

Utfordringsnotat

Bakgrunn

Dette notatet er utarbeidet som et vedlegg til helse og velferdsplan gjeldende fra 2026 – 2034. Notatet er basert på et notat skrevet til kommunedirektøren tidligere i 2026.

Hustadvika står foran en situasjon hvor demografisk press, endrede brukerbehov og begrensede personellressurser krever at kommunen planlegger for et betydelig løft i kapasitet og tjenesteutvikling i omsorgssektoren. Notatet tar sikte på å belyse hvordan kommunen kan møte dette behovet, med fokus på omsorgsplasser (heldøgns omsorgstilbud – hovedsakelig for eldre), men i samspill med hjemmetjenestene og bruk av teknologi.

Kommunens utfordringsbilde beskrives i kommunens egne planer og analyser, her kan nevnes:

- demografiendringer med en stadig økende eldre befolkning,
- økning i kostnader i yngreomsorgen,
- færre i arbeidsfør alder,
- rekrutteringspress,
- økt kompleksitet i tjenestebehov,
- behov for teknologiske løsninger, og
- forebygging.

Hustadvika kommune har vedtatt en helhetlig [helse- og velferdsplan 2022-2034](#) som overordnet styringsdokument for helse-, sosial- og omsorgssektoren i kommunen. Planen ble vurdert av KS-konsulenttjenester vinteren 2025, resulterte i rapporten «Å tørre Å våge». Anbefalingene fra dette arbeidet jobbes det med i en ny versjon av helse- og velferdsplan som skal ferdigstilles våren 2026. Rapporten peker på at dagens drift ikke er bærekraftig over tid på grunn av økt press på tjenesteproduksjonen og bemanning, og det vil være behov for omfattende omstilling.

Rapporten fra KS konsulent påpeker at de estimatene i hovedsak fokuserer på aldersgruppen 80 år+, men vi ser også at kommunen får flere yngre med behov. Vi kan derfor stille følgende spørsmål;

- Hvordan håndtere den store økningen i antall (og andel) eldre, noe som sannsynligvis vil medføre flere med komplekse sykdomstilstander og økt forekomst av demens?
- Hvordan håndtere et stadig økende behov i målgruppen yngre personer med funksjonsnedsettelse?
- Hvordan sikre tilstrekkelig antall personer med relevant helsefaglig kompetanse i tjenestene?

Beregning av behov

Sentrale spørsmål er:

- Hvordan skal vi dimensjonere forebyggende tjenester og helsetjenester i hjemmet?
- Hvor mange heldøgns omsorgsplasser er det behov for i Hustadvika?

Vi må sikre at kapasiteten er tilstrekkelig – men ikke større enn nødvendig – og at den står i forhold til de økonomiske rammene. Spørsmålet er derfor: **Hvordan finner vi det riktige antallet?**

Det er utfordrende å si noe om eksakt behov, spesielt når vi ser utviklingen med flere eldre, flere yngre med behov, og ikke minst mangelen på arbeidskraft. I tillegg er mange eldre friskere lengre nå enn før, noe som også gjør det utfordrende å si noe eksakt om behov. Dette gjør at vi må tenke annerledes enn slik dagens organisering og struktur er, med fragmentert tjenesteproduksjon. Derfor er det viktig å bygge samlet, tilstrekkelig, og i etapper.

Heldøgns omsorg

Omsorgsboliger og/eller institusjonsplasser?

I forbindelse med planleggingen av nytt helsebygg i Verdal kommune ble det gjennomført en grundig kartlegging av forskjeller og likheter mellom omsorgsboliger med heldøgns bemanning og institusjonsplasser. Målet var å vurdere hvilken driftsform som best ivaretar både kommunens behov for effektivitet og fleksibilitet, samt brukernes behov for kvalitet og trygghet.

Kartleggingen viser at institusjonsplasser gir raskere og mer effektiv inn- og utflytting, med færre involverte parter og kortere tomgangstid. Dette gir høyere kapasitetsutnyttelse og enklere administrasjon. Institusjonsdrift innebærer også mer standardiserte rutiner, særlig når det gjelder legetjenester, medisinaladministrasjon og hjelpemidler, noe som gir bedre kontinuitet og mindre ressursbruk for ansatte.

Omsorgsboliger gir derimot større grad av selvstendighet og valgfrihet for beboerne, som beholder sin status som hjemmeboende og kan søke på enkeltstående tjenester. Dette gir mulighet for individuell tilpasning, men krever mer administrativ oppfølging og koordinering.

Økonomisk sett gir omsorgsboliger inntekter til kommunen gjennom husleie, mens institusjonsplassene gir inntekter i form av vederlag. Historisk sett har det vært mange minstepensjonister i Norge, men de siste årene har det vist seg at flere og flere har høyere pensjon, og det medfører en høyere inntekt til kommunen. Omsorgsboliger har også lavere tilskudd fra Husbanken enn institusjonsplasser.

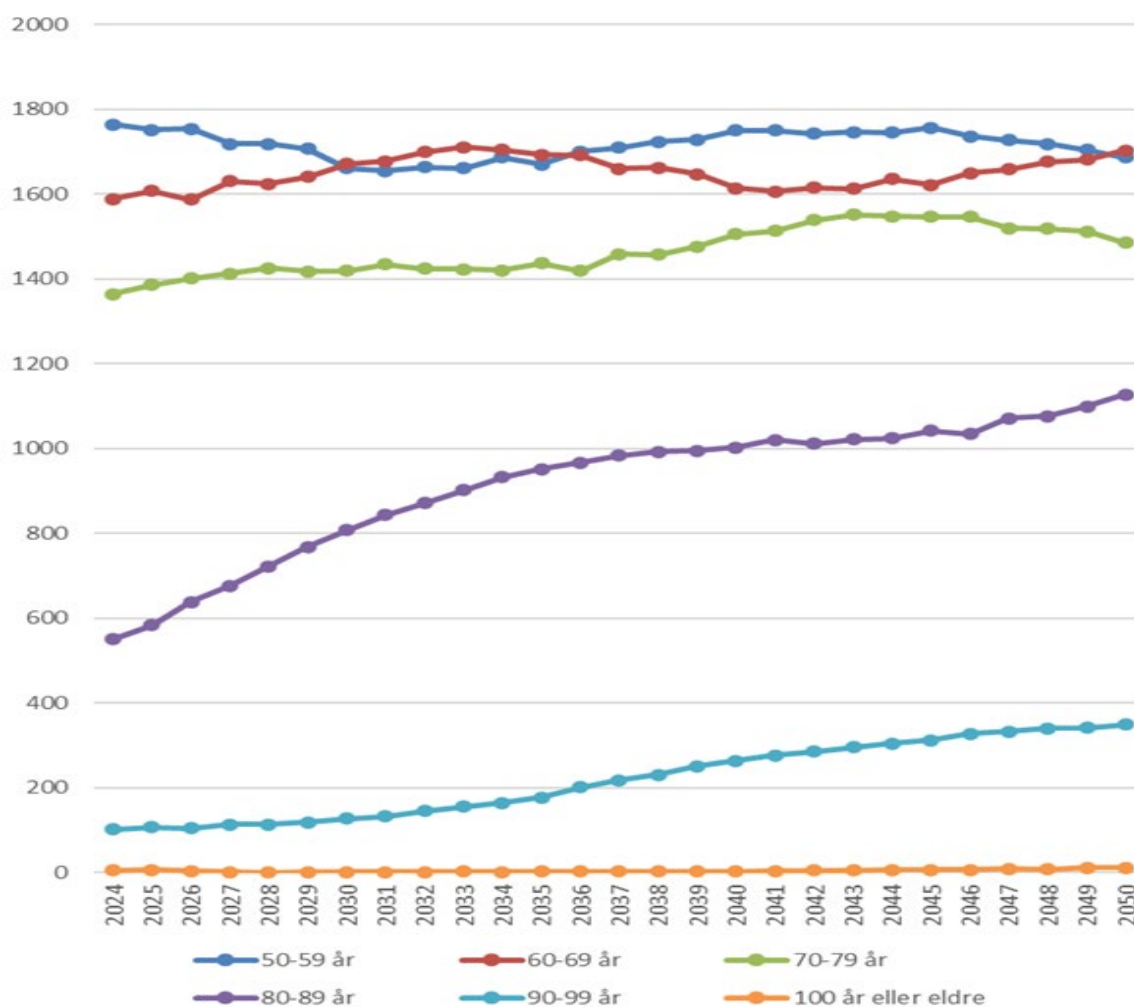
Samtidig innebærer det mer ansvar og behov for støtte fra pårørende, særlig når det gjelder økonomi, søknader og praktiske gjøremål. Institusjonsplasser gir et mer helhetlig tilbud med alt inkludert i vederlagsbetalingen, og kan være bedre egnet for brukere med omfattende pleiebehov.

Vår erfaring er at koordinering av helsetjenester til beboere i omsorgsboliger kan være krevende. Mange av beboerne har like omfattende helseplager som pasientene i institusjon, og det stilles derfor store krav til både fleksibilitet og samhandling mellom tjenestene. Flere innbyggere gir uttrykk for at det viktigste for dem ikke nødvendigvis er å ha egen leilighet, men å få hjelp når de trenger det. For framtiden er det ønskelig å vurdere plasseringen av omsorgsboliger i sammenheng med lokaliseringen av hjemmetjeneste og fastleger, for å legge til rette for et mer effektivt og helhetlig samarbeid.

Basert på utredningen fra Verdal, som vi vurderer som tilsvarende for Hustadvika kommune, samt egne erfaringer og tilbakemeldinger, anbefaler vi at det kun bygges institusjonsplasser med heldøgns bemanning. Omsorgsboliger bør bygges, men bør da lokaliseres sentralt og i nærheten av hjemmetjenesten, legekantor mv. for å sikre en effektiv ressursutnyttelse, og de kan også utvikles i samarbeid med private aktører. Omsorgsboliger vil ikke ha stedlig heldøgns bemanning, men tjenestene ytes av hjemmetjenesten.

Framskrivning og dekningsgrad

Befolkningsberegningene til SSB, basert på tiårige aldersgrupper ser slik ut for Hustadvika:



Yngre brukere

I rapporten fra KS Konsulent påpekes at Hustadvika har hatt høy andel tildelte timer for yngre brukere (under 80 år). Det betyr at behovet for omsorgsplasser ikke bare kan kobles til eldrebefolkning, men også til kompleksitet i brukergruppene (demens, flerdiagnoser, funksjonshemming, psykisk helse og rus mv.). Det bør derfor legges inn en "buffer" eller tillegg til estimatet, for å fange ikke-demografisk vekst i behov.

Heldøgns omsorg

Heldøgns omsorg omfatter langtidsplasser både i sykehjem og i omsorgsboliger, og beboerne har ofte sammensatte behov knyttet til både somatiske sykdommer og demens. Det er derfor ikke alltid entydig om langtidsplass i sykehjem tildeles primært på grunn av demenssykdom, eller om plasseringen i hovedsak skyldes somatisk sykdom, der demens fremstår som et underordnet eller tilleggsvist problem.

Folkehelseinstituttet (FHI) har estimert forekomsten av demens både i sykehjem og blant hjemmeboende mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester. Estimaten viser at i overkant av 80 prosent av personer med langtidsplass i sykehjem har en demenssykdom. Blant personer over 70 år som mottar hjemmetjenester, anslås det at mer enn 40 prosent har demens.

Usikkerhetsfaktorer

Det kan være flere elementer som spiller inn på behovet. Mer effektiv og treffsikker bruk av teknologi, forebyggende tjenester og hjemmetjenester kan redusere behovet for omsorgsplasser. Samtidig kan endringer i pårørendeomsorg (for eksempel færre som kan bistå) føre til høyere kommunalt ansvar. I rapporten fra KS Konsulent nevnes blant annet «omsorgskoeffisienten» som en indikator som vil svekkes fra ca. 9,8 i 2024 til ca. 5,0 i 2035.

Lønns- og kostnadsvekst, og krav til bemanningstetthet og kvalitetsstandarder må vurderes. Det er også usikkert hvordan nasjonale føringer, lokale prioriteringer og finansieringsordninger vil utvikle seg, noe som kan påvirke ressursrammer.

Dekningsgrad

På bakgrunn av samfunnsutviklingen, bestilte KS en utredning fra Agenda Kaupang og VID (vitenskapelige høyskole), som tok for seg temaet *Heldøgns omsorg – kommunens dekningsgrad*. Rapporten drøfter blant annet hvordan endrede behov og tjenestetilbud påvirker dimensjoneringen av heldøgns omsorgsplasser. Spørsmålet har vært om det er mulig å tenke seg en mer lik praksis for beregning av behovet i kommunene, og om dette lar seg overføre til et nasjonalt nivå. De konkluderte med at en veiledende norm for alle kommuner er ikke fornuftig. Den viktigste grunnen er at tilbudet om heldøgns omsorg omfatter svært ulike nivåer av bistand, både for sykehjem og boliger med fast tilknyttet personell hele døgnet.

Historisk har diskusjonen om dekningsgrad i kommunene i stor grad tatt utgangspunkt i antall plasser med heldøgns omsorg sammenlignet med antall personer over 80 år. De siste 10–15 årene har imidlertid utviklingen vist at behovsbildet er langt mer sammensatt. Vi har derfor sett på blant annet:

- økt privat boligbygging og tilrettelegging for ulike boformer
- at eldre generelt holder seg friskere og mer selvhjulpne lenger
- at flere eldre flytter til mer egnede boliger
- en betydelig utbygging og utvikling av de hjemmebaserte tjenestene (eksempel er hverdagsmestringsteam/ forsterket tverrfaglig helseteam, demenskoordinator, kreftkoordinator)
- endringer i brukernes behov og tjenestemønster (eksempel er at flere med stadig mer komplekse sykdomstilstander bor lengre hjemme)
- at det ikke bare er en *eldrebølge*, men også en *yngrebølge* av brukere med behov for tjenester

For å underbygge denne påstanden vises det til opplysninger fra KS våren 2025, som sier at «*Knekkpunktet for når eldre trenger mye hjelp går ikke ved 80 år, men ved 85, 86, 87 år.*» Videre vises det til en rapport fra Universitetet i Oslo med tittelen «*Brukerne blir yngre, psykiske lidelser øker: Dybdykk i pleie- og omsorgstjenesten 2017–2021*» hvor man oppsummerte med at det var en kraftig vekst i utgiftene i kommunenes pleie- og omsorgstjenester i perioden 2015-2020. Veksten flatet ut i 2020, men økte igjen i årene 2021 og 2022 med nesten ni prosent per år. Det er spesielt i tjenester til hjemmeboende veksten har vært sterk. I tillegg har veksten vært sterk i aldersgruppene under 80 år.

Det har skjedd reduksjon i liggetider i sykehusene og mer av rehabilitering og oppfølging er overlatt til primærhelsetjenestene. Primærhelsetjenestene endres fra å være institusjonsbaserte til å bli mer hjemmebaserte. Det skjer en forbedring i eldre sin helse og deres funksjonsevne. Kommunene har fått en betydelig økning i oppfølgingsbehovene som følge av reduserte liggetider i sykehus.

Behovsberegning av heldøgns omsorgsplasser i Hustadvika

Det er gjort framskrivninger av behov for heldøgns omsorgsplasser i kommunen i gjeldende helse- og velferdsplan, i rapport fra KS Konsulent, og vi har brukt KS sitt digitale dimensjoneringsverktøy.

Gjeldende helse- og velferdsplan

I gjeldende helse- og velferdsplan (kap. 4.8) er det planlagt 220 heldøgns omsorgsplasser inkludert 40 korttidsplasser innen 2034.

KS Konsulent

I rapport fra KS Konsulent beskrives det at behovet for heldøgns omsorgsplasser vil øke betydelig frem mot 2035. Fra dagens nivå på 103 langtidsplasser/heldøgns omsorg (korttidsplasser er ikke tatt med) estimerer de et behov for 131 plasser i 2030, og 153 plasser i 2035.

Dersom man legger til dagens antall korttidsplasser, vil det samlede estimatet fra KS Konsulent utgjøre om lag 175 plasser i 2035, forutsatt at korttidskapasiteten forblir på dagens nivå. Med den demografiske utviklingen vi nå har, vil det også være behov for å øke kapasitet på korttidsplasser.

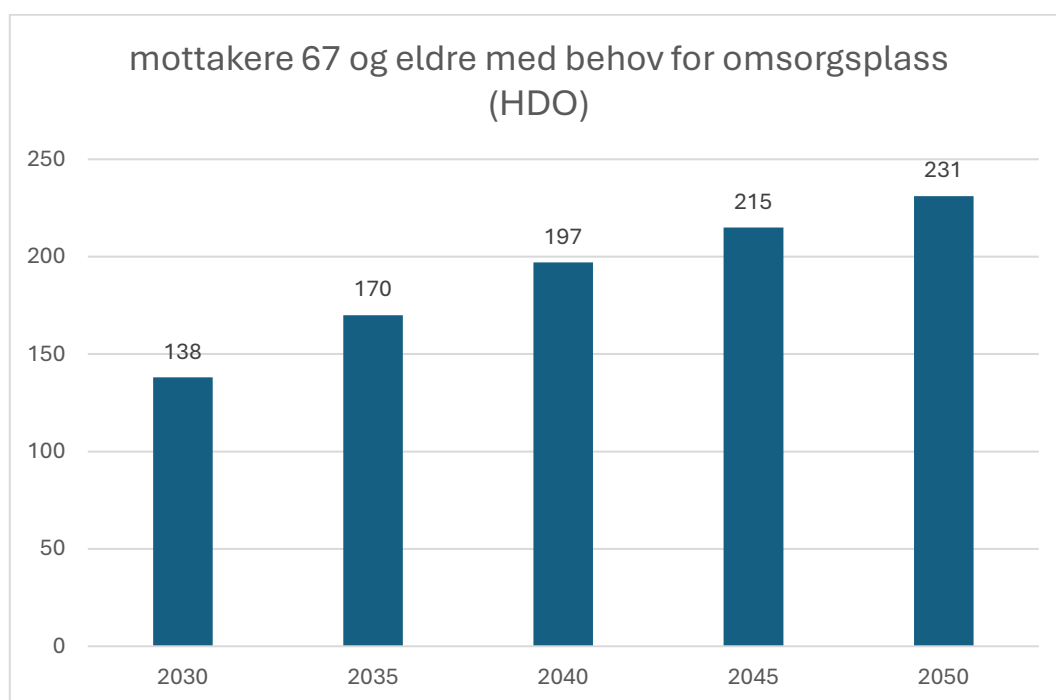
PwC-rapporten

Rapporten som ble utarbeidet i forbindelse med etableringen av Hustadvika kommune, la særlig vekt på betydningen av korttidsplasser og på hvordan god pasientflyt kan bidra til å utnytte ressursene bedre og dekke det økende behovet for denne typen plasser.

Dimensjoneringsverktøy i regi av KS

KS har i samarbeid med flere aktører utarbeidet et verktøy for dimensjonering av sykehjem og omsorgsplasser. Dette verktøyet inkluderer også korttidsplasser. Verktøyet skal bidra til å gi bedre innsikt i kommunens fremtidige behov innen pleie- og omsorgstjenester. Verktøyet er dynamisk i den forstand at det forbedres på bakgrunn av tilbakemeldinger fra kommuner og andre. KS legger til grunn at kommunene sjekker modellen mot egne tall og gjør egne vurderinger. Verktøyet er et hjelpemiddel for bedre dimensjonering og et støtteverktøy for strategiske diskusjoner, men det er ikke en fasit.

KS sitt verktøy viser at Hustadvika kommune vil ha følgende behov i framtiden:



Som nevnt tidligere i notat vil den prosentvise økningen i behov for heldøgns tjenester i Hustadvika ventes å være større enn landsgjennomsnittet, fordi befolkningen over 80 år øker mer lokalt (72 % økning i kommunen mot 59 % nasjonalt). Samt at rapporten fra KS konsulenttjenester påpeker at de estimatene i hovedsak fokuserer på aldersgruppen 80 år+, men vi ser også at kommunen får flere yngre med behov.

Oppsummering av behov

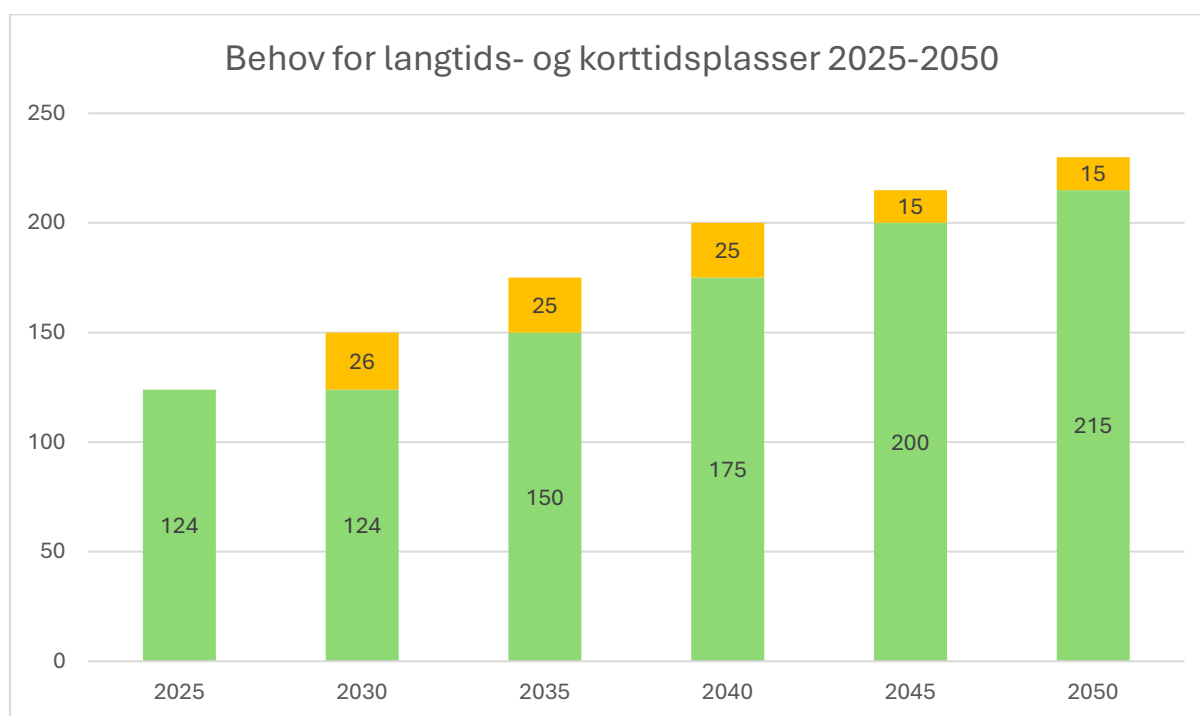
Den prosentvise økningen i behov for heldøgns tjenester ventes i vår kommune å være noe større enn landsgjennomsnittet, fordi befolkningen over 80 år øker mer lokalt (72 % økning i kommunen mot 59 % nasjonalt).

Korttidsplasser er en helt sentral del av et velfungerende helse- og omsorgstilbud. De bidrar til fleksibilitet i tjenestene og er avgjørende for å sikre god pasientflyt mellom sykehus, hjemmetjenester og langtidsplasser. Et tilstrekkelig antall korttidsplasser gjør det mulig å tilby dagopphold, nattopphold, rehabilitering, avlastning og kartlegging før endelig vurdering av tjenestebehov. Utvidede åpningstider ved aktivitetstilbudene våre vil bidra til større fleksibilitet som gjør det mulig å bo hjemme lengre. Dette reduserer presset på langtidsplassene og bidrar til at brukere får riktig tjeneste til riktig tid.

Når kommunen planlegger nye institusjonsplasser, er det avgjørende å tenke helhetlig – både i dimensjonering, organisering og fleksibilitet til å håndtere alle behov. Det innebærer å sikre tilstrekkelig kapasitet på korttidsplasser og langtidsplasser, samt god koordinering mellom tjenestene og en struktur som legger til rette for effektive og trygge overganger mellom ulike omsorgsnivåer.

Vi har nå over en god stund brukt flere av våre KTO plasser til LTO og det har ikke påvirket pasientflyt eller antall overliggere. Men det krever stor innsats i hjemmet så her bør vi ha en retning på skal vi satse på rehabilitering hjemme eller på KTO

Med bakgrunn i dette, de rapporter som foreligger, hensynet til en friskere befolkning, behovet til yngre brukere, en styrking av forebyggende tjenester, hjemmebaserte løsninger, helse- og mestrings teknologi, anser vi at behovet for plasser inkludert både langtids- og korttidsplasser, vil være slik:



Forklaring:

Gul viser antatt behov for økning hvert femte år. Totalbehovet er grønn og gul til sammen.

Hvordan bør vi drive tjenesten?

God pasientflyt handler om å unngå flaskehalser i systemet – at pasienter blir værende for lenge på sykehus eller i korttidsplasser fordi det ikke finnes ledige tilbud videre. En velfungerende flyt krever god samhandling mellom tjenestenivåene, tydelige rutiner for utskriving og oppfølging, samt fleksibel bruk av plasser.

Aldersvennlig samfunn

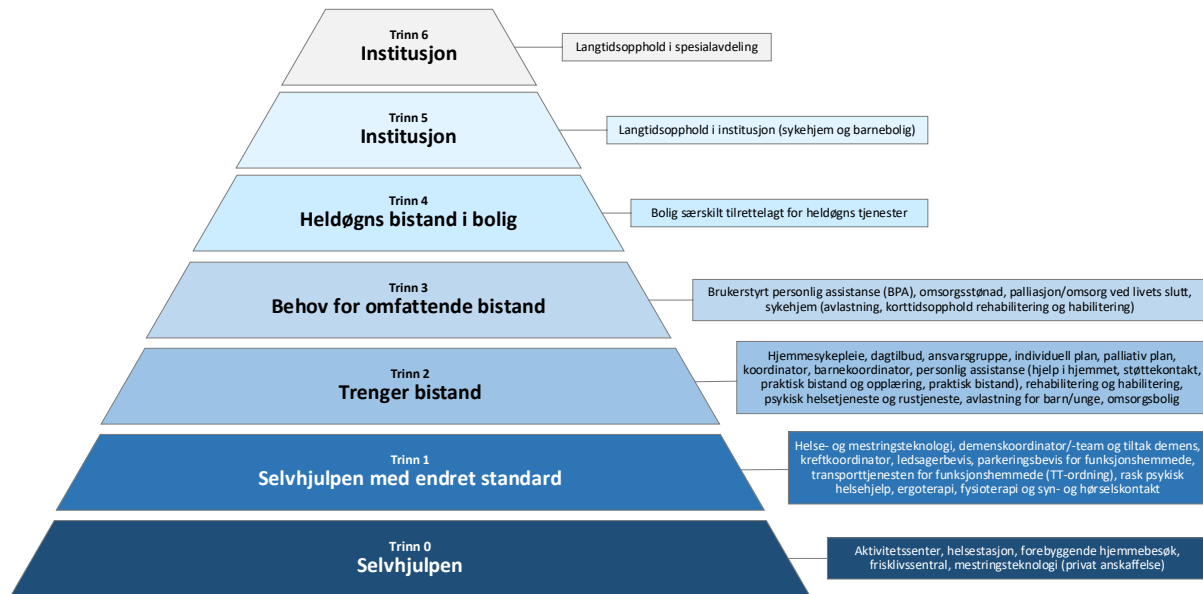
Det er viktig for kommunen å være et aldersvennlig samfunn fordi andelen eldre innbyggere øker, og dette stiller krav til hvordan vi planlegger tjenester, infrastruktur og nærmiljø. Et aldersvennlig samfunn legger til rette for at alle, ikke bare eldre, kan leve aktive, trygge og selvstendige liv så lenge som mulig. Dette handler ikke bare om helse- og omsorgstjenester, men også om universell utforming, gode transportløsninger, sosiale møteplasser og muligheter for deltakelse i lokalsamfunnet. Ved å prioritere aldersvennlighet styrker vi forebygging, reduserer ensomhet og fremmer livskvalitet – samtidig som vi bidrar til bærekraftige tjenester og et inkluderende lokalsamfunn for alle generasjoner.

Å bygge alle institusjonsplasser tilrettelagt for personer med demens er en smart og fremtidsrettet løsning. Demensforekomsten øker, og behovet for tilpassede omgivelser vil bli stadig større. Når alle plasser er utformet med demensvennlige prinsipper – som god orientering, trygghet, skjerming og tilpasset sansemiljø – sikrer vi fleksibel bruk av avdelinger og rom. Dette gir kommunen mulighet til å omdisponere plasser mellom somatiske pasienter og personer med demens uten kostbare ombygginger. En slik universell tilrettelegging gir bedre livskvalitet for alle beboere, reduserer risiko for forvirring og fall, og gjør det enklere for personalet å yte forsvarlig omsorg. På denne måten skaper vi et bærekraftig tilbud som kan møte både dagens og fremtidens behov.

BEON-prinsippet

For å møte den økende etterspørselen på en bærekraftig måte bør Hustadvika kommune legge BEON-prinsippet til grunn, der tjenester ytes på det best hensiktsmessige og effektive omsorgsnivået (lavest mulig nivå). Dette prinsippet er også forankret i kommunens planer. Det er avgjørende å ha fokus på forebygging, rehabilitering og mestring for å utsette eller unngå behov for institusjonsplass.

Tjenestebeskrivelsene skal ligge til grunn for vurdering av søknad om tjeneste(r). «Hva er viktig for deg» er spørsmålet som først skal stilles, og helse- og mestringsteknologi skal være førstevalget.



Tverrfaglig samarbeid

Et helhetlig og tverrfaglig pasient- og brukerforløp, med godt samarbeid mellom kommunale tjenester, fastleger, spesialisthelsetjenesten og frivillige aktører, vil være avgjørende. Det må legges til rette for aktiv bruk av helse- og mestringsteknologi, inkludert digitale trygghetsløsninger og sensorteknologi, med mål om å styrke selvstendighet og redusere behovet for døgnbemannet omsorg.

Fleksibilitet

Fleksibilitet i bruk av lokaler er nødvendig, med bemanning som kan skaleres opp eller ned, og deling av kapasitet mellom heldøgns plasser, korttidsopphold og observasjonsplasser. Samtidig må det etableres klare kvalitets- og bemanningsstandarder, som krav til antall ansatte per beboer og nødvendig fagkompetanse, for å sikre at nye plasser ikke opprettes med lav standard og skaper "falsk kapasitet". Bygningsmessig må utforming tilpasses personer med demens for størst mulig fleksibilitet.

Lokalisering

I dag preges Hustadvika av en fragmentert tjenesteproduksjon med mange små tjenestesteder for heldøgns omsorg, noe som ikke er bærekraftig. Kommunestyret må ta nødvendige og til dels upopulære beslutninger for å redusere antall lokasjoner, og vedta en samling av tjenester til større driftsenheter med fleksibel bemanning. Dette kom også frem under dialogmøtet høsten 2025. Med dagens mange små enheter er det allerede vanskelig å rekruttere personell, og en slik struktur vil ikke kunne møte fremtidens behov. Samling av tjenester vil sikre tilstrekkelig kapasitet og øke mulighetene for rekruttering.

Rekruttering

Hustadvika kommune vil møte omfattende rekrutteringsutfordringer frem mot 2035. Omtrent 135 personer vil gå av med pensjon, tilsvarende rundt 100 årsverk som skal erstattes. I tillegg kommer et behov for nyrekruttering på 50–100 årsverk, avhengig av fremtidige strategiske valg. Dette gjør fleksible bemanningsordninger og alternative arbeidsformer, som deltid, fleksitid og varierende skift, avgjørende for å tiltrekke og beholde kvalifisert personell. Parallelt med

kapasitetsutbygging må kompetanseheving, fagmiljøbygging og spesialisering innen demens, kroniske sykdommer, palliasjon og rehabilitering prioriteres.

Tjenester for hjemmeboende

Det vil i årene som kommer være behov for å styrke de forebyggende tjenestene og hjemmetjenestene for å kunne ivareta innbyggere med mer komplekse sykdomstilstander.

Allmennlegetjenesten

Samtidig med at behovet for heldøgns omsorg øker, vil også de øvrige kommunale helsetjenestene bli satt under press. [Folkehelseinstituttets framskrivinger av helse- og omsorgstjenestebruk](#) viser at det vil komme en stor økning i bruk av helsetjenester for de over 70 år, eksempelvis allmennlegetjenester. Skal vi lykkes med å jobbe forebyggende og med rehabilitering for å redusere behovet for langtidsplasser i institusjon, vil det også behøves tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til disse oppgavene.

Forebyggende tjenester

Samtidig med at behovet for heldøgns omsorg øker, vil også de øvrige kommunale helsetjenestene bli satt under press. Det vil derfor i årene som kommer være behov for å styrke de forebyggende tjenestene. Skal vi lykkes med å jobbe forebyggende og med rehabilitering for å redusere behovet for langtidsplasser i institusjon, vil det være behov for tilstrekkelig kapasitet og kompetanse innen ergoterapi, fysioterapi, hjelpemiddelforvaltning og aktivitetstilbud.

Hjemmetjenester

Helsetjenester i hjemmet (forbyggende tjenester som ergo- og fysioterapi, hjemmesykepleie mv.) må styrkes som følge av endring i demografi og tidligere utskrivning fra sykehus. Det er behov for økt kompetanse når flere med omfattende og komplekse sykdomstilstander bor hjemme. Det er viktig å videreutvikle forsterket tverrfaglig helseteam med blant annet AKS-sykepleiere (AKS: Avansert klinisk allmennsykepleie).

Hjemmetjenesten bør ha tilhold i sentrum, noe som også er bra logistikkmessig, i og med at kommunesentrum er omtrent midt i kommunen. Da legger vi til rette for optimalisert logistikk og bruk av kompetanse, og det er mulighet for tett samarbeid med legetjenesten og andre relevante tjenester. I dag leier vi lokaler for hjemmetjenesten, men på sikt bør basen være i et lokale kommunen selv eier. Det kan være i et eksisterende bygg i sentrum, eller i et nybygg.

Heldøgns tjenester (somatikk, demens, korttidsopphold)

Basert på signalene fra dialogmøtet med kommunestyret høsten 2025, samt de ovennevnte momentene og vurderingene, har vi fem alternativer. Før de presenteres, vil vi komme med noen opplysninger.

Eide sykehjem

- Eide sykehjem avdeling Furutoppen med sine 22 rom er ikke bygningsmessig tilrettelagt for personer med demens blant annet på grunn av korridorer
- De fire nybygde rommene mot vest i underetasjen på Furutoppen er ikke tatt i bruk. De kan benyttes som forsterket skjermet avdeling eller som ordinære langtidsplasser for somatikk eller demens

- Eide sykehjem avdeling «Post 2» på Slettatunet har 7 rom og er godt tilrettelagt for personer med demens
- Resterende areal på Slettatunet benyttes til avlastning for barn og unge

Fræna sjukeheim og omsorgssenter (FSO)

- FSO har 44 rom fordelt på fire lange korridorer der, noe som ikke er hensiktsmessig for personer med demens, heller ikke for rasjonell bruk av personalressurser
- FSO er ikke dimensjonert for å kunne bygges på i høyden, og det er ikke hensiktsmessig å forlenge en eller flere av de fire «armene» i bygningen

Bøtunet omsorgssenter

- Bøtunet har kapasitet til 16 pasienter, og har ikke mulighet for påbygg
- Gjeldende helse- og velferdsplan anbefaler at bygget omdisponeres til leiligheter for bo og habilitering

Lundhaugen omsorgssenter

- Lundhaugen har 24 leiligheter og bokollektivrom
- Gjeldende helse- og velferdsplan anbefaler at Lundhaugen skal driftes på samme nivå som Farstad, det vil si at hjemmetjenesten skal dekke beboernes behov for bistand. Dette betyr at de som skal bo der ikke kan ha behov for heldøgns tilsyn

Auretunet omsorgssenter

- Auretunet har 11 leiligheter
- Gjeldende helse- og velferdsplan anbefaler at Auretunet skal driftes på samme nivå som Farstad, det vil si at hjemmetjenesten skal dekke beboernes behov for bistand. Dette betyr at de som skal bo der ikke kan ha behov for heldøgns tilsyn

Alternativer

I det følgende presenterer vi fem ulike alternativer som spanner fra dagens drift til et hus for alle tjenestene. Det er forsøkt listet opp fordeler og ulemper for hvert enkelt alternativ, dette er ikke uttømmende. Fordeler og ulemper med de ulike alternativene er noe vi må jobbe mer med i forbindelse med før dialogmøtet, og under utarbeidelsen av helse- og velferdsplanen. Det skal være en strategiplan, men det er nødvendig at vi skisserer det alternativet vi mener vil være best, både faglig og økonomisk.

Alternativ 1: Beholde alle tjenestesteder som i dag + nybygg

	2026	2030	2035	2040	2045	2050
Nybygg	0	22	47	72	87	102
Eide (totalt)		33	33	33	33	33
<i>Eide (Furutoppen)</i>	22	26	26	26	26	26
<i>Eide (Slettatunet)</i>	7	7	7	7	7	7
Eide (Bjørklia)						
FSO	44	44	44	44	44	44
Bøtunet	16	16	16	16	16	16
Auretunet	11	11	11	11	11	11
Lundhaugen	24	24	24	24	24	24
Sum	124	150	175	200	215	230
Antall lokasjoner	5	6	6	6	6	6

Fordeler	Ulemper
• Institusjonen/ omsorgssenteret fungerer i enkelte tilfeller som en viktig møteplass og arbeidsplass, og bidrar til sosial og økonomisk aktivitet • Kortere reisevei for enkelte ansatte gir mindre pendling, og kan redusere fravær og kan bidra til bedre arbeidsmiljø og trivsel	• Mange lokasjoner gir fragmenterte fagmiljøer og kan gjøre det vanskeligere å opprettholde og utvikle kompetanse. Dette kan svekke kvalitet, særlig innen avansert pleie, rehabilitering og demensomsorg • Rekruttering og drift: Mange små arbeidssteder gjør det <u>svært</u> krevende å rekruttere og fordele kompetanse effektivt. Turnusplanlegging blir mindre fleksibel, og fravær eller sykdom får større konsekvenser for bemanning og drift • Høye driftskostnader: Flere bygg og driftsenheter medfører økte utgifter til ledelse, vedlikehold, teknisk drift og støttefunksjoner. Det kan være vanskelig å utnytte ressursene

	optimalt, og det oppstår mindre stordriftsfordeler • Ulikt tjenestetilbud: Små institusjoner har ofte begrenset tilgang til fagpersoner, aktivitetstilbud og spesialisert utstyr. Dette kan føre til variasjon i tjenestekvaliteten mellom lokasjonene • Avlastning for barn og unge kan fortsatt være på Slettatunet
--	---

Alternativ 2: Ett nybygg hvor alt er samlet

	2026	2030	2035	2040	2045	2050
Nybygg		150	175	200	215	230
Eide (Furutoppen)	22					
Eide (Slettatunet)	7					
Eide (Bjørklia)	0					
FSO	44					
Bøtunet	16					
Auretunet	11					
Lundhaugen	24					
Sum	124	150	175	200	215	230
Antall lokasjoner	5	1	1	1	1	1

Fordeler	Ulemper
• Samling av helsepersonell gir større faglig miljø, bedre erfaringsutveksling og mulighet for mer tverrfaglig samarbeid • Et større og mer samlet arbeidsmiljø gjør det lettere å rekruttere og	• Høye investeringskostnader ved et så stort og omfattende nybygg • Krever stort areal for bygning og tilhørende parkeringsplasser

beholde kvalifiserte fagfolk, som leger, sykepleiere og terapeuter • Flere ansatte på samme sted muliggjør raskere respons ved akutte hendelser og bedre oppfølging av komplekse pasienter. • Felles drift gir mindre dobbeltarbeid innenfor ledelse, kjøkken, renhold, teknisk drift, vaktmester og administrasjon • En større enhet gir lavere kostnader per plass for energi, utstyr, og vedlikehold. • Lettere å dekke opp vakter, bruke fleksible turnusordninger og redusere sårbarhet ved sykdom • Mulighet til å bygge eller en framtidsrettet institusjon med universell utforming og tilrettelegging for velferdsteknologi • Nærhet til legekantor, apotek, helsesenter, NAV mv. • Effektiv logistikk: Kortere avstand for varelevering, transport av brukere og samarbeid mellom tjenesteområder	• Eide og andre bygder vil miste en stor arbeidsplass, som kan svekke lokalsamfunnet. • Vi risikerer å måtte <u>betale tilbake hele eller deler av tilskuddet</u> som ble innvilget av Husbanken til eksisterende bygg som fortsatt er i økonomisk løpetid
--	---

Alternativ 3: Ta i bruk hele Eide sykehjem + nybygg i Elnesvågen sentrum

	2026	2030	2035	2040	2045	2050
Nybygg	0	90	115	140	155	170
Eide (totalt)	29	60	60	60	60	60
<i>Eide (Furutoppen)</i>	22	26	26	26	26	26
<i>Eide (Slettatunet)</i>	7	22	22	22	22	22
<i>Eide (Bjørklia)</i>	0	12	12	12	12	12
FSO	44					
Bøtunet	16					
Auretunet	11					
Lundhaugen	24					
Sum	124	150	175	200	215	230
Antall lokasjoner	6	2	2	2	2	2

Fordeler	Ulemper
- Samling av helsepersonell gir større faglig miljø, bedre erfaringsutveksling og mulighet for mer tverrfaglig samarbeid - Et større og mer samlet arbeidsmiljø gjør det lettere å rekruttere og beholde kvalifiserte fagfolk, som leger, sykepleiere og terapeuter - Flere ansatte og spesialister på samme sted muliggjør raskere respons ved akutte hendelser og bedre oppfølging av komplekse pasienter - Felles drift gir mindre dobbeltarbeid innenfor ledelse, kjøkken, renhold, teknisk drift, vaktmester og administrasjon	Dersom FSO blir solgt eller brukt til annet enn formålet, risikerer vi å måtte <u>betale tilbake hele eller deler av tilskuddet</u> som ble innvilget av Husbanken i 2005. Dette utgjør cirka 38 millioner, og gjelder i 30 år fra 2008.

• En større enhet gir lavere kostnader per plass for energi, utstyr, og vedlikehold • Lettere å dekke opp vakter, bruke fleksible turnusordninger og redusere sårbarhet ved sykdom • Mulighet til å bygge en framtidsrettet institusjon med universell utforming, tilpasset for demens og andre kognitive utfordringer og tilrettelegging for velferdsteknologi • Kommunesenteret har gjerne kort vei til legekontor, apotek, helsesenter, NAV og andre støttefunksjoner	
---	--

Alternativ 4a: Videreutvikle Eide sykehjem og Fræna sjukeheim og omsorgssenter + nybygg i Elnesvågen sentrum

	2026	2030	2035	2040	2045	2050
Nybygg	0	5a6	71	96	111	126
Eide (totalt)	29	60	60	60	60	60
<i>Eide (Furutoppen)</i>	22	26	26	26	26	26
<i>Eide (Slettatunet)</i>	7	22	22	22	22	22
<i>Eide (Bjørklia)</i>	0	12	12	12	12	12
FSO	44	44	44	44	44	44
Bøtunet	16					
Auretunet	11					
Lundhaugen	24					
Sum	124	150	175	200	215	230
Antall lokasjoner	5	3	3	3	3	3

Fordeler	Ulemper
• Dagens demensavdeling på Eide kan videreføres, samt de fire nye	• Bygningsmassen ved Eide sykehjem (Furutoppen, Bjørklia og Slettatunet)

rommene kan brukes som forsterket avdeling • Vi får økt antall korttidsplasser, noe som legger til rette for at våre innbyggere kan bo hjemme lengre • Enklere å «rullere» både pasienter og ansatte når det er somatisk og demens i samme lokasjon • Videreutvikler Bjørklia for å utvide kapasitet på heldøgns tjenester	er spredt utover, og det er lange avstander mellom mulige avdelinger • Ved Eide sykehjem vil det som følge av avstander mellom mulige avdelinger bli mange ansattgrupper som kan gjøre det utfordrende driftsmessig • Avlastning for barn og unge må ut av Slettatunet, noe som medfører at det må bygges nytt til dem • Flere nye bygg som gjør det kostnadskrevende for kommunen
---	---

Alternativ 4b: Videreutvikle Eide sykehjem og Fræna sjukeheim og omsorgssenter + nybygg i Elnesvågen sentrum

	2026	2030	2035	2040	2045	2050
Nybygg	0	71	96	121	136	151
Eide (totalt)	29	45	45	45	45	45
Eide (Furutoppen)	22	26	26	26	26	26
Eide (Slettatunet)	7	7	7	7	7	7
Eide (Bjørklia)	0	12	12	12	12	12
FSO	44	34	34	34	34	34
Bøtunet	16					
Auretunet	11					
Lundhaugen	24					
Sum	124	150	175	200	215	230
Antall lokasjoner	5	3	3	3	3	3

Fordeler	Ulemper
• Tilstrekkelig med ett nybygg, og slipper nybygg til avlastning for barn og unge • Samling av helsepersonell gir større faglig miljø, bedre erfaringsutveksling og mulighet for mer tverrfaglig samarbeid • Et større og mer samlet arbeidsmiljø gjør det lettere å rekruttere og beholde kvalifiserte fagfolk, som leger, sykepleiere og terapeuter • Flere ansatte og spesialister på samme sted muliggjør raskere respons ved akutte hendelser og bedre oppfølging av komplekse pasienter • Felles drift gir mindre dobbeltarbeid innenfor ledelse, kjøkken, renhold, teknisk drift, vaktmester og administrasjon • En større enhet gir lavere kostnader per plass for energi, utstyr, og vedlikehold • Lettere å dekke opp vakter, bruke fleksible turnusordninger og redusere sårbarhet ved sykdom • Mulighet til å bygge en framtidsrettet institusjon med universell utforming, tilpasset for demens og andre kognitive utfordringer og tilrettelegging for velferdsteknologi • Kommunesenteret har gjerne kort vei til legekontor, apotek, helsesenter, NAV og andre støttefunksjoner	• Heldøgns tjenester vil være spredt på tre lokasjoner, dog vil to av dem være i nærheten av hverandre • Bud og Aureosen mister arbeidsplasser, men rekrutteringsmessig har vi allerede i dag store utfordringer der

Anbefaling

Dagens desentraliserte struktur gir nærhet og lokal forankring, men utfordrer kommunen på faglig bærekraft, rekruttering og økonomi. På kort sikt ivaretar modellen viktige verdier for lokalsamfunnene, men på lang sikt taler økende krav til kompetanse, samhandling og effektiv ressursbruk for gradvis samordning og tettere samarbeid mellom enhetene.

På grunn av kommunens økonomiske situasjon, anbefales det å benytte byggene Eide sykehjem og Fræna sjukeheim og omsorgssenter, samt å bygge et nytt bygg i sentrum av Elnesvågen. Det bør legges til rette for trinnvis bruk av det nye bygget.

Det er viktig at

- et nytt bygg må bygges slik at det kan benyttes både for somatikk og demens, dette for å ha mulighet for å endre bruken etter behov. Personer med demens hvor somatikk er det dominerende, vil naturlig nok prioriteres i en somatisk avdeling.
- våre nåværende bygg som skal videreføres og nybygg totalt sett har stor nok kapasitet for dagens drift og den ventede økningen de neste 15 årene
- det blir satt av tilstrekkelig areal for å kunne bygge på ytterligere når den tid kommer

Med utgangspunkt i kommunen sitt nåværende nivå og utfordringsbilde, vil vi anbefale alternativ 4b.

1. Planlegge for cirka 200 plasser innen 2040, med buffer for yngre brukere og økende kompleksitet
2. Revidere estimatet ved hvert 4. år (i tråd med planrevisjon) for å justere etter faktisk utvikling
3. Trinnvis og fleksibel utbygging/bruk
 - Ta i bruk nye plasser i faser, slik at kommunen ikke terskelen for heldøgns tjenester blir senket
 - Vurdere å bruke fleksible modulbygg, deling av kapasitet og mulighet for omdisponering mellom døgn, korttid og observasjon
4. Styrking av hjemmebasert tjeneste og teknologi
 - Satse kraftig på forebygging, rehabilitering, hverdagsmestring og helse og mestringsteknolog
 - Redusere presset på døgnplasser ved å forlenge tiden innbyggere klarer seg hjemme
5. Revidere gjeldende kompetanseplan slik at den er relevant sammenlignet med revidert helse- og velferdsplan

- Prioritere heltid, kompetanseheving og attraktive arbeidsvilkår
 - Etablere fagnettverk og spesialkompetanse (demens, kronisk sykdom, palliasjon)
 - Tiltak for å beholde ansatte og redusere turnover
6. Samarbeid og deling
- Utforske samarbeid med nabokommuner om felles plasser, spesialenheter og kompetanse
7. Økonomi og risikostyring
- Bruk Husbankens virkemidler, men ta høyde for bindinger og krav
 - Gjennomføre jevnlig risikoanalyser og juster planene ved endringer i demografi, brukermønster eller økonomi
8. Politisk forankring og styring
- Involvere brukerrepresentanter og pårørende i planarbeidet for legitimitet og justering av realiteter
 - Sikre at notatet og planene behandles i alle tre rådene, i hovedutvalgene og i kommunestyret
 - Følge opp med årlige rapporteringer om status og avvik i forhold til plan

Dette utfordringsnotatet er utarbeidet av

- enhetslederne for
 - Forebygging, mestring, og helsetjenester i hjemmet
 - Heldøgns omsorg
 - Bo og habilitering
- Rådgiver helse og velferd
- Leder forvaltningskontoret
- Kommuneoverlegen, og
- Kommunalsjef helse og velferd