har kapasitet til andre formål. Obs: Husleie.
Sameskolen	Uavklart.
Polarbadet, større lokaler ved utbygging	Ifm. med at Polarbadet skal bygges ut planlegges det muligens et rom som tenkes til f.eks møteplass/aktivitetstilbud for ungdommer. Dette rommet må eventuelt kommunen da leie. Tidligst ferdig 2021.
Gymsal Bardufosstun	Har kapasitet. Noe husleie.
Idrettshall Olsborg	Må avklares etter ferdigstilling.
Lokaler til Odd Fellow	Har kapasitet til andre formål. Obs: Husleie.
Gimlehallen	«Møterom» som kan brukes til diverse formål.
Øvergård Montessoriskole	Har kapasitet til andre formål (klasserom, gymsal og uteanleggsområde).
Bakkehaug samfunnshus	Har kapasitet til andre formål.
Øvrige samfunnshus rundt om i kommunen	Har kapasitet til andre formål, må sjekkes ut nærmere.

Hva mangler vi i kommunen?

Mangler møteplasser/ungdomstilbud/organisert aktivitet for ungdom som ikke driver med idrett.
Mangler tilrettelagt dag-/jobbtilbud for mennesker med funksjonsnedsettelse.
Trenger bedre utbygging av dagtilbud for hjemmeboende personer med demens i hele kommunen.
Transport til/fra dagtilbud, og for unge som skal delta på aktiviteter (bedre utnyttelse av kommunenes biler, behov for flere sjåførere).
Trenger bedre organisering av aktiviteter for pasienter på sykehjem.
Flere møteplasser for ensomme unge/voksne/eldre (forebygging for alle aldersgrupper).
Trenger enda bedre koordinering av frivillighet (knytte sammen de som trenger hjelp og de som ønsker å bidra med hjelp, rekruttere frivillige, nettside/sosial media/digital plattform, ivaretagelse og veiledning av frivillige satt i system).
Småjobbsentral / småjobbkoordinator (hjelp til oppgaver som kommunen ikke gjør, f.eks snømåking, bære ved, klippe plen).
Organisering av ungdommer som ønsker å jobbe frivillig eller ta på seg småjobber.

Kurspakke for frivillige, og å gjøre frivillighet attraktivt.
 Lage pool av frivillige i forhold til interesser og hva de ønsker å hjelpe til med.
 Tilbud til bosatte flyktninger.

Forslag innenfor aktivitet/dagtilbud/praktisk hjelp:

Kommentar: Forslagene nedenfor kan gjelde for flere alders- og brukergrupper

Unge:	Åpne gymsaler i kommunen.
	Ha åpen svømmehall i helgene i Gimlehallen (dette vil koste ekstra ressurser, kanskje frivillige/foreldre kan være badevakt?).
	Øvrige bade-/svømmetilbud som ikke ekskluderer grunnet høy kostnad.
	Rullerende møteplasser/aktivitetstilbud som noen har ansvar for, kan være på ulike steder i bygg i kommunen for å favne flere uavhengig av bosted. Koble på BUA og eventuelt andre.
	Flere møteplasser.
	Leksehjelp (inngå i møteplass? Koble på frivillige?)
	Reservebesteforeldre (Koble på frivillige)
Eldre:	Besøk til hjemmeboende (f.eks besøksvenn som Røde Kors organiserer).
	Turgruppe for beboere på sykehjem.
	Kjæledyr inn på sykehjem/omsorgsboliger.
	Barselgruppe inn på sykehjem.
	Besøk av barnehage/skole på sykehjem som fast aktivitet.
	Faste aktiviteter inn på sykehjem – treningskontakt/aktivitetsleder (frivillige?).
	Dagtilbud på ØSO – bruke bussen som ØSO eier.
	Dagtilbud på nye Måselv Helsetun.
	Pasientvert på sykehjem (hjelp til/være selskap på stua? Bruke «pasientvert»-vest slik sykehusene gjør?).
	Enkel kantinedrift på nytt sykehjem (drives av pensjonister/frivillige/mennesker med funksjonsnedsettelse).
	Pub på nytt sykehjem (driftes av frivillige).
	Konsept «Handleposen» - hjelp til handling for eldre.
	Aktivitetsvenn
	Aktivitetscenter for eldre eller for flere brukergrupper/aldersgrupper samlet, kan også flyktningetjenesten involveres? (frivilligjobbing og språktrening)
	Brannmenn, utføre batteriskifte på brannvarslere hos eldre.
	Temakvelder/foredrag f.eks fra Måselv historielag eller andre.
Personer med funksjonsnedsettelse:	Dagtilbud 1-2 dager pr uke i dagsenterets lokaler på Øverli. Benyttes de dagene lokalet står ledig (onsdag, torsdag, eventuelt ettermiddager).
	Trening i hall i nærområdet (lavterskeltilbud) – BOIF har satt av 1 dag pr uke på Rustahøgda
	Trening gymsal Bardufosstun (de aksepterer ledsagerbevis slik at ledsager får følge inn gratis)
	Se på dagtilbud modell à la Larvik (AOK)
	Dans / «Aktiv dans»
	Kan frivillige invitere til sosiale kvelder for brukerne?
Alle aldre:	«Menn på tur» - integreringsarbeid
	Damegruppe - integreringsarbeid
	Internasjonal kafé (vil komme på LHL Dagsenter til høsten)
	Bærekraftig dagsenter

	Turkafé (møtes for å gå tur og deretter drikke kaffe + spise lite måltid), f.eks på nye Måselv Helsetun.
	Digital kafé (tas med i et dagtilbud eller et treffpunkt).
	Lavterskeltilbud musikk/maling (Kulturklynga og/eller Istindportalen).
	Samarbeide med lokale musikere (Kulturklynga og/eller Istindportalen.)
	Småjobbsentral / formidling.
	Temakvelder/foredrag f.eks fra Måselv historielag eller andre.

Forslag transportutfordringer:

Faste bussruter (minibuss?) som kan frakte mennesker (i alle aldre) til de ulike aktivitetene

Disponible kommunale leasingbiler/buss.

Frivillige som kan ta sjåføroppdrag (får kjøregodtgjørelse).

Bruk av TT-kort for de som kommer inn under ordningen.

«Reservebesteforeldre» bistå med kjøring for unge til aktiviteter?

Informasjon / digitale verktøy / sosiale plattformer:

Kurs/opplæring for eldre og andre (Frivilligsentralen er forespurt om å arrangere).

Egen nettside / nettportal for å koble behov og ressurser (Det er mulig å bruke en del av Måselv kommunes hjemmeside til dette, vil ikke medføre ekstra kostnader).

Egen Facebook-side.

Informere gjennom lokalavisen.

Samarbeid med videregående skole (medialinje) om å utarbeide nettside/portal.

Lage aktivitetshjul på nettsiden.

Lage informasjonshefte.

Informasjon om turløyper og stier, grad av tilrettelegging.

Nettsider frivillig.no og vilmer.no.

Nettside-ansvarlig (trenger en «levende» nettside).

Personlig informasjon og bruke SMS til befolkningen/grupper.

Koordinering:

Kursing av frivillige (trygge og avklare rollen).

Opprette en «samfunnskontakt» (se beskrivelse i stortingsmeldingen «Leve hele livet»).

Styrke Frivilligsentralen, økning ressurs. Ansvar for nettside for rekruttering/koordinering, krever daglig oppfølging for å være en levende side.

(Kan man tenke sysselsetting/arbeidsutprøving gjennom NAV? Prosjektmidler?)

Samlokalisering av eldreråd, ungdomsråd, lag/foreninger for tettere samarbeid.

Lage klare retningslinjer til befolkningen om forskjell på frivillig arbeid og småjobber. Noe er gratis og noe må betales for.

Markedsføre frivillig arbeid (verdifullt å ha på CV).

Utarbeide kommunal plan for frivillig arbeid (MÅ settes i system)

- Se grunnlag i kommuneplanens samfunnsdel 2015-2026.

Konklusjon / oppsummering:

Arbeidsgruppens utvalgte forslag til hvordan Måselv kommune best kan gi et godt aktivitetstilbud til alle brukergrupper, og hvordan frivillige kan inviteres/involveres/koordineres best mulig:

1. Få på plass et organisert dagtilbud ved ØSO for eldre og personer med demens. Øke dagens eksisterende dagtilbud ved Måselvtunet med mer personell, for å kunne hjelpe flere. I tillegg bør en se på andre mulige transportløsninger ved eksisterende dagtilbud ved Måselvtunet. Dette bør ses nærmere på for å favne innbyggerne i hele kommunen (lovpålagt fra 2020).
2. Organisere et dagtilbud for mennesker med funksjonsnedsettelse i lokalene til Måselv dagsenter 1- 2 dager pr uke (ledig lokale som ligger i nær geografisk avstand til Fagerli Miljøtjeneste)
3. Utarbeide en plan for frivillig arbeid, og få på plass en samfunnskontakt/koordinator som skal være et bindeledd mellom kommune og frivillige. Det må settes i system en ordning som kobler behov for bistand, opp mot frivillige/lag/foreninger som har kapasitet og ønske om å bidra, samt kursing/ivaretagelse av de frivillige. En «småjobb-sentral» bør også dannes og styres av koordinator.
4. (Dette punktet er koblet sammen med punkt 3)
Det er avgjørende at det tas i bruk digitale løsninger (nettside/Facebook-side) og at en koordinator har ansvar for å holde nettsiden levende og aktiv. Dette kan gjøres ved en videreutvikling av Frivilligsentralen og/eller tilførsel av ekstra ressurs. Se på ulike finansieringsmåter, f.eks tilskudd vedr arbeidsressurs fra NAV m.m.
5. Disponible og tilgjengelige bilressurser (f.eks kommunens leasingbiler) bør kartlegges og koordineres opp mot en «sjåfør-pool». (Koordineres av samfunnskontakt/koordinator)
6. Lage trygge møteplasser for barn/ungdom (f.eks. temakvelder ulike steder i kommunen, basert på tilgjengelige lokaler).
7. Se nærmere på «Larvik-modellen» (AOK), som er en helkommunal bedrift hvor alle brukergrupper (med vedtak på helse- og omsorgstjenester) har dagtilbud. Stikkord er omdisponering av ressurser. Majoriteten av ansatte i dette tilbudet er ikke helsepersonell (er i stedet håndverker, kunstner osv.).

Rapport fra Arbeidsgruppe 7 Forebygging psykisk helse barn og unge

Etter at RO gjennomførte intervju med ansatte i Målselv kommune og gjennomgått noe dokumentasjon ble det klart at det var behov for å etablere en arbeidsgruppe «Unge og psykisk helse». Det ble innkalt til et første møte 5.juni med aktuelle fagområder som jobber med barn og unge. I dette møte ble det dannet en arbeidsgruppe. Arbeidsgruppen har avholdt 3 møter. Arbeidsgruppen har hatt dialog med skole/barnehage ved Tor Hågbo (skolefaglig rådgiver), Solveig Myrlund Hansen (Ressursperson inkluderende barnehage- og skolemiljø) og Merethe Hegg Johnsen (Ressursperson inkluderende barnehage- og skolemiljø).

Deltakere

Siv-Hege Severi - Leder av arb.gr. og enhetsleder Familieenheten
Ann-Evy Karlsen - Miljøterapeut Rus- og psykisk helsetjenesten
Nina Utby - Helsepsykiater
Ragnhild Nilsen – Barneverntjenesten
Katrine Gregussen – Vikar Miljøterapeut psykisk helse barn/unge
Gunnhild Haugli – Miljøterapeut psykisk helse barn/unge

Mandat

Arbeidsgruppen skal identifisere hvor hovedinnsatsområdene innenfor forebygging psykisk helse barn og unge skal være.
Arbeidsgruppen skal beskrive utfordringsområdet og definere et felles mål forebyggende arbeid for denne gruppen brukere.

Dette innebærer å:

Definere den aldersgruppen det forebyggende arbeidet skal rettes inn mot, hvilke tiltak som skal iverksettes og hvordan et kontinuerlig samarbeid på systemnivå kan etableres for å diskutere retning på tjenesten, og koordinere innstas mot unge brukers behov på tvers av avdelinger og sektorer.

Mål og tiltak innarbeides ved rullering helse- og omsorgsplanen høsten 2019

Mål

Gruppen skal levere konkrete forslag til mål og tiltak som styrker det forebyggende arbeidet for psykisk helse blant barn og unge. Forslagene leveres til prosjektgruppen som er ledet av kommunalsjef helse og omsorg.

Utfordringsområdet

Målselv ligger på landsgjennomsnittet for psykiske lidelser. I 2014 ble det foretatt en brukerkartlegging i Målselv som viser at 0,78 % av kommunens innbyggere over 18 år har utfordringer knyttet til rus og psykisk helse (tallet samsvarer med landsgjennomsnittet). Undersøkelsen viser videre at unge voksne er en relativt ny, men økende brukergruppe i Målselv i forhold til å motta oppfølging for rus- og psykisk helseproblematikk, jfr. Rus- og psykisk helseplan for Målselv 2016-2019. Antall elever som har droppet ut av videregående skoler har gradvis avtatt, men fortsatt viktig å følge med denne gruppe og ivareta de som får som dropper ut (Kommunedelplan helse og omsorg for Målselv 2017-2019).

Hjelpeapparatet rapportere at ungdom med psykiske helseutfordringer er et økende problem. I 2018 hadde Skolehelsetjenesten ved ungdomsskolen 887 konsultasjoner, hvor 330 omhandlet psykisk helse. Samme året var det 213 elever ved skolen og 87 av disse hadde fast oppfølging i forhold til psykisk helseproblematikk. Samtidig registreres det økt bruk av helsestasjon for ungdom på ettermiddagstid.

Psykisk helsetjenesten for barn og unge fikk i løpet av 7 måneder (år 2018-2019) 57 nye henvisninger med utfordringer som angst, depresjon, selvmordstanker og høyt konfliktnivå hjemme. Hjelpeapparatet beskriver ungdom med manglende livsmestring, dårlig selvbilde og at de utsette for press og må være «på» hele tiden. Noen ungdommer opplever seksuelle overgrep og krenkelser. Barn og unge bruker mye tid på dataspill/skjermtid og hjelpeapparatet beskriver en bekymring der enkelte snur døgnnet og blir sosialt isolert. Det er også en bekymring at ungdom har slappe holdninger til narkotika og at det på en måte er «greit og ikke farlig å bruke». Noen av disse barna og ungdommen kunne vært fanget opp tidligere i barnehagen og skole. Arbeidsgruppen vurderer at forebygging kan og bør skje gjennom foreldrerollen og foreldreveiledning.

Fokusområde og aldersgruppe for forebyggende arbeid for barn og unge

Arbeidsgruppen vurderer at det er behov for å starte forebyggende arbeid tidlig, slik at enn kan unngå eller redusere barnets behov for psykisk helsehjelp når det blir eldre. Dette kan gjøres ved å styrke foreldrekompetansen og prioritere de minste barna i alderen 0-6 år (tidlig inn). God forebygging for barn og unge er å styrke og trygge foreldre i forelderrollen, blant annet gjennom lavterskel foreldreveiledning, støtte og bevisstgjøring.

For barn og unge over 6 år er det behov for å samordne tjenestene bedre, slik at ressursene nyttiggjøres mer effektivt. Kommunen har allerede etablert flere tiltak for barn over 6 år i regi av skolen, kultur, idrett og hjelpeapparatet.

Tiltak

Arbeidsgruppen vurderer at anbefalte tiltak bidrar til å forebygge psykisk helseproblematikk hos barn og unge. Av tiltakene som nevnes er det «Forebyggende team-modell» som er 1.prioritert.

Tiltak som kan gjennomføres innenfor egen ramme:

Tiltak	Beskrivelse	Ansvar
Samarbeidsplaner	Utarbeide samarbeidsplaner for å systematisere tverrfaglig samarbeid. Hvem møter hvem, hvor ofte og formål med møte.	Sjumilssteget
Kompetansekartlegging	Kompetansekartlegging av hvilken spesialkompetanse som finnes blant ansatte i kommune, slik at avdelingene kan innhente kompetanse for sine behov. F.eks. delta på foreldremøter, personalmøter, undervisning ol. Arbeidsgiver/ledere må tilrettelegge for at det er mulig å gjennomføre.	Enhetsledere
«Åpen dag» Jordmortjenesten	Tilbud om åpen dag x 1 pr uke på dagtid for foreldre som er i foreldrepermisjon. Det vil bli tilbud om ulike tema som er aktuell for målgruppen.	Ledende helsesykepleier
«Amme-poliklinikk» Jordmortjenesten	Lavterskeltilbud «amme-poliklinikk» x 1 pr uke. Hvor mor kan få veiledning om amming etter at barnet er født. Dette som et tillegg til ammekurs i svangerskapet.	Ledende helsesykepleier
Dialogkafe i barnehagene	Innføre dialogkafe i barnehagene med tema. Tema som f.eks. leggerutiner, søvn, kosthold. Ansatte (helsesykepleier, barneverntjeneste ol.) i kommunen kan forelese om ulike tema. Dialogkafe gjennomføres ved at foreldre sitter sammen rundt små bord, hvor de får utdelt case/spørsmål som de drøfter/reflekterer sammen om. Dette kan være støttende og veiledende fra foreldre til foreldre.	Enhetsledere Barnehagene og oppvekstsenter

Felles rutine for bekymringsmelding ved høyt skolefravær	Utarbeide rutiner for bekymringsmelding til Barneverntjenesten når skolene registrere høyt fravær på enkelt elever.	Enhetsleder skolene og oppvekstsenter
Rutine for å unngå at flere hjelpere samtaler med barn og unge om de samme team	Hver avdeling må utarbeide kartleggingsskjema for å avdekke om barnet/ungdommen mottar flere tjenester. Hvem er dette, hvor ofte er treffpunktene og hvilke tema tas opp. Dette for å unngå at flere hjelpere snakker med samme barn/ungdom om de samme tema/problem. Når det avdekket at barnet/ungdommen mottar flere tjenester, må det etableres ansvarsgruppe eller samarbeidsmøte for å avklare «hvem som gjøre hva».	Ledere for de ulike fagområdene
Tverrfaglig møter i skole, barnehage og oppvekstsenter	Kommunen har etablert tverrfaglige møter i skole, oppvekstsenter og barnehage. Møtene må opprettholdes og videreføres. Undersøke om det er behov for ny informasjonsrunde i den enkelte avdeling.	Sjumilssteget

Tiltak som krever tilførsel av ressurser:

Tiltak	Beskrivelse	Ansvar
Forebyggende team modell	Formålet er å støtte og styrke foreldre/foresatte i sin omsorgsrolle med utgangspunkt i egne ressurser og hensiktsmessige strategier i samspill med sine barn (0-18 år). Arbeidsgruppen vurderer at kommunen innehar kompetansen for å etablere dette. Det må vurderes videre hvordan dette kan tilpasses Målselv. Anslår at det er behov for til sammen 1 årsverk, men delt opp i stillinger på for eksempel 20 % fordelt på 5 ansatte. Dette kan videre kobles opp mot kommunepsykolog når dette er på plass.	Sjumilssteget
ICDP	ICDP, foreldreveiledningskurs (0-18 år). To kursledere må gjennomføre opplæring og sertifiseres. Gratis kursavgift. Reise, opphold og permisjon med lønn. Kursene gjennomføres i Tromsø. Det er anbefalt at det i oppstartsfasen bør avsettes 40 % ressurs til arbeidet, når instruktørene har fått mer erfaring kan ressursen reduseres til 20 %.	
Kommunepsykolog	Kommunepsykolog blir en lovpålagt tjeneste fra 1.1.2020. Flertallet av kommunepsykologer i landet arbeider med barn og unge. Lavterskeltilbud.	Enhetsleder Familieenheten
#Psyktnormalt	To dagers undervisningsprogram om psykisk helse for ungdomsskolen (8 trinn). Samt opplæringsprogram rettet mot foreldre. Behov for opplæring av to kursledere (f.eks. miljøterapeut rus- og psykisk helsetjenesten og helsesykepleier). Kostanden med opplæring kr 22.000,-	Rus- og psykisk helsetjenesten
Rask Psykisk helsehjelp	Rask psykisk helsehjelp er et kortidsbehandlingstilbud for personer over 16 år med mildt til moderat angst, depresjon, begynnende rusproblemer og/eller	Rus- og psykisk helsetjenesten

	søvnvansker. Krever ingen henvisning og er et lavterskeltilbud. Muligheter for å søke på tilskuddsmidler. Dette vil starte som et prosjekt hvor kommune forplikter seg til å implementere etter prosjektperioden. Arbeidsgruppen vurderer at kommunen må undersøke dette tiltaket nærmere.	
Møteplass for ungdom	Arbeidsgruppen er kjent med at Ungdomsrådet jobber med saken. Det er viktig å prioritere møteplass for ungdom i et forebyggende helse perspektiv.	Enhetsleder Kultur og Idrett Ungdomsrådet

Samarbeid på systemnivå:

Et kontinuerlig samarbeid på systemnivå kan være med på å vise retning på tjenestene og koordinere innsats mot barn og unges psykiske helsebehov på tvers av avdelinger og sektorer. For å kunne gjøre det må kommunen utarbeide samarbeidsplaner for tverrfaglig samarbeid og samhandling i de ulike fagmiljøene.

Videre er Sjumilssteget en modell for samarbeid på systemnivå. Sjumilssteget er en modell som skal sikre bedre etterlevelse av FNs barnekonvensjon i kommunene. Hvor fokuset er barn og unges beste. Sjumilssteget skal være informert om status for barn og unge i kommunen, slik at de skal kunne være i stand til å anbefale tiltak eller iverksette tiltak for barn og unges beste.