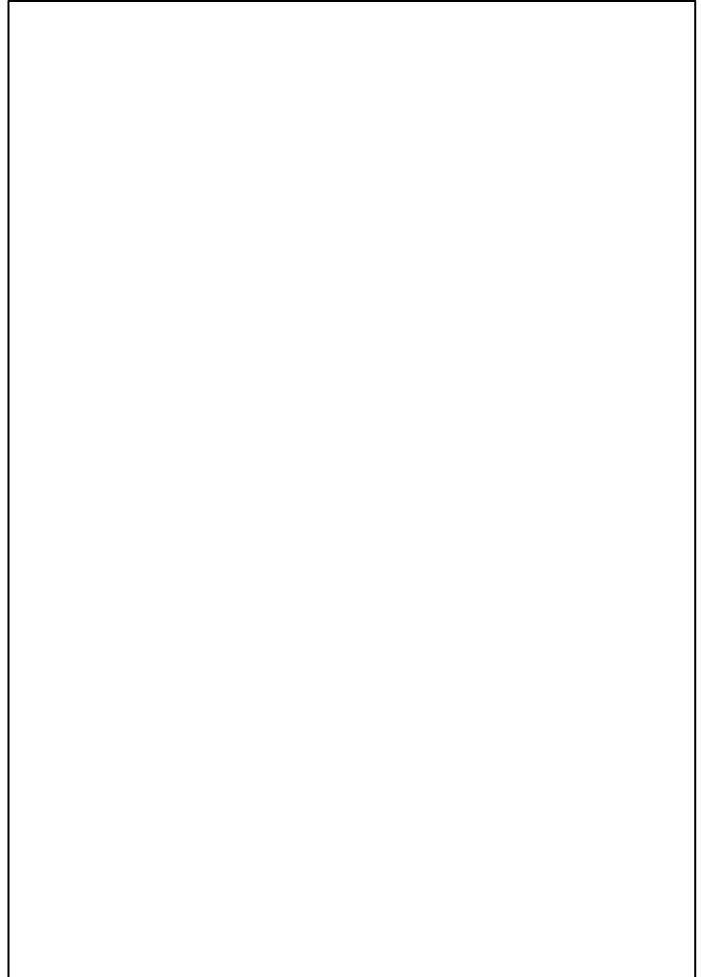


Nærøysund
kommune



Innhold

1.0	Sammendrag	3
2.0	Bakgrunn, forankring, organisering og avgrensning	4
3.0	KOSTRA-analyser	9
4.0	Behov for økt kapasitet i pleie- og omsorgssektoren	13
5.0	Planens mål	21
6.0	Hva er heldøgns omsorg?.....	28
7.0	Omsorgstrappen og planens samlede tiltak	34
8.0	Tildeling av tjenester	46
9.0	Analyse av nåværende og fremtidige bemanningsbehov.....	49
10.0	Analyse av nåværende og fremtidige teknologibehov	50
11.0	Tiltaksdel	54
9.0	Finansiering av tiltak	Feil! Bokmerke er ikke definert.



1.0 Sammendrag

Planen introduserer to, overordnede mål for pleie- og omsorgssektoren i Nærøysund kommune:

- 30% økning i kapasitet for heldøgnsomsorg etablert i 2030
- Reduksjon til 10 % dekningsgrad for langtidsopphold på institusjon i perioden 2024 - 2030

Samlet sett vil ikke planen ha en budsjettreduserende effekt, men danner grunnlaget for at økonomiske ressurser dreies bort fra institusjon og over på tilbud som gjør det mulig å øke kapasiteten for heldøgnsomsorg med 30%. Nærøysund kommune vil derfor oppnå en 30% økning i kapasitet uten å bruke mer driftsmidler enn hva den gjør i dag (ordinær lønns- og prisstigning unntatt). Det tas forbehold om at økningen i antall yngre bruker av tjenester (under 67 år) kan reduseres.

Målene skal nås gjennom en rekke tiltak som oppsummeres slik:

- Kraftig styrking av demensomsorg
- Økt antall omsorgshybler
- Kraftig styrking av hverdagsmestring
- Mer samarbeid mellom PLO-tjenester og fastlegetjenesten
- Etablering av forløpsbeskrivelser for de mest vanlige pasientforløp
- Gradvis reduksjon av langtidsopphold på institusjon
- Økt bruk av kommunalt, akutt døgntilbud (KAD)
- Utvikle mer kompetanse og utnytte denne bedre
- Introduksjon og bruk av teknologi i alle sammenhenger hvor det har en personalbesparende effekt

Noen av tiltakene vil kreve at kommunen må gjøre investeringer i teknologi og oppgraderinger av bygg.



2.0 Bakgrunn, forankring, organisering og avgrensning

2.1 Politisk forankring

Temaplanen er forankret i et vedtak i kommunestyret (PS 46/2024). Dette vedtaket er igjen en oppfølging av et foregående budsjettvedtak (PS 136/2023).

Vedtaket har flere punkter, men det sentrale for denne planen er en anerkjennelse av behov for å dreie fokus for kommunens pleie- og omsorgstjenester fra institusjon til heldøgns omsorg. Denne planen analyserer dagens tjenestetilbud og anbefaler en rekke tiltak for å oppnå en dreining fra institusjon til heldøgns omsorg.

Fullstendig vedtak i PS 46/2024:

- Formannskap og kommunestyre stiller seg bak kommunedirektørens vurdering der det iverksettes et prosjekt for dreining av institusjonsplasser til heldøgns omsorg.
- Vurdering kjøkkenstruktur/organisering inngår i dette arbeidet.
- Tildelingspraksis inngår i dette arbeidet
- Kommunedirektør gis fullmakt til å anskaffe ekstern bistand til utredningsarbeidet, og som prosessdriver.
- Kommunestyret er prosjekteier, noe som betyr at endelig sak/utredning skal legges frem for kommunestyret.
- Formannskapet utpekes som styringsgruppe.
- Kommunedirektøren rapporterer til styringsgruppen, og organiserer prosjektledelsen. Formannskap og kommunestyre ser at en må forskyve utredning legetjeneste til dette prosjektet er avklart.
- Formannskap og kommunestyre er innforstått med at vedtak som gjelder målbilde, jfr. kommunestyresak 5/2024, må ses i sammenheng med budsjettseminar og politiske føringer og vedtak.
- Som strakstiltak gis det fullmakt til å vurdere midlertidig pausing av inntil 12 plasser ved NBBS.
- Formannskapet ber om at det legges fram en prosjektplan på neste møte i styringsgruppen.



2.2 Organisering som prosjekt

Vedtaket over ber om at et prosjekt iverksettes. Et prosjekt kan defineres som *“et tiltak som har et avgrenset omfang, og gjennomføres én gang for å nå et gitt mål innenfor en gitt tids- og ressursramme”*¹.

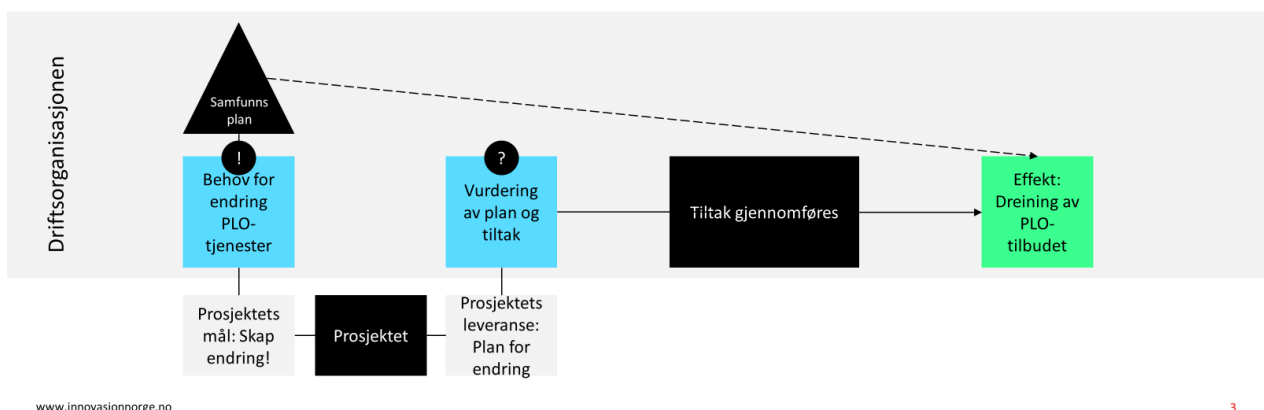
En permanent dreining i kommunens organisering av pleie- og omsorgstjenester har ikke et avgrenset omfang og må involvere en lang rekke ansatte og tjenester over en tidsramme som er krevende å definere på forhånd.

En slik dreining må planlegges og gjennomføres over tid i Nærøysunds ordinære driftsorganisasjon for pleie- og omsorgstjenester. Prosjektets oppgave, slik den er definert i prosjektplanen, blir derfor å produsere en plan for hvordan en permanent dreining kan gjennomføres. Produksjonen av en slik plan er et tiltak med et avgrenset omfang og med de øvrige kjennetegn for et prosjekt gitt definisjonen over.

Prosjektet har tatt i bruk en prosjektmetodikk kalt [“PLP” som er utviklet av Innovasjon Norge](#). I denne metodikken kan organiseringen illustreres slik:



Prosjekt som et verktøy for endring



3

2.3 Prosjektets avgrensning

Prosjektets oppgave er avgrenset til å levere en plan for hvordan pleie- og omsorgstjenestene (PLO) kan dreies fra institusjon til heldøgns omsorg. Det er

¹ Definisjon fra Store Norske Leksikon: [prosjekt – Store norske leksikon \(snl.no\)](https://snl.no/prosjekt)





driftsorganisasjonen som må gjennomføre endringene og realisere effekten av tiltakene. Det er også driftsorganisasjonen som må vurdere hvilke tiltak (foreslått i planen) den har vilje og evne til å gjennomføre.

En PLO-plan bør kompletteres med ytterligere fagplaner innen kommunale helsetjenester og kommunale tjenester generelt. For at PLO-planen skal få best mulig effekt bør den generelt følges opp av:

- Plan for fastlegetjenesten
- Rehabiliteringsplan
- Folkehelseplan

I tillegg vil PLO-planen lansere tiltak som innebærer videre utredning av fagområder og organisering.

2.4 Prosjektorganisering

Prosjektet har vært organisert i tråd med vedtak PS 46/2024. Formannskapet har utnevnt en mindre arbeidsgruppe med et dedikert ansvar for å styre prosjektet, men alle sentrale beslutninger har vært tatt i samlet formannskap. Denne arbeidsgruppen har bestått av ordfører Amund Hellesø samt Petter Stevik og Steinar Aspli, begge medlemmer av formannskapet. Arbeidsgruppens rolle har vært å følge prosjektet tett og fortløpende gi tilbakemelding til prosjektledelsen. I tillegg har den forberedt den politiske behandlingen med formål om at planen skal få en mest mulig helhetlig behandling og unngå politisk debatt om enkelttiltak i planen.

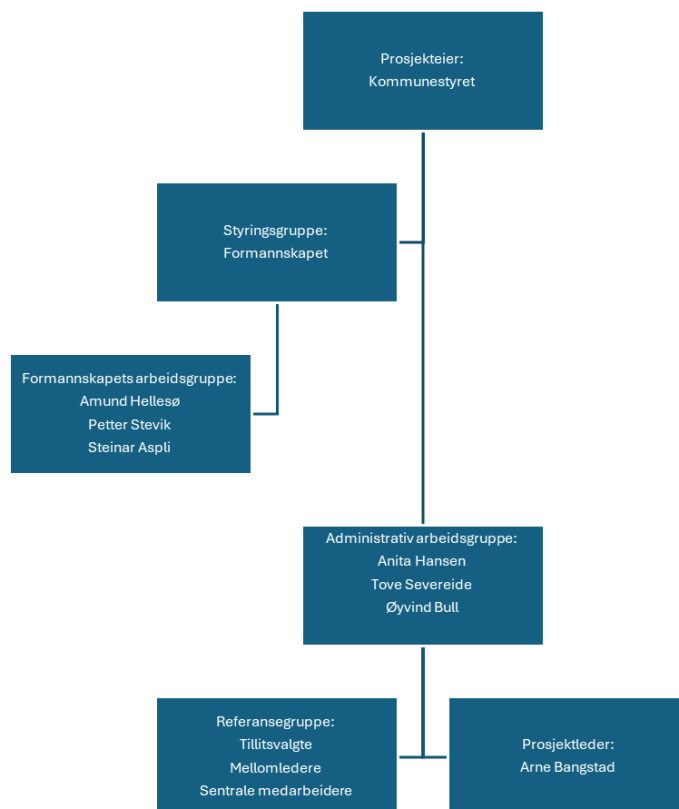
Administrativt har prosjektet vært ledet av ledere i pleie- og omsorgstjenesten. Dette har vært viktig for å sikre at de foreslåtte tiltak i planen er vurdert som mulig å gjennomføre med god effekt. Den administrative arbeidsgruppen har hatt tre medlemmer, men har også benyttet en utvidet prosjektgruppe bestående av avdelingsledere for å forankre beslutninger og ha en så bred dialog som mulig.

Prosjektet har engasjert en prosjektleder i 50% stilling. Dette har sikret fremdrift i arbeidet og at planen fortløpende kunne utvikles.

I tillegg har prosjektet valgt å opprette en referansegruppe. Denne har bestått av representanter fra brukergrupper, tillitsvalgte, mellomledere og medarbeidere med særlig kompetanse. Gruppen har gitt råd og veiledning til prosjektet, men har ikke fattet formelle



beslutninger. Gruppen har vært en god arena for informasjonsutveksling og vurdering av effekt for ulike tiltak.



2.5 Sentrale aktiviteter i prosjektet:

Prosjektets aktiviteter har vært konsentrert om møter med ulike ansatte. Prosjektet har arbeidet hurtig for å sikre at foreslåtte tiltak kan oppnå finansiering i budsjett og økonomiplan for 2025.

Prosjektleder startet i 50% stilling 5. august og har fortløpende møter med administrativ arbeidsgruppe. Gruppen har møttes ukentlig i hele prosjektperioden.

- 27. august ble det arrangert en oppstartsamling med bred deltakelse fra ledere, ansatte og representanter fra frivillige organisasjoner innen helse (Mental Helse, LHL, Demensforeningen, Sanitetsforeningen m. fl.).
- 29. august ble styringsgruppen (formannskapet) for prosjektet orientert om status i arbeidet.





- 9. september ga prosjektgruppen (avdelingsledere) sine innspill til mulige tiltak. Innspillene var en oppsummering av dialog med ansatte på de respektive avdelinger.
- 10. september fikk styringsgruppens arbeidsgruppe en orientering om første utkast av planen og umiddelbare tilbakemeldinger.
- 13. september fikk Eldrerådet en orientering om første utkast.
- 17. september ble første utkast presentert for styringsgruppen (formannskapet)
- 18. september ble første utkast presentert for referansegruppen (representanter fra frivillige organisasjoner innen helse). Til stede var Eldrerådet, Ottersøya & omegn Pensjonistforening og Nærøysund Revmatikerforening.
- 24. september ble første utkast presentert til kommunestyret som en orienteringssak.
- 17. oktober ble andre utkast presentert for styringsgruppen (formannskapet).



3.0 KOSTRA-analyser

I planen er det naturlig å benytte statistikk og datagrunnlag fra KOSTRA:

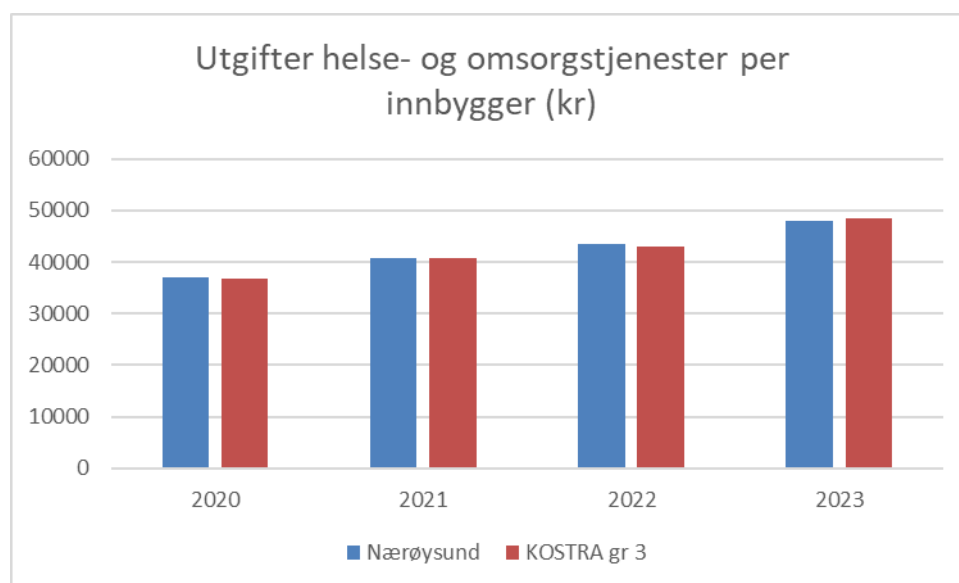
“KOSTRA er en forkortelse for kommune-stat-rapportering. Gjennom KOSTRA sender alle norske kommuner og fylkeskommuner inn tall fra sine tjenesteområder til Statistisk sentralbyrå.”

Et sentralt element i anvendelsen i disse tallene er mulighetene til å sammenligne med andre kommuner og sette egne tall i perspektiv. Inndeling av grupper av sammenlignbare kommuner gjennomgikk en større revisjon fra 2020 og Nærøysund er nå plassert i gruppe 3.

Kostragruppe 3 er kommuner med 2 000 – 9 999 innbyggere, lave bundne kostnader og høye, korrigerte inntekter. Foruten Nærøysund er Hadsel, Hol, Frøya, Hitra, Vardø, Vadsø, Nordkapp og Porsanger med i gruppen.

I denne gruppen er det en rekke nøkkeltall som gir viktig innsikt i utviklingen i pleie- og omsorgssektoren:

3.1 Økende utgifter for kommunale helse og omsorgstjenester per innbygger

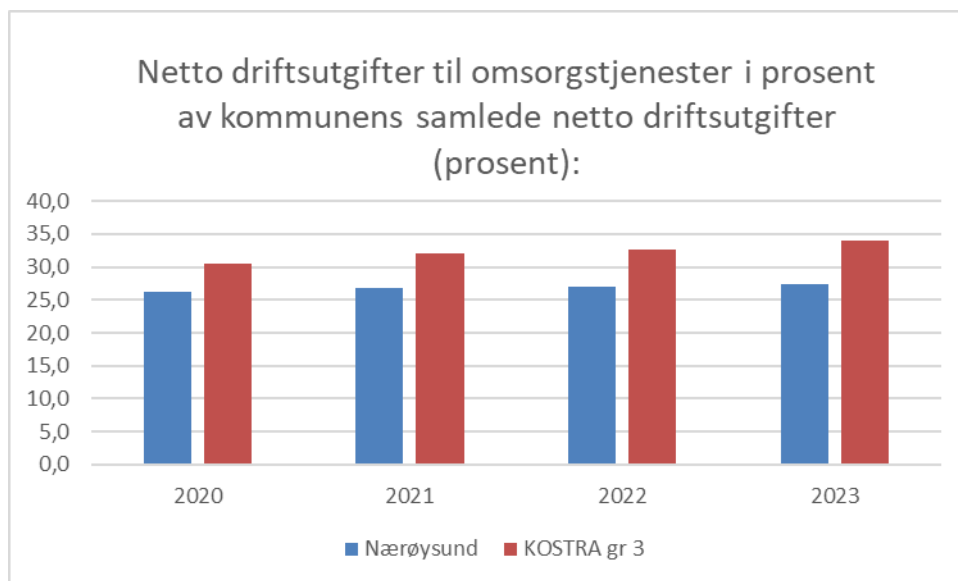


Tabellen ovenfor viser en tydelig kostnadsøkning for helse og omsorgstjenester per innbygger. Fra 2020 til 2024 har økningen vært ca 30% og økningen er relativt lik for Nærøysund og KOSTRA-gruppe 3. 30% økning på 4 år er således ikke unikt for Nærøysund og er ikke et uttrykk for at kostnadsveksten skyldes dårlig drift eller unaturlig høyt tjenestenivå generelt.



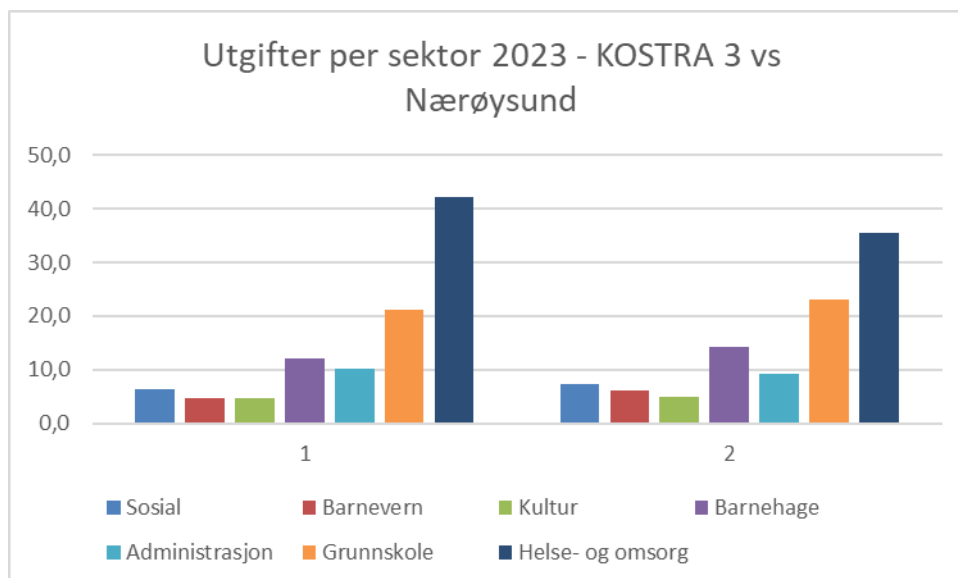
Fordi økningen er relativ ordinær sammenlignet med andre kommuner, er det liten grunn til å tro utviklingen vil endres vesentlig de nærmeste år. Økningen er naturlig fordi flere av kommunenes innbyggere trenger slike tjenester, men også fordi flere innbyggere trenger tjenester over lengre tid. Et godt helsetilbud fører til at flere lever lengre med sykdom.

3.2 Nærøysund bruker noe mindre midler på pleie og omsorg enn sammenlignbare kommuner



Samtidig som kommunens utgifter øker per innbygger har Nærøysund kommune hatt en stabil utvikling på andelen av kommunens samlede utgifter. Dette kan forklares med kommunens jevnt økende inntekter i samme periode. Sammenlignet med KOSTRA-gruppe 3 har Nærøysund brukt økte inntekter på andre tjenester enn omsorg. I 2023 brukte Nærøysund 27,3 % av samlede driftsutgifter på omsorgstjenester mens gjennomsnittet hos de andre kommunene i KOSTRA-gruppe 3 var 34,1 %.

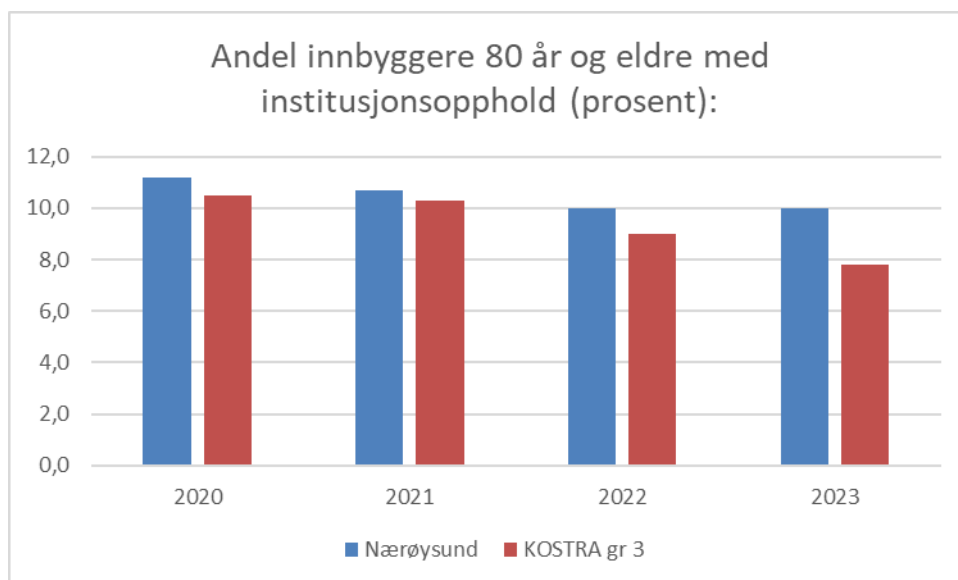




Diagrammet ovenfor viser de største sektorene i kommunal drift og deres andel av netto driftsutgifter. Kostragruppe 3 er samlet under tallet 1 mens Nærøysunds utgifter er under tallet 2. Den blå stolpen er høyere enn ved forrige diagram fordi den, i tillegg til pleie og omsorg, inkluderer andre helsetjenester som fastlegetjenesten og helsestasjon.

Diagrammet viser at Nærøysund bruker mindre enn sammenlignbare kommuner på helse og mer på grunnskole, barnehager, barnevern og sosiale ytelser.

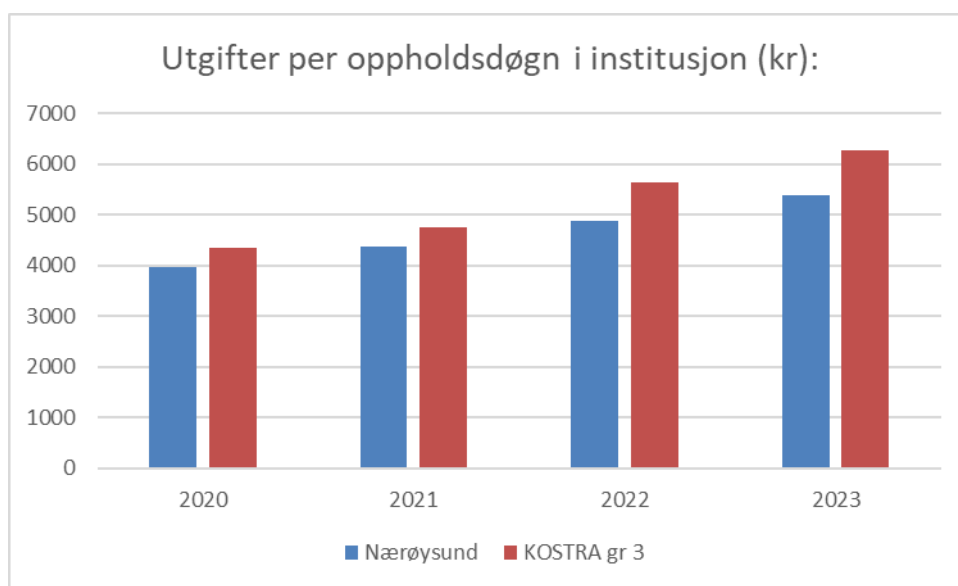
3.3 Mange innbyggere på institusjon i Nærøysund, men stram drift av slike plasser



Grafikken over viser at Nærøysund har en relativ høy andel av innbyggerne over 80 år på institusjon. Andelen har vært stabilt høy mens sammenlignbare kommuner har hatt en synkende andel. Årsaken er to-delt; de andre kommuner gir en høyere andel av sine omsorgstjenester i andre boformer samtidig som de har en svak reduksjon av antall institusjonsplasser.



Dekningsgrad blir ofte brukt som en parameter for å planlegge og bemanne institusjonsplasser i en kommune. I denne sammenheng betyr dekningsgrad hvor mange institusjonsplasser kommunen har i forhold til antallet innbyggere 80 år og eldre. Denne planen legger til grunn at kommunen, etter vedtak PS 46/2024, har 74 institusjonsplasser. I 2024 gir dette en dekningsgrad på 14 %. Tabellen ovenfor er noe misvisende grunnet at andre tall er innberettet til KOSTRA.



Grafikken ovenfor viser at Nærøysund kommune har effektiv drift av sine institusjonsplasser og bruker mindre penger per oppholdsdøgn enn sammenlignbare kommuner. Årsakene kan være flere og trenger ikke være positive. Lav utgift per døgn kan også være et uttrykk for utilstrekkelig bemanning eller lav andel av faglærte. Uavhengig av årsak viser tallet at det vil være krevende å drive institusjoner mer effektivt når en sammenligner med andre kommuner i KOSTRA-gruppe 3.

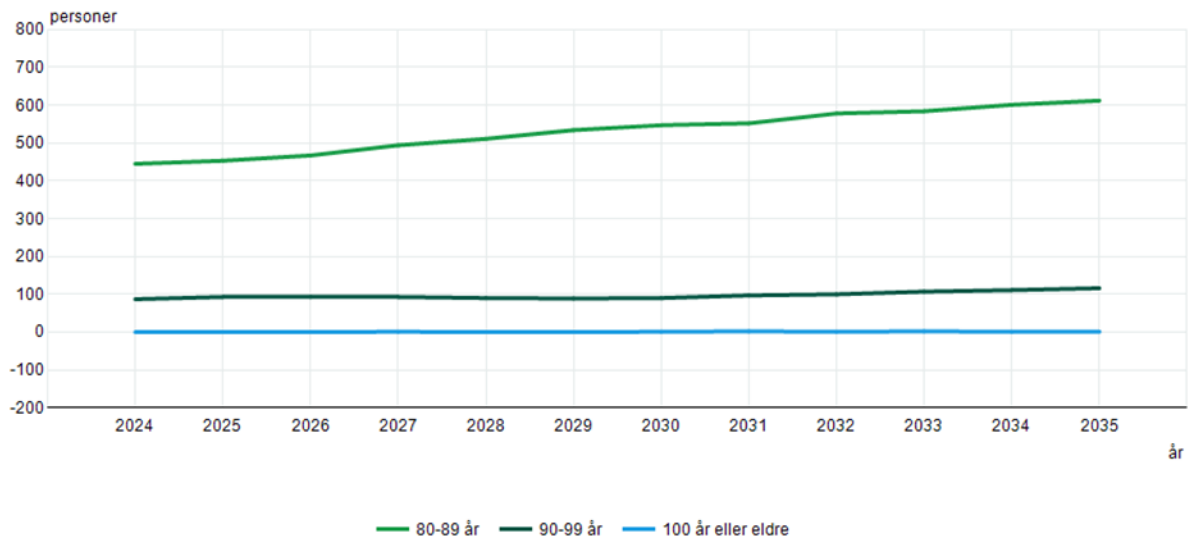




4.0 Behov for økt kapasitet i pleie- og omsorgssektoren

4.1 Hvor mange brukere vil vi få de neste 10 år?

14288: Framskrevet folkemengde 1. januar, etter alder og år. Nærøysund, Hovedalternativet (MMMM).



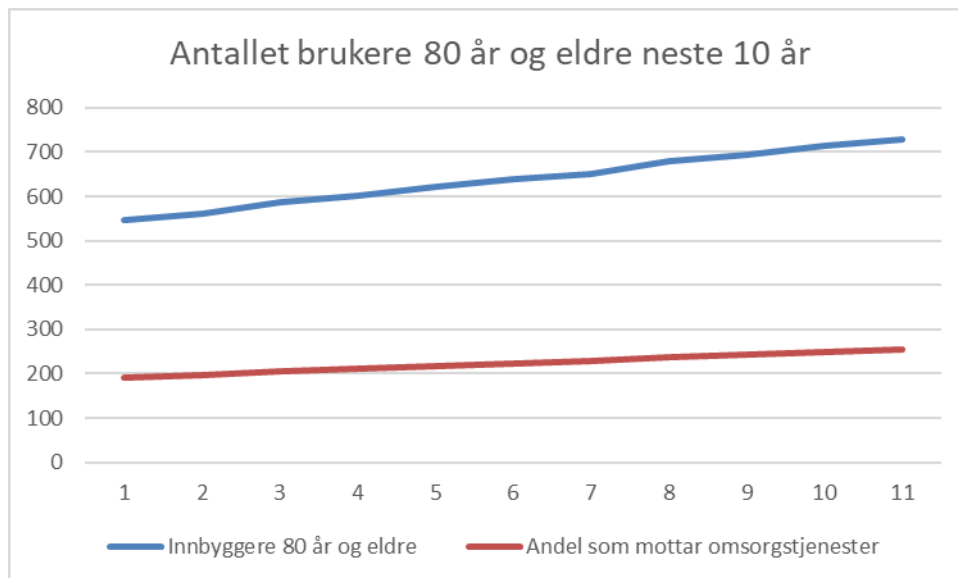
Kilde: Statistisk sentralbyrå

En framskrivning av fremtidige brukere vil alltid være beheftet med stor grad av usikkerhet og historiske data er ikke nødvendigvis den beste indikator for hva som vil skje i fremtiden. Det er imidlertid naturlig å ta utgangspunkt i SSBs befolkningsframskrivning. Spesielt for de eldre aldersgrupper har denne vist seg å ha høy evne til prediksjon fordi eldre sjelden flytter fra kommunen og forventet levealder ikke er spesifikk for kommune (forventet levealder er basert på nasjonal statistikk).

I tillegg viser statistikk fra SSB at ca 35% av innbyggere 80 år eller eldre mottar omsorgstjenester hvis de er bosatt i KOSTRA-gruppe 3.

Gitt befolkningsframskrivningen og en 35 % andel av innbyggere over år vil motta tjenester vil utviklingen i antall brukere se slik ut:





Fra 2025 til 2035 vil antallet brukere i denne aldersgruppen øke fra 191 i 2025 til 255 i 2035. Dette tilsvarer en økning på 33 %.

4.2 Økning i kapasitet uten økt bemanning

33 % økning fra det som allerede oppleves som et høyt aktivitetsnivå vil sette PLO-sektoren i Nærøysund kommune under press. Helsepersonellkommisjonen har, i sin rapport, redegjort for at økningen ikke kan møtes med en tilsvarende økning i bemanning og at det vil bli krevende å beholde dagens bemanningsnivå. Mange av dagens ansatte i PLO-sektoren vil bli pensjonister i den samme periode og yngre årskull er færre enn de årskull som er i ferd med å pensjonere seg.

“Helsepersonellkommisjonen vurderer at helse- og omsorgstjenestenes andel av samfunnets totale arbeidsstyrke ikke kan øke vesentlig. Fordi personell allerede er et knapphetsgode, og i enda større grad vil være det fremover, må helse- og omsorgstjenesten bruke personellet og deres kompetanse mye mer effektivt enn før. Det blir færre ansatte per pasient.”

Kommisjonens vurdering er også gjeldende for Nærøysund kommune. En økning i kapasitet må derfor skje på samme måte som for resten av landet og i tråd med kommisjonens vurderinger

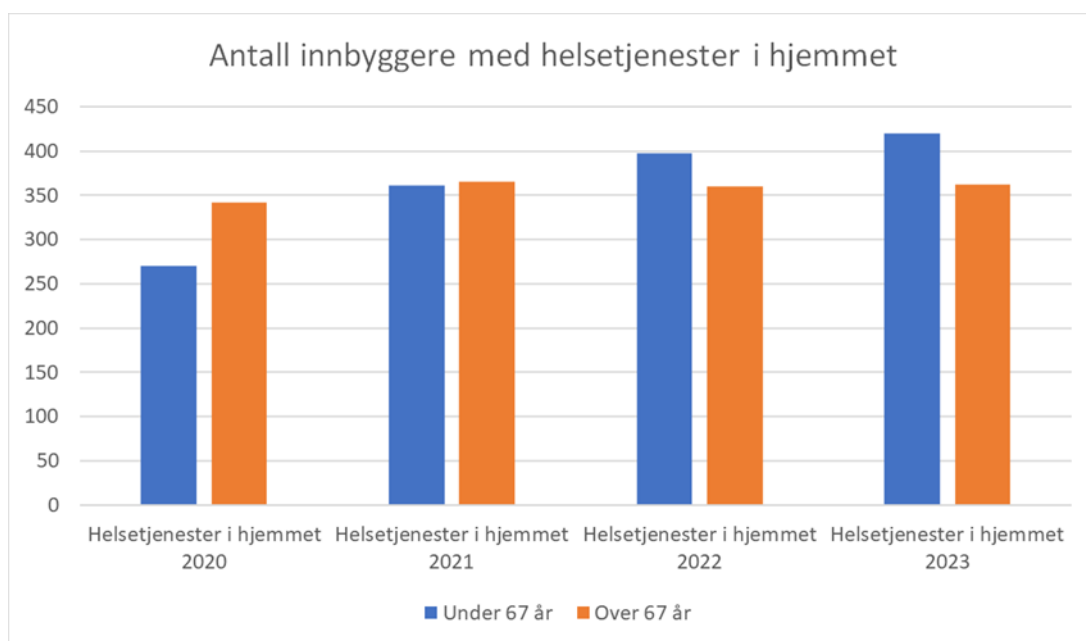
“I tiden fremover vil faglig utvikling, befolkningens og pasientenes forventninger og politiske intensjoner og vedtak måtte oppfylles uten vesentlig flere ansatte. Økes antallet ansatte i ett tjenesteområde, blir det reduksjon i sysselsettingen et annet sted. Nye satsinger og ny politikk må derfor ha som hovedmålsetning å redusere arbeidskraftsbehovene. Da vil produktiviteten kunne øke. Det kan oppnås gjennom investeringer i bygg, medisinsk-



teknologisk utstyr og brukervennlige digitale løsninger, samt bedre oppgavedeling og bedre organisering i tjenestene.”

Denne planen søker å identifisere og planlegge hvordan kapasiteten i PLO-tjenestene kan økes samtidig som behov for arbeidskraft reduseres.

4.3 60% økning av antall innbyggere under 67 år som mottar helsetjenester (yngrebølgen)



Diagrammet ovenfor viser at andelen tjenestemottakere under 67 år har økt med 60 % over de siste 4 år og overgår økningen i antall brukere 80 år og eldre.

Årsaken til denne økningen er sammensatt og ikke unik for Nærøysund kommune. I egen rapport publisert av KS i 2021 med tittelen “Årsaker til kostnadsvekst i pleie og omsorg” påpekte forfatterne kostnadsvekst knyttet til nasjonale faktorer:

“Et gjennomgående trekk i datamaterialet er imidlertid at endringer blant annet i lovverk som ble satt i verk før 2017, som Samhandlingsreformen fra 2016 (men som ble gradvis iverksatt fra 2012), og Brukerstyrt personlig assistanse fra 2015, ga utslag et par år etter at lovendringene trådte i kraft. I tillegg har HVPU-reformen gitt forsterket utslag med tanke på brukere som passerer 67 år, og med det har mistet grunnlaget for statlig refusjon. Rettigheter som har vært kjempet frem for noen brukergrupper, har etter hvert blitt svært kostnadskrevende for mange kommuner. Likevel øker kommunenes egenandel til ressurskrevende tjenester. Ledere i noen casekommuner uttrykte derfor bekymring for at



tjenester som er rettighetsfestet, kan bli så kostnadskrevende at de går på bekostning av tjenester til andre, som for eksempel eldre med store bistandsbehov.”

Slike faktorer kan vanskelig påvirkes av Nærøysund kommune alene, men det er grunn til å påpeke at en fortsatt kostnadsvekst på linje med 4 siste år vil utvilsomt lede til den situasjon som påpekes til slutt i sitatet ovenfor – at rettighetsfestede tjenester til ressurskrevende brukere går på bekostning av generelle tjenester til eldre.

Det vil imidlertid være interne forhold i Nærøysund kommune som kan forklare noe av kostnadsveksten, men dette krever en nærmere analyse. Denne planen foreslår at en slik analyse gjennomføres, men uten at den nødvendigvis inkluderes i det generelle planverket til PLO-sektoren. Årsaken er at en slik analyse vil inkludere forhold knyttet til brukere som står i fare for å identifiseres og at grupper av brukere kan føle seg stigmatisert. I den ovennevnte rapporten ble interne faktorer oppsummert slik:

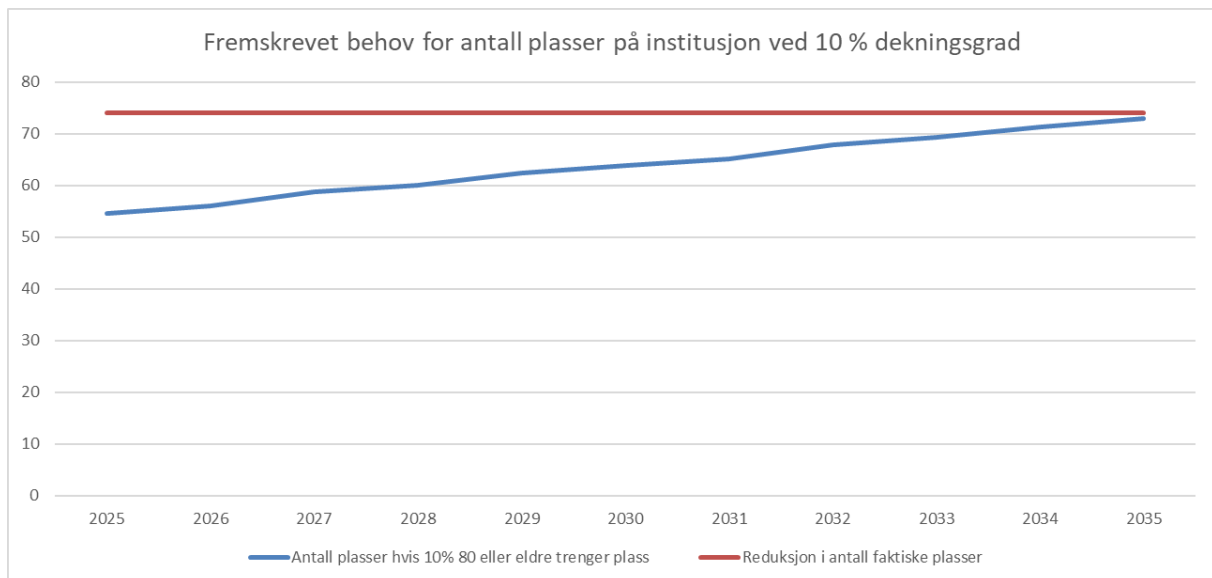
“Forklaringer bak kostnadsveksten finnes delvis internt i den enkelte kommune, knyttet til faktorer som alderssammensetning, og fysisk og mental helsetilstand i befolkningen. Tilgang på kompetanse og geografiske så vel som organisatoriske forhold har også betydning. Flere kommuner har for eksempel kjøpt kostbare løsninger fra private leverandører for å ta ivare innbyggers behov og for å fylle kompetansekrav.”

Det er mulig at disse faktorene også er gjeldende for Nærøysund kommune, men dette krever en nærmere analyse.

4.4 Høyere dekningsgrad for institusjonsplasser enn nødvendig

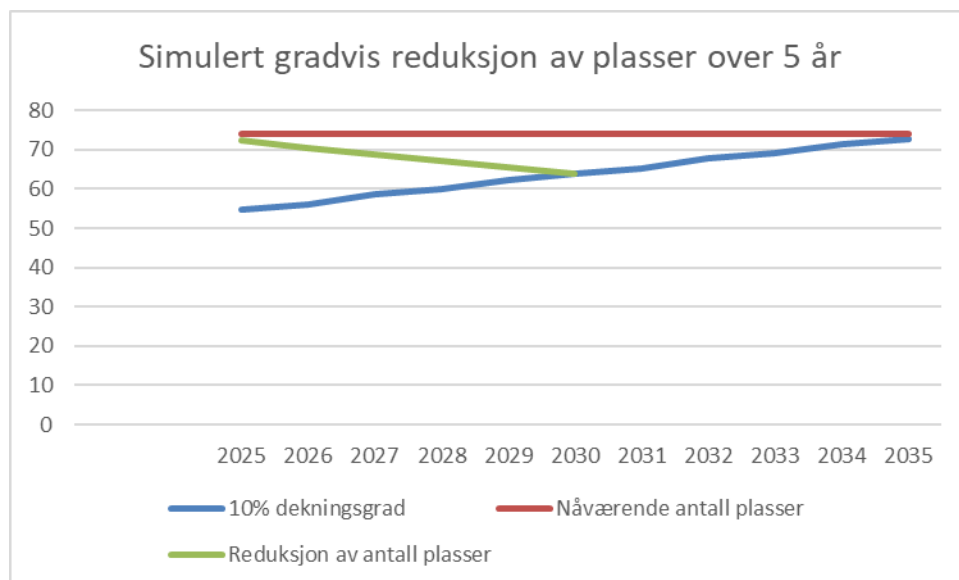
Planen har, i kapittel 3, etablert at Nærøysund har flere institusjonsplasser enn sammenlignbare kommuner. Sammenligningen tar utgangspunkt i dekningsgrad for kommunens innbyggere som er 80 år og eldre. I Nærøysund er slik dekningsgrad 14 % mens den i KOSTRA-gruppe 3 er 7,8 %. Det er ingen medisinsk-faglige årsaker til at Nærøysund bør ha høyere dekningsgrad enn andre kommuner.





Diagrammet ovenfor viser antallet plasser på institusjon gitt 10 % dekningsgrad (blå linje) vs faktisk antall plasser (rød linje) uten ytterligere reduksjon av plasser. Diagrammet illustrerer at økningen i antallet eldre vil kreve stadig flere plasser gitt 10% dekningsgrad, men de to linjer vil ikke møtes før ved utløpet av planperioden. Gitt kommunens økonomi og behov for å bruke kompetanse mer effektivt vil det være uklok ressursstyring å fortsette dagens nivå på institusjonsplasser.

4.5 Gradvis reduksjon av institusjonsplasser samtidig med økt tilbud av andre boformer



Diagrammet ovenfor viser en simulert, gradvis reduksjon av antall plasser. Et vedtak om innvilget langtidsopphold på institusjon kan i praksis ikke omgjøres. Innbyggeren må da bo på institusjon livet ut. Dette setter en naturlig begrensning på hvor hurtig antallet institusjonsplasser kan reduseres. Gjennomsnittlig oppholdstid på institusjon i Nærøysund er 626 dager eller 1,7 år.



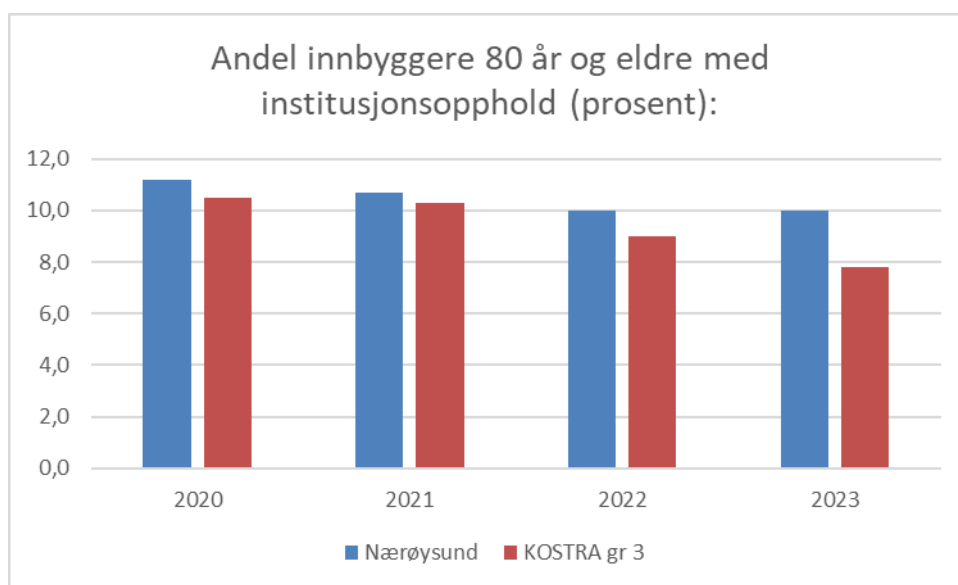
En lineær reduksjon av 1,7 plasser på 8 år er en teoretisk øvelse. Hva som i praksis vil skje kan ikke forutses i denne planen, men det er sannsynlig at reduksjon i institusjonsplasser vil skje i "rykk og napp" og en vurdering av kostnadsreduksjon på institusjon må gjøres hvert år i forbindelse med behandling av budsjett- og økonomiplan.

Samtidig må innbyggere som i dag får tildelt plass på institusjon få et annet botilbud. Etablering av slike tilbud vil ta noe tid og setter også en begrensning på hvor hurtig reduksjon av plasser kan gjennomføres.

Illustrasjonen over viser at en gradvis reduksjon de neste fem år uansett vil måtte erstattes med en gradvis utbygging tilbake til samme antall institusjonsplasser som i dag for å beholde 10% dekningsgrad. Samtidig må kommunen fortsatt bygge ut sine andre botilbud gitt økningen i antall eldre totalt sett.

4.6 Reduksjon av antall institusjonsplasser ikke unikt for Nærøysund

I ovennevnte rapport publisert av KS i 2021 med tittelen "Årsaker til kostnadsvekst i pleie og omsorg" dokumenterte at "norske kommuner har i en lengre tidsperiode bygget ned institusjonstilbudet og bygget opp hjemmebaserte tjenester."





Slik nedbygging har også skjedd i KOSTRA gruppe 3 som i Nærøysund kommune. Den røde stolpen i diagrammet ovenfor viser en gradvis reduksjon i dekningsgrad for gjennomsnittet av KOSTRA gruppe 3; fra 10,2 % i 2020 til 7,8 i 2024 (Diagrammet ovenfor er noe misvisende for Nærøysund grunnet at andre tall er innberettet til KOSTRA).

4.7 Økning i kapasitet for andre heldøgns tjenester er ikke selvsagt – forventninger bør justeres

Analysen i denne planen viser at antallet brukere med stort omsorgsbehov vil øke med ca 30% frem til 2035. Tjenester til disse brukerne skal leveres i andre former for heldøgns omsorg enn opphold på institusjon. I pkt 4.2 blir det dokumentert at økningen i kapasitet ikke kan skje med økt bemanning.

Planen skisserer en rekke tiltak (kapittel 8) for at slike tjenester skal leveres med, relativt sett, færre ansatte per bruker enn hva som er tilfellet i dag. Det må understrekes at tiltakene ikke automatisk vil ha den tiltenkte effekt og Nærøysund kommune må fortløpende evaluere tiltak. Det er også grunn til å understreke at en 30% økning i kapasitet uten økt bemanning er en meget krevende målsetning. Det er planens forutsetning at nivået på tjenestene ikke endres i vesentlig grad, men innbyggerne bør forberedes på et risikoen for et lavere tjenestenivå er betydelig og at det er ingen grunn til å forvente et økt tjenestenivå i planperioden.

4.8 Økonomisk sammenheng mellom institusjon og heldøgns omsorg

Omsorgstjenestene er i stor grad offentlig finansiert. Selv om brukerne på langtidsopphold ved sykehjem betaler omtrent 75-85 prosent av sine inntekter (inkl. pensjon og øvrige trygdeytelser, fratrukket et mindre fribeløp) til kommunen i egenandel, dekker dette kun 11 prosent av kommunenes totale utgifter til institusjonstjenesten.

En **institusjonsplass** er kostbar av flere årsaker:

- Personellkostnader: Institusjoner krever høyt kvalifisert personale, inkludert leger, sykepleiere, terapeuter og annet helsepersonell. Lønninger og opplæring for disse fagfolkene utgjør en betydelig del av kostnadene.
- Spesialiserte tjenester: Institusjoner tilbyr spesialiserte tjenester som krever avansert utstyr og teknologi, samt spesialiserte behandlingsprogrammer.
- Driftskostnader: Vedlikehold av bygninger, forsyninger, mat, og andre daglige driftskostnader kan være høye. Dette inkluderer også sikkerhetstiltak og andre nødvendige fasiliteter.
- Individuell omsorg: Institusjoner må ofte tilby individuell omsorg og tilpassede programmer for hver enkelt beboer, noe som kan øke kostnadene betydelig.





- Regulerings og standarder: Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie setter en rekke krav som er kostnadskreven. Merk at denne forskriften gjelder alle former for heldøgns omsorg.

En omsorgsbolig med heldøgns omsorg er rimeligere av flere årsaker:

- Personellkostnader: Heldøgns omsorg i bolig krever også høyt kvalifisert personell, men pasienten beholder egen fastlege. Tilknyttet sykepleier avtaler faste besøk og mye omsorg kan ytes på faste tidspunkt.
- Heldøgns omsorg ytes først og fremst til brukere med et fullt utredet symptombilde og relativt stabil helsesituasjon
- Vedlikehold av bygning dekkes i høy grad av husleie. Mat kjøpes inn av beboer selv, enten i form av matombringing eller eget hushold.
- Individuell omsorg: Like individuell som for institusjon, men brukeren er noe friskere og det er derfor noe mindre tidkrevende å yte slik omsorg.
- Regulerings og standarder: Samme forskrift og samme krav til kvalitet på tjenesten

4.9 Hvordan kan brukere som i dag bor på institusjon i fremtiden få samme kvalitet på tjenesten ved heldøgns omsorg i bolig?

Når kommunen reduserer antall plasser i institusjon må nødvendigvis brukere som i dag får innvilget plass i stedet få tilbud om heldøgns omsorg i bolig i fremtiden. Det er viktig å understreke at dette ikke betyr at brukeren får et dårligere tilbud, men et tilbud som er mer tilpasset brukerens behov. Brukeren blir i dag tilbudt institusjonsplass fordi kommunen mangler tilrettelagde boliger for pasienter med relativt store hjelpebehov, men som har stabil helse, er godt utredet, sover og spiser godt og selv styrer egen døgnrytme og eget liv. Denne kategorien av brukere vil få høyere livskvalitet ved å bevare egen autonomi og ikke unødvendig leve på en institusjon blant sykere pasienter og med mindre privatliv.



5.0 Planens mål

Planen er, i stor grad, basert på nasjonale rapporter og utredninger som beskriver de samme utfordringer som Nærøysund kommune opplever.

NOU 2023: 4 “Tid for handling” avgitt 2. februar 2023 fra Helsepersonellkommissjonen er den klart mest sentrale og autoritative av nasjonale rapporter og utredninger. Denne planen kan i stor grad leses som en lokal tilpasning av de tiltak som foreslås av kommissjonen. Denne planen har også, fullt ut, akseptert og tilsluttet seg den beskrivelse av nåværende og fremtidige utfordringer som kommissjonen legger til grunn.

5.1 Kommuneplanens samfunnsdel

Under satsningsområdet “Gode liv i Nærøysund” har samfunnsdelen noen kulepunkter som er spesielt relevante for denne plan:

- Legge til rette for varierte, trygge og tilpassede bomiljø som hensyntar alder, funksjonsevne og sosial bakgrunn
- Ha tilgjengelige og tilpassede helsetilbud med fokus på fysisk og psykisk helse

Formålet med denne planen er klart i samsvar med disse kulepunkt. En dreining fra institusjon til andre former for heldøgns omsorg vil kunne sikre at innbyggere får tilgang til tilpassede bomiljø. Det er også en klar målsetning om at tilgjengeligheten for helsetilbud vil øke i tråd med behov ved å gjennomføre de tiltak som er foreslått.

5.2 SMART-metodikk

Målene nevnt ovenfor er politiske formuleringer, men er lite målbare og lite egnet for ansvarliggjøring av måloppnåelse. Det er derfor krevende å oppnå enighet om målet er nådd eller ikke.

Denne planen foreslår derfor en konkretisering av målene nevnt i kommuneplanens samfunnsdel. Planen har benyttet [SMART-metodikken](#) for å formulere konkrete mål. Denne metodikken setter fem krav til målet:

Spesifikt – hva er det helt presist vi ønsker å nå? ” ” ” ” ”

Målbart – kan organisasjonen faktisk vite om målet er nådd?

Ambisiøst/Attraktivt – deler hele organisasjonen målet og er det ambisiøst?

Realistisk – har organisasjonen faktisk de nødvendige ressurser for å nå målet?

Tidsbestemt – når skal målet oppnås?



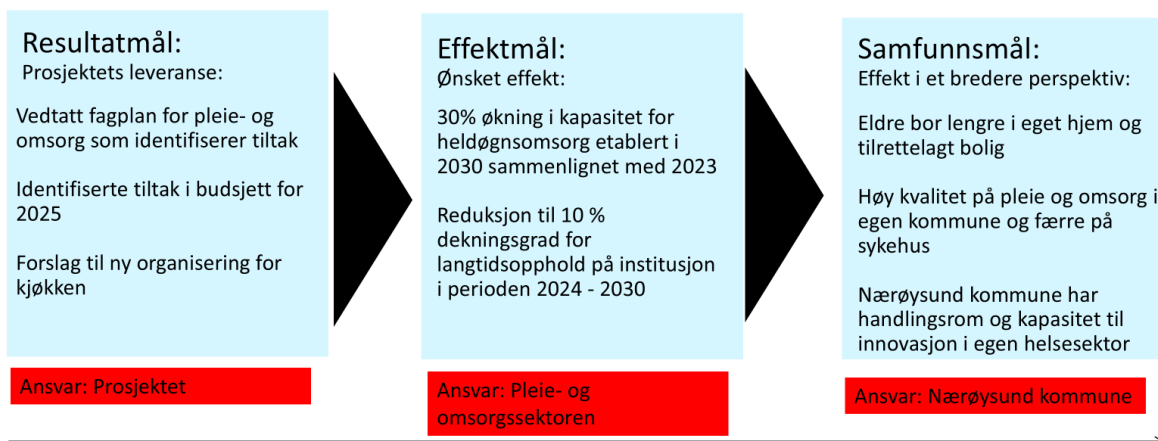
Det er anerkjent som god prosjektmetodikk å sette mål i sammenheng med hverandre. Resultatmål er hva prosjektet skal levere og formulere i denne plan mens effektmål er den effekt kommunen ønsker å oppnå ved å gjennomføre de tiltak beskrevet i denne plan.

Det er avgjørende at denne planen aktivt blir tatt i bruk av pleie- og omsorgssektoren i kommunen for å kunne oppnå langsiktig effekt.

Målene for prosjektet kan fremstilles slik:

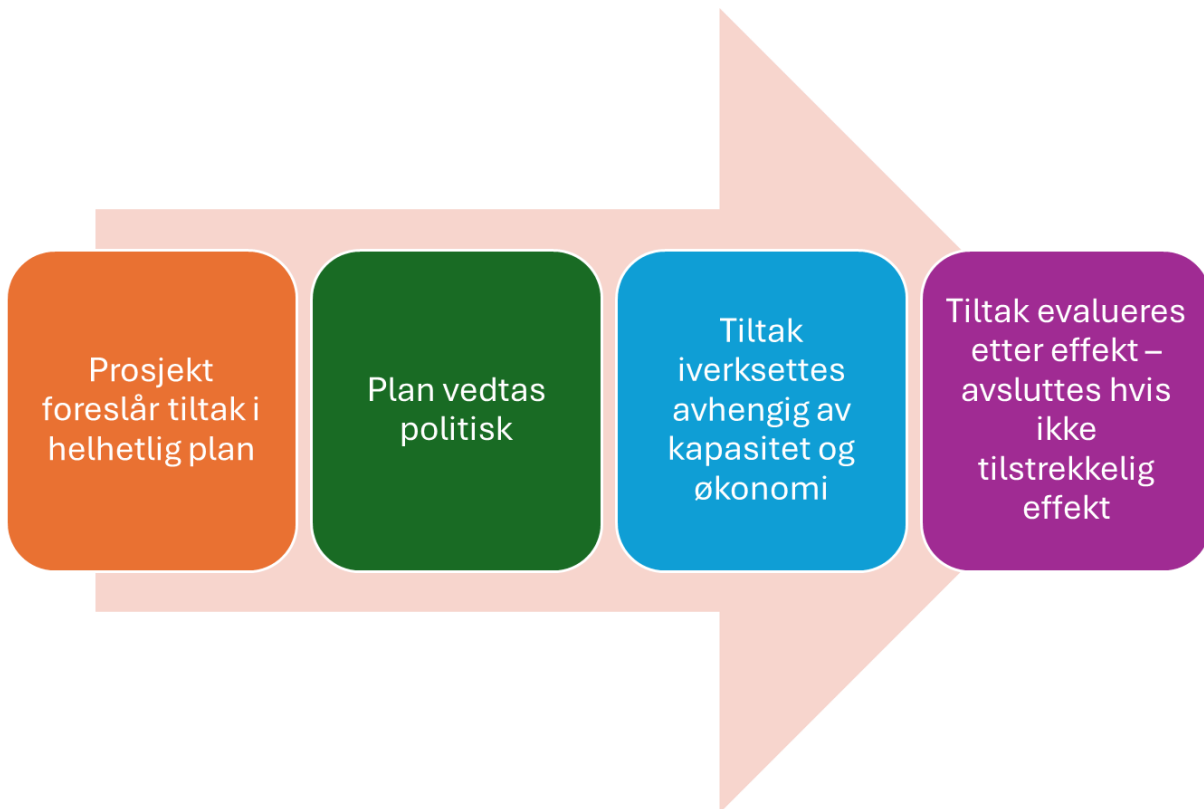


Planens mål og sammenheng mellom ulike mål



I illustrasjonen ovenfor er det særlig effektmålene som er sentrale. Det er denne planens samlede tiltakspakke som skal resultere i målbare effekter. Rekkefølgen av aktiviteter kan illustreres slik:

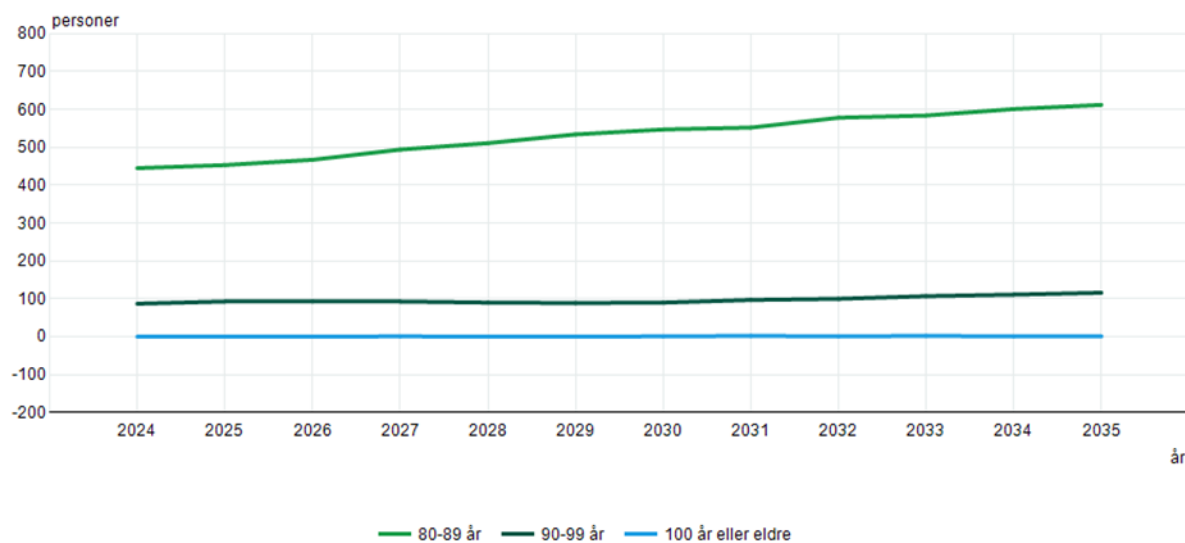




5.3 30% økning i kapasitet for heldøgnsomsorg etablert i 2030

SSBs befolkningsframskriving for Nærøysund viser at antallet eldre over 80 år i kommunen vil stige jevnt i tiden fremover og i 2035 vil det være 729 innbyggere over 80 år. Dette tilsvarer en økning på 37 %.

14288: Framskrevet folkemengde 1. januar, etter alder og år. Nærøysund, Hovedalternativet (MMMM).



Kilde: Statistisk sentralbyrå





Det er derfor et klart relevant mål for kommunen å øke sin kapasitet for å gi heldøgns omsorg. Det er likevel grunn til å understreke at målet inneholder en betydelig usikkerhet og det er krevende å estimere fremtidige tjenestebehov. Heldøgnsomsorg er uavhengig av bosted (se nærmere definisjon under pkt 4.1).

Målet tilfredsstiller SMART-metodikken:

Målet er spesifikt og kan måles gjennom å registrere antallet mottakere av heldøgns omsorg. Det er all grunn til å forvente at antallet mottakere vil stige gitt økningen i antall eldre over 80 år. Målet er ambisiøst da en økning på 30% vil representere en betydelig kapasitetsøkning. Målet er attraktivt og har stor oppslutning i organisasjonen.

Realismen i målet er kanskje det mest krevende kriteriet og det er usikkert om organisasjonen har de nødvendige ressurser. Det vil være krevende for Nærøysund kommune å prioritere slik at de nødvendige ressurser blir tilgjengelig, både økonomisk og personellmessig. Målet krever også betydelige endringer i arbeidsflyt, organisering av tjenester og innfasing av ny teknologi. Dette krever igjen stor endringskapasitet og ledelsesressurser samtidig som tjenesten allerede opplever knapphet på personell.

Målet er tidsbestemt til 2030 med en 30% økning i kapasitet. Framskrivningen ovenfor varer til 2035 med en varslet økning på 37% i antallet eldre over 80. Forskjellen er begrunnet i flere forhold:

- a. Planens tiltak skal ha effekt innen utløpet av 2030. Innen den tid vil beskrevne tiltak i denne plan være utdaterte og planen bør revideres med nye tiltak
- b. Det er en nær, men ikke direkte, sammenheng med antall brukere av PLO-tjenester og antallet eldre over 80 år. Det kan forventes at et lavere antall eldre over 80 år vil trenge slike tjenester, men samtidig viser [studier](#) at en betydelig og økende andel av PLO-kostnader kan knyttes til den såkalte "yngrebølgen". I en artikkel i magasinet "Sykepleien" uttaler professor Terje P. Hagen, en av forfatterne til studien, *"at disse tallene er viktige å få frem, fordi de forteller politikerne at eldrebølgen ikke er det som vil koste kommunene mest i fremtiden. Det er «yngrebølgen» av funksjonshemmede. – Studien gir en forståelse for hvorfor det er såpass press på kommunale pleie og omsorgsplasser, sier han. Han mener det er to saker som driver utviklingen. Flere unge funksjonshemmede, mens de eldre blir sprekere. – De eldre har færre sykdommer enn tidligere, spesielt hjerte- og karsykdommer, sier han. Han mener det er økningen av psykisk syke og somatisk syke unge som vil legge beslag på kostnadene i kommunene i fremtiden."*

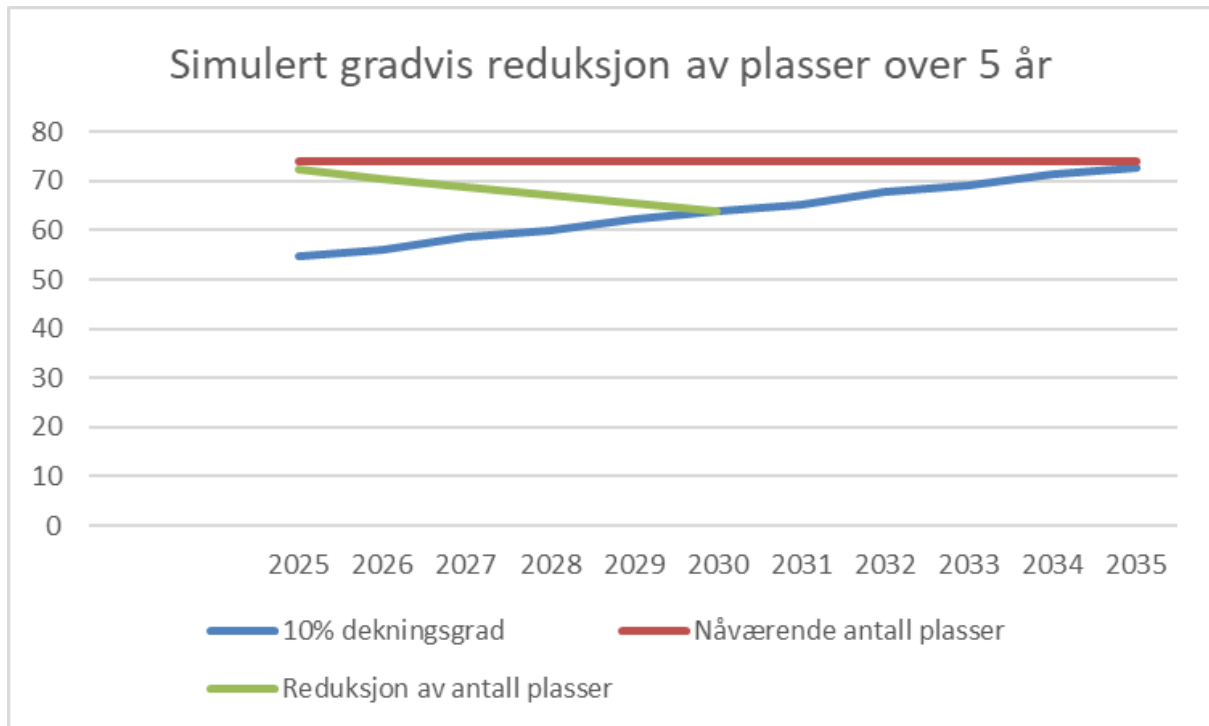
Planen foreslår derfor at Nærøysund kommune gjennomfører en egen utredning som skal analysere slik vekst i Nærøysund og foreslå konkrete tiltak for denne gruppen.





- c. 30% økning i kapasitet er et samlet mål for å ivareta en økning av både eldre og yngre med behov for tjenester fra PLO-sektoren.

5.4 Reduksjon til 10 % dekningsgrad for langtidsopphold på institusjon i perioden 2025 - 2030



Nærøysund drifter 74 sykehjemsplasser i 2024 etter vedtak i kommunestyret (PS 46/2024). Befolkningstall fra SSB viser at kommunen samtidig hadde 532 innbyggere over 80 år. Denne planen tar utgangspunkt i at tidligere politiske vedtak om reduksjon av antall plasser blir permanente.

Med 74 plasser har Nærøysund en dekningsgrad på 14 %. Det vil si at kommunen har institusjonsplass for langtidsopphold for 14 % av sine innbyggere 80 år eller eldre.

[Gjennomsnittet for KOSTRA-gruppe 3](#) er 7,8 %.

En annen måte å sammenligne sykehjemsplasser per kommune på er forholdstall; hvor mange innbyggere over 80 år kommunen har per sykehjemsplass. Målt slik har Nærøysund 5,4 innbyggere per plass. [Gjennomsnittet for kommuner med 5 000 – 9 999](#) innbyggere var i 2020 7,3 innbyggere.

Begge målemetoder har en entydig konklusjon; Nærøysund har flere institusjonsplasser enn sammenlignbare kommuner. Skal Nærøysund kommune beholde dekningsgrad for sykehjemsplasser i 2035 som i 2024 må kommunen bygge 36 nye sykehjemsplasser gitt SSBs



befolkningsframskriving for Nærøysund (se illustrasjon over). I PS 46/2024 er det et tilhørende saksfremlegg som gir en historisk analyse av institusjonskapasitet og konkluderer med at Nærøysund ligger svært høyt i dekningsgrad (antall rom på institusjon i forhold til antall eldre over 80 år). Fremlegget argumenterer for en reduksjon i antallet plasser på institusjon til fordel for andre former for heldøgns omsorg.

En plass på institusjon er det mest ressurskrevende tjenestetilbudet en innbygger kan motta fra en kommune. Kommunen har allerede vedtatt en dreining fra institusjon til andre former for heldøgns omsorg og målet er således en konkretisering av denne dreiningen. Målet innebærer at all kapasitetsøkning i Nærøysund kommune skal utgjøres av andre former for heldøgns omsorg enn plass i institusjon. Målet er i tråd med vedtaket i PS 46/2024 og innebærer en reduksjon i dekningsgrad fra 14 % til 10%.

Målet må ses i sammenheng med målet om 30% økning i kapasitet for heldøgnsomsorg etablert i 2030. Målene er gjensidig avhengig av hverandre og, samlet sett, innebærer målene en kraftig styrking av kommunens pleie- og omsorgssektor.

Målet tilfredsstiller SMART-metodikken:

Målet er spesifikt og kan måles gjennom å registrere antallet plasser på institusjon. Målet er ambisiøst fordi en kan forvente en økning i behov for pleie- og omsorgstjenester og disse behov må da tilfredsstilles ved andre typer tjenester. Dette vil øke terskelen for å få tildelt plass på institusjon og innbyggere som får tildelt plass vil ha dårligere helse og større medisinske behov enn i dag.

Det kan diskuteres om målet er attraktivt, men fra to ulike perspektiv er det klart attraktivt:

- Eldre gir, i atskillige undersøkelser, selv uttrykk for at de ønsker å bo hjemme og motta tjenester i eget hjem.
- Økonomisk sett er det klart mindre kostnadskrevenne for kommunen å yte tjenester til innbyggerne i egne hjem og i andre former for heldøgns omsorg.

Sett fra perspektivet til pårørende og ansatte kan målet fremstå som mindre attraktivt:

- Pårørende uttrykker oftere uro for om tjenestemottaker får den forventede heldøgns omsorg i andre boformer og oppfatter ofte at sykehjem gir mer trygghet for slik omsorg. Det er imidlertid ingen studier som viser at det er grunn til slik uro og i de tilfeller hvor kommuner ikke gir god omsorg skjer det like ofte på sykehjem som i andre tjenestetilbud.
- Ansatte uttrykker ofte bekymring for økt arbeidspress og økende medisinsk kompleksitet knyttet til pasienter på sykehjem når terskelen for slik plass blir høyere.



Denne bekymringen bør møtes med økt kompetanse, bedre arbeidsflyt og bedre organisering av bemanning. Denne plan inneholder tiltak med denne hensikt.

Realismen i målet er kanskje det mest krevende kriteriet og det er usikkert om organisasjonen har de nødvendige ressurser. Det vil være krevende for Nærøysund kommune å prioritere slik at de nødvendige ressurser blir tilgjengelig, både økonomisk og personellmessig. Målet krever også betydelige endringer i arbeidsflyt, organisering av bemanning og innfasing av ny teknologi. Dette krever igjen stor endringskapasitet og ledelsesressurser samtidig som tjenesten allerede opplever knapphet på personell.

Målet er tidsbestemt til 2030. På dette tidspunkt bør målet evalueres, og kommunen bør gjøre en ny vurdering av behovet for kapasitet på institusjon.





6.0 Hva er heldøgns omsorg?

I denne planen legges det til grunn forståelsen beskrevet i [Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie](#).

Forskriftens § 2-1 setter slike krav til hva en slik boform skal inneholde:

Boform etter denne forskrift skal 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.

Boformen skal være innrettet på en eller flere av følgende oppgaver:

- a. medisinsk attføring med sikte på tilbakeføring til hjemmet,*
- b. avlastning,*
- c. permanent opphold,*
- d. spesielt tilrettelagt opphold for funksjonshemmede,*
- e. skjermet enhet for senil demente,*
- f. selvstendig boenhet for barn/ungdom,*
- g. dagopphold,*
- h. nattopphold,*
- i. terminalpleie.*

Boformer organisert etter denne forskrift kan være mange og Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet [et notat](#) i samarbeid med KS som diskuterer en nærmere definisjon av begrepet "heldøgns omsorg".

Dette notatet konkluderer slik: "Helse- og omsorgsdepartementet og KS legger på denne bakgrunn en 2-trinns forståelse til grunn.

«Heldøgns»-begrepet knyttes dermed til tjenestetilbudet uavhengig av boform. Deretter vurderes boligbehovet og eventuelle krav til boligens egnethet og utforming som arena for omfattende tjenesteyting.

Heldøgns tjeneste

En person som får et heldøgns tjenestetilbud mottar helse- og omsorgstjenester - - på kveld og natt gjennom hele uka i tillegg til helse- og omsorgstjenester og/eller arbeids-, utdannings- eller aktivitetstilbud på dagtid. Som helse- og omsorgstjenester regnes også aktivt tilsyn ved bruk av kommunikasjonsteknologi eller besøk fra den kommunale helse- og



omsorgstjenesten og andre de har gjort avtale med, der det er mulig å sette inn nødvendige hjelpetiltak på kort varsel.

Bolig for beboere med heldøgns tjenestetilbud

En person som får heldøgns tjenestetilbud kan motta dette både i eget hjem, omsorgsbolig eller institusjon.

I statistisk sammenheng bør en derfor først telle opp hvor mange som mottar et heldøgns helse- og omsorgstjenestetilbud, og deretter telle opp hvor mange av dem som bor i henholdsvis institusjon, omsorgsbolig, eller eget hjem/annen bolig. Slik får en oversikt over hvor mange institusjonsplasser eller omsorgsboliger som til enhver tid benyttes til heldøgns omsorg, og samtidig hvor mange som til enhver tid mottar heldøgns tjenester i eget hjem.

Denne planen vil følge definisjonen i notatet utarbeidet av Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med KS.

6.1 Hvordan oppleves forskjell i heldøgns omsorg fra institusjon til omsorgsbolig for bruker?

Selve tjenestetilbudet er i hovedsak likt og det er få tjenester som ikke kan ytes i begge tilbud. Tilbudet i en omsorgsbolig kan være like omfattende som i en institusjon og det er ofte graden av bemanning for å yte tilbudet som avgjør hvor tilbudet skal opprettes. Eksempelvis vil en dement pasient få hjelp til morgenstell i begge tilbud, men hvis pasienten må skjermes fra andre pasienter eller er utagerende vil et slikt morgenstell kreve mer bemanning og pasienten vil bli tilbudt plass på institusjon.

I tillegg er plassering av ansvar en viktig forskjell i de to tilbud:

	Institusjon	Omsorgsbolig
Måltider	Institusjonens ansvar	Beboers ansvar, men kan bestille og betale for matombringing
Hygiene	Institusjonens ansvar	Beboers ansvar, men kan ha vedtak om bistand
Tannhelse	Institusjonens ansvar	Beboers ansvar
Fysioterapi	Institusjonens ansvar	Beboers ansvar, men kan ha vedtak om tjenesten
Medisinsk oppfølging	Sykehjemslege	Fastlege
Medisiner	Institusjonens ansvar	Beboers ansvar
Adgang for helsepersonell	Rett til privatliv	Må avtales med beboer
Innredning	Institusjonens ansvar	Beboers ansvar



6.2 Hva er ikke heldøgns tjeneste?

PLO-sektoren i Nærøysund kommune yter flere tjenester som ikke faller inn under definisjonen over:

- Praktisk bistand i hjemmet
- Kjøkken og distribusjon av mat/måltider
- Dagaktivitet for demente og/eller andre brukere som ellers ikke mottar tjenester i bolig
- Samtaler og kartlegging med og av innbyggere som ellers ikke mottar tjenester i bolig
- Fysioterapi i grupper

6.3 Øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD)

En viktig del av samhandlingsreformen var "øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD) eller «kommunalt akutt døgntilbud» (KAD). ØHD er definert som «innleggelse av pasienter med behov for hjelp som er påtrengende nødvendig, og hvor innleggelsen ikke er planlagt på forhånd»². Dette kan være pasienter med forverring av kroniske sykdommer som hjertesvikt, astma/KOLS eller diabetes, eller akutte, men avklarte tilstander som infeksjoner i lunger og urinveier, fall og hjernerystelse. Innleggende leger er i hovedsak legevaktsleger.

Intensjonen med ØHD er å redusere antall innleggelser i sykehus for pasienter med forventet behandlingstid på få dager, men samtidig gi minst like god behandling som i sykehus. En evaluering av samhandlingsreformen viste at innføring av ØHD med god tilgang til legetjenester resulterte i færre sykehusinnleggelser, først og fremst for pasienter over 80 år i medisinske avdelinger³. Opprinnelig var veiledende liggetid satt til maksimalt 72 timer, men nå skal liggetid vurderes opp mot pasientens tilstand og/eller psykososiale forhold.

Kommunen har etablert ØHD-tilbud ved:

- Fiskarbyen og NBBS - Kolvereid
- Rørvik Sykestue

Den norske legeforening har utarbeidet en egen medisinsk faglig veileder for ØHD.

² Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veiledningsmaterieill. Oslo: Helse direktoratet; 2016. Rapport nr IS-0440.

³ Forskningsrådet. Forskningsbasert evaluering av Samhandlingsreformen (EVASAM). Oslo: Norges Forskningsråd; 2016.



Selv om ØHD er et tilbud basert på henvisning fra fastlege eller legevakt er tilbudet relevant for pleie- og omsorgstjenestene i kommunen. Det er disse tjenestene som bemanner de institusjoner hvor ØHD-tilbudet er etablert.

Tabellen under er hentet fra HF Midt-Norge og viser bruk ØHD-plasser i et utvalg av kommuner i Midt-Norge i 2021 (ikke tilgjengelig statistikk for senere år):

Kommune	Innleggelsar	Liggedagar	Innleggelsar pr. 1000 innb.	Liggedagar pr. 1000 innb.
Averøy	17	88	2,9	15,2
Gjemnes	7	36	2,6	13,5
Grong	69	194	29,4	82,7
Hitra	0	62	0,0	12,1
Inderøy	12	53	1,8	7,8
Indre Fosen	106	189	10,7	19,0
Kristiansund	128	602	5,3	25,0
Levanger	71	360	3,5	17,8
Molde	100	122	3,1	3,8
Namsos	54	190	3,6	12,6
Nærøysund	83	300	8,7	31,3
Overhalla	18	98	4,7	25,4
Smøla	20	55	9,4	25,8
Steinkjer	124	536	5,1	22,2
Tingvoll	11	58	3,7	19,4
Ulstein	42	104	4,9	12,1
Volda	43	112	4,0	10,4
Ørland	202	379	19,6	36,8
Åfjord	17	30	4,0	7,0

Med et snitt på 8,7 innleggelser per 1000 innbyggere viser tabellen at Nærøysund bruker ØHD-plasser i et relativt stort omfang sammenlignet med andre kommuner i regionen. Dette er forventet fordi Nærøysund har stor avstand til nærmeste sykehus og et ØHD-tilbud er derfor mer relevant. Det er likevel store muligheter for å øke bruken av tilbudet hvis ØHD-sengene er dedikerte. I dag er ØHD-sengene fleksible og innleggelse fra fastlege/legevakt vil bli avvist hvis senger allerede er i bruk, eksempelvis ved korttids rehabilitering.

Gitt avstanden til sykehus og økningen i antall eldre bør Nærøysund opprette dedikerte ØHD-plasser og drifte disse som en egen enhet. Da vil kommunen kunne øke bruken av tilbudet og møte økt etterspørsel. Et dedikert ØHD-tilbud gir også noe større sikkerhet for å unngå at utskrivningsklare pasienter på sykehuset blir liggende (såkalte "overliggerdøgn").



Forutsatt at 2 plasser er dedikerte hadde Nærøysund 41% belegg i 2021 - nært tilsvarende landsgjennomsnittet på 42 %.

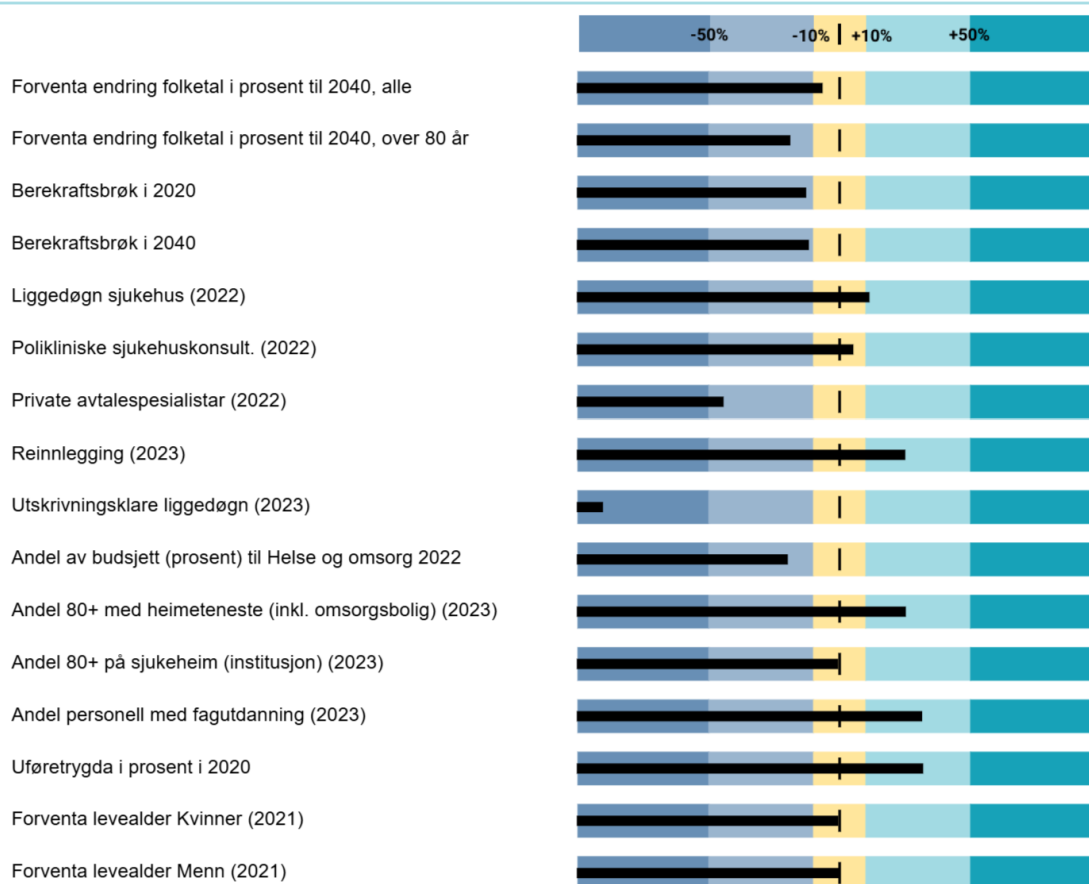
Et ØHD-tilbud bør også skilles fra institusjonsdrift fordi det nettopp er et annet tilbud og pasientene kan være yngre.

6.4 Samhandling med spesialisthelsetjenesten

Kommunens samhandling med spesialisthelsetjenesten har daglig innflytelse på driften av pleie- og omsorgssektoren. Kommunen kommuniserer kontinuerlig med spesialisthelsetjenesten om ulike pasientforløp og best mulig samhandling har betydelige gevinster for begge parter.

Helse Førde har utviklet et samhandlingsbarometer per kommune målt opp mot det helseforetak som er i fellesskap med. Sist tilgjengelige versjon av barometeret ser slik ut:

Nøkkeltal samanlikna med Norge



I forhold til barometeret og samhandling er det flere forhold som er verdt å kommentere:





- Nærøysund er langt under landsgjennomsnittet i forhold til utskrivningsklare liggedøgn (overliggerdøgn)
Slike døgn medfører en kostnad for kommunen som er uønsket, men samtidig kan det være en indikasjon på overkapasitet på institusjon
- Nærøysund er over landsgjennomsnittet i forhold til reinnleggelser og generelle liggedøgn på sykehus
Årsakene er ukjente, men spesielt et høyt antall reinnleggelser er uønsket både for pasient, kommunen og sykehus



7.0 Omsorgstrappen og planens samlede tiltak

Helsedirektoratets "Helse-, omsorgs- og rehabiliteringsstatistikk" beskriver omsorgstrappen som "et begrep som beskriver det kommunale tilbudet av tjenester som en tiltakskjede. Dette kapittelet vil presentere en revidert omsorgstrapp for Nærøysund og årsakene til spesifikke tiltak som er inkludert i planen. Hvert enkelt tiltak er spesifisert i kapittel 11.

7.1 Lavest effektive omsorgsnivå (LEON)

Omsorgstrappens tankegang er LEON-prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå) som har vært et grunnprinsipp i norsk helsevesen siden 1970-tallet. Det prinsippet innebærer at helsetjenester skal ytes på laveste effektive omsorgsnivå i helsevesenet."

LEON-prinsippet er lagt til grunn i denne planen og forutsettes i fortsatt bruk i Nærøysund. I trappen for kommunen er det tre kriterier som avgjør trinnenes plassering:

1. Graden av spesialisert tjeneste

I starten av trappen ligger ofte kommunal bistand som støtter innbyggernes egenomsorg. For eksempel aktivitetstilbud, fritidssentra og hjelpemidler. På de øverste trappetrinnene vil en finne tilbud som krever stor grad av kompetanse og spesialisert tjeneste som ØHD, kreftomsorg, palliativ behandling og psykiatri.

2. Graden av bistandsbehov

Bistandsbehov er et uttrykk for brukernes sykkelighet og funksjonsnedsettelse og dermed graden av behov for tjenester. Kommunenes innbyggere som har mindre bistandsbehov tildeles og gis tjenester på de første trinnene i trappen. Ved økte bistandsbehov og/eller mer behov for spesialiserte helsetjenester ytes tjenester på de høyere trinnene i trappa. Omsorgstrappen betegner at tjenestetilbudet strekker seg fra et lite hjelpebehov (lavterskeltilbud) og til et omfattende hjelpebehov.

3. Graden av ressurser

Omfanget av ressursinnsats som er nødvendig per bruker vil ofte følge de to første kriterier, men den er ikke alltid sammenfallene. I tilfeller med større behov for hjelp til hverdagslige gjøremål, eller i tilfeller med økt «sykelighet», vil det være nødvendig å øke volumet av eksisterende tjeneste (på samme trinn), eller å vurdere tjenester på høyere trinn.



7.2 Omsorgstrapp i Nærøysund

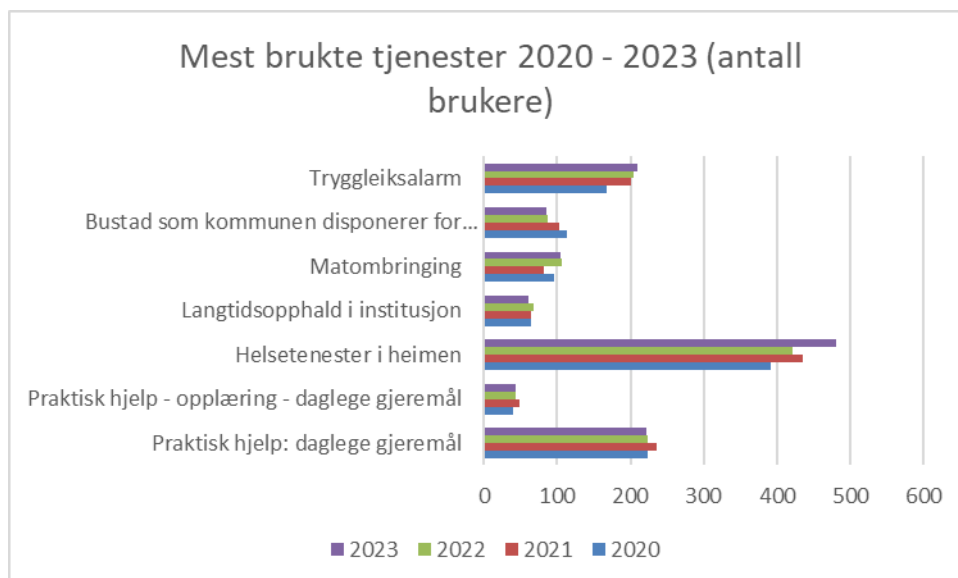
På bakgrunn av disse kriterier kan omsorgstrappen i Nærøysund illustreres slik:



De ulike tjenester har ulike betegnelser i ulike deler av tjenesten, men denne planen vil legge betegnelser og kategorier til grunn slik de er definert i Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR).

Diagrammet nedenfor viser tjenestene i omsorgstrappen i Nærøysund med flest brukere:





Tallene er hentet fra KPR og viser en jevn økning i kategorien "helsetjenester i hjemmet" mens de andre kategorier har en stabil eller svakt synkende utvikling. En fortsatt økning i bruk av helsetjenester i eget hjem vil ikke være økonomisk eller bemanningsmessig bærekraftig. For å unngå slik økning må kommunen systematisk øke kapasiteten i tjenester som, helt eller delvis, kan ytes med bruk av annen bemanning enn helsepersonell.

7.3 Nivå "Lavterskel" - kraftig økning av all aktivitet på dette nivå, spesielt dagtilbud for demente

I omsorgstrappen nevnt i pkt 3.6 er det første trinnet såkalte "lavterskel"-tilbud. Dette er tjenester som kan ytes ved et summarisk enkeltvedtak eller uten enkeltvedtak⁴. Eksempler på slike tjenester er:

- Dagaktivitet
- Trygghetsalarm
- Matombringing
- Elektronisk medisineringsstøtte
- Varslings- og lokaliseringsteknologi
- Hjelpemidler
- Utlevering av multidose på apotek
- Måltidsfellesskap
- Forebyggende hjemmebesøk

⁴ Enkeltvedtak er en betegnelse i forvaltningsloven § 2 på en **avgjørelse i der et offentlig forvaltningsorgan fastsetter en enkeltpersons rettigheter eller plikter**, for eksempel ved tildeling eller avslag på søknad om helsetjenester.



Nærøysund kommune bør markant øke omfanget av slike tjenester. Kommunen har god erfaring med at disse tjenestene forebygger og reduserer behovet for helsetjenester. Produksjon av slike tjenester er alltid rimeligere enn tjenester høyere i omsorgstrappen, men fører til at brukere blir bedre kjent med tjenester, forbereder egen alderdom i større grad og kan veiledes til et mer helhetlig forløp. Brukere som er ukjente for PLO-sektoren og først blir kjent når omsorgsbehovet er stort vil erfaringsmessig kreve mer ressurser enn det motsatte.

Samtidig er det godt dokumentert (blant annet gjennom Stortingsmeldingen "Leve hele livet") at eldre innbyggere ønsker å bo i eget hjem så lenge som mulig. God og tidlig bruk av lavterskel-tilbud muliggjør dette.

Her følger en summarisk presentasjon av disse tilbud:

- Dagaktivitetstilbud er en tjeneste som rettes mot hjemmeboende med behov for aktivisering, tilsyn og omsorg for å kunne bli boende hjemme lenger. Dagaktivitetstilbud bør inneholde aktiv omsorg med meningsfulle aktiviteter som er rettet inn mot deltakernes interesser og evner, som deltakerne mestrer. For personer med demens kan dagaktivitet innebære oppfølging av ernæring, personlig pleie og fungere som avlastning for pårørende⁵. Dette tilbudet bør kraftig styrkes i Nærøysund og plasseres i tilknytning til NBBS på Kolvereid. Kapittel 11 detaljerer disse tiltakene.
- Trygghetsalarm er en sensor som for eksempel kan bæres i et smykke rundt halsen eller håndleddet. Trygghetsalarm er knyttet til en responstjeneste som kan formidle kontakt videre til hjemmetjenesten. Hvis alarmen går vil responstjenesten eller kommunens personell rykke ut, uansett når på døgnet det er. Kommunen har all interesse av at alle som har nytte av en slik alarm starter å bruke den så tidlig som mulig. Tidlig bruk fører til bedre bruk og mindre "feil trykk" og misbruk senere i livsløpet.
- Matombringing er en ordning hvor du får mat brakt hjem til deg. Det er tilbud kommunen har for de som har vanskeligheter med å få laget middag til seg selv. Bor du hjemme og har problemer med å få laget middag til deg selv, kan du få maten tilkjørt. Kommunen har tilstrekkelig kapasitet på sine kjøkken til å øke produksjonen betydelig og har all interesse av at alle som opplever slike vanskeligheter benytter seg av tilbudet så tidlig som mulig. God ernæring er helsefremmende i alle livets faser.
- Elektronisk medisineringsstøtte er et velferdsteknologisk hjelpemiddel som hjelper bruker med å ta rett medisin til rett tid. Bruker får varsel når det er på tide å ta medisinen, og dersom ikke medisinen tas innen gitt tid vil det gå et varsel til

⁵ Helsedirektoratet. Kvalitetsindikatorbeskrivelse: Dagaktivitetstilbud til personer med demens og kognitiv svikt Andel.; 2017. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer/>.



helsepersonell som tar kontakt med deg. Kommunen har, i 2023, tatt i bruk elektronisk medisindispensere og arbeider aktivt med å ta i bruk teknologi som gjør brukerne i stand til å leve egne liv uten å få ytterligere bistand fra kommunen. Denne type teknologi og andre former for digital hjemmeoppfølging bør fortløpende tas i bruk i Nærøysund.

- Måltidsfellesskap skaper en arena for ernæring og sosiale stimuli som er forebyggende for en rekke sykdomsforløp. Kommunen har lokaler for slike fellesskap, men omfanget av tilbudet er for lite og bør styrkes kraftig. Slike fellesskap bør gjennomføres på flere lokaliteter flere dager i uken. Helsedirektoratet anbefaler at hjemmeboende eldre har tilgang på tilbud om måltidsfellesskap eller medspising som er tilrettelagt for den enkeltes behov.
- Varslings- og lokaliseringsteknologi varsler helse- og omsorgspersonell om endringer i situasjonen eller behov hos pasient eller bruker og/eller kan beregne og opplyse om brukers eller pasients geografiske posisjon. Eksempler kan være fallalarmer, bevegelsesalarmer og GPS. På samme måte som for trygghetsalarmer har kommunen all interesse av at alle som har nytte av slik teknologi starter å bruke den så tidlig som mulig.
- Kommunen har inngått samarbeidsavtale med NAV om formidling av hjelpemidler og har et selvstendig sørge-for-ansvar at behov for slike hjelpemidler blir utredet og hjelpemidler blir tatt i bruk så tidlig som mulig
-

7.4 Nivå Eget Hjem – kraftig styrking av hverdagsmestring og andre tjenester

På dette nivået ytes tjenester etter enkeltvedtak.

I omsorgstrappen er hverdagsmestring inkludert allerede nest laveste nivå. Tilbudet blir gitt av helsepersonell og gjør utstrakt bruk av fysioterapi og ergoterapi og har som hovedmål å få brukerne til å mestre ulike hverdagsoppgaver. Dette kan være å stille seg selv, lage mat selv eller dra i butikken og handle selv.

Hverdagsmestringsteamet jobber med den enkelte i inntil tolv uker. Etter den tid skal man klare seg selv. Det er i hovedsak hjemmeboende eldre som er målgruppen. Samtidig ønsker hverdagsmestringsteamet å få tankegangen om at brukere kan prøve å mestre flere oppgaver selv også inn i andre helsetjenester. Behov for opptrening etter sykdom eller skader samt ved generelt funksjonstap er grunner til å ta kontakt med hverdagsmestringsteamet for å få en bedre hverdag. I hovedsak er dette et tilbud for



hjemmeboende. Er det noen som er på sykehjem midlertidig, som etter et sykehusopphold, kan opptreningen starte allerede på sykehjemmet.

En viktig del av målsetningen er å sørge for at folk kan bo hjemme så lenge som mulig, og samtidig være mindre avhengig av hjelp. Dette tilbudet bør kraftig styrkes i Nærøysund og inkludere nær samtlige brukere. En naturlig målsetning kan være at ingen brukere får tjenester etter enkeltvedtak uten å tidligere ha deltatt i aktiviteter knyttet til hverdagsmestring. Kapittel 11 detaljerer tiltakene som skal sikre slik måloppnåelse.

7.5 Nivå “Helsetjenester i hjemmet” - bedre utnyttelse av kompetanse

Dette nivået og nivå 7.6 betjenes i hovedsak av hjemmesykepleie. Kapasiteten i denne tjenesten bør økes med ca 30% i planperioden for å ivareta en økning i antall eldre uten bygging av flere institusjonsplasser.

Denne planen foreslår en rekke tiltak for å få utnyttet kompetansen i dette tilbudet mer optimalt. Kompetansen på dette tjenestenivået brukes til en rekke type oppgaver som ikke er hensiktsmessige. Det er en rekke eksempler på at helsepersonell må utføre oppgaver som å ledsage brukere til fastlege, vaske biler, assistere med matombringning, administrere beskjeder mellom pårørende og brukere m.m.

I tillegg brukes mye tid til kjøring til brukere som i større grad kan administrere egen helse ved hjelp av digital hjemmeoppfølging og videoassistanse. Bedre utnyttelse av teknologi er vesentlig for å få økt kapasiteten på dette tjenestenivået.

7.6 Nivå “Omsorgsbolig” - behov for flere boliger med begrenset kjøkken

Det henvises til kapittel 6 for en nærmere forklaring av begrepet “Omsorgsbolig”. Kommunen har 190 boliger til disposisjon fordelt på en rekke adresser og typer boliger:

Omsorgsboliger	Antall
Soltoppen	17
Sjøsiden	15
Bjørkåstunet	44
Viknatunet	25



Kløvertunet	17
Omkjøringsveien 14	3
Omkjøringsveien 16	5
Omkjøringsveien 18	3
Omkjøringsvegen 37	5
Idrettsvegen 26	14
Halsanvegen 7 og 9	4
«Nye» Halsanvegen	7
Fiskarbyen	6
Skolegata 28	4
Skolegata 30	5
Skolegata 32	1
Skolegata 34	1
Skolegata 36	1
Jens Persgata 23 A	1
Karl Furres vei 3 A	1
Tverrvegen	11
TOTALT	190

De ulike boliger tildeles etter vedtak til ulike typer brukere. Denne planen vil fokusere på boliger tildelt eldre med helsemessige utfordringer.



Omsorgsbolig med kjøkken

Dette er boliger som er tilgjengelig i relativt stort volum på Bjørkåstunet, Kløvertunet og Viknatunet. Slike boliger er hensiktsmessig for brukere på et relativt lavt nivå i omsorgstrappen. Økningen i antallet eldre og behovet for å konsentrere mottakere av helsehjelp i hjemmet tilsier at kommunen fortløpende bør vurdere å utvide tilbudet av slike boliger.

Omsorgsbolig med begrenset kjøkken

Dette er boliger som i dag er tilgjengelig på Soltoppen og Sjøsidan. Dette er boliger som er mer egnet for brukere som mottar en rekke helsetjenester i hjemmet og trenger hjelp til all matlaging. Brukerne kan også være lettere dement. Slike boliger bør ligge i umiddelbar tilknytning til en institusjon.

I pkt 7.7 under vises det til at 80% av beboere på institusjon er demente. Økningen i antallet eldre med en demensdiagnose i Nærøysund kan ikke møtes alene med et botilbud på institusjon. Denne boligtypen er best egnet til brukere med lettere demens og fordi Nærøysund vil få flere eldre har kommunen også behov for flere boliger av denne typen i tilknytning til NBBS. Dagens tilbud, Sjøsidan, bør moderniseres, utvides og trekkes inn i driften av NBBS slik at den, sammen med dagaktivitet, utgjør et samlet demenstilbud og gjør bruk av samme kompetanse.

7.7 Nivå "Institusjon" - behov for å få samlet tjenestene og styrke demensomsorg

Det henvises til kapittel 6 for en nærmere forklaring av begrepet "Institusjon". Etter vedtak i PS 46/2024 drifter kommunen 74 institusjonsplasser fordelt på 2 institusjoner; Nærøy Bo- og behandlingssenter (NNBS) på Kolvereid og Rørvik Sykestue på Rørvik.

Nasjonale undersøkelser viser at nær 80 % av beboere på institusjon er demente og over 40 prosent av dem som er over 70 år og får hjemmetjenester, har demens. ([Tall fra FHI](#)) Dersom aldersspesifikk forekomst ikke forandrer seg, vil økningen i forventet levealder i Norge medføre at antallet personer med demens mer enn doubles fra 2020 til 2050 i Norge. Styrking av demensomsorg på nasjonalt plan er uttrykt gjennom femårige demensplaner. Demensplan 2025 er den tredje i rekken av slike planer.

Derfor er målrettet og helhetlig demensomsorg helt vesentlig for Nærøysund kommune for å kunne gi bærekraftige tjenester i fremtiden. Demens er i særklasse den diagnosen for personer over 70 år som, samlet sett, krever mest ressurser av pasient, pårørende og helsepersonell.

Denne planen foreslår derfor å samle all demensomsorg på ett sted:





Samling av demensomsorg på NBBS

Av tilgjengelig bygningsmasse for PLO-sektoren i kommunen vurderes NBBS som det klart mest egnede for moderne institusjonsdrift for demente. Bygget har 44 moderne plasser organisert i mindre enheter. I tillegg har NBBS en stor, åpen sansehage og øvrige omgivelser innbyr til variert aktivitet i nærmiljøet.

Denne organiseringen av bygget er i tråd med nasjonale og faglige anbefalinger om at et av de viktigste tiltakene for å oppnå en mer personsentrert omsorg, er å organisere tilbudet i små oversiktlige bogrupper, der det er tilknyttet færre og faste personer som lærer beboerne å kjenne. Disse anbefalingene er kjent som “Smått, men godt”-prinsippet for demensomsorg. Regjeringen har gjentatt disse i forventningsbrevet til kommunal planlegging 2019–2023 hvor det fremheves at *“god arkitektur og planlegging kan bidra til å ... boområder som stimulerer til fysisk aktivitet og et mer helsefremmende miljø”*.

I 2015 publiserte SINTEF en forskningsrapport med tittelen *“Er smått alltid godt i demensomsorgen? Om bo- og tjenestetilbud for personer med demens”*. Rapporten finner *“at det å organisere ulike botilbud under en ledelse og organisatorisk enhet, er et tiltak flere kommuner forteller at de høster gode erfaringer med. På den måten kan det bidra til variasjon i ulike typer tilbud, og dermed være et virkemiddel mot å utvikle tilbud som møter mer individuelle valg og ønsker. Dette er også tiltak som kan bidra til mer kostnadsoptimale løsninger. - «Variasjon og fleksibilitet er et nøkkelord. Personer i omsorgsboliger kan få 'dagtilbud' i en bogruppe i sykehjemmet. En beboer i omsorgsbolig eller en hjemmeboende, kan sove inne på en sykehjemsavdeling hvis beboer er blitt akutt dårlig i en periode. Det kan etableres en 'kriseplass' en natt eller to. Disse ulike typer tilbudene bidrar til større fleksibilitet. Det er en fordel at en enhetsleder har ansvar for 'det hele' (enhetsleder). På*





denne måten kan en organisatorisk enhet overbygge flere ulike botilbud og på en fleksibel måte tilby ulike "pakker" av tilbud.

Det er en rekke eksempler på institusjoner som følger dette prinsippet og har institusjonsplasser, dagtilbud og omsorgsboliger i nær tilknytning. SINTEF-rapporten har funnet slike fellestrekk mellom slike institusjoner:

Tilrettelegge for personsentrert omsorg

Vektlegge spisskompetanse om demens

Løsninger som støtter en opplevelse av hjem og hjemlighet

Løsninger som tilrettelegger for å delta på ulike aktiviteter

Løsninger som støtter å kunne bevege seg fritt (ute/inne)

Løsninger som støtter det å kunne være en del av samfunnet

Mellomløsninger mellom boligløsninger og institusjon, bo og dagtilbud som fungerer som sykehjemutsettende tiltak

Tjenesteorganisering som fremmer fleksibilitet og tilpasning av tilbud til den enkeltes behov. (Ikke for mye, ikke for lite)

Løsninger som utløser at pårørende og andre frivillige deltar inn i omsorgen

Løsninger som støtter et godt arbeidsmiljø slik at ansatte trives

Tar i bruk de muligheter som velferdsteknologi gir

SINTEF-rapporten nevner et antall institusjoner som allerede i 2015 har samlet demensomsorg i en bygningsmasse med ulike botilbud og dagaktivitet. Antallet kommuner med samlede tilbud har steget de siste 10 år, men det er ikke lyktes å finne en samlet oversikt. Her er noen av institusjonene i 2015:

- Økernhemmet, Oslo kommune
- Fosslia bosenter, Stjørdal kommune
- Klyvesgate, Porsgrunn kommune
- Byneset og Nypantunet Trondheim kommune
- Markerud aktivitetshus, Nittedal kommune

Dette tiltaket vil innebære at kommunen re-etablerer full aktivitet ved NBBS og kraftig styrker dagaktivitetstilbudet for personer med demens. Tiltaket må følges opp med kontinuerlig og systematisk kompetanseheving for ansatte med vekt på varierte arbeidsoppgaver.





Samling av korttidsopphold, ØHD og langtidsopphold for ikke-demente på Rørvik sykestue

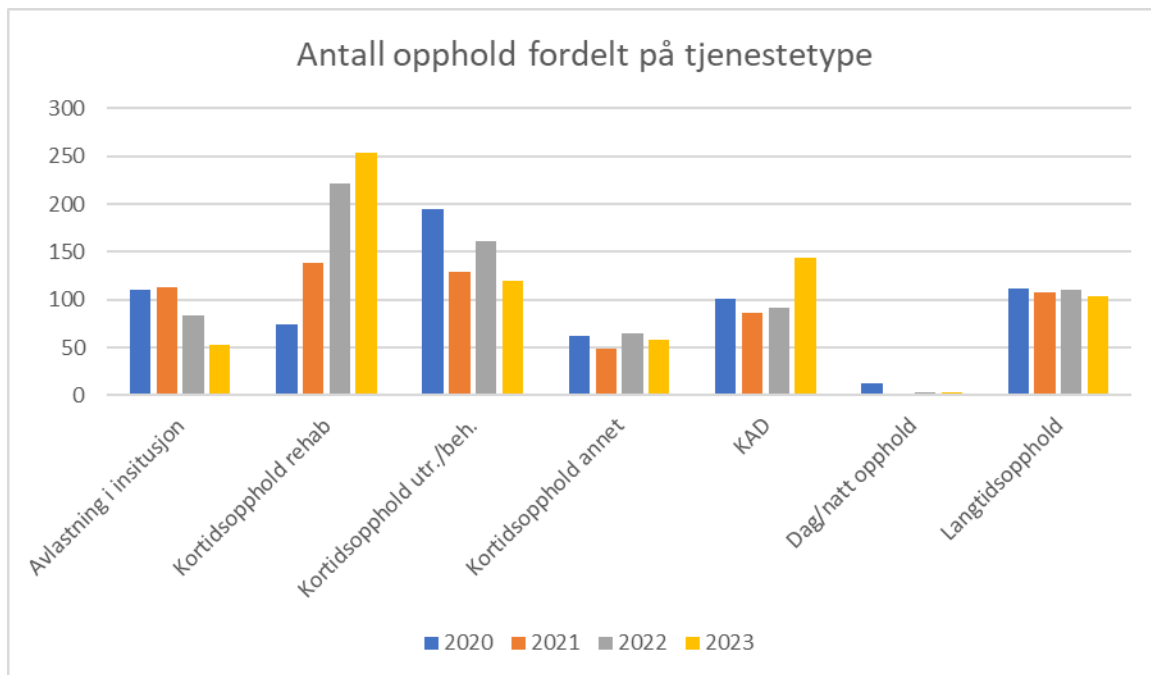
Av tilgjengelig bygningsmasse for PLO-sektoren i kommunen vurderes Rørvik sykestue som mer egnet for ulike typer korttidsopphold. Denne type opphold gjennomføres i dag også på NBBS og begge bygg har gode fasiliteter for korttidsopphold, men denne planens vurdering er at NBBS i særklasse er best egnet for demensomsorg. Rørvik sykestue har klare mangler i forhold til organisering av plasser, sansehage og har en urban plassering med begrenset adgang til uteområder. I tillegg vil det være meget krevende å organisere et styrket dagtilbud i bygget.

Rørvik sykestue har også fordeler knyttet til korttidsopphold; gode fasiliteter for fysio- og ergoterapi og umiddelbar nærhet til fastlegekontor.

Bygget har 42 plasser hvorav 8 (Vestbo) fremstår som mindre tilfredsstillende i forhold til moderne standarder for institusjon mens de resterende plasser er moderne. Vestbo er i dag en enhet for demensomsorg. Denne planen foreslå at slik demensomsorg samles på NBBS og Vestbo gradvis lukkes som enhet for demensomsorg. Denne planen foreslår at arealet som i dag utgjør Vestbo konverteres til en dedikert enhet for ØHD med minimum 2 plasser og eget fellesareal (ref pkt 6.3).

Rørvik sykestue vil da ha 34 institusjonsplasser til bruk for korttidsopphold og langtidsopphold for ikke-demente.





Diagrammet ovenfor viser at antallet korttidsopphold er steget kraftig de seneste år. Dette er en ønsket utvikling og en utvikling det er all grunn til å forvente at vil fortsette med bakgrunn i økningen av antall eldre. God rehabilitering er ofte en forutsetning for at brukere kan flytte tilbake til egen bolig.

Det er imidlertid usikkert om antallet opphold er tilstrekkelig til å gjøre bruk av 34 plasser og kommunen bør fortløpende vurdere å gjøre om noen av plassene til omsorgshybler. I tillegg bør noen av plassene dedikeres langtidsopphold til ikke-demente.

Samling av kompetanse

Planens foreslåtte tiltak vil samle 2 sentrale kompetanseområder på 2 ulike steder; demensomsorg på NBBS og korttidsopphold rehab/utredning og ØHD på Rørvik sykestue. Prosjektet har ikke funnet konkrete eksempler på evidens knyttet til effekten av slik samling i kommunale helsetjenester, men det er en rekke eksempler på positiv effekt i spesialisthelsetjenesten. Det er all grunn til å tro at slike effekter også vil gjøre seg gjeldende i kommunale helsetjenester.

De to kompetansemiljøene må anerkjennes som nettopp dette og kommunen bør sørge for kontinuerlig kompetanseheving i begge miljøer. Samlingen av kompetanse kan oppfattes som en ensretting av arbeidsoppgaver, men erfaring fra spesialisthelsetjenesten viser at når miljøene blir tilstrekkelig store vil variasjonen i pasientgruppen være tilstrekkelig til å tilby stor variasjon i arbeidsoppgaver.

Kommunen må derfor sørge for en oppgavedeling som eksponerer ansatte for ulike arbeidsoppgaver og pasienter. I demensomsorg betyr det at ansatte arbeider i dagaktivitet,



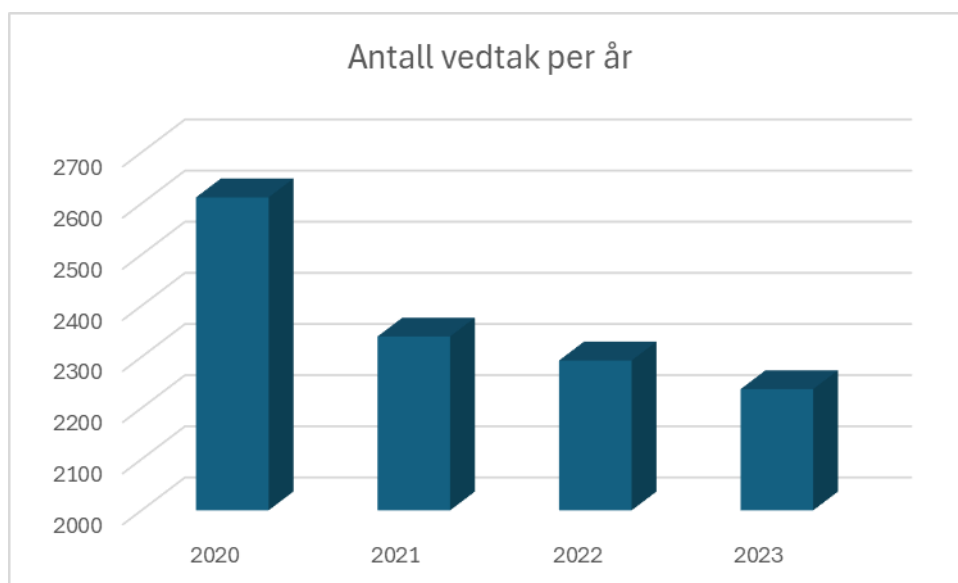
bolig og skjermet enhet. For korttidsopphold betyr det at ansatte arbeider med utredning, rehabilitering og ØHD.

8.0 Tildeling av tjenester

Med delvis unntak av nivå "lavterskel" i omsorgstrappen ytes alle tjenester i pleie- og omsorgssektoren etter søknad og enkeltvedtak. Brukerkontoret tar imot henvendelser og søknader om helse og omsorgstjenester.

Tildeling av tjenester skjer etter politisk vedtatte kriterier. Slike kriterier ble sist behandlet i 2020.

8.1 Harmonisering har ført til reduksjon av vedtak



Diagrammet ovenfor viser at antallet vedtak har blitt redusert i perioden fra 2020 – 2023. Hovedårsaken er en harmonisering av tildelingspraksis fra de to opprinnelige kommuner. Det er ikke grunn til å forvente at reduksjon vil fortsette de kommende år da harmoniseringseffekten er i ferd med å avta og antallet pleietrengende er forventet å stige med 35% i planperioden. Det er ikke realistisk å øke bemanningen på brukerkontoret i denne perioden fordi en da må forvente at denne kompetansen må hentes fra andre områder i PLO-sektoren og at kommunens økonomi vanskelig vil tillate økt bemanning. Denne planen inkluderer derfor tiltak som vil effektivisere tildeling av helsetjenester.





8.2 Revidering av tildelingskriterier for Nærøysund kommune

Alle henvendelser om helsetjenester fra kommunen blir håndtert av brukerkontoret i tråd med lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og forvaltningsloven. Helsedirektoratet har også publisert en omfattende veileder, *“Veileder for saksbehandling - Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8”*, som kommunen benytter.

Gitt et omfattende antall av søknader og henvendelser fra brukere som ofte har behov for flere tjenester samtidig, og over lang tid, har kommunen vedtatt tildelingskriterier. Slike kriterier er viktige for å skape en felles forståelse for tildeling av tjenester og gi forutsigbarhet i hva som kan forventes av tjenester. Målet er å sikre at innbyggere med behov for helse- og omsorgstjenester får rett tjeneste til rett tid. Tildelingskriterier bidrar til rettsikkerhet for enkeltindividet.

De nåværende kriterier ble vedtatt i 2020 for å sikre at den sammenslåtte kommunen hadde samme kriterier. Det er nå behov for å revidere disse kriteriene. Basert på erfaringer de siste 4 år er det behov for kriterier som er mer konkrete og gir bedre beslutningsstøtte når enkeltvedtak skal fattes. Denne planen beskriver en krevende ressursituasjon i hele planperioden som vil gjøre det vanskeligere å finne de rette prioriteringer og da er det hensiktsmessig med kriterier som tydeliggjør slike prioriteringer.

Denne planen foreslår også endringer i tjenestetilbudet og har tiltak som får konsekvenser for etablert praksis. Det er derfor rasjonelt å endre tildelingskriteriene etter at planen er vedtatt.

8.3 Hverdagsmestring som en grunnleggende forutsetning for all søknadsbehandling

Et av tiltakene som denne planen foreslår er at hverdagsmestring etableres som en grunnleggende forutsetning for all søknadsbehandling (ref kap 7). I praksis betyr det at enkeltvedtak ikke fattes før det er gjennomført en kartlegging av brukers mestringsevne. På bakgrunn av denne kartleggingen vil det vurderes om enkeltvedtak om helsetjenester skal fattes, hvilke tjenester som skal ytes, i hvilket omfang og med hvilken varighet.

Denne forutsetningen er et delvis brudd med etablert praksis hvor sykdom og symptomer får et større fokus og enkeltvedtak i noen grad er like uavhengig av brukeren, dens livssituasjon og mestringsevne. En forutgående kartlegging av mestringsevne vil gi et mer presist bilde av nødvendig helsehjelp. I noen tilfeller vil det bety mindre helsehjelp enn tidligere, men i andre tilfeller mer helsehjelp.





8.4 Samlet vurdering av nytte, ressurs og alvorlighet skal styre prioritering og tildeling

Helsedirektoratet har utarbeidet en nasjonal veileder for i kommunale helse- og omsorgstjenester. Denne er på høring og Nærøysund kommune bør inkludere den endelige veilederen i sine reviderte tildelingskriterier.

Høringsutkastet legger til grunn nytte, ressurs og alvorlighet som styrende for prioritering og tildeling av tjenester. Utkastet oppsummerer vurderingen slik:

*“Først bør **alvorligheten** av tjenestemottakerens tilstand vurderes, blant annet*

- *risiko for død, smerter og ubehag her og nå, og frem i tid*
- *risiko for tap av funksjon og mestring her og nå, og frem i tid*
- *konsekvensen av å utsette tiltaket*

*Deretter bør **nytt**en tjenestemottakeren har av tiltaket vurderes. Det gjøres gjennom vurdering av hvordan tiltaket påvirker tjenestemottakerens livskvalitet og livslengde. Nytt*
med hensyn til livskvalitet, vurderes gjennom mestring, funksjon, smerter og ubehag. Nytt
nyttvurderingen bør ses i sammenheng med tjenestemottakers egen målsetting og
nyttvurdering dersom tjenestemottaker har anledning til å gi uttrykk for det.

Derne
*st bør det vurderes hvilke **ressurser** med hensyn til personell, tid og utstyr tiltaket*
legger beslag på og om disse ressursene er tilgjengelige for helsepersonellet.

Til slutt bør det gjøres en helhetlig og samlet vurdering av nytte, ressurs og alvorlighet, i
tilllegg til å vektlegge de hensyn og vilkår som følger av pasient- og brukerrettighetsloven
(lovdata.no), herunder krav til forsvarlighet og medvirkning fra tjenestemottakeren. Om barn
er berørt, skal det vurderes hva som vil være til barnets beste.

Veilederen vil gi mer beslutningsstøtte for kommunen når slike vurderinger skal gjøres. Samtidig er det viktig å få en bedre og løpende vurdering av ressursituasjonen når vurderingen skal gjøres. Kommunen har i dag ikke tilstrekkelige styringsdata for å foreta konkrete vurderinger foran hvert enkelt vedtak og risikerer derfor å fatte enkeltvedtak om den ikke har tilstrekkelige ressurser til å gjennomføre.

8.5 Avslutte praksis med enkeltvedtak om matombringing

Matombringing er et viktig tilbud på et lavt nivå i omsorgstrappen (ref kap 7). Slik ombringing er ikke helsehjelp, men kommunen ønsker å sikre at slik ombringing er tilgjengelig til brukere som har en helsemessig begrunnelse for å få levert mat til egen bolig. I dag fattes det ca 250 enkeltvedtak i året om slik ombringing.





Kommunen bør avslutte denne praksisen og erstatte den med en månedlig abonnementsordning administrert av andre enn brukerkontoret. Brukere som tegner slikt abonnement, bør fylle ut en egenerklæring hvor det dokumenteres at den tegner abonnement av helsemessige årsaker.

8.6 Avslutte praksis med enkeltvedtak om legemiddeladministrasjon hvor multidose på apotek er et alternativ

Kommunen fatter i dag enkeltvedtak hvor bruker får bistand til å administrere legemidler av hjemmesykepleien. I tilfeller hvor slikt vedtak krever dedikerte besøk av hjemmesykepleie foreslår denne planen at praksisen opphører.

Årsaken er at apotek tilbyr slik administrasjon i såkalt multidose. Multidose er kvalitetssikrede legemiddeldoser som pakkes i påfølgende poser og merkes med innhold, dato og tidspunkt for når tablettene skal tas. Bruker velger selv hvor ofte en skreddersydd multidoserull hentes på apoteket, enten hver uke, hver 2. uke eller 1 gang i måneden.

Legemidlene blir pakket i multidoseposer som er skreddersydd til bruker og det som legen har forskrevet på resepter. Apotekene krever et mindre gebyr for pakking og forsendelse av multidoserull. Frikort vil ikke inkludere slik pakking.

8.7 Automatisert behandling av søknad om trygghetsalarm

Trygghetsalarm er et viktig tilbud på et lavt nivå i omsorgstrappen (ref kap 7) som kommunen ønsker at flere tar i bruk. Utstedelse av slik alarm er ikke helsehjelp i seg selv, men kommunen ønsker å sikre at trygghetsalarmer blir tatt i bruk under riktige forutsetninger. Slike forutsetninger er enkle å kommunisere og forutsatt at bruker svarer "JA" på disse bør utfallet alltid være at trygghetsalarm blir utstedt. Eksempler på forutsetninger for å få trygghetsalarm:

- Har du en sykdom eller tilstand som medfører akutt behov for hjelp?
- Er det fare for at du kan falle og skade deg?
- Har du problemer knyttet til utrygghet eller engstelse?

Kommunen bør derfor etablere en digital løsning for slik utstedelse og unngå individuell saksbehandling for hver enkelt alarm.

9.0 Analyse av nåværende og fremtidige bemanningsbehov

Helsepersonellkommisjonen har slått fast at det generelt ikke være mulig å bemanne seg ut av alle utfordringer som helse- og omsorgstjenesten kommer til å stå overfor. Helt uavhengig

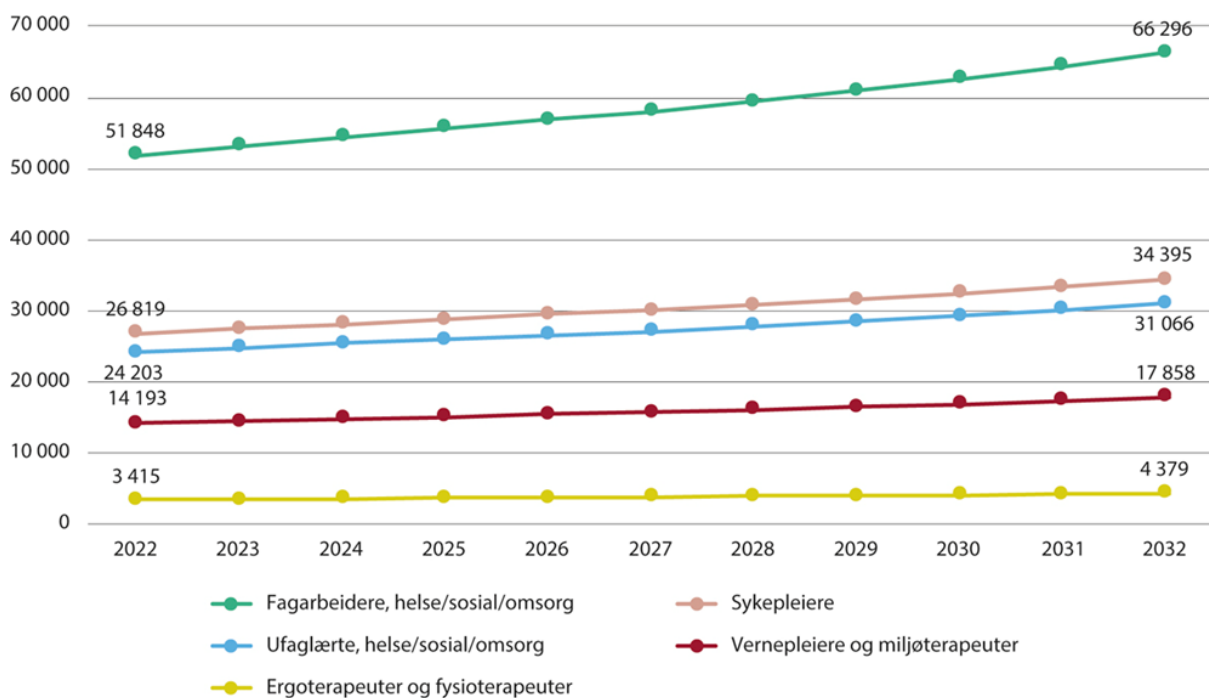


av det fremtidige økonomiske handlingsrommet, er det personelltilgangen som begrenser tjenestene og hindrer dem i å utvikle seg videre med dagens innretning. Denne analysen er også treffende for Nærøysund kommune.

9.1 KS' rekrutteringsmodell fremskriver stort behov for årsverk frem mot 2032

KS har utviklet en fremskrivingsmodell som beregner rekrutteringsbehov i kommunene, målt i antall årsverk og ansatte, ti år frem i tid. Modellen tar utgangspunkt i informasjon om de ansatte i KS' PAI-register og befolkningsfremskrivninger fra SSB.

Helsepersonellkomisjonen har fått fremskrivninger av KS fordelt på de ulike yrkesgruppene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. KS fremskriver at antallet årsverk for de fem gruppene i figuren vil øke med mellom 26–28 prosent.



10.0 Analyse av nåværende og fremtidige teknologibehov

Nærøysund har anskaffet digitale pasientvarslingsanlegg og digitale trygghetsalarmer. I tillegg har helsebygg i kommunen digital adgangskontroll. Denne teknologien er i utstrakt bruk og godt etablert. Det finnes en rekke, anekdotiske eksempler på gevinst ved teknologien, men kommunen har ikke etablert en plan for å realisere gevinster og fortløpende måle om slike gevinster er oppnådd.



Det er imidlertid et hinder for systematisk gevinstrealisering at kommunen benytter to ulike leverandører av denne teknologien; Phoniro og Hepro. Det er historiske årsaker til dette og de to leverandører leverer relativ lik teknologi, men det er unødig ressurskrevende å forholde seg til to ulike leverandører.

10.1 Digital hjemmeoppfølging (DHO)

Helsedirektoratet definerer digital hjemmeoppfølging slik:

“aktiviteter/handlinger som muliggjør at pasienten, utenfor de tradisjonelle arenaer hvor pasienter møter helsepersonell, kan tilegne seg, registrere og dele klinisk relevant informasjon om sin helsetilstand elektronisk, med formål om å gi informasjon eller veiledning til pasientens egenmestring, og/eller gi beslutningsstøtte til diagnostisering, behandling eller oppfølging for helsepersonell»

Nærøysund bruker i dag slik teknologi i liten grad. Kommunen bruker elektroniske medisindispensere, men har ikke annet utstyr i bruk. Helsedirektoratet har gjennomført utprøving av digital hjemmeoppfølging (DHO) i perioden 2018 – 2021 og konkluderer slik i forhold til gevinst:

“Felles for prosjektene er at pasientene rapporterer om økt trygghet og mestring. De har fått/utviklet mer kunnskap om egen sykdom og opplever økt livskvalitet. Flere pasienter rapporterer at de har færre innleggelses på sykehus og færre besøk hos fastlegen, i tillegg mener mange at egenbehandlingsplanen gir god støtte i å leve best mulig med sykdom og plager. Sykepleiere og leger opplever at digital hjemmeoppfølging er en effektiv måte å følge opp pasienter på, det fanger opp tegn til forverring, gir innsikt i egen sykdom og en bedre dialog i konsultasjon hos fastlegen. Egenbehandlingsplanen oppleves som et godt verktøy for å involvere og ansvarliggjøre pasienter når det er tilpasset den enkelte, og tverrfaglige møter der pasienten deltar er sett som verdifulle.

*Helsepersonell opplever at digital hjemmeoppfølging har bidratt til bedre samhandling. Emnekurs for fastleger og helsepersonell med fokus på samhandling om DHO, er godt evaluert og vil være viktig i et spredningsprosjekt. **Når det gjelder forbruk av helsetjenester rapporterer prosjektene noe reduksjon på kommunale helse- og omsorgstjenester.**”*

På bakgrunn av rapporten fra Helsedirektoratet bør kommunen ta i bruk teknologi som muliggjør DHO.



10.2 Oppgaver der personellet ikke har direkte kontakt med pasienter, brukere eller pårørende, automatiseres i størst mulig grad

Det er en rekke løsninger som har potensial for å forenkle og automatisere arbeidsoppgaver for de ansatte. Med unntak av ulike former for pasientheiser er slik teknologi i liten grad i bruk i Nærøysund kommune. Denne planen vil, i likhet med Helsepersonellkommissjonen, legge til grunn *“prinsippet om at oppgaver der personellet ikke har direkte kontakt med pasienter, brukere eller pårørende, automatiseres i størst mulig grad.”*

Det er en rekke slike oppgaver hvor det finnes teknologi som automatiserer slike oppgaver:

- Lagerstyring og bestilling av medisinsk forbruksmateriell
- Oppføring, formidling og organisering av informasjonsflyt knyttet til pasient
- Føring av narkotikaregnskap, medikamentlager, bestilling av medikamenter og distribusjon av medikamenter til pasient (lukket medikamentsløyfe)

Alle disse løsningene er i bruk av kommuner og kan anses som utprøvde og modne teknologier. Nærøysund bør anskaffe slik teknologi og kontinuerlig overvåke markedet for andre løsninger som tilfredsstillende det ovennevnte prinsipp om automatisering.



10.3 Digitalisering av søknader

All søknad om helsetjenester skjer i dag i papirformat. Skjemaet er tilgjengelig på kommunens nettsider i pdf-format og kan utfylles elektronisk, men må deretter skrives ut av bruker/pårørende og sendes fysisk til brukerkontoret. Dette er lite hensiktsmessig for både saksbehandler og søker. Nærøysund bør snarest ta i bruk digitale søknadsskjema og integrere data fra disse skjema inn i sine verktøy for saksbehandling.

10.4 Digital dialog med brukerne

Etter vedtak er det en omfattende utveksling av informasjon mellom aktuelle tjenesteytere og bruker. I dag organiseres denne informasjonsflyten gjennom fysiske avtalebøker, muntlige beskjeder og andre prosesser med stor risiko for feil.

KS har utviklet en dialogløsning kalt DigiHelse som blir beskrevet slik:





“Med meldinger og kalendervisning på helsenorge.no kan innbyggerne kommunisere med den kommunale helsetjenesten. Meldingene kommer direkte inn i den elektroniske pasientjournalen (EPJ).”

Funksjonaliteten tillater brukerne å

- sende og motta meldinger fra helse- og omsorgstjenestene i kommunen
- se avtaler om hjemmebesøk og avbestille besøk
- få varsler om utførte hjemmebesøk på tekstmelding eller e-post

Løsningen brukes i første omgang til kommunikasjon med hjemmetjenesten, men kan også utvides lokalt til å benyttes for andre kommunale helse- og omsorgstjenester som dokumenterer i kommunenes journalsystem.

Nærøysund bør snarest ta i bruk DigiHelse og vurdere en utvidet bruk av lignende dialogtjenester når hensiktsmessig. Eksempelvis finnes det relevante løsninger for organisering av lavterskel-tilbud.



11.0 Tiltaksdel

For å nå de ambisiøse mål beskrevet i kapittel 5 er det nødvendig med mange og kraftfulle tiltak som må gjennomføres helhetlig og i samme tidsrom. Det er viktig å understreke at alle tiltak må ses i sammenheng med hverandre og understøtter begge mål for denne planen:

- 30% økning i kapasitet for heldøgnsomsorg etablert i 2030
- Fra 86 til 70 plasser for langtidsopphold på institusjon i perioden 2024 - 2033

Det er derfor ikke formålstjenlig å vurdere tiltakene enkeltvis eller sette dem opp mot hverandre. Tiltakenes samlede effekt må jevnlig evalueres og enkelte tiltak kan fases ut hvis de ikke har effekt, men slik effekt er avhengig av gjennomføring av andre tiltak i planen.

11.1 Generelle tiltak

Beskrivelse	Effekt	Kostnadsestimat
Fortløpende redusere antallet institusjonsplasser for langtidsopphold fra 86 til inntil 70	En slik reduksjon vil gi økonomisk handlerom til å finansiere en rekke andre tiltak som øke kapasitet til andre former for heldøgnsomsorg	Innenfor dagens budsjett
Utrede økning i antall brukere under 67 år. Kommunen opplever at antallet brukere under 67 år har økt med 60% fra 2020 til 2024.	Det er komplekse årsaker til økningen som krever en dyptgående analyse og en egen handlingsplan. Uten en slik analyse er det lite sannsynlig å identifisere effektfulle tiltak.	Innenfor dagens budsjett
Etablere tettere samarbeid med fastlegetjenesten for å bedre informasjonsflyt og beslutningstempo	Redusere tid brukt på avklaringer rundt medikamentbruk og behandling av pasient	Innenfor dagens budsjett
Øke bruken av digitale konsultasjoner som videokonferanse og bildeutveksling	Redusere bruk av personell til å følge pasient til konsultasjoner hos fastlege og andre konsultasjoner	Innenfor dagens budsjett



Etablere stilling som klinisk farmasøyt ⁶	Reduksjon av avvik ved medikamentbruk, avlastning av fastleger og sykehjemslege og mer presis oppfølging av medikamentbruk	1 100 000 kr
Etablere flere omsorgsboliger – spesielt uten kjøkken	Gjør det mulig for flere å bo i egen bolig	Må utredes – krever bygningsmessige grep

11.2 Tiltak for å øke bruken av øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD)

Beskrivelse	Effekt	Kostnadsestimat
Øke antall ØHD-plasser fra 2 fleksible til 4 dedikerte plasser i Rørvik	Bruk av ØHD-plasser gjør at pasient unngår reise til sykehus og raskere kommer tilbake til egen bolig. Pasient holdes i allmennlegetjeneste som har god kjennskap til pasientens øvrige tjenester. Etablere et kompetansemiljø innenfor ØHD-tilbud	Må utredes – krever bygningsmessige grep
Etablere kompetansetilbud for sykepleiere med interesse for avansert, klinisk sykepleie	Økt kvalitet på ØHD-tilbud gir økt bruk som reduserer antallet sykehusinnleggelses	Innenfor dagens budsjett og eventuelle OU-midler, stipender og tilskudd

For brukere som er 80 år og eldre er det hovedsakelig to årsaker til at det oppstår et behov for PLO-tjenester fra kommunen:

- Funksjonsfall som følge av sykdom eller ulykke/fall
- Demens

For førstnevnte kategori fokuserer kommunen på rehabilitering og hverdagsmestring. Dette er tiltak som forbereder og trener brukeren på å tilpasse seg sitt nye funksjonsnivå og/eller

⁶ En **klinisk farmasøyt** diskuterer legemiddelbehandling og legemiddelrelaterte problemer med pasienter, leger og annet helsepersonell. **Kliniske farmasøyter** jobber mye i tverrfaglige team. Deres viktigste oppgaver er å utføre legemiddelsamstemming, legemiddelgjennomgang, legemiddelsamtale og utskrivning.



gjenvinne sitt tidligere funksjonsnivå. Slike funksjoner er oppgaver i hverdagen som å hente post, dusje selv, lage middag og kalles ofte hverdagsmestring.

Nasjonale undersøkelser viser at nær 80 % av beboere på institusjon er demente og over 40 prosent av dem som er over 70 år og får hjemmetjenester, har demens. ([Tall fra FHI](#)).

Demens er i særklasse den diagnosen for personer over 70 år som, samlet sett, krever mest ressurser av pasient, pårørende og helsepersonell.

Derfor er tiltakene under inndelt i disse to kategoriene:

11.3 Tiltak innen hverdagsmestring og rehabilitering

Beskrivelse	Effekt	Kostnadsestimat
Introdusere hverdagsmestring så tidlig som mulig	Kommunen etablerer en forventning og planlegger for at bruker fortsetter å bo i egen bolig	Innenfor dagens budsjett
Etablere tettere samarbeid med HF Nord-Trøndelag om praksis og tidspunkt ved utskriving	Kan gi mer tilpasset rehabilitering og mer sannsynlighet for fortsatt å bo i egen bolig	Innenfor dagens budsjett
Konsentrere bruk av institusjonsopphold (korttid) for rehabilitering i Rørvik	Oppnå bedre, samlet ressursbruk	Må utredes – krever bygningsmessige grep
Utvikle egen tiltakspakke ved diagnose/kirurgisk inngrep	Oppnå mer forutsigbarhet for pasient og pårørende og etablere realistiske forventninger	Innenfor dagens budsjett
Endre tildelingspraksis og utstede vedtak med kortere varighet	Etablere at vedtaket skal gi effekt som fører til at tjenesten avsluttes eller reduseres	Innenfor dagens budsjett
Mer presis og konsentrert bruk av plasser Namdal Rehab IKS for brukere som bor langt unna institusjon og andre tilbud i Rørvik/Kolvereid	Bedre effekt av gjentakende bruk ovenfor brukere i kommunens periferi enn ovenfor brukere i umiddelbar nærhet til kommunens egne tilbud	Innenfor dagens budsjett
Redusere relativ bruk av institusjonsplasser for pasienter med funksjonsfall	Vil gi mer målrettet bruk av hverdagsmestring og understreke fokus da institusjonsopphold i mindre grad er en mulighet	Innenfor dagens budsjett



Avvikle bruk av avlastning på institusjon ved funksjonsfall	Vil gi mer målrettet bruk av hverdagsmestring og understreke fokus da avlastning på institusjon ikke er en mulighet	Innenfor dagens budsjett
---	---	--------------------------

11.4 Tiltak innen demensomsorg

Beskrivelse	Effekt	Kostnadsestimat
Samle all demensomsorg utenfor institusjon under en leder:	Styrket demensomsorg vil redusere bruk av institusjon	Innenfor dagens budsjett
Utlyse 100% stilling som demenskoordinator	Økt aktivitet krever økt koordinering for å oppnå full effekt	900 000 kr
Samle ressursbruk i hukommelsesteam i 100% stilling	Oppnå bedre, samlet ressursbruk	300 000 kr (har 60% stilling i dag)
Utvikle egen tiltakspakke ved diagnose	Oppnå mer forutsigbarhet for pasient og pårørende og etablere realistiske forventninger	Innenfor dagens budsjett
Samle demensomsorg i samme bygningsmasse på Kolvereid	Etablere samlet kompetansemiljø og utnytter denne bedre	Må utredes – krever bygningsmessige grep
Se over - må etablere boenhet med færre plasser. Ulikhet i sykdom og utagering krever mer nøyaktig skjerming som ikke kan oppnås i boenheter med 8 plasser.	Vil gi mer ro og bedre arbeidsvilkår for ansatte med redusert sykefravær og høyere trivsel som effekt	Må utredes – krever bygningsmessige grep
Øke relativ bruk av institusjonsplasser for pasienter med demens	Vil gi mer målrettet bruk av institusjonsplasser og sikre tilstrekkelig kapasitet for pasienter med demens	Innenfor dagens budsjett
Kraftig utvidelse av tilbud om dagaktivitet ved samlet demensomsorg	Har flere effekter; avlaster pårørende, utsetter institusjonsplass, gir kunnskap om bruker, reduserer stigma og gjør pasient trygg på institusjon	Må utredes – krever bygningsmessige grep
Etablere dagaktivitet som kommunens tilbud for avlastning for pårørende	Reduserer behov for bemanning på institusjon da tilbudet kan	Innenfor dagens budsjett





	reduseres til 1 plass på Kolvereid og 1 i Rørvik	
Etablering av sentralt botilbud for ektepar hvor demens er diagnostisert	Lang reisevei til dagaktivitet hindrer ofte god effekt og alternativt tilbud er å flytte til botilbud nær dagaktivitet	Må utredes – krever bygningsmessige grep
Etablere kontinuerlig informasjon kommunens helhetlige demenstilbud	Stigma er ofte årsak til at bruker går rett fra eget hjem til langtidsopphold. Ved å redusere stigma kan pårørende oppfordres til å ta kontakt og benytte dagaktivitet tidligere	Innenfor dagens budsjett

11.5 Tiltak innen teknologi

Beskrivelse	Effekt	Kostnadsestimat
Anskaffe teknologi for lagerstyring av medisinsk forbruksmateriell	Flere effekter; sparer personell for tidkrevende rutiner knyttet til lagerkontroll og bestilling, reduserer feil bestilling, reduserer sortiment og gir lavere anskaffelseskostnad	450 000 kr – vil spares inn over 3 år på grunn av mer presis bestilling og lagerkontroll
Anskaffe teknologi for organisering av informasjonsflyt knyttet til pasient	Redusert tid på for helsepersonell for å holde oversikt over aktiviteter knyttet til bruker	500 000 kr – vil spares inn over 3 år på grunn av økt kapasitet som brukes til å betjene flere brukere
Anskaffe teknologi for å lukke medikamentsløyfe	Redusert tid på lagerføring, dobbeltkontroll og bestilling av medikamenter på institusjon. Reduserer svinn på grunn av utgått dato og reduserer sortiment. Reduserer antall avvik knyttet til utdeling av medikament	2 000 000 kr – vil spares inn over 3 år på grunn av mindre svinn på medikamenter og mer presis bestilling
Anskaffe ny løsning for elektronisk pasientjournal (EPJ)	Mer tiltaksbasert journalføring, mer struktur rundt pasientopplysninger, tettere integrasjon med nasjonal helseregistre m.m.	Tiltak ved anskaffelse: ca 500 000 kr og doblet lisenskostnad i forhold til i dag
Etablere digitalt søknadsskjema for helse-	Flere effekter; sparer arbeid ved saksbehandling, veileder søker når skjemaet fylles ut, søker kan	Innenfor dagens budsjett - funksjonalitet er tilgjengelig i dagens





og omsorgstjenester med strukturerte felt	søke hjemmefra på den tid som passer best	løsning for webpublisering
Etablere løsning for digital dialog med bruker og pårørende - melde Nærøysund på felles innføringsløp i regi av KS. Med meldinger og kalendervisning på helsenorge.no kan innbyggerne kommunisere med den kommunale helsetjenesten. Meldingene kommer direkte inn i den elektroniske pasientjournalen (EPJ).	Flere effekter; sparer tid ved administrasjon av avtaler med innbyggere og sikrer dokumentasjon. Sparer henvendelser om innvilgete tjenester og gir brukeren god oversikt over slike tjenester og avtalte besøk	Innenfor dagens budsjett ved deltakelse i felles innføringsløp

11.6 Tiltak innen tildeling

Beskrivelse	Effekt	Kostnadsestimat
Revidere kommunens kriterier for tildeling	Enklere å fatte mer presise vedtak som kan avsluttes hvis tiltak ikke har effekt	Innenfor dagens budsjett
Etablere hverdagsmestring som bærende prinsipp for all tildeling	Får mer effekt av hvert enkelt vedtak hvis utgangspunktet alltid er hva brukeren kan mestre selv	Innenfor dagens budsjett
Fjerne vedtak for matombringing og erstatte dem med et månedlig matabonnement som administreres av kjøkken (ca 250 vedtak i året)	Reduserer antallet vedtak med ca 250 samtidig som brukerne fremdeles får middag	Innenfor dagens budsjett
Unngå enkeltstående vedtak om administrasjon av medisin ved multidose	Reduserer antall oppdrag for hjemmesykepleien for å administrere multidoser	Innenfor dagens budsjett



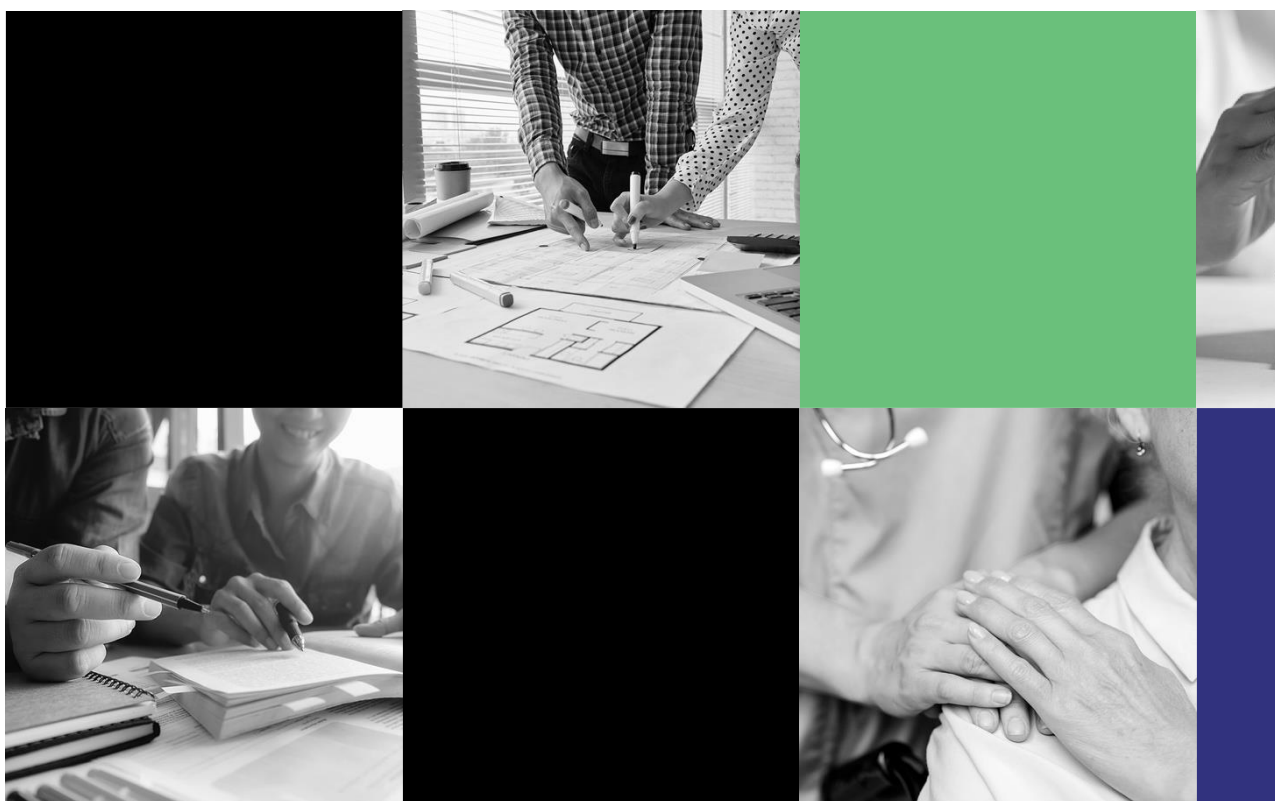




Nærøysund kommune

Postadresse: Nærøysund kommune
Postboks 133, Sentrum, 7900 Rørvik

Kontakt: post@narøysund.kommune.no
Tlf.: 909 37 381/ 906 28 700



narøysund.kommune.no