



TYDAL KOMMUNE

Muligheter i en utfordrende tid

Helse- og omsorgsplan for Tydal kommune
2022-2032



INNHALDSFORTEGNELSE

KAPITTEL 1: OM PLANEN	3
1.1. Innledning og formål.....	3
1.2. Planprosess.....	4
1.3. Lovverk og styringsdokumenter	4
1.3.1. Nasjonale og internasjonale føringer	4
1.3.2. Kommunale, interkommunale og regionale føringer.....	5
KAPITTEL 2: OVERORDNET MÅLSETTING	7
KAPITTEL 3: UTFORDRINGSBILDE - FREMTIDENS BEHOV FOR HELSE- OG OMSORGSTJENESTER	8
3.1. Helse- og omsorgstjenester i Tydal per 2022	8
3.2. Oversikt over folkehelsa og påvirkningsfaktorer.....	9
3.3. Rapport om fremtidens behov for omsorgstjenester	10
3.4. Statistikk og demografi.....	10
3.4.1. Befolkningsutvikling	10
.....	11
3.4.2. Økning i antall og andelen eldre.....	12
3.4.3. Erfaringstall fra omsorgstjenestene	14
3.4.4. Tall for helsetjenestene.....	17
3.5. Helse- og omsorgstjenester til ulike pasient- og brukergrupper.....	17
3.6. Særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester.....	18
3.7. Yngre personer med behov for omsorgstjenester	18
3.8. Personer med behov for kommunal rehabilitering og habilitering.....	18
3.9. Personer med demenssykdom.....	19
3.10. Oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten	20
3.11. Pasienter i fritidsbolig ol. med behov for helse- og omsorgstjenester	21
3.12. Tilgang på kvalifisert helsepersonell	21
KAPITTEL 4: DIMENSJONERING AV HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN OG ANDRE TILTAK FOR Å MØTE FREMTIDIGE BEHOV	24
4.1. Omsorgstrappa og tildeling av tjenester etter LEON-prinsippet.....	24
4.2. Å legge til rette for individuelle bo- og tjenestetilbud	25
4.3. Bruk av dimensjonsverktøy i planleggingen av sykehjem og omsorgsplasser med heldøgns omsorg	26

4.3.1. Vurdering av tallene i tabellene	27
4.4. Omsorgsboliger og sykehjemsplasser	29
4.4.1. Sykehjem versus omsorgsboliger	29
4.4.2. Heldøgn omsorgsplasser	29
4.4.3. Sentrumsnære, kommunale leiligheter til utleie – uten heldøgns bemanning	30
4.4.4. Framtidige behov for omsorgsplasser	31
4.5. Hjemmetjenester og dagtilbud	32
4.6. Helsetjenester	33
4.7. Interkommunale tjenester	33
4.7. Spesialisthelsetjenester.....	34
4.8. Tverrfaglig samhandling og helhetlige pasientforløp.....	34
4.9. Velferdsteknologi og digitalisering	35
4.10. Helsefremmende og forebyggende tiltak	36
4.11. Organisering og bemanning	36
4.12. Frivillighet og pårørende	37
4.13. Tilrettelegge og ta ansvar for egen alderdom.....	38
4.14. Aldersvennlig lokalsamfunn og nye løsninger for helse- og omsorgsbygg	38
KAPITTEL 5: UTVIKLINGSARBEID PÅ SEKTOREN	40
5.1. Tidlig innsats og forebyggende arbeid	40
5.2. Livskvalitet og hverdagsmestring	40
5.3. Helsehjelp – behandling, rehabilitering og habilitering	41
5.4. Helhet og samhandling.....	42
5.5. Bruker og pårørendemedvirkning	42
5.6. Kvalitet og utvikling	43
5.7. En attraktiv arbeidsplass – rekruttering, kompetanse, ledelse og medarbeiderskap.....	44
5.8. Beredskap og smittevern.....	44
5.9. Bærekraftige helsetjenester	45
KILDER	46

KAPITTEL 1: OM PLANEN

1.1. Innledning og formål

Helse- og omsorgsplan 2022 til 2032 for Tydal kommune - «Muligheter i en utfordrende tid», er en overordnet, helhetlig og langsiktig plan for helse- og omsorgstjenestene. Den er ikke tjenestespesifikk, men tar for seg sektoren under ett. Planen er en del av tjenestens styringssystem, og bidrar til å oppfylle plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter (Jfr. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten).

Planen må ses i sammenheng med øvrig kommunalt planverk. Den erstatter Helse- og omsorgsplan 2011-2018.

Planen omfatter alle helse- og omsorgstjenester i Tydal kommune. Omsorgstjenester utgjør en stor del av sektorens ressursbruk, og har derfor tilsvarende plass i planen.

Helse- og omsorgsplan 2022-2032 har tre store hoveddeler. Disse bygger alle opp under og er koblet til målsettingene som skisseres i kapittel 2. Kapittel 3 gir et bilde av dagens situasjon, og hvilke utfordringer helse- og omsorgstjenestene må forberede seg på å løse de neste 30 årene. Dette kapitlet er ment å gi bakgrunn for hvorfor det er og vil bli nødvendig med omstilling og endring i både tjenestetilbud og samfunnets forventninger til omfang og leveranse i helsesektoren. Kapittel 4 handler om dimensjonering av helse- og omsorgstjenesten frem i tid i form av behovsvurdering knyttet til antall heldøgns omsorgsplasser. I tillegg til dette skisseres flere andre tiltak som må følges opp for at Tydal skal kunne møte fremtidens utfordringer på en god måte. Prinsippet om Laveste-Effektive-Omsorgs-Nivå (LEON) er blant annet lagt som et førende prinsipp for vurdering og tildeling av tjenester. Tydal kommune mangler hensiktsmessige heldøgns omsorgsboliger som et trinn i omsorgstrappa. Dette «hullet» kan føre til at pasienter får tildelt sykehjems plass på et tidligere tidspunkt enn de ellers ville ha gjort - om kommunen hadde hatt et mer differensiert tilbud i overgangen mellom tjenester egen bolig og institusjons plass. Kapittel 5 handler om mer konkret utviklingsarbeid sektoren skal jobbe med i planperioden. Underkapitlene her henger sammen, og flere av tiltakene som er skissert vil være sammenfallende og høre naturlig inn under flere av overskriftene.

I tillegg til å legge føringer for utvikling av helse- og omsorgssektoren i Tydal kommune, skal planen, sammen med andre førende dokumenter og utredninger, bidra til å dekke Husbankens plankrav ved søknad om investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser. Plankravet innebærer at «kommunene skal vurdere behovet for fremtidige heldøgns omsorgsplasser nøye, i lys av sitt nåværende bo- og tjenestetilbud, den eksisterende boligmassen og hvordan dette kan utvikles i tiden framover». Med bakgrunn i plankravet, behov for langsiktig planlegging og bindingstid på 30 år for eventuelle Husbanktilskudd, inneholder planen framskrivninger og vurderinger som går lenger frem i tid enn selve planperioden (2022-2032).

1.2. Planprosess

Planen bygger på overordnede og lokale føringer, fremtidig skissert utfordringsbilde for Tydal, samt erfaringer og innspill fra ansatte, brukere og befolkningen for øvrig.

Det har vært bred involvering i planarbeidet. Blant annet har ulike arbeidsgrupper, sammensatt av ansatte fra helse- og omsorgstjenestene, arbeidet med ulike temaområder knyttet til planen. I en av arbeidsgruppene, den som omhandlet «bruker- og pårørendemedvirkning», har av to av medlemmene i Råd for eldre og personer med funksjonsnedsettelse vært med i tillegg til ansatte. Ny helse- og omsorgsplan har også vært tema på sektorens personalmøter. Det har dessuten vært arrangert flere dialogmøter for ansatte på sektoren, der vurderinger og innhold i planen har vært drøftet og ansatte har kommet med gode innspill.

Det ble gjennomført et åpent dialog- og innspillmøte for Tydals innbyggere og andre interesserte i oktober 2022. Planen legges ut til offentlig høring fra kommunens planutvalg (formannskapet), før den behandles i alle politiske styrer og utvalg på vanlig måte.

1.3. Lovverk og styringsdokumenter

Helse- og omsorgssektoren reguleres av og styres av et stort omfang lover, regler, avtaler, planer, veiledere og andre føringer. Det er ikke hensiktsmessig å omtale alle i denne planen, men noen vil bli nevnt spesifikt i dette kapitlet. I tillegg vil det bli referert til aktuelle lovverk og styringsdokumenter flere steder i planen for å underbygge utsagn og innhold.

1.3.1. NASJONALE OG INTERNASJONALE FØRINGER

Både [FNs bærekraftsmål](#) og [FNs barnekonvensjon](#) er viktige internasjonale avtaler som Norge har sluttet seg til. Dette innebærer at helse- og omsorgssektoren må være kjent med disse, og at retningslinjene/reglene må ligge til grunn for overordnet styring og ledelse.

Av sentrale nasjonale styringsdokumenter, er [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester](#) en av de aller viktigste. Denne definerer kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenestene, hvor hovedbudskapet er at «Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester». Loven setter videre krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet, og den lovfester i tillegg kravet om samarbeid med aktuelt helseforetak. Rettssikkerhet ved bruk av tvang reguleres også gjennom denne loven.

[Lov om pasient- og brukerrettigheter](#) inneholder rettsregler om de rettigheter pasienter og brukere har overfor helse- og omsorgstjenesten. Denne slår blant annet fast at pasienter og brukere har rett til øyeblikkelig og nødvendig helsehjelp fra kommunen, og at helsehjelpen i utgangspunktet kun kan gis med pasientens samtykke.

[Leve hele livet, Meld. St. 15 \(2017–2018\)](#) preger nasjonale myndigheters oppfølging mot kommunene, og vil være gjeldende i lang tid. Målgruppen er hovedsakelig eldre over 65 år, men mye i reformen er overførbart til alle deler av befolkningen. Målet er at alle eldre skal få bedre hjelp og støtte til å mestre livet. Tydal kommune har vedtatt egen plan for dette arbeidet: [Plan for Leve hele livet i Tydal 2021-2026](#).

I løpet av 2023 vil Regjeringen også legge frem [Bo trygt hjemme-reformen](#). Denne skal bygge videre på arbeidet med Leve hele livet, og skal ha fire innsatsområder; Kompetente og myndiggjorte medarbeidere, Levende lokalsamfunn, Boligtilpasning og planlegging og Trygghet for tjenester og støtte til pårørende.

Med [Opptrappingsplan for psykisk helse](#) skal tilbudet innen psykiske helse styrkes. Planen skal ha særlig oppmerksomhet på brede, forebyggende tiltak og på lavterskeltilbud i kommunen. I tillegg vil den ha fokus på å skape mer sammenhengende tjenester for personer med langvarige og sammensatte utfordringer.

[Barnevernsreformen](#) som trådte i kraft 1. januar 2022, gir kommunene mer ansvar på barnevernsområdet. Et av målene med reformen, er at kommunene skal styrke arbeidet med tidlig innsats og forebygging. Kommunestyret skal derfor vedta en plan for kommunens arbeid for å forebygge omsorgssvikt og atferdsproblemer. I Tydal er denne under utarbeidelse. Gjennom reformen har kommunene også fått et økt finansieringsansvar for barnevernstiltak gjennom fullt økonomisk ansvar for ordinære fosterhjem.

[Samhandlingsreformen, St.meld. nr. 47 \(2008-2009\)](#) har påvirket helse- og omsorgstjenesten i stor grad. Et av hovedelementene i denne var bedre koordinering og samhandling mellom tjenestene på alle nivå for å sikre gode overganger og helhetlige pasientforløp. Reformen har gitt en omfattende overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, og kommunene har fått et tydeligere ansvar for å ivareta helse- og omsorgstjenestene for innbyggerne.

Regjeringen har varslet flere reformer i nær fremtid. Sammen med ny folkehelsemelding og ny melding om helseberedskap, vil Nasjonal helse- og samhandlingsplan utgjøre rammene for hvordan regjeringen ser for seg å videreutvikle helse- og omsorgstjenestene de neste årene. Et overordnet mål for Nasjonal helse og samhandlingsplan er å sikre sømløse pasientforløp og gode tjenester i hele landet.

1.3.2. KOMMUNALE, INTERKOMMUNALE OG REGIONALE FØRINGER

Sektoren styres også etter flere kommunale, interkommunale og regionale avtaler og planverk.

[Kommuneplanens samfunnsdel 2018-2028](#) er Tydal kommunes overordnede plan for samfunnsutviklingen i et langsiktig perspektiv, og den er derfor også førende for sektor helse- og omsorg. Hovedmålet i samfunnsplanen er

«Lokalsamfunnet Tydal skal bestå og utvikles på en bærekraftig måte til det beste for bygdas innbyggere, hyttefolk og tilreisende».

Planen har også flere delmål:

- Uavhengig av framtidig kommunestruktur skal Tydal ha:
 - lokalt tilpassede kommunale tjenester til innbyggerne
 - samfunnsutvikling på lokalt nivå
 - et levende lokaldemokrati med lokal beslutningsmyndighet
- Trivsel og bolyst skal prege lokalsamfunnet og bidra til en positiv befolkningsutvikling i Tydal.
- Tydals fortrinn skal utnyttes til å utvikle et moderne og nyskapende lokalsamfunn med arbeid til alle.
- Lokale naturressurser skal forvaltes på en bærekraftig måte, med hensyn til areal, miljø og klima

Som tidligere nevnt, har kommunen utarbeidet og vedtatt [Plan for Leve hele livet i Tydal 2021-2026](#).

Denne bygger opp under målene i kommuneplanens samfunnsdel.

Oversikt over folkehelsen og påvirkningsfaktorer i Tydal kommune 2020 ble politisk behandlet i april 2021. Ut ifra funnene i oversiktsdokumentet, ble det vedtatt at kommunen skulle jobbe med tre satsningsområder som skal styrke folkehelsen i Tydal. Disse er nærmere omtalt i kapittel 3.2 i planen.

De økonomiske rammene for sektoren legges gjennom kommunens til enhver tid gjeldende budsjett og økonomiplan. Disse er med på å legge klare premisser for hva sektoren skal/kan satse på og hvordan ressursene skal brukes.

På interkommunalt og regionalt nivå har sektoren ulike avtaler å forholde seg til. Dette gjelder først og fremst vertskommuneavtaler om de interkommunale samarbeidene med Stjørdal og Selbu, og samarbeidsavtale med underliggende retningslinjer med St. Olavs hospital og Helse Nord-Trøndelag.

KAPITTEL 2: OVERORDNET MÅLSETTING

Helse og omsorgsplanen er den overordnede planen for alle helse- og omsorgstjenester i kommunen. Den bygger på og viderefører strategier i kommuneplanens samfunnsdel, og er en del av kommunens helhetlige plansystem. Planen skal være retningsgivende for strategiske valg i tråd med nasjonale føringer og politiske mål for Tydal kommune.

Dette er helse- og omsorgstjenesten overordnede målsetting i planperioden:

- Alle personer som oppholder seg i kommunen, skal tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.
- Helse- og omsorgstjenesten i Tydal skal dimensjonere tjeneste- og byggdrift i forhold til fremtidens behov og utfordringsbilde
- I sitt faglige utviklingsarbeid skal helse- og omsorgstjenesten i Tydal ha fokus på
 - Å gi forsvarlig helsehjelp på riktig nivå
 - Bruker- og pårørendemedvirkning
 - Tidlig innsats og forebygging
 - Livskvalitet og hverdagsmestring
 - Helhet og samhandling
 - Kvalitet og utvikling
 - Beredskap og smittevern
 - Bærekraftige helsetjenester
- Helse- og omsorgstjenestene skal være en attraktiv arbeidsplass med fokus på
 - Virkningsfulle tiltak for å rekruttere og beholde arbeidskraft med riktig kompetanse
 - Ledelse og medarbeiderskap

KAPITTEL 3: UTFORDRINGSBILDE - FREMTIDENS BEHOV FOR HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

Helse- og omsorgstjenesten står overfor store utfordringer i årene som kommer. Demografisk utvikling og framskrivning viser at det har blitt og fortsatt blir stadig færre innbyggere i Tydal. Samtidig utgjør eldre en stadig større andel av befolkningen. Den medisinske utviklingen fører til at flere overlever alvorlig sykdom og flere lever lenge med kroniske sykdommer og/eller funksjonsnedsettelse. Dette er en ønsket utvikling, men vil kunne øke levealder og antallet personer med langvarig behov for bistand av helse- og omsorgstjenestene.

I dette kapitlet vil det bli pekt på ulike utfordringer som vil kreve at Tydal møter fremtiden med omstilling og endring i helse- og omsorgstjenestene. Felles situasjonsforståelse og helhetlig tenkning på alle nivå, er viktig for at kommunen skal kunne prioritere rett - og sette inn tilstrekkelige og riktige tiltak tidlig nok.

3.1. Helse- og omsorgstjenester i Tydal per 2022

Disse kommunale helse- og omsorgstjenestene er lokalisert i Tydal per i dag: skole- og helsestasjonstjeneste, legetjenester, fysio- og ergoterapitjenesten, rus- og psykisk helsetjeneste, hjemmetjenester (inkludert miljøtjeneste) og institusjon. I tillegg har Tydal inngått vertskommuneavtale om interkommunalt samarbeid på disse helse- og sosial- områdene: NAV, barneverntjeneste, PPT-tjenester, koordinerings- og tildelingskontor, kommunalt akutt døgntilbud (KAD-senger), legevakt, jordmortjeneste, responscenter, kommuneoverlege, psykologtjeneste, friskliv og krisesentertilbud.

Kommunen har medfinansieringsavtale med Selbu Trykk om plasser for varig tilrettelagt arbeid (VTA).

Tannlegetjeneste, i fylkeskommunal regi, og døgnbemannet ambulansetjeneste, organisert under St. Olavs hospital, er også lokalisert i Tydal kommune.

Overordnet ansvar for de kommunale helse- og omsorgssektoren ligger til sektorleder helse og omsorg, som også har ansvar opp mot de interkommunale samarbeidene og lovpålagt samarbeid med aktuelt helseforetak (St. Olavs hospital). Drifts- og personalansvaret for alle de kommunale helse- og omsorgstjenestene, ligger til tjenesteleder, som støttes av assisterende tjenesteleder for samme område. Sektoren har ca. faste 32 årsverk per. 1.juli 2022. Med felles ledelse for alle enheter ligger det godt til rette for helhetstenking i forhold til ressursstyring og samarbeid mellom tjenestene.

3.2. Oversikt over folkehelsa og påvirkningsfaktorer

Etter Folkehelseloven skal alle kommuner ha oversikt over folkehelsen og påvirkningsfaktorer, og bruke denne oversikten i all kommunal planlegging. For Tydal ble denne oversikten rullert i 2020, og politisk behandlet april 2021.

Dokumentet peker på både styrker og utfordringer i Tydal.

Styrker:

- En liten kommune gir bedre oversikt og gjør det lettere å se «alle»
- Det er en lav andel arbeidsledige og høy sysselsettingsgrad i Tydal
- En lav andel er mottakere av stønad til livsopphold og det er en lav andel lavinntektsfamilier
- Skoletrivselen er høy blant elevene
- Høy deltakelse i kulturlivet, frivilligheten og ved valg
- De fleste barn og unge trives, har venner og bruker de tilbudene som finnes i kommunen
- Innbyggerne føler seg trygge i Tydal
- Det er god tilgang til rent drikkevann, natur, friluftsliv, ren luft og stillhet
- En lav andel innbyggere (og ingen ungdomsskoleelever) røyker daglig
- Forventet levealder er stabilt høy for innbyggerne i Tydal
- De fleste innbyggerne (unge og voksne) opplever helsa si som god

Utfordringer:

- Folketallet går ned, særlig i de yngre aldersgruppene, og prognoser viser ytterligere nedgang
- Økning i andel eldre i befolkningen, samtidig som antall fødsler har gått ned over tid
- Utdanningsnivået i befolkningen synker
- Økning i andel uføre i kommunen over tid, samt økning i andelen kvinner med legemeldt sykefravær
- Det er vanskelig å rekruttere relevant arbeidskraft
- Samlet kan det se ut som mange elever er umotiverte for skolearbeid (motivasjon, lekser, kjeder seg)
- Barn og unge savner fritidstilbud og -aktiviteter
- Tydalsungdommen bruker svært mye tid foran skjerm utenom skoletid
- Det kan være vanskelig å skille seg ut og være annerledes i et lite samfunn
- En lavere andel voksne i Tydal oppgir daglig fysisk aktivitet enn resten av fylket
- En forholdsvis høy andel ungdommer får lov å drikke alkohol av foreldre, og mange får med seg alkohol hjemmefra
- En forholdsvis høy andel kvinner opplever fysiske og psykiske helseplager og opplever helsen sin som dårlig

Utfordringsbildet må alle sektorer, inkludert helse- og omsorgssektoren, gjøre seg kjent med og ta med inn i tjenestenes planlegging og gjennomføring av tiltak og tilbud. Kommunestyret har vedtatt 3 satsningsområder med bakgrunn i kunnskap fra oversiktsdokumentet:

Satsningsområde 1: Styrke psykisk helse i befolkningen.

Satsningsområde 2: Inkluderende lokalsamfunn

Satsningsområde 3: Legge til rette for en aldrende befolkning

3.3. Rapport om fremtidens behov for omsorgstjenester

Høsten 2018 ferdigstilte Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO) en rapport om fremtidens behov for omsorgstjenester i Tydal kommune. Denne skisserer blant annet tre ulike modeller for antall plasser med heldøgns omsorg og fordeling type plasser. Mye har skjedd i utviklingen siden utredningen ble gjennomført, og sektoren har gjort seg verdifulle erfaringer. Statistikk og framskrivninger viser et annet og mer utfordrende bilde i dag, enn de tallene RO la til grunn i sin rapport. Blant annet ble det presentert en bærekraftsbrøk, samt en utvikling i antall demente, som var langt mer optimistisk/positiv enn det vi ser i dag. Tydal var også med i det interkommunale samarbeidet om intermedierplasser ved Værnesregionen DMS da rapporten ble utarbeidet (dette samarbeidet opphørte fra jan.2021) – noe ble lagt til grunn for vurdering om behov for antall heldøgns plasser. Dette betyr, at selv om hovedbudskapet i rapporten, som omhandler en anbefaling om endring i omsorgsprofil og botilbud, er aktuell ennå, er det behov for å tilpasse og justere alternativene for heldøgns omsorgsplasser. Dette gjelder både totalt antall heldøgns omsorgsplasser og fordeling av type boform/tjenestetilbud.

RO-rapporten anbefaler også kommunen å se på prioritering av tjenester i omsorgstrappa. Den konkluderer med at Tydal mangler trinn i denne, som gjør at pasienter får langtidsplass på sykehjemmet tidligere – i motsetning til om kommune hadde hatt et mer differensiert tilbud med omsorgsboliger og bofelleskap med mulighet for heldøgns omsorg, samt mer aktivitetstilbud/dagtilbud. Denne anbefalingen står seg, og må jobbes videre med.

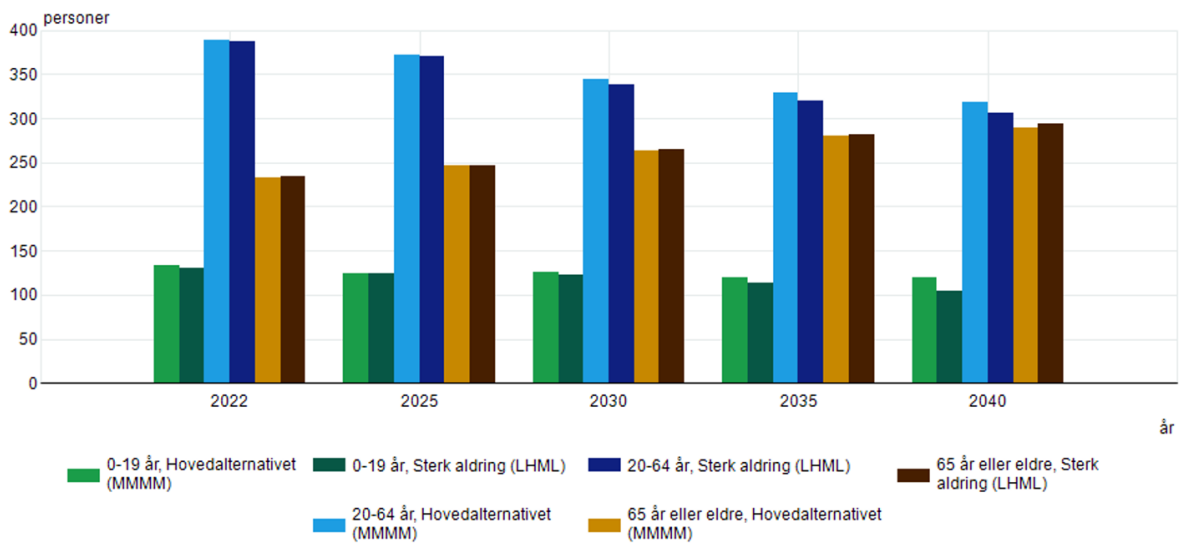
3.4. Statistikk og demografi

3.4.1. BEFOLKNINGSUTVIKLING

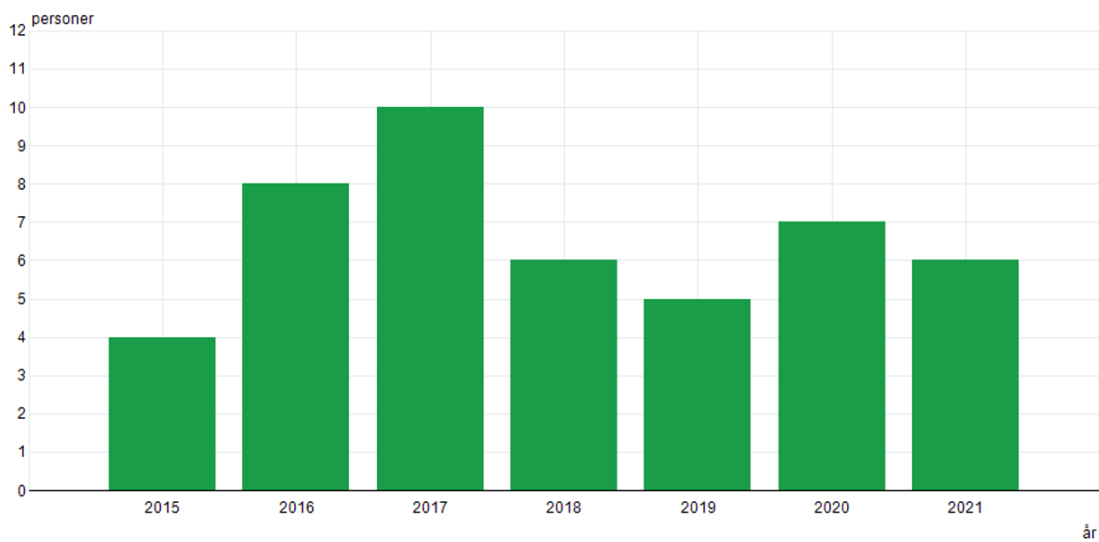
Tydal kommune har over flere ti-år opplevd en negativ befolkningsutvikling blant barn/unge og personer i yrkesaktiv alder (personer under 65 år). Framskrivninger viser at denne trenden kan komme til å fortsette.

Aldringen av en befolkning bestemmes i hovedsak av hvor mange som fødes, hvor mange som inn- og utvandrer og hvor høy levealderen er, samt av aldersstrukturen i befolkningen. Færre fødte, flere eldre og høy forventet levealder gir sterkere aldring (høyere gjennomsnittlig alder på befolkningen). Dette øker også forsørgerbyrden for eldre (antall 65+ år/antall 20-64 år) (Kilde: SSB Færre fødte og flere eldre gir sterkere aldring – SSB).

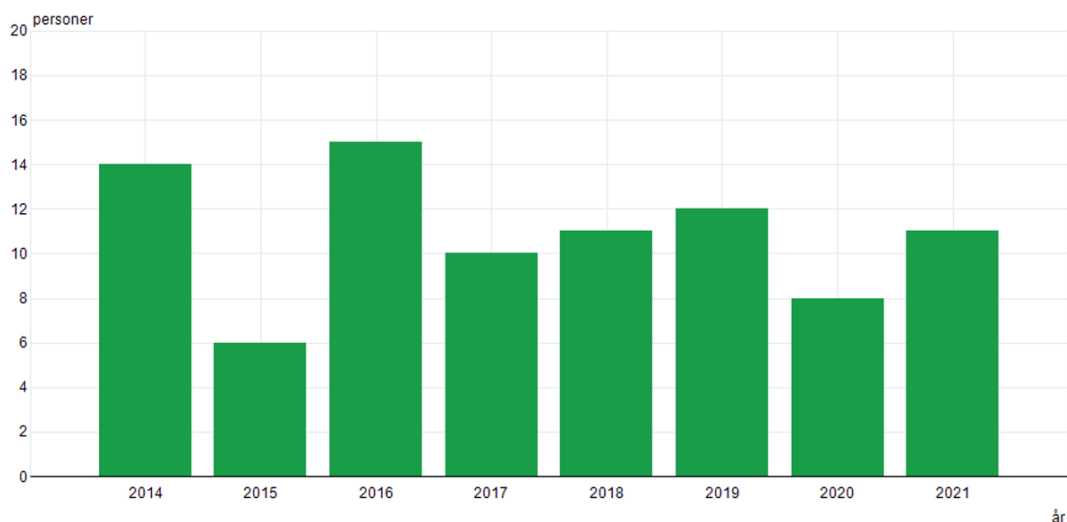
Befolkningsutviklingen i Tydal de senere år viser en sterk aldring. «Sterk aldring» er derfor tatt inn som variabel i framskrivingsstatistikken, slik at man kan se hva dette kan utgjøre for befolknings sammensetning i årene fremover. Særlig vil dette påvirke aldersgruppen 0 til 64 år.



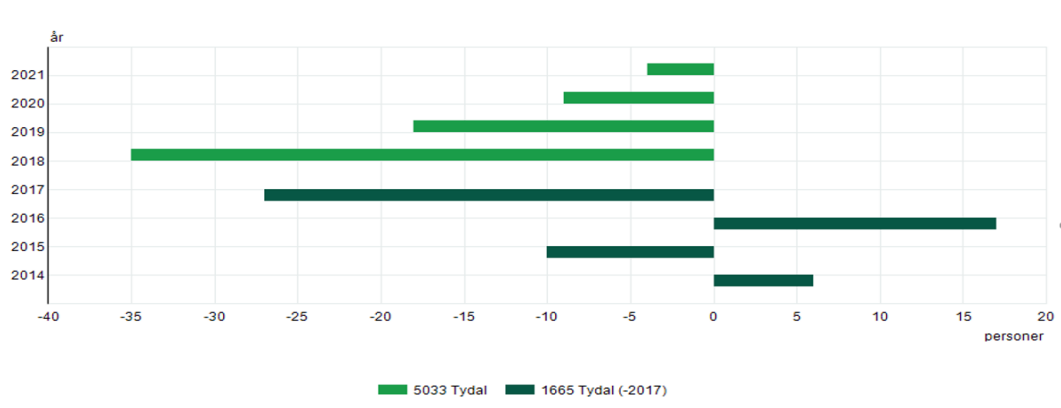
Figur 1. Framskrevet folkemengde 1.januar 2022 etter alder, statistikkvariabel og år. Tydal. Kilde: Statistisk sentralbyrå



Figur 2. Levendefødte etter år, Tydal. Kilde: Statistisk sentralbyrå



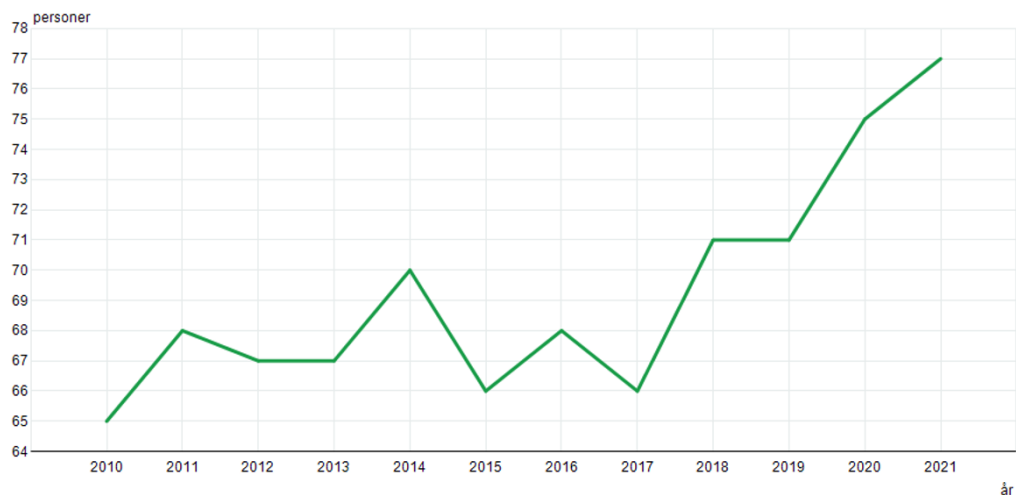
Figur 3. Døde etter år, Tydal. Kilde: Statistisk sentralbyrå



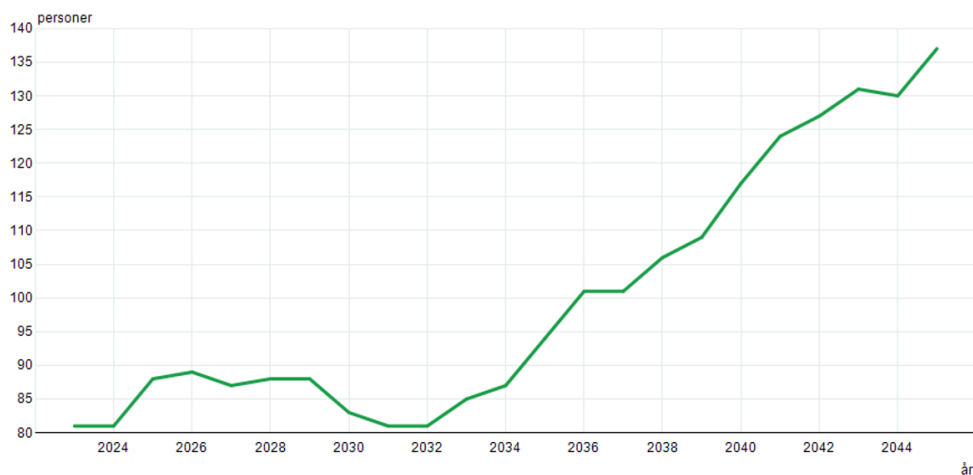
Figur 4. Nettoinnflytting etter region og år, Tydal. Kilde: Statistisk sentralbyrå

3.4.2. ØKNING I ANTALL OG ANDELEN ELDRE

Både historiske tall (figur 5) og framskrivninger (figur 1 og 6) viser en stor økning i andelen eldre i Tydal. Antall eldre over 80 år har økt med ca. 25 % fra 2010 og frem til 2022. Statistiske framskrivninger viser at det kan bli en økning på ca. 69 % frem mot 2045. Denne økningen er noe helse- og omsorgstjenesten har merket alle rede, i form av økning i antall pasienter og i pasientbehov. I følge en artikkel publisert av SSB ([Vesentlig mer bruk av omsorgstjenester ved passerte 85 år - SSB](#)) «stiger andelen i befolkningen som bruker omsorgstjenester entydig med økende alder etter fylte 65 år. Tre av fire i alderen 85 år og eldre brukte en eller flere omsorgstjenester i kommunen i 2017. En av fem brukere i denne aldersgruppen bor på institusjon, og andelen er høyere i små enn i store kommuner».



Figur 5. Befolkning etter år, 80 år eller eldre, Tydal. Kilde: Statistisk sentralbyrå



Figur 6. Framskrevet folkemengde 1.januar 2022, sterk aldring. 80 år eller eldre, Tydal. Kilde: Statistisk sentralbyrå

Andelen pensjonist (65år +) per person i yrkesaktiv alder (22-64 år) kalles i mange sammenhenger for «forsørgerbrøk.» Denne brøken sier noe om hvor mange som er i yrkesaktiv alder og som potensielt betaler skatt, opp mot andelen pensjonister som skal ha utbetalt pensjon og som man antar kan ha økt behov for helsetjenester. Arbeidskraft flyter fritt over kommunegrensene, og rekruttering inn i ledige stillinger skjer fra både nabokommuner og mer langveis fra. Det er derfor et poeng å vise forsørgerbrøken for de andre kommunene i Værnesregionen også. I tabellen under (figur 7) ser vi at andelen eldre per yrkesaktiv er størst i Tydal. Vi ser også at andelen eldre heller ikke er lav i nabokommunen Selbu, noe som kan påvirke Tydals mulighet til supplere med nødvendig og stabil arbeidskraft derfra.

Forsørgerbrøker for eldre

	2022	2025	2030	2035	2040
5033 Tydal	0,60	0,66	0,77	0,85	0,91
Høy levealder	0,60	0,66	0,78	0,87	0,93
5026 Holtålen	0,54	0,60	0,65	0,74	0,78
Høy levealder	0,54	0,60	0,66	0,76	0,80
5034 Meråker	0,47	0,49	0,55	0,61	0,66
Høy levealder	0,47	0,49	0,56	0,62	0,69
5025 Røros	0,47	0,51	0,54	0,61	0,66
Høy levealder	0,47	0,51	0,55	0,62	0,68
5032 Selbu	0,44	0,47	0,53	0,59	0,64
Høy levealder	0,44	0,48	0,54	0,61	0,66
5036 Frosta	0,43	0,46	0,52	0,58	0,65
Høy levealder	0,43	0,47	0,53	0,60	0,67
5035 Stjørdal	0,34	0,37	0,40	0,46	0,52
Høy levealder	0,34	0,37	0,41	0,47	0,54

Figur 7. Andelen pensjonister (65år +) per person i yrkesaktiv alder (20-64 år) i ulike kommuner. Kilde: Statistisk sentralbyrå

3.4.3. Erfaringstall fra omsorgstjenestene

3.4.3.1. Pasientbelegg og venteliste ved Tydal sykehjem

Tabellen under (figur 8) viser at gjennomsnittlig pasientbelegg på sykehjemmet har gått ned de siste årene til og med 2021. Dette gjelder likevel ikke for enhet for demente, der det i perioder har vært overbelegg. Antallet beboere har variert gjennom året, og i enkelte perioder har også alle sykehjems plassene vært i bruk. Det er viktig å understreke at antall pasienter ikke nødvendigvis har sammenheng med hvor ressurskrevende tjenesten er. Den enkeltes pasients behov for oppfølging, behandling og pleie (bistandsbehov) påvirker også dette i stor grad.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022 (1.halvår)
Gjennomsnittlig belegg, totalt på sykehjemmet	83%	83%	74%	77%	67%	90 %
Belegg Enhet for demente	85%	92%	95%	106%	94%	90 %

Figur 8. Pasientbelegg ved Tydal sykehjem. Kilde: Profil

Prosentstansen i figur 8 er regnet ut fra 20 tilgjengelige plasser til og med 2019. Fra og med 2020 har sykehjemmet hatt 18 tilgjengelige plasser (jfr. kommunestyrevedtak). Det er i tillegg 3 leiligheter i

sykehjemets sokkel som kan betegnes som omsorgsbolig med heldøgns bemanning. Disse har vært brukt i varierende grad, og er ikke med i grunnlaget for beregningen her.

Fra 2016 ble kommunene pålagt å føre venteliste på langtidsplass. I Tydal kommune har det ikke vært personer på venteliste i perioden 2016-2021. Første halvår 2022 har det derimot vært 1 person på venteliste til langtidsplass ved Tydal sykehjem.

Første halvår 2022 har det vært store pasientpress. Sykehjemmet har hatt overbelegg både på sykehjemsavdelingen og enhet for demente i lange perioder. I tillegg har Tydal kjøpt korttidsplasser ved Selbu sykehjem, og betalt for flere overliggerdøgn ved St. Olavs hospital. I tillegg til dette har Tydal hatt flere pasientdøgn enn tidligere år på kommunalt akutt døgn-tilbud (KAD). Det er usikkert om omfanget av behov er vedvarende blant annet pga. økningen i antall eldre, eller om det er en tilfeldig variasjon.

3.4.3.2. Bistandsbehov og institusjonstjenester

Kommunalt pasientregister (KPR) inneholder opplysninger om de som har søkt om, mottar eller har mottatt helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Det er kommunene som rapporterer inn informasjon om brukere og tjenestene de har mottatt.

KPR-tall fra 2021 viser at Tydal ligger høyt på institusjonstjenester per 1000 innbygger sammenlignet med de andre kommunene i Værnesregionen. Det samme gjelder om man isolert sett ser på brukere i institusjon med omfattende bistandsbehov, som er et mål på funksjonsnivå. Dette stemmer overens med informasjon fra journalsystemet i omsorgstjenesten, der såkalt IPLOS-score (Individbasert Pleie- og OmsorgsStatistikk) registreres på alle brukere. Så å si alle som får tildelt langtidsplass ved sykehjemmet, har over 4,5 i IPLOS-score. IPLOS brukes for å gjøre en funksjonsvurdering av brukerne, om deres aktiviteter i dagliglivet, kroppsfunksjoner og noen kognitive funksjoner, om personens ressurser og funksjon på registreringstidspunktet og grad av behov for bistand og helsehjelp. Score 5 tilsvarer fullt behov for bistand/assistanse/helsehjelp, mens score 1 betyr at søker/tjenestemottaker ikke har behov for bistand.

Sted	2017		2018		2019		2020		2021	
	Antall brukere	Antall brukere pr 1000 innbyggere	Antall brukere	Antall brukere pr 1000 innbyggere	Antall brukere	Antall brukere pr 1000 innbyggere	Antall brukere	Antall brukere pr 1000 innbyggere	Antall brukere	Antall brukere pr 1000 innbyggere
Norge	100 938	19,2	100 850	19,0	99 366	18,6	97 804	18,2	98 643	18,3
5032 Selbu	108	26,4	120	29,3	113	27,6	87	21,4	115	28,3
5033 Tydal	43	49,9	39	46,8	51	64,2	32	41,6	40	52,7
5034 Meråker	109	43,5	91	36,9	84	34,5	94	38,8	74	30,7
5035 Stjørdal	269	11,4	255	10,6	289	12,0	282	11,7	378	15,6
5036 Frosta	67	25,5	58	22,2	67	25,5	67	25,5	61	23,4

Figur 9. Alle eldre, institusjonstjenester (dag/nattopphold, korttidsopphold, avlastningsopphold, langtidsopphold)

NB. Antall brukere sier ingenting om lengden av oppholdet. Pasienter defineres som korttidspasienter til de har oversteget 60 institusjonsdøgn. Kilde: Kommunalt pasientregister

Kun korttidsopphold:

Sted	2017		2018		2019		2020		2021	
	Antall brukere	Antall brukere pr 1000 innbyggere	Antall brukere	Antall brukere pr 1000 innbyggere	Antall brukere	Antall brukere pr 1000 innbyggere	Antall brukere	Antall brukere pr 1000 innbyggere	Antall brukere	Antall brukere pr 1000 innbyggere
Norge	66 376	12,6	66 731	12,6	66 219	12,4	63 776	11,9	65 019	12,1
5033 Tydal	33	38,3	26	31,2	36	45,3	17	22,1	26	34,3

Figur 10. Korttidsopphold (under 60 dager) ved institusjon. Kilde: Kommunalt pasientregister

Kun langtidsopphold:

Sted	2017		2018		2019		2020		2021	
	Antall brukere	Antall brukere pr 1000 innbyggere	Antall brukere	Antall brukere pr 1000 innbyggere	Antall brukere	Antall brukere pr 1000 innbyggere	Antall brukere	Antall brukere pr 1000 innbyggere	Antall brukere	Antall brukere pr 1000 innbyggere
Norge	47 048	8,9	46 288	8,7	45 135	8,5	45 933	8,6	45 802	8,5
5033 Tydal	18	20,9	18	21,6	17	21,4	20	26,0	17	22,4

Figur 11. Langtidsopphold (over 60 dager) ved institusjon. Kilde: Kommunalt pasientregister

3.4.3.3. Brukere i hjemmetjenesten

Når det gjelder hjemmetjenester har antall brukere ligget stabilt høyt siden 2018 og frem til i dag. Det ble et «hopp i antall brukere» fra 2017-2018. Tydal ligger stort sett på samme nivå eller høyere, sammenlignet med de andre kommunen i Værnesregionen. Det som i midlertid skiller Tydal fra resten av Værnesregion-kommunene, er at det ikke er meldt inn brukere med omfattende bistandsbehov knyttet til helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand. Dette betyr at brukere i hjemmetjenesten i Tydal har hatt funksjonsnivå tilsvarende middels/stort (flertallet av pasientene) eller lite/avgrenset bistandsbehov. Dette kan tyde på brukerne får plass på sykehjemmet (institusjon) når de går fra middels/stort bistandsbehov til omfattende bistandsbehov. Brukere som bor i omsorgsbolig med heldøgns bemanning, registreres som hjemmeboende, og mange bor i denne boligen livet ut – da disse ofte er tilrettelagt for å imøtekomme omfattende bistandsbehov.

Sted	2017		2018		2019		2020		2021	
	Antall brukere	Antall brukere pr 1000 innbyggere	Antall brukere	Antall brukere pr 1000 innbyggere	Antall brukere	Antall brukere pr 1000 innbyggere	Antall brukere	Antall brukere pr 1000 innbyggere	Antall brukere	Antall brukere pr 1000 innbyggere
Norge	271 447	51,6	275 791	52,1	283 050	53,1	290 451	54,1	299 711	55,6
5032 Selbu	334	81,5	333	81,4	336	82,2	319	78,5	353	86,8
5033 Tydal	57	66,2	63	75,5	65	81,9	69	89,7	63	83,0
5034 Meråker	187	74,6	184	74,5	186	76,5	182	75,1	199	82,5
5035 Stjørdal	1 389	58,8	1 475	61,6	1 591	66,2	1 562	64,7	1 648	67,9
5036 Frosta	177	67,3	184	70,3	192	72,9	217	82,6	244	93,5

Figur 12. Praktisk bistand (daglige gjøremål + opplæring), BPA, avlastning utenfor institusjon, helsetjenester i hjemmet. Kilde: Kommunalt pasientregister.

3.4.4. TALL FOR HELSETJENESTENE

Sammenlignet med mange kommuner, ligger Tydal høyt tall i KOSTRA som viser avtalte årsverk per 10 000 innbygger for fastlege og fysioterapi (Fig. 13). Når det gjelder helsestasjon 0-5 år ligger Tydal i «midt-siktet.» Årsakene til at kommuner velger ulik prioritering med tanke på ressurser i disse tjenestene kan være mange, f.eks. kommunestørrelse, avstand til legevakt og sykehus, rekruttere/beholde arbeidskraft, heltidskultur, omsorgsprofil, andel eldre og andel barn/unge, avstander i kommunen, generalister kontra spesialister mm. I Tydal har både årsverk i legetjenesten og årsverk i fysioterapitjenesten vært gjenstand for politisk behandling de siste årene. Det har vært enighet om at dette er tjenester kommunen ønsker å videreføre på dagens nivå med tanke på ressurser. Når det gjelder tjenester helsestasjon/skolehelsetjeneste har det vært klare sentrale føringer på at dette er områder kommunene bør styrke.

År 2021	Avtalte legeårsverk per 10 000 innbygger	Avtalte fysioterapi-årsverk per 10 000 innbygger	Avtalte årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten per 10 000 innbyggere 0-5 år
Tydal	25,3	18,7	240,4
Meråker	22,9	15,5	227,4
Selbu	11,0	12,2	288,9
Frosta	11,9	10,7	277,2
Stjørdal	11,7	8,6	237,4

Figur 13. Avtalte legeårsverk, fysioterapiårsverk og årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Kilde: Kostra, SSB.

De fleste innbyggere i Tydal har fastlege i egen kommune. På oversikten over gjesteinnbyggeroppgjør utarbeidet av HELFO, ser vi likevel at noen velger å ha fastlege i andre kommuner (særlig i Selbu, Trondheim, Røros og Stjørdal) av ulike årsaker. Det er også innbyggere bosatt i andre kommuner som har fastlege i Tydal.

3.5. Helse- og omsorgstjenester til ulike pasient- og brukergrupper

Kommunens ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg i kommunen, omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. Helsetjenestene skal individuelt tilpasses både barn/unge, eldre, personer med minoritetsbakgrunn, flyktninger og andre grupper.

Tydal er en liten kommune, og det er derfor verken hensiktsmessig eller behov for å ha mange ulike tilbud «stående» i påvente av potensielle brukere og brukergrupper. Tilbudene må opprettes etter hvert som det blir behov, og det er ofte mest formålstjenlig å samlokalisere flere tilbud.

Det er likevel svært krevende å opprette nye individuelt tilpassede tjenester, både med tanke på praktiske/organisatoriske, nødvendige ressurser, ressursutnyttelse og organisering av tjenestene. Det er derfor en stor fordel hvis bygningsmassen er fleksibel, og dermed enkelt og raskt kan endres etter til enhver tid de behov som måtte være/oppstå.

3.6. Særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester

Tydal kommune har ikke hatt mange brukere som kommer under [tilskuddsordningen for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester](#). Dette kan i midlertidig endre seg raskt. Det er mange småkommuner som har flere tjenestemottakere som er så ressurskrevende at de kommer innenfor denne ordningen. Tilskuddsordningen kompenserer 80 % av direkte lønnsutgifter knyttet til enkeltbrukere under 67 år, etter at innslagspunktet på 1 470 000 kr (per 2022) er nådd. Dette betyr at personer over 67 år ikke omfattes av ordningen, og at behov for særlig ressurskrevende omsorgstjenester for denne gruppen forutsettes dekt gjennom kommunens rammetilskudd.

3.7. Yngre personer med behov for omsorgstjenester

De senere årene har ikke Tydal kommune hatt mange yngre pasienter og brukere med store behov for omsorgstjenester, men det forventes at denne andelen vil øke. Kommunen har per i dag ingen etablerte heldøgns omsorgsplasser for yngre brukere, foruten sykehjemsplasser. For å møte fremtidens behov, er det viktig at det legges til rette for at tjenester med heldøgns bemanning enkelt og effektivt kan leveres også til unge brukere, og at dette ikke er en del av sykehjemmet. Hensiktsmessig utforming og beliggenhet på bygningsmassen, samt tilgang på velferdsteknologi, vil ha direkte innvirkning på hva brukeren vil kunne klare å mestre selv, livskvalitet for bruker/familie, samt hvor effektivt tjenestene kan driftes.

3.8. Personer med behov for kommunal rehabilitering og habilitering

I Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019) legges det føringer for at habilitering og rehabilitering i størst mulig grad skal tilbys der livet leves – altså skal hovedtyngden av innsatsen skal skje i kommunen hvor brukeren bor. Det må derfor legges enda bedre til rette for dette i Tydal også. Dette gjelder både barn/unge og voksne. Tydal kommune har hatt et begrenset

omfang brukere med behov for habiliteringstjenester. Det må derimot tas høyde for at antallet personer med behov for denne typen tjeneste vil øke i årene fremover, og at omfang og kompetanse på dette fagområdet må styrkes.

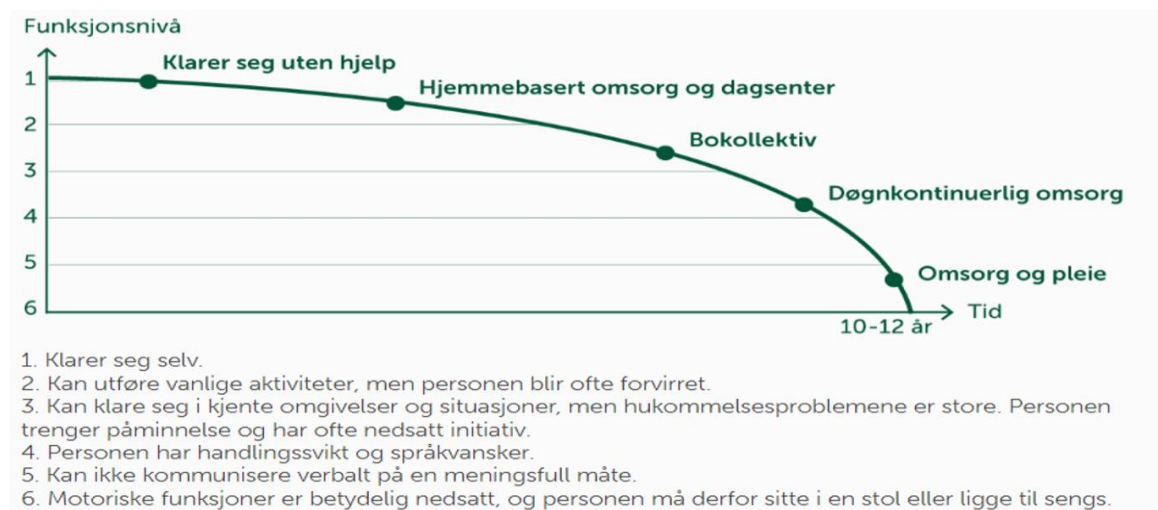
3.9. Personer med demenssykdom

En brukergruppe som er sterkt økende, er personer med demenssykdom.

Befolkningen i Tydal er eldre enn gjennomsnittet i Norge, og har derfor også en høyere andel personer med demens. Norske tall viser at andelen som har demens øker kraftig med alderen, fra anslagsvis 0,7 % i aldersgruppen 65-69 år til 48 % blant personer 90 år og eldre ([Demens - FHI](#)).

Ut i fra dagens prognose (figur 15), vil andelen av personer med demens i Tydal øke med 66% fra 2020 til 2040. Skal vi kunne møte denne situasjonen på en god og bærekraftig måte, kreves det planlegging, omstilling og tiltak i helse- og omsorgstjenestene.

Kurven under (figur 14) viser den typiske utviklingen av Alzheimers, som er den vanligste og mest kjente demenssykdommen. De fleste demens-sykdommer følger dette gradvise forløpet. Det går langsomt de første årene. Så endrer situasjonen seg, og personen med demens forandrer seg merkbart på kort tid.



Figur 14. Fakta om demens. Kilde: Nasjonalt senter for aldring og helse

År 2020

Tydal: 3,38 % av befolkningen – tilsvarer 26 personer

Trøndelag: 1,9 %

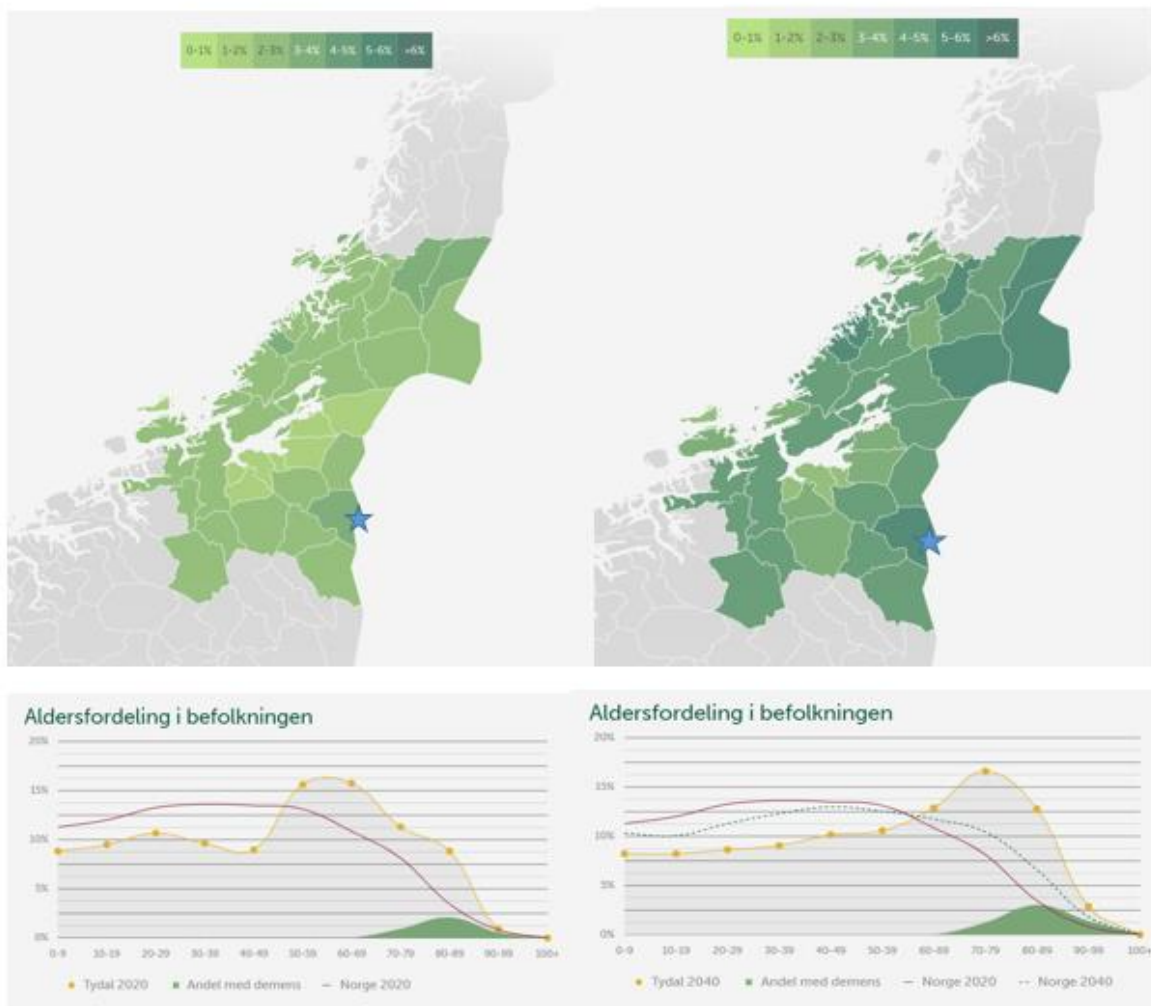
Norge: 1,88 %

År 2040

Tydal: 5,62 % - tilsvarer 41 personer

Trøndelag: 3,33

Norge: 3,30



Figur 15. [Demenskartet](#) for Trøndelag og Tydal. Kilde: Aldring og helse

3.10. Oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten

I Omsorg 2020, Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020 (side 7) finner vi følgende sitat.

«Som følge av en rekke reformer har ansvar og oppgaver blitt overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. I tillegg kommer omstilling i spesialisthelsetjenesten med kortere liggetid, mer

dagbehandling og poliklinisk behandling. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har dermed fått nye brukergrupper med mer faglig krevende og komplekse medisinske og psykososiale behov».

Dette er en utvikling som har fortsatt etter 2020, og som vil fortsette videre fremover. [Regional utviklingsplan 2019-2022 for St. Olavs hospital](#) understøtter også dette.

[Helsedirektoratets samdata fra spesialisthelsetjenesten for perioden 2016-2020](#) viser en reduksjon i både antall liggedøgn i somatiske sykehus, samt en nedgang i gjennomsnittlig liggetid ved innleggelse. Når sykehusene definerer pasienter som utskrivningsklar til kommunen, overtar kommunen ansvaret for pasienten og må tilby forsvarlige helsetjenester. Hvis oppholdskommunen (ikke folkeregistrert kommune) ikke har kapasitet til å motta pasienten, blir kommunen fakturert for en statlig regulert døgnpris per liggedøgn (5306 kr i 2022). Tydal kommune har hatt kapasitet til å ta imot alle sine utskrivningsklare pasienter helt siden ordningen med betaling ble innført i 2014 og fram til 2022. Første halvår 2022 sykehjemmet derimot hatt overbelegg i lange perioder, og overliggerdøgn har derfor vært uunngåelig

3.11. Pasienter i fritidsbolig ol. med behov for helse- og omsorgstjenester

Ved årsskiftet 20/21 var det: 423 boligenheter, 1557 fritidsbolig, 23 helårsboliger som benyttes som fritidsbolig, og 8 våningshus som benyttes som fritidsbolig. 15 sekundærboliger for reindrift. Dette utgjør nærmere 4 ganger så mange fritidsboliger som boliger (Kilde: Oversikt over folkehelsen og påvirkningsfaktorer i Tydal kommune 2020, s 21), og over dobbelt så mange fritidsboliger som innbyggere.

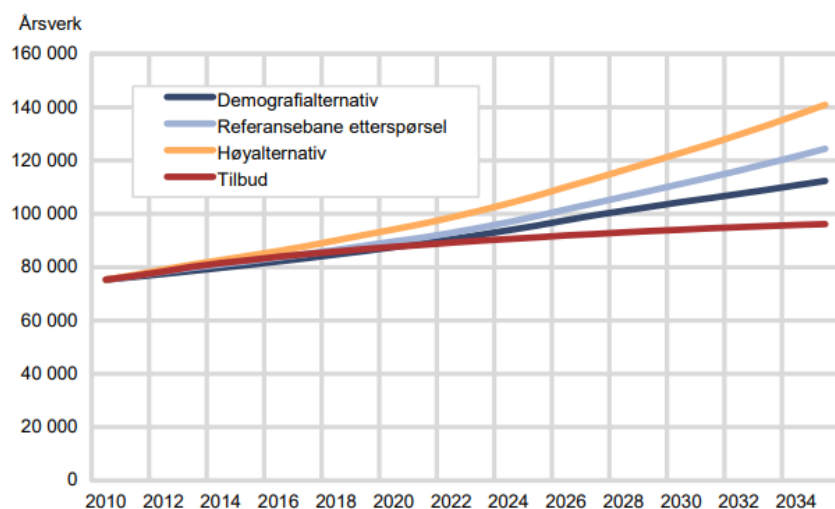
Helse- og omsorgstjenesteloven slår fast at «kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester» (§3-1. Kommunens overordnede ansvar for helse -og omsorgstjenester). Dette betyr at også personer som befinner seg i fritidsboliger, campinghytter, bobiler ol. innen kommunen, kan ha rett på hjemmetjenester og andre tjenestetilbud – på lik linje med personer som har bostedsadresse her.

3.12. Tilgang på kvalifisert helsepersonell

[Statistisk sentralbyrås modell HELSEMOD](#), presenterer framskrivninger av tilbud av og etterspørsel etter ulike typer helse- og sosialpersonell fram mot 2035. Rapporten er utarbeidet på bakgrunn av tall fra 2010, men forutsetningene for beregningene vurderes å fortsatt være betegnede for utviklingen. Rapporten viser at det har vært, er og vil stadig bli en økende underdekning av helsefagarbeidere, bioingeniører, fysioterapeuter, helsesøstre og sykepleiere.

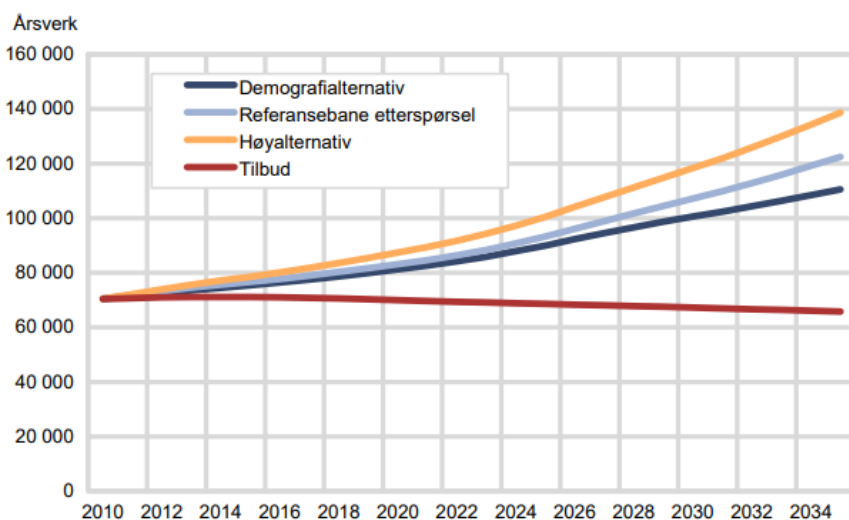
Tabellene under (figur 16) viser at utviklingen mot en underdekning av sykepleiere og helsefagarbeidere alle rede startet i 2010, og at det stadig vil forverres.

Figur 6.15a. Tilbud og etterspørsel for sykepleiere ifølge ulike beregninger med HELSEMOD, 2010-2035. Normalårsverk



Figur 16. Tilbud og etterspørsel etter sykepleiere 2010-2035. Kilde: HELSEMOD Rapport 14/2012, SSB

Figur 6.4a. Tilbud og etterspørsel etter helsefagarbeidere i følge ulike beregninger med HELSEMOD, 2010-2035. Antall normalårsverk



Figur 17. Tilbud og etterspørsel etter helsefagarbeidere 2010-2035. Kilde: HELSEMOD Rapport 14/2012, SSB

Erfaringer fra Tydal stemmer over ens med funnene i HELSEMOD 2012. Tilgangen på kvalifisert helsepersonell er begrenset og utfordrer derfor rekrutteringsmulighetene til helsetjenestene. Det har vært få eller ingen søkere på flere utlyste stillinger over mange år, og det er særlig utfordrende å finne kvalifiserte vikarer ved midlertidig fravær i stilling. Særlig har kommunen hatt rekrutteringsutfordringer knyttet til sykepleiere og leger, men det har også vært og er vanskelig å rekruttere helsefagarbeidere. Erfaringer fra andre kommuner, tilsier også at det er blitt vanskelig å

rekruttere helsesykepleiere. Fram til første kvartal 2022, har ikke Tydal hatt rekrutteringsutfordringer knyttet til fysioterapeuter.

Få elever per årskull i skolen, medfører redusert tilgang på tilkallingsvikarer, og på lenger sikt vil dette også påvirke tilgangen på fast arbeidskraft.

For å kunne gi befolkningen forsvarlige helse- og omsorgstjenester gjennom hele året, har sektoren vært avhengig av å kjøpe kvalifisert arbeidskraft via bemanningsbyrå. Helsepersonell fra byrå har dekt opp for midlertidig ledighet i stillinger pga. fravær som skyldes sykdom, permisjon eller ferieavvikling. Utgifter til bemanningsbyrå 2018-2021 (omsorgstjenesten):

År	Total kostnad
2021	1 522 000 kr
2020	2 132 000 kr
2019	1 254 000 kr
2018	1 692 000 kr

Figur 18: Totalkostnad kjøp av bemanningstjenester, omsorgstjenesten. Kilde: Regnskap for aktuelle år.

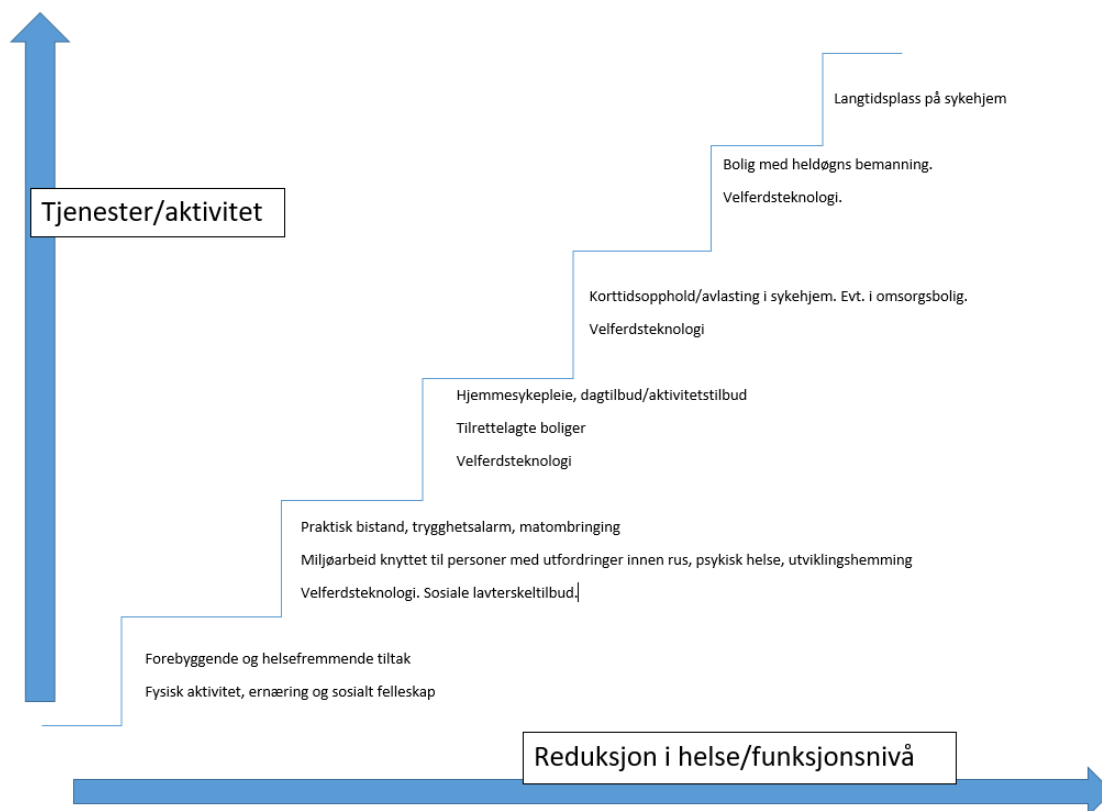
KAPITTEL 4: DIMENSJONERING AV HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN OG ANDRE TILTAK FOR Å MØTE FREMTIDIGE BEHOV

Som vist i kapittel 3, er utfordringsbildet Tydal og andre kommuner står overfor de neste årene, stort og komplekst. Det begynner å haste med å sette inn tiltak som vil kunne bidra til at kommunen klarer å håndtere situasjonen og dermed også bygge opp under hovedmålet i kommuneplanens samfunnsdel: «Lokalsamfunnet Tydal skal bestå og utvikles på en bærekraftig måte til det beste for bygdas innbyggere, hyttefolk og tilreisende».

I følgende kapitlet vil det bli skissert tiltak for at Tydal skal klare å møte fremtidens utfordringer på en tilfredsstillende måte. I dette ligger også vurderinger i forhold til behov for plasser med heldøgns bemanning, både sykehjemsplasser og omsorgsboliger.

4.1. Omsorgstrappa og tildeling av tjenester etter LEON-prinsippet

LENON-prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå) er et grunnprinsipp i norsk helsevesen (Kilde: [Helse,-omsorgs,- og rehabiliteringsstatistikk – Eldres helse og bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)) Dette innebærer at helsetjenester skal ytes på laveste effektive omsorgsnivå, her illustrert ved omsorgstrappa (figur 19). Prinsippet er at et trinn i omsorgstrappa ikke skal benyttes før tjenester på et lavere nivå er prøvd eller er åpenbart uaktuelle. I realiteten vil en bruker kunne befinne seg på flere trinn i trappa samtidig, med ulike kombinasjoner av tjenester. LEON og omsorgstrappen skal uansett vektlegges: Dette betyr at man ønsker å utnytte hvert enkelt menneskes potensial for egenomsorg og mestring, og at muligheter og ressurser som finnes i nærmiljø og sosialt nettverk skal tas i betraktning i vurderingen av tjenestebehovet.



Figur 19. Omsorgstrappa i Tydal kommune

Tydal har en forholdsvis institusjonstung omsorgsprofil. For å møte utfordringsbildet med et økende antall eldre, og for at LEON-prinsippet skal kunne praktiseres fullt ut, er det nødvendig å satse mer på hjemmetjenester, dagtilbud og ulike tilrettelagte boformer for personer i alle aldre.

4.2. Å legge til rette for individuelle bo- og tjenestetilbud

Ulike personer vil ha ulike bo- og tjenestebehov, og disse vil også variere over tid. For at kommunen skal kunne møte innbyggernes behov på en tilfredsstillende og bærekraftig måte, trengs et spekter av slike tilbud.

De fleste vil bo hjemme så lenge som mulig, så også innbyggerne i Tydal (Utredning av framtidens behov for omsorgstjenester i Tydal kommune, s. 29). Flere Stortingsmeldinger og statlige utredninger, strategier og dokumenter, understøtter at dette er en villet utvikling, også fra sentralt hold. Blant annet vil Regjeringen lansere en ny reform i løpet av 2023, som har fått navnet "[Bo trygt hjemme-reformen](#)". For å legge til rette for en slik utvikling av omsorgstjenestene, må alle trinn i omsorgstrappa være tilgjengelige (se kapittel 4.1) og det må satses enda mer på velferdsteknologiske løsninger. Det er også nødvendig med økt fokus og tilrettelegging knyttet til ulike dag/natt-korttidstilbud (f.eks. dagsenter, dag/nattplasser, korttidsplasser, avlastning).

I en liten kommune som Tydal, må tilbudet som omhandler tjenester med heldøgns bemanning, planlegge og ta høyde for å kunne ivareta en kompleks og lite homogen pasientgruppe med stort aldersspenn (f.eks. rusavhengige, personer med både psykiske lidelser og somatiske lidelser, pasienter i palliativ fase, demente osv.). Det må finnes tilbud om både egne leiligheter med heldøgns bemanning, langtidsplasser og korttidsplasser tilpasset alle brukergrupper. Disse bør samlokaliseres under samme tak, samtidig som de må plasseres, utformes og tilpasses på en slik måte at de ivaretar brukernes behov – uavhengig alder, diagnose, funksjonsnivå, kulturtilhørighet osv.

4.3. Bruk av dimensjonsverktøy i planleggingen av sykehjem og omsorgsplasser med heldøgns omsorg

Helseøkonomisk analyse AS har på oppdrag fra KS, utarbeidet et [verktøy for planlegging av sykehjem og omsorgsplasser](#), som skal bidra til å gi bedre innsikt i kommunenes antatte behov innen pleie og omsorg. på oppdrag fra KS. Dette skal være et hjelpemiddel for kommunene for bedre planlegging av tjenestene. Verktøyet fremskriver beregnet behov for kommunale pleie- og omsorgstjenester frem mot 2050, og er basert på en kombinasjon av befolkningsframskriving og historiske data fra KOSTRA-databasen.

Ved hjelp av dette verktøyet, er det gjort behovsberegninger for Tydal. Beregningene baseres på 2020-tall når det gjelder demografi (ganske likt 2022-tall når det gjelder den eldre befolkning), og det Tydal har av boformer med heldøgns bemanning per 2022 (18 sykehjemsplasser + 3 leiligheter i sokkel på sykehjemmet, totalt 21 plasser.):

	MMMM* Ikke saktere aldring **	Prod. økning***	2022	2025	2030	2035	2040	2045	2050
A	Antall nye boliger i forhold til 2020	2%	2	5	7	12	14	20	27
	Boligbehov framskrevet per år	2%	23	26	28	33	35	41	48
B	Antall nye boliger i forhold til 2020	4%	2	5	7	11	13	19	26
	Boligbehov framskrevet per år	4%	23	26	28	32	34	40	47

	LLML* Ikke saktere aldring **	Prod. økning***	2022	2025	2030	2035	2040	2045	2050
C	Antall nye boliger i forhold til 2020	2%	3	4	6	7	9	14	18
	Boligbehov framskrevet per år	2%	24	25	27	28	30	35	39
D	Antall nye boliger i forhold til 2020	4%	2	4	6	7	8	13	17
	Boligbehov framskrevet per år	4%	23	25	27	28	29	34	38

	MMMM* Saktere aldring **	Prod. økning***	2022	2025	2030	2035	2040	2045	2050
E	Antall nye boliger i forhold til 2020	2%	1	2	3	6	7	10	12

	Boligbehov framskrevet per år	2%	22	23	24	27	28	31	33
F	Antall nye boliger i forhold til 2020	4%	1	2	3	5	7	9	11
	Boligbehov framskrevet per år	4%	22	23	24	26	28	30	32

	LLML* Saktere aldring **	Prod. økning***	2022	2025	2030	2035	2040	2045	2050
G	Antall nye boliger i forhold til 2020	2%	2	2	2	2	3	5	6
	Boligbehov framskrevet per år	2%	23	23	23	23	24	26	27
H	Antall nye boliger i forhold til 2020	4%	1	2	2	2	3	4	5
	Boligbehov framskrevet per år	4%	22	23	23	23	24	25	26

Forklaringer til tabellene over:

* MMMM = antatt middels befolkningsframskrivning med middels fruktbarhet, levealder, innenlands flytting og innvandring.

* LMML = antatt lav fruktbarhet, levealder og innvandring, og middels innenlands flytting

** antagelse om at befolkningen eldes saktere, og tjenestebehovet vokser saktere enn det ellers ville gjort, og 5 innebærer at en 80-åring om 20 år har samme tjenestebehov som en 79-åring i dag. Standard i skjemaet er «ikke saktere aldring».

*** antagelse om at velferdsteknologi vil sørge for at en mindre andel mottakere av omsorgstjenester vil trenge tjenester som innebærer boformer med heldøgns bemanning. F.eks. 2% = at det innen 2040 vil være 2 % reduksjon i behovet for boformer med heldøgns bemanning. Standard i skjemaet er 2 %.

4.3.1. VURDERING AV TALLENE I TABELLENE

Beregningene i tabellene er gjort ut i fra andelen eldre. Det er ikke tatt høyde for evt. unge/ynge brukere med behov for heldøgns omsorgsplass (HDO) i disse framskrivningene. Beregningene tar dessuten utgangspunkt i at dagens (2020) antall HDO er riktig og dekker kommunens behov. Hvis antallet per 2020 er for lavt eller for høyt, vil dette kunne føre til følgefeil i framskrivningen.

I beregningene er det lagt ulike antagelser til grunn for hva som kan påvirke behovet for boliger med heldøgns bemanning i Tydal frem mot 2050. Når det gjelder befolkningsvekst, vet man at historisk utvikling tilsier at LMML-alternativet (se definisjon i kap. 4.3) blir mest riktig. Likevel opplever kommunen nå en større optimisme med tanke på etablering av arbeidsplasser, boligbygging og mulig tilflytting. Forventet levealder (som også er med på å definerer befolkningsframskrivningene), er for Tydals innbyggere en av de høyeste i Trøndelag (85,7 år) jfr. [Trøndelag i tall for 2019](#) (s. 156, utarbeidet av Trøndelag fylkeskommune).

Beregningene vil bli mer usikre jo lenger frem i behov fremskrives. Retningslinjer for investeringstilskudd fra Husbanken til sykehjemsplasser og omsorgsboliger, krever imidlertid at plassene/boligene benyttes til målgruppene i minst 30 år fra opprinnelig utbetalingsdato for

oppstartingsstilskuddet. Evt. nybygg og rehabilitering bør derfor planlegges i ut i fra et 30-årsperspektiv.

Behovet for sykehjemsplass eller tilsvarende bolig med heldøgns bemanning som har vært første halvår 2022 i Tydal, stemmer overens med 2-3 plasser ekstra (utover det vi har per i dag). Som tidligere nevnt har det vært overbelegg ved sykehjemmet, det er kjøpt korttids plass ved sykehjemmet i Selbu, i tillegg til at Tydal også har hatt noen få overliggerdøgn på St. Olavs hospital som følge av kapasitetsproblemer i egen kommune. Det er likevel vanskelig å si om dette skyldes en vedvarende situasjon, eller en tilfeldig variasjon. Det man uansett kan slå fast, er at behovet vil variere gjennom året, og at statistiske framskrivinger tilsier at behovet for HDO vil øke.

Tabellene over viser at antagelsen som «sakte aldring», påvirker det antatte behovet for heldøgns omsorgsplasser (HDO) i ganske stor grad. Kapittel 3.9 viser hvordan utviklingen for antall personer med demenssykdom kan bli i Tydal frem mot 2040. Dette er en brukergruppe som potensielt vil ha økt behov for tilrettelagte HDO. Høy levealder kan også påvirke behovet for HDO. FHI sier følgende «*Vi blir stadig eldre, og det kan se ut som vi får aldriingsrelaterte funksjonsnedsettelse senere i livet enn tidligere. Med økende alder øker risikoen for kroniske sykdommer og nedsatt funksjonsevne*» (kilde: [Helse hos eldre - FHI](#)). Å legge inn «saktere aldring» som en premiss og forutsetning for utviklingen, kan gi et feilaktig bilde av fremtiden og kan dermed føre til at Tydal underdimensjonerer behovet for HDO.

Alternativ A er det alternativet som krever flest HDO i årene fremover, og kan derfor kanskje karakteriseres som det mest «pessimistiske» alternativet. Tar vi utgangspunkt i dette, vil Tydal ha behov for over dobbelt så mange plasser med heldøgns omsorg i 2050 sammenlignet med 2022. Det er lagt inn 2 % produksjonsøkning i dette alternativet.

Alternativ H er det mest «positive» alternativet. Her legges det opp til at Tydal kun har behov for en økning med 2 plasser HDO fra i dag og fram mot 2040. Dette alternativet kan virke lite realistisk med tanke på økningen i antall eldre kommunen vil få i årene fremover.

Alternativ D, synes å være det alternativet som virker mest reelt i et 20-årsperspektiv (frem mot 2040). Dette legger opp til at Tydal vil ha behov for 29 HDO-plasser i 2040, altså 8 flere enn vi har i dag. Utgangspunktet med 23 plasser i 2022 stemmer godt overens med behovet kommunen har hatt i 2022. Variablene som er lagt som premiss for utviklingen i dette alternativet (lav befolkningsframskriving, ikke saktere aldring, produksjonsøkning på 4 %) vurderes som nøkterne, men tar samtidig høyde for at det skal skje en effektivisering ved hjelp av velferdsteknologi. «Saktere aldring» vil muligens være en variabel som blir mer reell i et lengre tidsperspektiv (etter 2040?). Produksjonsøkning på 4 %, tilsvarer en forutsetning om reduksjon i behovet for boformer med heldøgns bemanning på 4 % innen 2040 (1 plass) – noe som anses som realistisk. Kanskje vil en produksjonsøkningen på nærmere 7 % også være riktig, men behovet for antall boliger i 2040 vil være 8 ekstra plasser (totalt 29), uansett om produksjonsøkningen er 4 eller 7 %.

4.4. Omsorgsboliger og sykehjemsplasser

4.4.1. SYKEHJEM VERSUS OMSORGSBOLIGER

Veiviseren.no, et digitalt verktøy som er utviklet for kommuner og andre som jobber med bolig og tjenesteutvikling, inneholder også en veileder for lokalisering og utforming av omsorgsbygg. Veiviseren.no omtaler blant annet ulike boformer. Det presiseres at «*det er den enkelte individuelle behov som skal bestemme tjenestetilbudets innhold og omfang, og ikke boformen*» ([Boformer og aktivitetstilbud - Veiviseren](#)).

En omsorgsbolig er ikke en lovregulert boform, men tjenestene som gis her er lovregulerte og gis etter behov. Tjenestene kan ytes av fast tilknyttet personale, eller gjennom besøk fra hjemmetjenesten. Omsorgsboliger er utformet og tilrettelagt på en slik måte at brukeren kan bli boende, selv med omfattende pleie og omsorgsbehov. Omsorgsboliger er beboernes private hjem, og de som bor her betaler for kost, boutgifter og evt. egenandel på de tjenestene som mottas. Beboere i omsorgsbolig kan få bostøtte, og de kan tildeles individuelle hjelpemidler fra hjelpemiddelsentralen.

Omsorgsboliger kan deles inn i «selvstendige omsorgsboliger», der alle boligfunksjoner er oppfylt inne i boligen, eller «fellesskapsboliger» med reduserte boligfunksjoner der et fellesareal kompensere for dette. Sistnevnte må som et minimum ha et soverom/oppholdsrom og bad. Omsorgsboliger som bygges med investeringstilskudd skal primært være boliger med fellesareal, da disse skal forbeholdes personer med omfattende hjelpebehov og kognitiv svikt ([Omsorgsboliger - Veiviseren](#))

Sykehjem er en lovregulert boform. [Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester](#) gjelder for beboere i institusjon, og det regnet prosent av inntekten (trygd mm.) til den enkelte langtidspasient. Vederlaget dekker opphold og alle tjenester.

4.4.2. HELDØGN OMSORGSPLASSER

Det finnes flere ulike definisjoner av begrepet «heldøgns-begrepet». Et [notat om bruken av begrepet heldøgns helse- og omsorgstjenester i statistikk, forskning og tilskuddsforvaltningen, utarbeidet i samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS fra mars 2017](#), redegjør for ulike tilnærminger og bruk av begrepet.

I [Husbankens veileder for søknadsprosess og bruk av investeringstilskudd til sykehjemsplasser og omsorgsboliger](#) står følgende:

«Hva innebærer heldøgns helse- og omsorgstjenester? Med personer som har behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester menes her personer som trenger tjenester på ulike tider i løpet av hele døgnet. Omfanget av tjenestene vil kunne variere gjennom døgnet og over tid. Dette inkluderer personer med langvarig somatiske sykdommer, funksjonshemming, utviklingshemming, rusproblemer

eller psykiske og sosiale problemer. Det er ikke noe krav at kommunen må ha en omsorgsbasis i det enkelte prosjekt så lenge denne ligger i boligen(es) nærmiljø. Kommunen har ansvaret for hvordan tjenestene organiseres».

Per 2022 har Tydal kommune til sammen 21 plasser med heldøgns omsorg:

Type plass med heldøgns omsorg	Antall i dag
Pasientrom med wc (korttid/langtidsplass/dagplass – fleksibel bruk)	4
Pasientrom med dusj og wc (korttid/langtidsplass/dagplass– fleksibel bruk)	9
Plasser for demente/pasienter med kognitiv svikt (hovedsakelig langtidsplass)	5
Omsorgsboliger med eget soverom og minikjøkken (sokkel)	3
Totalt	21

I tillegg kjøper Tydal kommune kommunalt akutt døgntilbud (KAD) fra Selbu kommune (fra 2022). Dette tilbudet omfatter alle pasientgrupper, herunder pasienter med somatisk sykdom, psykiske helseproblemer/lidelser og rusmiddelproblemer. Antall KAD-døgn har økt første halvdel av 2022, sammenlignet med tidligere år (når KAD-tilbudet var lokalisert ved Værnesregionen DMS på Stjørdal).

Tydal kommune hadde intermediasenger ved Værnesregionen distriktsmedisinske senter ut 2021. I 2022 har ikke Tydal lenger dette tilbudet. Pasientene som tidligere kunne benytte seg av denne tjenesten, må nå evt. ha et noe lenger opphold på sykehus, eller benytte korttidsplass ved Tydal sykehjem.

4.4.3. SENTRUMSNÆRE, KOMMUNALE LEILIGHETER TIL UMLEIE – UTEN HELDØGNS BEMANNING

En av strategiene i Tydal kommunes samfunnsplan er «å legge til rette for funksjonelle og sentrumsnære boliger og leiligheter i tilknytning til helsesenter og sykehjem» (side 12 i kommuneplanens samfunnsdel 2018-2028).

Tydal kommune eier flere leiligheter til utleie i Ås sentrum. Disse er bare til dels tilrettelagt for personer med funksjonshemming, og bare hyblene lokalisert under legekantoret har fellesareal. Ingen er tilrettelagt for å kunne ha fast heldøgns bemanning. For leietakere med bistandsbehov, er kort avstand til omsorgstjenestens personalbase er viktig for at tjenesten skal kunne respondere fort. Kort avstand er også viktig for å kunne utnytte personalressursen på en effektiv måte, særlig ved utrykning på natt.

Gjennom hele året er helsesektoren avhengig av å ha tilgang på (kommunale) utleieleiligheter til vikarer, nytilsatte og studenter. Behovet varierer, men er størst gjennom sommermånedene med ferieavvikling.

Type leilighet	Antall per i dag	Avstand fra syke-hjemmet	Merknad
Omsorgsleiligheter, Jenshaugvegen 14, 16, 18, 20	4	200 meter	
Trygdeleiligheter, Jenshaugvegen 2, 4, 6, 8, 10, 12	6	200 meter	Må rehabiliteres eller rives.
Hybler, sokkel Tydal helsesenter	3	50 meter	
Leiligheter Lundbakken	6	500 meter	14 års leieforhold fra privat utbygger gjenstår i hht. avtale (per 2022). Alle utleid per 2022.
Leiligheter Husvollia 28, 30, 32, 34	4	1,7 km	Langtidsleie på alle 4.
Leiligheter Stor-ekra (2 stk. 4-mannboliger og 1 stk. 2-mannsbolig)	4+4+2	500 meter	Må rehabiliteres. Kommunen planlegger å selge disse enhetene.

4.4.4. FRAMTIDIGE BEHOV FOR OMSORGSPLASSER

Tydal mangler hensiktsmessige og attraktive omsorgsboliger med heldøgns omsorg. De tre omsorgsleilighetene i sokkelen på sykehjemmet kan i utgangspunktet defineres som dette, men disse har ikke tilhørende egnet fellesareal, utearealet er lite hensiktsmessig og opparbeidet, innredning, plassering og utforming burde vært mer handicaptilpasset og tilpasset personer med demens og annen kognitiv svikt, og leilighetene fremstår som lite attraktive overfor brukergruppen.

Med utgangspunkt i behovet som har vært første halvår 2022, demografiske framskrivninger og beregninger gjort om framtidig behov for sykehjems- og omsorgsplasser (kapittel 3) ser det ut til at Tydal vil ha behov for flere plasser med heldøgns bemanning enn det som finnes i dag. Oppgaveforskyvning og tidligere utskrivning fra sykehusene, kan også antas å påvirke behovet. Prognosene viser at behovet for HDO (heldøgns omsorg) vil øke gradvis med størst økning fra 2030 og utover. Dette betyr at hvis et nybygg skal ta høyde for det antatte behovet i 2030 og fremover i tid, vil noen plasser vil stå tomme gjennom året (kan evt. brukes til andre formål, f.eks. hybel i påvente av tildeling til personer med omsorgsbehov).

Per i dag har kommunen 21 omsorgsplasser med heldøgns omsorg, fortrinnsvis for eldre brukere. Fordelingen av «type plass» (jfr. tabell i kapittel 4.4.2 -heldøgn plasser) oppleves ikke som optimal, verken i forhold til pasientbehov eller bemanningstilpasning. Vi ser at det er for få plasser på enhet for demente, og at bemanning tilpasset 5 pasienter er vanskelig å få til å gå opp. En ansatt per 5 pasienter i denne brukergruppen kan ofte være for lite, mens to ansatte ofte er i overkant. En bogruppe med 7-8 pasienter og to ansatte vil være en bedre løsning. 1-2 av disse plassene bør i

tillegg være utformet slik at de kan gi ekstra skjerming for pasienter med atferdsmessige og psykiske symptomer (skjermet/forsterket plass).

Fleksibel, praktisk og oversiktlig bygningsmasse, som er lagt til rette slik at flere av omsorgsplassene enkelt kan endres fra omsorgsbolig til sykehjemsplass (og omvendt), samt at endring av type sykehjemsplass (langtids-, korttids-, skjermet/forsterket- plass) er enkelt, vil medføre at tjenestene i større grad vil kunne tilpasses brukernes behov til enhver tid.

Det bør også legges til rette for at 1-2 omsorgsleiligheter er tilpasset yngre brukere med tanke på beliggenhet, utforming og tilgang på personell.

Forslag på antall og fordeling av omsorgsplasser mot 2040:

Type plass	Antall	Merknad
Ordinær sykehjemsplass	8	Fleksible plasser – fortrinnsvis korttids, men kan også brukes til langtids plass.
Sykehjemsplass for brukere med demens og annen kognitiv svikt (langtids)	8	1-2 forsterket plass
Omsorgsbolig med heldøgns omsorg	8	2 bør kunne hjemles om til sykehjemsplass på kort tid
Omsorgsbolig med mulighet for heldøgns omsorg	4/5	I samme bygg. Fellesareal og personalbase. Også tilpasset yngre brukere.
Trygdeleiligheter (Jenshaugvegen 2,4,6,8,10,12)	0	Rives
SUM	28/29	

I tillegg til det som er angitt over, bør det legges til rette for at det enkelt kan være mulig å utvide/bygge ut for flere boenheter i umiddelbar nærhet til sykehjem/omsorgsboliger.

«Blåbygget med leiligheter» i nærhet av sykehjemmet (Jenshaugveien 14, 16, 18 og 20) foreslås beholdt som i dag, da denne bygningsmassen er tilfredsstillende tilrettelagt for personer med funksjonshemming og er i umiddelbar nærhet til bemanningsbase med nattevakt. Dette bygge må imidlertid tas med i en helthetsvurdering når det gjelder uteområde og felles møteplasser i evt. nye løsninger for helse- og omsorgsbygg.

4.5. Hjemmetjenester og dagtilbud

Hjemmetjenesten i Tydal inkluderer hjemmesykepleie, omsorgstjeneste til personer med utviklingshemming (miljøtjeneste), samt praktisk bistand. I tillegg tilbys hjemmebesøk fra rus- og psykisk helsetjeneste, og hverdagsrehabilitering av et tverrfaglig team.

Som omtalt i kapittel 3.4.3.3, har Tydal ikke hatt brukere i hjemmetjenesten med omfattende bistandsbehov – noe som kan tyde på brukerne får plass på sykehjemmet (institusjon) når de går fra middels/stort bistandsbehov til omfattende bistandsbehov. Det kan være flere årsaker til dette. Hvor

godt brukerens bolig er tilrettelagt, vil f.eks. legge føringer for hvor lenge en person med bistandsbehov kan bo hjemme og motta hjelp. Tydal kan heller ikke tilby omsorgsboliger i umiddelbar nærhet til personalbase, som er optimalt tilrettelagt for brukere med store og sammensatte behov.

En annen faktor som påvirker tildeling av tjenester – særlig for brukere med store bistandsbehov gjennom hele døgnet, er at hjemmetjenesten til nå ikke har hatt egen nattevakt. Med et mål om at flere skal få bo lenger hjemme, og at tildeling av langtidsplass på sykehjem skal utsettes lenger enn i dag, må ny løsning for nattevakt i omsorgstjenesten vurderes.

Av dagtilbud i Tydal tilbys dagplass på sykehjem, aktivitetstilbud for demente, tjenester gjennom Inn-på-tunet og arbeidspraksis. Frivilligsentralen har i tillegg flere populære og viktige lavterskel gruppetilbud (treningsgrupper, sosiale møteplasser), der helsetjenestene bidrar inn i større og mindre grad.

Det finnes ikke et egnede lokaler til dagsenter i tilknytning til sykehjemmet. Dagsentertjenester og aktivisering blir viktigere jo flere brukere som bor hjemme, enten i egen bolig eller omsorgsbolig. Dette er derfor en tjeneste det bør ses nærmere på og finne flere gode løsninger for.

4.6. Helsetjenester

I kapittel 3.4.4. ser vi at flere av helsetjenestene i Tydal har høye tall i KOSTRA, sammenlignet med andre kommuner.

Konsekvenser av å redusere årsverk i enheter som kun har få ansatte fra før, vil blant annet medføre flere deltidsstillinger, at det blir mer utfordrende å rekruttere/beholde kvalifisert arbeidskraft, redusert åpningstid og tilgjengelighet for innbyggerne, samt enda mindre fagmiljø enn i dag. Det er derfor en grense for hvor lite en enhet bør være, og helsetjenestene i Tydal bør derfor ikke reduseres, selv om det er høye årsverkstallene i KOSTRA er høyde sammenlignet med mange andre kommuner. Ressursbruk i både legetjenesten og fysioterapitjenesten har dessuten vært gjenstand for politisk behandling de siste årene. Det har vært enighet om at dette er tjenester kommunen ønsker å videreføre på dagens nivå med tanke på ressurser.

4.7. Interkommunale tjenester

Det interkommunale samarbeidet i Værnesregionen, og vertskommuneavtaler både med Stjørdal kommune og Selbu kommune, bidrar til at kommunen har kapasitet og kvalitet på områder hvor det ellers kunne vært fare for svikt. Værnesregionen legevakt er et godt eksempel på en tjeneste som det vil være utfordrende og fordyrende å drifte i egen kommunal regi. Likevel er det knyttet noen utfordringer til styring og samarbeid i de interkommunale tjenestene – særlig der det er flere kommuner enn to som deltar i samarbeidet. De interkommunale tjenestetilbudene kan nok utnyttes og utvikles bedre, noe som vil kunne gi gevinst for kvalitet og ressursbruk. Det bør også vurderes om det kan være hensiktsmessig å

inngå flere samarbeid på områder som fremstår som spesielt sårbare, og i forbindelse med nye og fremtidige lovfestede tjenestetilbud.

4.7. Spesialisthelsetjenester

Et hovedgrep i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-23 er å opprette 19 helsefellesskap. Disse består av helseforetak og kommunene i et opptaksområde. Helsefellesskapet skal planlegge og utvikle tjenestene sammen. Samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak mv. er blant annet regulert i kapittel 6 i Helse- og omsorgstjenesteloven.

I likhet med de andre kommunene i Værnesregionen har Tydal kommune inngått samarbeidsavtale med underliggende retningslinjer med både St. Olavs Hospital HF og Helse Nord-Trøndelag HF. St. Olavs hospital er primærsykehus for kommunens befolkning, og det er i all hovedsak dette sykehuset kommunen samhandler med. På grunn av geografi, avstand, tjenestetilbud og tidligere, nåværende og planlagt samhandling, vil det være viktig at Tydal beholder St. Olavs Hospital HF som lokalsykehus og akuttsykehus også i fremtiden.

Det er viktig at kommunen bidrar til økt samhandling og dialog med helseforetakene for gode pasientforløp og godt tjenestetilbud. For å kunne påvirke og ivareta Tydals stemme inn i det lovpålagte samarbeidet med sykehusene, må kommunen være aktiv i forhold til å sikre representasjon og medvirkning i ulike samarbeidsorgan.

En av St. Olavs ambulansestasjoner er lokalisert i Tydal. Den har døgkontinuerlig beredskap. Stasjonen har med jevne mellomrom vært utredet med tanke på reduksjon i tilbud eller evt. nedleggelse. Det er viktig for Tydal som lokalsamfunn og regionen som helhet at Tydal fortsatt får ha stasjonert ambulanse i kommunen på samme tjenestenivå som i dag. Tettere samarbeid mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og ambulansetjenesten kan i midlertidig videreutvikles – blant annet med tanke på felles kompetanseheving.

4.8. Tverrfaglig samhandling og helhetlige pasientforløp

Pasienter og pårørende skal oppleve et sammenhengende tjenestetilbud på og mellom alle nivå i helse- og omsorgstjenesten. I [Helsedirektoratets veileder "Oppfølging av personer med store og sammensatte behov"](#) står det blant annet at «*tverrfaglig samarbeid bør være grunnleggende metodikk i oppfølgingen av personer med store og sammensatte behov. Det bør sikres felles forståelse og kunnskap om denne arbeidsformen på tvers av fag, nivåer og sektorer. Felles regler og avklarte forventninger i samhandlingen er viktig for god ressursutnyttelse og strukturert oppfølging*».

I Tydal er det forholdsvis korte linjer mellom de ulike kommunale helse- og omsorgstjenestene, og samhandlingen er gjennomgående god. Vi opplever også et godt samarbeid med de andre sektorene i Tydal, selv om forbedringspotensialet er tilstede. Mer utfordrende kan det være å sikre enhetlig oppfølging og felles forståelse på tvers av nivåer (interkommunale tjenester, spesialisthelsetjenester osv.). Vi har fortsatt noe å gå på når det gjelder å sikre flerfaglighet, koordinering, kontinuitet og

trygge overganger til det beste for pasientene og deres pårørende. God samhandling bidrar i tillegg til effektivitet og reduserer sårbarheten i tjenestene.

Det må legges godt til rette for samarbeid gjennom bruk av digitale samhandlingsverktøy (Helseplattformen vil være et viktig bidrag i så måte), samt en god struktur med rutiner for tverrfaglig samarbeid. Koordinerende enhets rolle må utvikles mer.

Samhandlingen påvirkes positivt når ansatte i tjenestene kjenner hverandre og hverandres kompetanse- og ansvarsområder godt. Samlokalisering av tjenestene som per i dag er lokalisert i Tydal (helsetjenestene, omsorgstjenestene, tannlege, NAV, koordinering- og tildelingskontor, IT, ambulanse, frivilligsentral mf.) vil derfor kunne være et viktig bidrag til bedre samarbeid om felles pasienter og brukergrupper. Andre synergier ved samlokalisering vil kunne være redusert sårbarhet i små tjenester, samt større og mer attraktive fagmiljø.

4.9. Velferdsteknologi og digitalisering

Det interkommunale samarbeidet om VARIT og satsingen på velferdsteknologi og responscenter, har gjort at kommunen er kommet ganske langt i å ta i bruk ny og framtidsrettet teknologi. Likevel kan denne typen teknologi utnyttes og tas i bruk i mye større grad, både i helse- og omsorgstjenestene.

Helsedirektoratet melder at bruk av velferdsteknologi i kommunene gir tydelige gevinster, og de har laget en egen oversikt over [anbefalinger om velferdsteknologiske løsninger i kommunene](#). I tillegg til disse anbefalingene, vil Helsedirektoratet at kommunale helse- og omsorgstjenester legger til rette for digital hjemmeoppfølging. Dette gjelder særlig pasienter med kroniske lidelser.

Økningen i bruk av velferdsteknologi og tekniske hjelpemidler krever at det er spesialkompetanse på dette feltet ute i kommunene. Helsepersonell må sette seg inn i et nytt fagfelt, og det kreves stadig mer tilgjengelig og oppdatert teknisk kompetanse til stedet i kommunene – både for sette opp løsninger og å bistå brukere/pasienter og ansatte. Dette må også Tydal ta høyde for.

Tjenestene som bruker journalsystemet Profil i dag (omsorgstjenesten, fysio- og ergoterapitjenesten, rus- og psykisk helsetjeneste) må innen få år (2025) bytte til nytt system. Profil har mange svakheter, som utfordrer kvalitet på dokumentasjon, samhandlingsmuligheter, pasientens mulighet til innsyn i egen journal mm. Dette, samt et behov for bedre samhandling på tvers av enheter og nivå, deling av opplysninger i sanntid og mange andre gevinster, gjør at Tydal kommune har utløst opsjonsavtalen på kjøp/implementering av Helseplattformen. [Helseplattformen](#) skal innføre felles elektroniskpasientjournal for hele helsetjenesten i Midt-Norge, det vil si helseforetak, kommuner, fastleger og private aktører. Målet er en mer sammenhengende helsetjeneste for pasienter og ansatte i hele regionen. Så fremt tjenesteavtale blir inngått, er målet at Tydal kommune skal implementere og å ta Helseplattformen i bruk i løpet av 2024. I så fall vil alle helse- og omsorgstjenestene i kommunen (ikke bare de som har Profil per i dag) få innført nye systemer for pasientjournal og samhandling. Dette innebærer også et kvalitets- og utviklingsarbeid, da det nye systemet krever at arbeidsprosesser utføres på nye og bedre måter enn i dag.

4.10. Helsefremmende og forebyggende tiltak

Jfr. utfordringene som presenteres i oversikt over folkehelse og påvirkningsfaktorer (kapittel 3.2.), er det viktig at Tydal kommune satser på både helsefremmende og forebyggende tiltak. For å lykkes må alle sektorer og fagfolk samhandle på tvers, og bruke virkemidler som er rettet både mot den enkelte og hele befolkningen. Råd og veiledning er blant annet viktige tiltak både på individnivå og samfunnsnivå.

Tydal kommunes «Forebyggende plan» skal bidra til at tjenestene får økt fokus på forebygging, tidlig innsats og samordning. Planen vil være et viktig verktøy for å sikre systematisk innsats på tvers av enheter og sektorer, med mål om helhetlige tjenester for barn og unge. Planen må forankres og følges opp på alle nivå i kommunen og i interkommunale tjenester.

Ensomhet innebærer psykisk smerte, og er en risikofaktor for alvorlige helseproblemer hvis den varer ved. Verken norske eller internasjonale studier tyder på noen generell økning av ensomheten i samfunnet, men flere undersøkelser har vist en økning blant ungdom. Økningen fra 2012 til 2020 var særlig stor blant aleneboende under 35 år. (kilde: [Blir vi stadig mer ensomme? - SSB](#)). «ABC Hodebra» er et kunnskaps/forskningsbasert rammeverk som fremmer mental sunnhet i hele befolkningen. ABC står for **act, belong, commit**, som på norsk omskrives til; gjør noe aktivt, gjør noe sammen og gjør noe meningsfylt – både for seg selv og andre (kilde: [Hva er ABC \(hodebra.no\)](#)) Dette er med å fremme psykisk helse på mange plan, og Tydal kommune må derfor ta i bruk ABC-konseptet mer aktivt både som tjenesteyter og arbeidsgiver.

4.11. Organisering og bemanning

Ansatte og deres kompetanse er den viktigste ressursen kommunen har. I utfordringsbildet som blir beskrevet i kapittel 3, ser vi at stadig flere innbyggere trenger bistand, og at de har behov for mer og mer komplekse tjenester. Dette er en utvikling som vil fortsette, og sannsynligvis øke i styrke. Tilgangen på kvalifisert helsepersonell på både kommunalt og nasjonalt nivå er begrenset, og det er utfordrende å rekruttere nødvendig arbeidskraft. Forsørgerbrøken for Tydal, viser i tillegg at hvis befolkningsutviklingen vi har i dag fortsetter, vil kommunen mot 2040 ha nesten like stor andel pensjonister (67år +) som personer i yrkesaktiv alder (22-66 år). Uten fungerende tiltak vil det altså bli et stadig større gap mellom utfordringer som skal løses og tilgjengelige ressurser. I forhold til blant annet økningen i antall eldre, vil kommunen måtte høyde for at helsesektoren vil ha behov for økt bemanning i årene fremover.

På grunn av knapphet i tilgang på kvalifisert arbeidskraft, må tilgjengelige ressurser brukes og fordeles klokt. For å sikre gode og trygge helse- og omsorgstjenester fremover må fagkompetanse brukes der den trengs mest, og vi må ha et bevisst forhold til hvordan man ut fra kompetanse fordeler oppgavene mellom yrkesgruppene.

For å sikre at tjenestenes lovpålagte, innhold og forsvarlighet er turnus et viktig redskap for å organisere og fordele bemanning og kompetanse. I tillegg er en god arbeidsplan viktig for å rekruttere og beholde ansatte. Det finnes mange ulike turnusvarianter, og mange er alle rede prøvd ut i omsorgstjenesten i Tydal. Det kan være utfordrende å finne en form for turnus som svarer til

alles behov og forventinger, men det er viktig at arbeidsgiver og tillitsvalgte sammen fortsetter å jobbe med turnustilpasninger og ulike muligheter som finnes.

Tungvinte arbeidsprosesser stjeler dyrebar tid, og kan virke demotiverende for ansatte. Sektoren må fortsette med å identifisere tidstyver og se på hvordan arbeid kan forenkles, forbedres eller effektiviseres ved at det utføres på en annen og smartere måte. En mer hensiktsmessig og oversiktlig bygningsmasse, med gode velferdsteknologiske løsninger (f.eks. oppgradert pasientvarslingssystem på sykehjemmet, muligheter for digitale tilsyn, elektroniske dørlåser mm.) vil være et vesentlig bidra for å lykkes.

Som tidligere nevnt konkurrer Tydal i et stramt og begrenset marked når det gjelder å rekruttere og beholde arbeidskraft innen helsesektoren. Kreativ markedsføring og goder i form av lønn, arbeidstidsordninger, kompetanseheving/videreutvikling, attraktive bo-løsninger, godt arbeidsmiljø, ei innholdsrik fritid og ikke minst en interessant en arbeidshverdag er og blir viktige tiltak i konkurransen om dyktig helsepersonell.

Kommunen må legge til rette for at ansatte kan utvikle og fornye sin kompetanse. Dette er viktig både for kvaliteten på tjenestene og ansattes behov for personlig utvikling og trygghet i rollene sine som helsepersonell. Ulike statlige og fylkeskommunale tilskuddsordninger må utnyttes. I lys av Tydals demografi og framtidige prognoser, vil blant annet geriatri (inkludert demensomsorg) være et av fagfeltene som kommunen må satse på og utvikle videre.

4.12. Frivillighet og pårørende

Frivilligsentralen og frivillige i Tydal er en viktig bidragsyter og supplerer offentlige tilbud gjennom aktiviteter som gågruppe, besøksvenner, sosiale arrangementer på sykehjemmet og andre steder mf. Helsesektoren har et godt samarbeid med frivilligsentralen, og ønsker å bygge videre på dette. Egnede dagsenterlokaler i tilknytning sykehjem og omsorgsbolig, kan bidra til at frivillige, ansatte og pasienter får en ny og tilrettelagt arena for sosiale treff og arrangement.

Veldig mange eldre har god helse, og både kan og vil bidra og engasjere seg i lokalmiljøet gjennom både frivillig og lønnet arbeid. Med et økende antall og andel eldre, er og blir det viktig at kommunen legger til rette for at seniorressursen kan utløses og benyttes i ulike typer engasjement. Det er også viktig for de eldre selv at de kan bidra med sine erfaringer og bety noe for andre.

Pårørende er ofte pasientens viktigste støtte. Helse- og omsorgstjenesten skal legge til rette for godt samarbeid med pårørende, god informasjon og tilby nødvendig pårørendestøtte jfr.

[Helsedirektoratets pårørendeveileder.](#)

4.13. Tilrettelegge og ta ansvar for egen alderdom

[Tall fra Helsepolitiske barometer](#), som ble lansert i april 2022, viser at 79 % av de spurte mener den enkelte selv må ta ansvar for egen helse, sosialt liv og egen boligsituasjon for å sikre seg en god alderdom. Denne viser også at verdsettelsen av å kunne bo hjemme lengst mulig øker med alderen.

Det er viktig at hver enkelt planlegger og tar ansvar for egen alderdom – både når det gjelder egen helse, sosialt liv og boligsituasjon. Verken hvordan man skal bo eller hvordan man skal leve kan overlates til det offentlig.

Alle må legge inn en egeninnsats for å kunne leve aktive og gode liv. Valg av boligløsning påvirker muligheten for å bo hjemme og mestre dagliglivet på tross av nedsatt funksjonsevne. Mange bor i boliger som er lite tilrettelagt for personer med funksjonsnedsettelse. Det kan være hus på to plan, der det er nødvendig å bruke trapp mellom etasjer og nødvendige rom. Det kan også være boliger med små rom (f.eks. bad/WC, soverom) som vanskeliggjør bistand fra helsepersonell og mulighet for sette inn tekniske hjelpemidler.

I tillegg til at den enkelte selv må ta ansvar for å sikre seg en god alderdom, har også kommunen et ansvar. Generell og individuell informasjon og veiledning på hvordan man best kan ivareta egen helse, valg av løsninger og tilpasninger av bolig, tilrettelegging av møteplasser og sosiale arenaer og økonomisk rådgivning er blant tiltak kommunen må bidra med.

4.14. Aldersvennlig lokalsamfunn og nye løsninger for helse- og omsorgsbygg

«Aldersvennlige lokalsamfunn handler om å gjøre samfunnet i stand til å møte utfordringene og mulighetene knyttet til en aldrende befolkning. Det handler om at vi skal bo hjemme lengst mulig, kunne oppholde oss i nærmiljøet, ha aktiviteter vi har lyst til å delta på og muligheten til å komme oss dit – uavhengig av alder» ([Hva er et aldersvennlig samfunn? - KS](#)).

Gjennom en styrket hjemmetjeneste, attraktive dagtilbud, målrettede korttidsopphold på sykehjem og godt tilrettelagte omsorgsboliger med heldøgns bemanning, vil det stimulere til at de fleste, på tross av ulike funksjonsnedsettelse, kan bo hjemme så lenge som mulig.

Nye løsninger for helse- og omsorgsbygg er nødvendig for å kunne løse utfordringene som ligger foran oss (se tidligere kapittel), og legge til rette for et aldersvennlig lokalsamfunn. Tidligere utredninger, befaringer og tilstandsrapporter har vist at kommunen har en (for) stor, gammel og til dels utdatert og uhensiktsmessig bygningsmasse, med et betydelig vedlikeholdsetterleap.

Kommuneplanens samfunnsdels har som hovedmål at «Lokalsamfunnet Tydal skal bestå og utvikles på en bærekraftig måte til det beste for bygdas innbyggere, hyttefolk og tilreisende». En av flere strategier som skisseres for å nå dette målet, er å vurdere mulighetene for samlokalisering av sykehjem, helsesenter og kommuneadministrasjon. En av årsakene til at denne strategien trekkes

frem, er at en effektivt og bærekraftig drift blant annet oppnås gjennom at arbeidsmetoder og rutiner må preges av tverrsektoriell fleksibilitet og samhandling.

Hvordan byggene er utformet og hvor fleksible de er, henger nøye sammen med hvordan og hvor effektivt tjenestetilbud kan ytes. Det er dessuten viktig å få på plass et godt og hensiktsmessig uteområde i tilknytning til omsorgsplassene i kommunen. Dette finnes ikke per 2022.

I vurderingen av nye løsninger for sykehjem og omsorgsboliger, må det legges til rette for at disse blir en integrert del av lokalmiljøet – gjerne med felles møteplass på tvers av generasjoner og funksjoner (jfr. Meld. St. 15, Leve hele livet, s. 17). Tydal mangler i dag gode lokaler for dagtilbud/dagsenter.

Tilrettelagte omsorgsboliger med fellesareal og muligheter for heldøgns bemanning, kan bidra til at personer med omfattende bistandsbehov kan bo der livet ut, og slipper å flytte på sykehjem. Ved at kommunen legger til rette for sentrumsnære boalternativ for eldre og mennesker med nedsatt funksjonsevne, reduserer dette avstanden til omsorgstjenestens base – og dermed tiden som går med til transport for hjemmesykepleien.

Stor sett alle helsetjenestene i Tydal er per 2022 lokalisert på helsesentret. Bygget er fra 1955, og er både i dårlig forfatning og uhensiktsmessig utformet. Det er nødvendig med nye løsninger, helst samlokalisert med de andre helse- og omsorgstjenestene i Tydal for legge til rette for bedre tverrfaglig samhandling, større fagmiljø og redusert sårbarhet (se kapittel 4.8. - Tverrfaglig samhandling og helhetlige pasientforløp).

KAPITTEL 5: UTVIKLINGSARBEID PÅ SEKTOREN

Helse- og omsorgssektoren reguleres av lover og forskrifter på mange ulike områder. I tillegg til disse er det utarbeidet et stort antall overordnede veiledere, rundskriv, pakkeforløp osv. som legger premisser for hvilke utviklingsarbeid i helse- og omsorg skal jobbe med. I dette kapitlet er både statlige og lokale føringer lagt til grunn når vi peker på utviklingsområder sektoren skal satse på de neste årene. Erfaringer fra ansatte og andre kommuner er også tatt inn i vurderingene. Sammen med tiltakene i kapittel 5, skal utviklingsarbeidet sørge for at vi når målsettingen til sektoren (kapittel 2).

Målsettingene må følges opp gjennom operasjonalisering/konkretisering på enhetsnivå, gjerne gjennom virksomhetsplaner eller årshjul for tjenestene.

5.1. Tidlig innsats og forebyggende arbeid

Tidlig innsats innebærer å gi hjelp og handle så tidlig som mulig når det foreligger bekymring eller nyoppstått behov for hjelp. Tidlig innsats kan være avgjørende for den enkeltes utviklingsmuligheter både i barndom og inn i voksenliv. Forebygging handler om å gjøre noe for å redusere faren for at noe uønsket skal skje.

Vi skal:

- Styrke foreldrerollen gjennom blant annet foreldreveiledning og individuell informasjon
- Ta i bruk digitale løsninger for å legge til rette for sikker og enkelt kontakt med barn og unge
- Videreutvikle tverrfaglig samarbeid med mål om å komme tidlig inn i problemstillinger som gjelder barn og unge. Gjelder både på individnivå og systemnivå.
- Bidra inn i kommunens holdningsskapende arbeid rettet mot barn og unge, jfr. ulike utfordringer skissert i «Oversikt over folkehelse og påvirkningsfaktorer»
- Ha større fokus på forebyggende tiltak som kan ha positiv virkning på kvinners psykiske og fysiske helse, jfr. utfordring skissert i «Oversikt over folkehelse og påvirkningsfaktorer»
- Ha kunnskap om oppdagelse av vold i nære relasjoner
- Tilby «forebyggende hjemmebesøk» til eldre innbyggere

5.2. Livskvalitet og hverdagsmestring

Livskvalitet omfatter både subjektive og objektive sider ved livet (kilde: [Fakta om livskvalitet og trivsel - FHI](#)). Den subjektive handler om hvordan livet oppleves for den enkelte, altså livstilfredshet. Den objektive livskvaliteten handler om hvor god livssituasjon man har – som objektiv helsetilstand og funksjonsevne, materielle levekår, arbeidsoppgaver og fritidssysler. Hverdagsmestring er et

helsefremmende og forebyggende tankesett som vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen, uansett funksjonsnivå (kilde: [Hverdagsmestring- en intro - Kompetansebroen Kompetansebroen](#)).

Vi skal:

- Ha fokus på «Hva er viktig for deg?» jfr. Leve hele livet-reformen, i samhandlingen med pasienter og pårørende.
- Videreutvikle dagtilbud og sosiale møteplasser i samarbeid med frivilligsentralen
- Informere mer aktivt om den enkeltes muligheter og ansvar for å tilrettelegge for egen alderdom, herunder egen bolig.
- Finne nye løsninger for helse- og omsorgsbygg som er tilpasset dagens og fremtidens behov og lovkrav
- Informere om og ta i bruk aktuell velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene
- Samhandle med oppvekstsektoren og andre aktuelle aktører for å fremme livsmestring hos barn og unge

5.3. Helsehjelp – behandling, rehabilitering og habilitering

Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell (kilde: [Helsedirektoratets definisjon på helsehjelp](#)).

Vi skal:

- Sørge for at helse- og omsorgstjenestene er synlige og kjent for innbyggerne, slik at pasienter og pårørende vet hvor og hvordan man henvender seg ved behov for bistand
- Videreutvikle omsorgstrappa med gode og hensiktsmessige løsninger for alle brukergrupper, også unge/ynge brukere
- Videreutvikle tverrfaglig samhandling og teamarbeid rundt ulike pasientgrupper, blant annet hverdagsrehabilitering
- Videreutvikle hjemmebasert omsorg, inkludert miljøtjenesten, både i omfang og innhold
- Videreutvikle demensomsorgen og tiltak som utsetter behovet for institusjonsplass
- Videreutvikle palliative tjenester
- Vurdere nye løsninger for å sikre innbyggerne psykologkompetanse
- Ha fokus på å fange opp og forebygge rusmisbruk
- Legge til rette for og sikre relevant kompetanseheving innen aktuelle områder, særlig innen geriatri.
- Sikre god tilgang på akuttmedisinske tjenester blant annet gjennom å jobbe for å opprettholde interkommunal legevakt på Stjørdal og døgnambulanselokalitet i kommunen
- Følge opp kommunestyrets vedtak om at «uavhengig av fusjon eller styrket samhandling, forutsetter Tydal kommune at St. Olavs hospital HF fortsatt skal være kommunens lokalsykehus med tilhørende akutfunksjoner».
- Ta i bruk nye måter å samhandle med spesialisthelsetjeneste og pasienter på, f.eks. digital hjemmeoppfølging, mer videokonferanse osv.

5.4. Helhet og samhandling

Et av hovedelementene i [Samhandlingsreformen, St.meld. nr. 47 \(2008-2009\)](#) er bedre koordinering og samhandling mellom tjenestene på alle nivå for å sikre gode overganger og helhetlige pasientforløp. I tiden frem til i dag, har kravet om samhandling og helhet blitt ytterligere forsterket gjennom ulike lovverk og andre føringer. Et hovedgrep i [Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, Meld. St. 7 \(2019–2020\)](#) er å opprette 19 helsefelleskap, som består av helseforetak (St. Olavs hospital) og kommunene i opptaksområdet (søndre deler av Trøndelag). Representanter fra helseforetak, tilhørende kommuner, fastleger og brukere skal møtes for å planlegge og utvikle tjenestene sammen. Denne planen vil etter hvert avløses av Nasjonal helse- og samhandlingsplan, der samhandling for å skape gode pasientforløp og likeverdige tjenester i hele landet vil være et sentralt tema.

Vi skal:

- Søke å samlokalisere flest mulig av helse- og omsorgstjenestene i kommunen gjennom nye løsninger for helse- og administrasjonsbygg
- Jobbe for å ta i bruk og innføre ulike pakkeforløp, faglige råd, veiledere og retningslinjer som blir innført fra nasjonale helsemyndigheter
- Bruke koordinerende enhet aktivt i arbeidet med å skape helhet og sammenheng i tjenestene rundt pasienter med store og sammensatte behov
- Videreutvikle ulike fagteam som jobber på individnivå (f.eks. innen demens, hverdagsrehabilitering mv.)
- Videreutvikle ulike tverrfaglige team på systemnivå (Samordningsteam for barn og voksne, SLT-team mv.)
- Ta i bruk Helseplattformen eller et annet journalsystem som legger til rette for og muliggjør hensiktsmessig tverrfaglig samhandling på tvers av behandlingsnivå – med mål om «En pasient, en helsetjeneste».
- Prioritere deltagelse i Helsefelleskapets ulike samarbeidsutvalg og fagråd

5.5. Bruker og pårørendemedvirkning

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, og betyr at tjenestene har plikt til å involvere brukeren i undersøkelser, tjenestetilbud og tilgjengelig behandlingsvalg. Medvirkningen skal skje på både individnivå og systemnivå. Pårørende er en ressurs og bør møtes som en samarbeidspartner ut fra den rollen de innehar.

Vi skal:

- Ivareta informasjons- og medvirkningsbehovet til pasienter, pårørende og befolkningen for øvrig med tilpasset og aktuell informasjon på individ- og systemnivå.
- Innføre Helseplattformen eller et annet journalsystem som legger til rette for god brukermedvirkning

- Ta i bruk og videreutvikle kommunikasjonsløsninger som forenkler samhandlingen mellom bruker/pasienten og tjenestene (bestillingsløsninger, videokonsultasjoner mm.)
- Jevnlig gjennomføre bruker/pårørendeundersøkelser
- Ha stort tverrfaglig fokus på barn som pårørende og ha rutiner som bidrar til at disse barna blir sett og ivaretatt av helse- og omsorgstjenesten
- Legge til rette for at Pårørendeforeningen ved Tydal sykehjem involveres og kan bidra med å fremme beboernes interesser
- Ha fokus på pasientens rettigheter knyttet til individuell plan og koordinator
- Bidra til informasjon rundt vergemål (inkl. framtidsfullmakt) som hjelpetiltak for personer som ikke kan ivareta interessene sine selv.
- Inneha kompetanse om hva samtykkekrav for å yte helsehjelp innebærer

5.6. Kvalitet og utvikling

Helse- og omsorgstjenester som tilbys og ytes skal være forsvarlige. Helse- og omsorgstjenesten har etter loven plikt til å jobbe systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#) slår fast at sektoren skal ha et styringssystem som sikrer at virksomheten planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres.

Vi skal:

- Sikre at tjenestene har ansatte med riktig fagkompetanse i alle stillinger
- Sørge for redusert sårbarhet i tjenestene ved å bygge opp under generalisttankegangen, samtidig som vi skal inneha og utvikle spesialkompetanse på ulike områder
- Sikre at alle ansatte og ledere bruker kommunens kvalitets- og internkontrollsystem aktivt
- Ha fokus på meldekultur og avviksbehandling som ledd i kvalitetsarbeid
- Gjennomføre etiske refleksjon i tjenestene
- Drive intern faglig utvikling og kompetanseheving på arbeidsplassen, og legge til rette for aktuelle videreutdanninger, eksterne kurs, hospitering ol.
- Opprette kvalitetsutvalg som skal følge opp ulike kvalitetsindikatorer, samt initiere og prioritere forbedringsarbeid på sektoren
- Jobbe med og/eller bidra inn i ulike utviklingsprosjekt på sektoren eller i kommunen som helhet (f.eks. nye løsninger for helse- og administrasjonsbygg, nye arbeidsflyter osv.).

5.7. En attraktiv arbeidsplass – rekruttering, kompetanse, ledelse og medarbeiderskap

Grunnlaget for en attraktiv arbeidsplass, består av mange forskjellige faktorer, og disse kan ha ulik betydning for ulike personer. Det handler om å finne gode og bærekraftige tiltak som gjør at det blir enkelt å rekruttere nye ansatte, i tillegg til å beholde kvalifisert og stabil arbeidskraft. [Omsorg 2020](#) fastslår at «ledelse er av avgjørende betydning for utvikling av gode tjenester. Skal helse- og omsorgstjenesten ivareta økte forventninger og nye oppgaver må det satses offensivt for å styrke og utvikle lederrollen, både for de administrative lederne og den faglige ledelsen». Tjenesten skal ha ledere som utvikler medarbeidernes kompetanse, delegerer oppgaver og oppmuntrer til medvirkning.

Vi skal:

- Videreutvikle ansattes yrkesstolthet gjennom relevante oppgaver og ansvar ut i fra utdanning og kompetanse
- Ha riktig bemanning ut i fra oppgavene som skal løses
- Fremme mangfold- og inkludering i arbeidsstokken i forhold til etnisitet, funksjonsevne, kjønnsuttrykk og seksuell orienteringen.
- Bygge teamfølelse og samhold i ansattegrupper
- Ha en synlig ledelse og en riktig lederstruktur med tydelig ansvarsfordeling
- Videreutvikle det gode samarbeidet mellom tillitsvalgte og ledelse
- Følge opp medarbeiderundersøkelser på en strukturert og involverende måte
- Ha fokus på heltidskultur (jfr. lokalpolitiske signaler/vedtak)
- Prøve ut ulike alternativer for turnusplanlegging i omsorgstjenesten
- Ta i bruk velferdsteknologiske løsninger og andre digitale verktøy som forenkler arbeidshverdagen til ansatte og ledere
- Tilby introduksjonsprogram og fadderordning for nytilsatte
- Legge til rette for at ansatte kan tilegne seg praksisveilederkompetanse på høgskolenivå
- Være en utdanningsinstitusjon på fagskole og universitetsnivå
- Søke eksterne tilskudd til målrettet kompetanseheving og innovasjon i tjenestene
- Være kreativ i markedsføring og innsalg av ledige stillinger. Lyse ut stillinger i hele Europa. Tilby en «prøve-bo-periode» med 6 måneders gratis husleie i stillinger der vi erfaringsvis har store rekrutteringsutfordringer.

5.8. Beredskap og smittevern

Helseberedskapens formål er å verne befolkningens liv og helse, og sørge for medisinsk behandling, pleie og omsorg til berørte personer i kriser og krig. Å sørge for god smittevernberedskap er en del av helseberedskapen. Regjeringens kommende stortingsmelding om helseberedskap, har blant annet fokus på digital sikkerhet, erfaringer fra koronapandemien og økt trusselnivå etter Russlands invasjon av Ukraina. Det henvises for øvrig til Plan for helsemessig og sosial beredskap i Tydal og

Smittevernplan for Værnesregionen som går nærmere inn på disse områdene. Begge planer er tilgjengelig gjennom kommunens kvalitetssystem, Compilo.

Vi skal:

- Til enhver tid aktivt følge opp vedtatte kommunale beredskapsplaner (Jfr. Kommuneplanens samfunnsdel)
- Gjennomføre nødvendige ROS-analyser for å identifisere og analysere risiko og sårbarhet i tjenestene
- Ha fokus på kontinuitetsplanlegging i tjenestene
- Arbeide for å forebygge vold og trusler, og ha planer for håndtering av evt. hendelser.
- Ha et oppdatert infeksjonskontrollprogram for sykehjemmet
- Vurdere ulike løsninger for lager av smittevernutstyr og enkelte legemidler (kommunalt/regionalt/nasjonalt)
- Ha stort fokus på personvern og informasjonssikkerhet

5.9. Bærekraftige helsetjenester

Bærekraftig utvikling er utvikling som imøtekommer dagens behov uten å ødelegge fremtidige generasjoners muligheter til å tilfredsstille sine behov. [FNs bærekraftsmål](#) er verdens felles arbeidsplan for å utrydde fattigdom, bekjempe ulikheter og stoppe klimaendringer.

Som vist i tidligere kapitler, vil samfunnet framover preges av at andelen eldre i befolkningen vil øke og at det etter hvert vil bli sterk vekst av de eldste eldre. I tillegg vil det i framtida kunne være mangel på både arbeidskraft, pårørende og frivillige som er villige til å påta seg omsorgsoppgaver. For helse- og omsorgstjenestene framstår det som en betydelig utfordring å få til en bærekraftig balanse mellom tilbud og behov for helse- og omsorgstjenester. Regjeringen har gjennom [Meld. St. 38 \(2020–2021\) Nytte, ressurs og alvorlighet - prioritering i helse og omsorgstjenesten](#) lagt frem prinsipper for prioritering. Disse skal bidra til at ressursene brukes der de gir størst nytte og på dem som trenger det mest.

Vi skal:

- Bidra til å redusere utslippet av klimagasser ved blant annet å gå over til elektriske tjenestebiler
- Rette oppmerksomheten mot mer miljøvennlig avfallshåndtering, ressursbevaring og resirkulering i tjenestene
- Omstille og utvikle tjenestene ved å aktivt bruke LEON-prinsippet og omsorgstrappa
- Ta i bruk hensiktsmessig teknologi som kan avlaste og supplere helse- og omsorgstjenestene

KILDER

[Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035. Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2012. Statistisk sentralbyrå](#)

[Blir vi stadig mer ensomme? Statistisk sentralbyrå](#)

[Demenskartet. Nasjonalt senter for aldring og helse](#)

Fremtidens behov for omsorgstjenester i Tydal kommune. 2018. Ressurscenter for omstilling i kommunene (RO)

[Investeringsstilskudd til omsorgsboliger og sykehjem. Husbanken](#)

[Helse hos eldre. Folkehelseinstituttet \(FHI\)](#)

[Hva er ABC. Hodebra.no.](#)

[Kommunalt pasient- og brukerregister \(KPR\). Helsedirektoratet](#)

Tydal kommune. Kommuneplanens samfunnsdel. 2018-2028

[Kostra. SSB](#)

[Meld. St. 7 \(2019-2020\) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Helse- og omsorgsdepartementet](#)

[Meld. St. 15 \(2017-2018\) Leve hele livet: En kvalitetsreform for eldre. Helse- og omsorgsdepartementet](#)

[Meld. St. 38 \(2020–2021\) Nytt, ressurs og alvorlighet - prioritering i helse og omsorgstjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet](#)

[Meld. St. 47 \(2008-2009\) Samhandlingsreformen. Helse- og omsorgsdepartementet](#)

[Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020. Regjeringen](#)

Oversikt over folkehelsen og påvirkningsfaktorer i Tydal kommune. 2020

Plan for Leve hele livet i Tydal. 2021-2026

[Prop. 73 L \(2016–2017\) Endringer i barnevernloven \(barnevernsreform\)](#)

[Regional utviklingsplan 2019-2022 for St. Olavs hospital](#)

[SAMDATA spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet](#)

[Trøndelag i tall. Trøndelag fylkeskommune](#)

[Verktøy for planlegging av sykehjem og omsorgsplasser - KS](#)

