



KS KONSULENT



# Hustadvika kommune

## Revisjon Helse og velferdsplan

Å tørre

Å våge



KS KONSULENT

## INNHOOLD

<b>FORORD</b>	<b>3</b>
<b>OM REVISJON AV HELSE- OG VELFERDSPLANEN</b>	<b>3</b>
<b>FOKUSOMRÅDER</b>	<b>26</b>
<b>ORGANISERING</b>	<b>37</b>
<b>OPPSUMMERING</b>	<b>41</b>
<b>BO OG HABILITERINGSTJENESTEN</b>	<b>43</b>
<b>AVBØTENDE TILTAK DEMENSOMSORG</b>	<b>50</b>

## Forord

Økonomiske utfordringer, demografisk utvikling og bemanningsutfordringer i helse- og omsorgssektoren gjør det nødvendig med omstilling for å sikre et bærekraftig tilbud av helse- og omsorgstjenester i kommunene. Hustadvika har en intensjon om å gjøre løpende justering av sitt planverk for Helse- og velferdssektoren, og det anser vi som et viktig prinsipp i den situasjonen kommunene og offentlig sektor står i.

KS-konsulent as (KSK) har bistått kommunen i arbeidet, og resultatet presenteres i dette dokumentet.

## Om revisjon av Helse- og velferdsplanen

### Innledning

KS Konsulent AS (KSK) har på oppdrag fra Hustadvika kommune gjennomført en revisjon av Helse- og velferdsplanen, inkludert bo- og habiliteringstjenester. Arbeidet har omfattet vurdering av alternative tiltak til investeringsprosjekter og en gjennomgang av struktur og organisering for bedre ledelse og samhandling.

Planen fremhever viktige faglige vurderinger med vekt på forebygging, mestring og velferdsteknologi for økt trygghet og effektivitet. Den peker på behovet for aldersvennlige samfunn og en bærekraftig økonomi, samtidig som den erkjenner mangler i kompetanse og ressurser. Disse utfordringene skal møtes gjennom effektivisering og omstilling, i tråd med kommunestyrets vedtak om et omstillingsprosjekt for å tilpasse de økonomiske rammene.

Revidert plan må være i samsvar med nasjonale føringer, inkludert:

- **Meld. St. 24 (2022-23) - "Heilheit og mestring - Bo trygt heime"**, som vektlegger forebygging, aldersvennlige løsninger og ansvar på individnivå.
- **"Tid for handling" (NOU 4:2023)**, som fremhever bemanning som den største ressursutfordringen og behovet for analyser av bemanningssituasjonen for bærekraftige løsninger.
- **Demensplan 2025**, som tar opp økningen i antall eldre med demens og behovet for tidlige, forutsigbare tilbud.

«Bo trygt hjemme»-reformen krever samarbeid på tvers av sektorer og en helhetlig tilnærming for å møte demografiske og bærekraftsmessige utfordringer. Tiltakene må være generasjonsovergripende og sees i et livsløpsperspektiv, noe som krever tett samordning mellom kommunale enheter for å sikre helhetlige løsninger.

## Prosessen i kommunen

Det ble satt et prosessmål for å sikre involvering, eierskap og kontekstualitet i tiltakene.

Gjennomførte aktiviteter:

- **Startmøte** – etablering av prosessplan og arbeidsgrupper
- **Analyser og fellessamlinger** – gjennomgang av data og workshops
- **Medvirkningsmøter**
- **Fokusområder** – valg basert på analyser for å sikre bærekraftige tjenester
- **Arbeidsgrupper** – analyser innen tildeling, teknologi, bemanning, samt struktur og organisering

## Metode og tilnærming

Evalueringen er basert på DFØ's kriterier, selv om dette ikke er en fullstendig analyse.

- Relevans (riktige tiltak)
- Koherens (sammenhenger)
- Bærekraft
- Måloppnåelse
- Kostnadseffektivitet

KSK sine analyser danner grunnlag for videre veivalg. Det anbefales at revidert plan vektlegger nødvendige forutsetninger for å lykkes og inkluderer målbare indikatorer som kan følges opp av driftsenhetene og brukes i strategisk dialog. Styringsdialogen må sikre at ansvar også blir fordelt hensiktsmessig mellom sektorer og tiltaksområder- en slik omstilling vil ikke Helse- og velferd kunne realisere alene.

Fokus i arbeidet:

- Ståstedsanalyse av helse- og velferdstjenestene og framskriving
- Trender og utfordringsbilde
- Fokusområder- viktige forutsetninger for å realisere målene
- Samordning av kommunens planverk
- Hensiktsmessig struktur og organisering

Arbeidet har inkludert analyser for å konkretisere utfordringer og muligheter. Arbeidet har fulgt en «åpne-lukke» faseprosess, der arbeidsgruppene er satt sammen på tvers av kompetanse og roller for å sikre eierskap.



Proessen er lagt opp for å sikre et godt beslutningsgrunnlag med involvering av relevante aktører. Kartlegging av dagens praksis i kommunen der spesielt tildelingsfunksjon og bemanningsrutiner, har vær vektlagt.

I tillegg har det vært gjort en analyse av tjenester for utviklingshemmede som er presentert til sist i dokumentet.

Brukere og politiske råd har ikke vært involvert så langt, og det anbefales at dette gjøres før videre gjennomføring.

## Organisering av prosessen

### Deltakere:

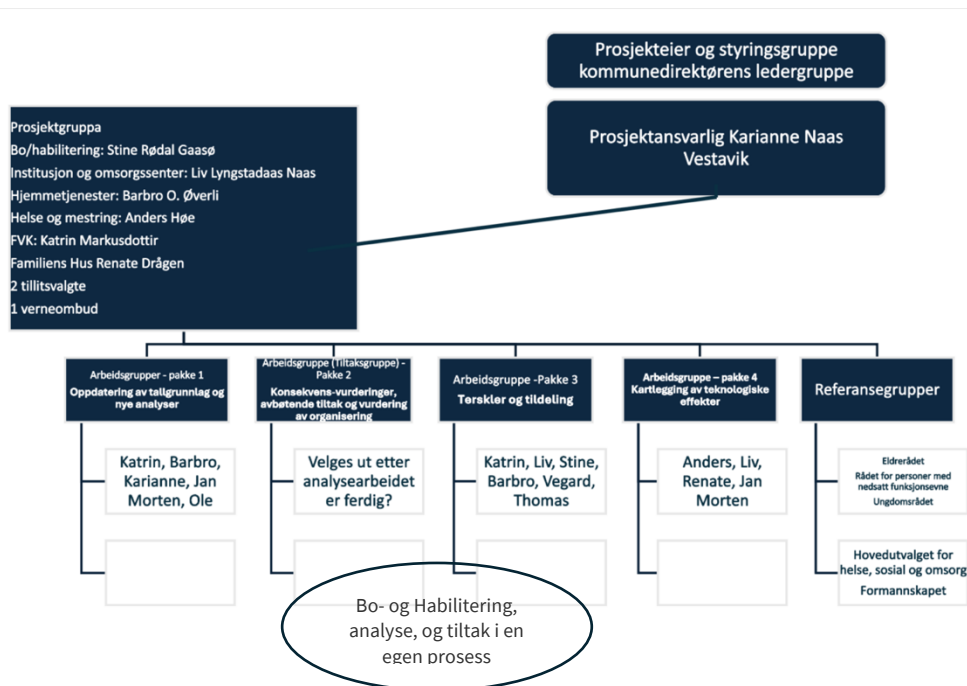
Ledere på alle nivå i Helse- og omsorgstjenesten

Tillitsvalgte og verneombud

Arbeidsgrupper

Tiltaksgruppe

Referansegruppe





KS KONSULENT

## KSK sin inngang

Helse- og velferdstjenestene er komplekse både når det gjelder fag, system og drift.

Tjenesten drifter hele døgnet året rundt, med økende grad av komplekse tilstander og krav til samordningskompetanse både internt og mellom de forskjellige nivåene som helseforetak, barnevern, skole, nav mm. Å omstille denne sektoren er derfor ingen «Quick-Fix», men krever kyndighet på mange nivå og fagfelt. Målkonflikter vil i mindre grad kunne løses med økte rammer, men gjennom dialog rundt forventninger, ambisjoner og utvikling av tjenester.

Vi håper at prosessen har bidratt til å løfte fram viktige momenter som bør vektlegges, tilføres eller forsterkes i gjeldende plan.

## Fremtidens utfordringer krever smartere løsninger og bedre samarbeid

Morgendagens utfordringer må løses i fellesskap gjennom tettere samarbeid med innbyggerne. Behovet for samhandling øker i takt med at flere kommunale tjenester må fornyes. Det overordnede målet er å sikre innbyggerne et aktivt og meningsfylt liv, med mulighet til å ta egne valg og delta i samfunnet. Endringer i demografi, økt krav til kompetanse, ny teknologi og digitalisering, samt strammere økonomiske rammer, setter helse- og omsorgstjenestene under press. Økt bemanning alene er ikke en bærekraftig løsning – kommunen må jobbe smartere, justere forventningene og utvikle mer effektive tjenester.

For å møte utfordringene vil følgende bli avgjørende:

Dersom kommunen fortsetter å levere tjenester på samme måte som i 2024, vil behovet for både bemanning og økonomiske ressurser øke i et omfang som ikke er bærekraftig.

**Helsepersonellkommisjonens rapport (NOU 2023:4 "Tid for handling")** understreker behovet for nytenkning for å sikre fremtidens helse- og omsorgstjenester. Analysene våre viser at personellmangel vil være en av de største utfordringene også for Hustadvika kommune, selv om situasjonen hittil har vært relativt stabil. Flere ledere melder imidlertid at pensjonerte arbeidstakere i økende grad bidrar til å sikre kontinuitet og vikarfunksjoner. Dette understreker behovet for langsiktige, bærekraftige løsninger som:

- **En velfungerende tildelings- og forvaltningsfunksjon** som sikrer rett ressursbruk.
- **Gode medvirkningsprosesser og tydelig forventningsstyring**, inkludert:
  - Åpen dialog om tjenestetilbud og muligheter for innbyggerne.
  - Tidlig informasjon og forebygging for å forberede på en selvstendig alderdom.
  - Samarbeid med pårørende og frivillige for et helhetlig omsorgstilbud.
- **Forebygging og styrking av hjemmebasert omsorg** for å redusere behovet for institusjonsplasser og sikre et verdig liv i eget hjem eller tilpasset bolig.
- **Nye arbeidsformer og smartere bruk av kompetanse**, blant annet gjennom oppgavedeling og innovativ organisering.
- **Helhetlig ledelse og organisering** som ivaretar både kvalitet og bærekraft.
- **Aktiv bruk av velferdsteknologi** og digitale løsninger for økt trygghet, mestring og selvstendighet, som kan redusere behovet for omfattende omsorgstjenester



## Framtid og trender

Norske kommuner står overfor betydelige demografiske skifter, spesielt en aldrende befolkning. I 2022 var 25 prosent av befolkningen i 55 kommuner over 67 år. Prognoser indikerer at innen 2040 vil 267 kommuner ha en tilsvarende aldersfordeling, hvorav nesten 100 av disse vil ha over 31 prosent av befolkningen over 67 år. Denne utviklingen er særlig utfordrende for mindre distriktskommuner med spredt bosetting og store avstander, noe som gjør det krevende å levere effektive omsorgstjenester<sup>1</sup>. For Hustadvika kommune er det forventet en økning i antall innbyggere over 80 år fra **658** i 2024 til **1098** i 2034.

## Forventningsgapet

Stortingsmeldingen *Leve hele livet* (St. meld. nr. 29, 2016–2017) hadde som mål å forbedre kvaliteten på eldreomsorgen i Norge. Evalueringen av reformen har vist at den har skapt økte forventninger til kommunale tjenester. I rapporten *Leve hele livet i kommunene* (2022) fra OsloMet, ble det påpekt at kommunene har økt sitt fokus på å utvikle tjenester som støtter eldre i å bo hjemme, noe som har ført til økte forventninger fra innbyggerne.<sup>2</sup>

Forventningsgapet i norske kommuner refererer til forskjellen mellom innbyggernes forventninger til kommunale tjenester og kommunens faktiske evne til å levere dem.

*Innspill fra en av lederne i kommunen:*

"Vi må legge til rette for aldersvennlige samfunn gjennom vår samfunnsplanlegging og i overordnet planverk. Det overordna målet må være å oppnå at behovet for bistand forsinkes eller oppstår på et senere tidspunkt enn vi har vært vant til. Helse og velferdsplana skal dekke behovet først når det har blitt en utfordring."

Forventningsgapet kan deles inn i tre dimensjoner:

1. **Informasjonsgapet** – Forskjellen mellom hva kommunen faktisk tilbyr av tjenester og hva innbyggerne tror de har rett på. Dette skyldes ofte manglende eller uklar kommunikasjon fra kommunen.
2. **Ytelsesgapet** – Forskjellen mellom hva kommunen er forpliktet til å levere og hva den faktisk klarer å levere. Ressursmangel, bemanningsutfordringer eller ineffektiv organisering kan føre til at tjenestene ikke møter lovpålagte eller politisk vedtatte standarder.
3. **Oppfattelsesgapet** – Forskjellen mellom hvordan innbyggerne opplever kvaliteten på tjenestene og kommunens egen vurdering av dem. Selv om kommunen mener den leverer gode tjenester, kan innbyggerne ha en annen oppfatning basert på personlige forventninger og erfaringer.

<sup>1</sup> «[Tid for handling](#)»

<sup>2</sup>[Evaluering LEVE HELE LIVET](#)



KS KONSULENT

Disse dimensjonene viser kompleksiteten og viser at dette ikke kan løses av Helse- og velferdstjenestene alene. Kommunene står dermed overfor utfordringen med å prioritere og effektivisere tjenestene og også redusere tilbudet, samtidig som de må kommunisere tydelig hva innbyggerne realistisk kan forvente.

*«Lærende organisasjoner er organisasjoner der mennesker videreutvikler sine evner til å skape de resultater som de egentlig ønsker, der nye og ekspansive tenkemåter blir oppmuntret, der kollektive ambisjoner får fritt utløp og der mennesker blir flinkere til å lære i fellesskap.»  
(Peter Senge 1999)*

Det vil være nødvendig å gjøre prioriteringer og ta beslutninger som ikke alle vil være enige i. Ulike interesser kan i mindre grad balanseres gjennom økte økonomiske ressurser. God dialog mellom politikere og innbyggere om forventninger, målsettinger og hvordan tilbudene kan videreutvikles vil derfor være viktig. Mer enn noen gang bør kommunene jobbe etter prinsippet om reell involvering for å sikre aktiv deltagelse.

## FRA LEVE HELE LIVET TIL ALDERSVENNLIGE SAMFUNN, FELLESKAP OG MESTRING

Kommunen viser på en god måte sammenheng mellom kommunens arealplan og kommunens Helse og velferdsplan. Hvorvidt ansvar er tydelig fordelt i organisasjonen har ikke vært en del av vurderingen, men innledningsvis understreker vi viktigheten av at ansvar er tydelig fordelt ihht. ansvar for oppfølging. Å lykkes med strategiene for et aldersvennlige samfunn vil på sikt kunne bli en av de avgjørende faktorene for å redusere veksten av omsorgstjenester, og kommunes bærekraft, men dette vil kreve langsiktig tenkning og planlegging. Kommunen har tydelig fokus på dette i samfunnsplanen- men for at også å kunne planlegge for en redusert etterspørsel i helse og velferdstjenesten vil det være av stor betydning å samordne investeringer med forventet vekst i etterspørsel. Kobling mot kommunens samfunnsplan, arealplan og boligplan<sup>3</sup> bør derfor være synlige og samordnet.

Perspektivene overfor (trendene og utfordringene) har vært hensyntatt i prosessen og har vært førende for vurderingene som er gjort av KSK i arbeidet med revisjon av planen. Som grunnlag for evalueringen er det gjennomført en KOSTRA-analyse av helse- og omsorgstjenesten i kommunen kombinert med dokumentstudier. Analysen har vurdert tjenesteprofilen i Hustadvika kommune sammenlignet med andre kommuner, identifisert kostnadsdrivere og vurdert hvordan tjenesteprofilen står seg i forhold til forventede endringer i fremtidige behov.

---

<sup>3</sup> [Kartlegging Boligplan](#)



I analysene legger vi også vekt på avhengigheter og sammenhenger for å kvalitetssikre at ikke endringer for en målgruppe eller tjenestoområde gir utslag andre steder.

Vi har også underveis hatt avklaringer med kommunens ledelse for å sikre kontekst og kvalitetssikre grunnlaget.

## Ståsted og framskrivning

### Analysegrunnlag og sammenligninger

Analysen av helse- og omsorgstjenestene kartlegger dagens situasjon, ressursutnyttelse og kostnadsutvikling, med mål om å identifisere tiltak for et bærekraftig tjenestetilbud. Datagrunnlaget inkluderer KOSTRA-rapportering fra kommunens regnskap og fagsystemer, supplert med lokale grunnlagsdata. Hustadvika er sammenlignet med gjennomsnittet i Møre og Romsdal, KOSTRA gruppe 7 (kommuner med 10 000–20 000 innbyggere og lavt inntektsnivå, korrigert for utgiftsbehov) samt gjennomsnittet for alle kommuner unntatt Oslo.

I tillegg er utviklingen i Hustadvika de siste årene vurdert opp mot Nannestad og Volda, som leverer pleie- og omsorgstjenester med lavere ressursbruk, samtidig som omfanget av tjenester som produseres er relativt høyt.<sup>4</sup> Dette gir innsikt i handlingsrommet for å justere tjenestenivået og identifisere effektiviseringspotensial, særlig innen tildeling, vikarbruk, arbeidstidsplanlegging, digitale løsninger og brukermedvirkning.

Sammenligningen med kommuner under samme Statsforvalter sikrer at eventuelle forskjeller i vedtakspraksis ikke påvirker resultatene. Statsforvalteren kan påvirke tjenesteprofilen og utgiftsnivået, blant annet gjennom klagebehandling.

For validitet er det avgjørende at rapporterte data er pålitelige. KOSTRA-dataene holder generelt høy kvalitet, men det finnes variasjoner i interne rapporteringsrutiner. Sammenligning med flere kommuner og bruk av flere indikatorer reduserer risikoen for feilkilder. Avvik i Hustadvika kommunes 2023-rapportering, knyttet til fordeling av driftsutgifter mellom funksjon 253 og 254 samt feilføringer etter innføringen av Helseplattformen, er korrigert.

Framskrivninger av behov er basert på SSBs regionale befolkningsprognoser, men overgangen til Helseplattformen skaper usikkerhet rundt rapporterte tall for heldøgns omsorg i 2023. Derfor er behovsprognoser basert både på rapportert antall brukere per 31.12.2023 og faktisk antall plasser i dag.

---

<sup>4</sup> Volda kommune oppnår en relativ effektivitet score 19 prosent høyere enn landsgjennomsnittet og Nannestad hele 52 prosent over landsgjennomsnittet i KS sin modell for ressursbruk og relativ effektivitet. [Produksjonsindeks-2023-Veiledning-til-modellen.pdf](#)

Analysene er kvalitetssikret gjennom presentasjoner i fellesmøte og for styringsgruppen samt diskusjoner i arbeidsverksteder med ledere. Det har vært særlig fokus på gjennomgang av KOSTRA-data knyttet til institusjonsdekning og heldøgns botilbud.

## Hovedfunn i analysen

### 1. Demografiske utfordringer og aldring

- **Stor økning i antall eldre:** Andelen innbyggere 80+ vil nesten dobles innen 2035.
- **Svekket aldersbæreevne:**
  - Det blir færre yrkesaktive per eldre. Hustadvika har i dag 3,4 personer i arbeidsfør alder per person over 67 år. Dette vil reduseres til 2,7 innen 2035. Dette vil medføre økt konkurranse om kvalifisert arbeidskraft innen helse og omsorg og høyere kostnader.
  - Andelen i aldergruppen 50 – 66 år i forhold til antall innbygger over 85 år vil halveres i løpet av 10 år. Reduksjonen vil spesielt medføre redusert kapasitet til pårørendeomsorg.

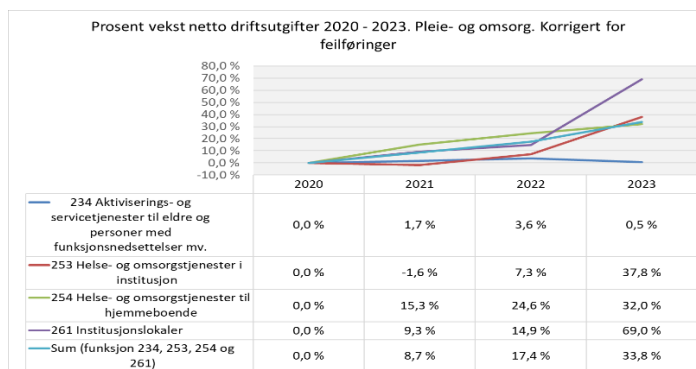
### 2. Økonomisk situasjon og kostnadsutvikling

Hustadvika kommune har hatt en sterk utgiftsvekst i helse- og omsorgstjenestene de siste årene.

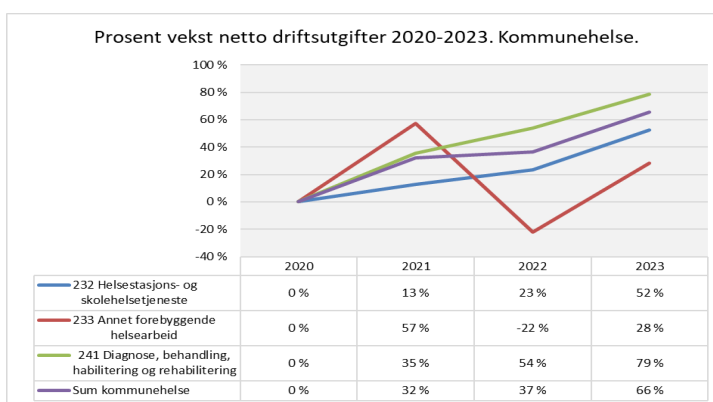
- Netto driftsutgifter til helse- og omsorgstjenester, inkludert pleie og omsorgstjenesten og Kommunehelsetjenesten, utgjorde i 2023 hele 44,6 % av kommunens samlede netto driftsutgifter. Dette er en økning på over 5 prosentpoeng siden 2020.

#### Hovedkategorier av utgifter:

- **Hjemmebaserte tjenester:** Utgiftene økte nominelt med 55 millioner kroner (32 %) fra 2020 til 2023.
- **Institusjonstjenester:** Økte nominelt med nesten 39 millioner kroner (38%) i samme periode.
- **Aktiviserings- og servicetjenester.** Hadde samme utgiftsnivå i 2023 som i 2022 (0%).



- **Kommunehelsetjenesten:** Nominell vekst på 27 millioner kroner (66%).



**Oppsummert:** Utgiftsveksten i Hustadvika har vært sterkere enn inntektsveksten, noe som krever tiltak for å redusere veksten i årene fremover.

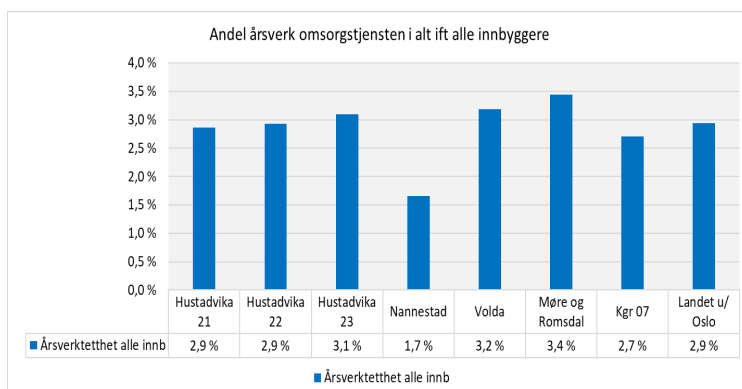
### 3. Omstillingspotensial og effektivisering

Hustadvika har noe høyere bemanningstetthet og høyere kostnader per bruker enn Nannestad, KOSTRA gruppe 7 og landet uten Oslo. Bemanningstettheten er avgjørende for kostnadene.

- **Lønnskostnader** utgjør 96 % av netto driftsutgifter til helse- og omsorgstjenester i 2023.
- **Bemanningsvekst:** Antall årsverk i helse- og omsorgstjenestene har økt med 9,5 % fra 2021 til 2023, sammenlignet med landsgjennomsnittet på 5,7 %.
- **Tildelingspraksis:** Hustadvika har en høy andel innbyggere som mottar tjenester og gir flere omsorgstimer per bruker enn mange sammenligningskommuner.



- **Effektivitet:** Samtidig som antallet brukere av tjenester har gått ned, har ressursinnsatsen økt, målt i kroner per bruker, noe som tyder på lavere effektivitet.



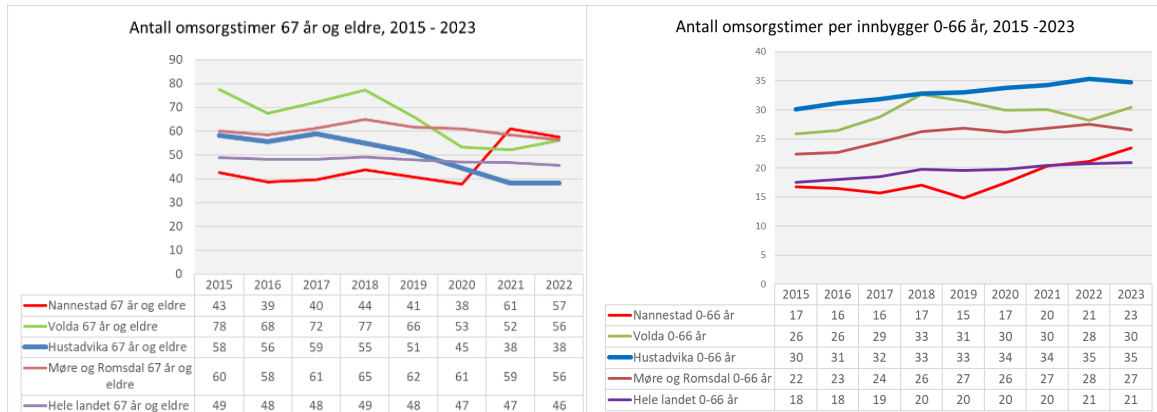
**Oppsummert:** Kommunen har et betydelig potensial for effektivisering gjennom å styrke tildeling og forvaltningspraksis, styrke arbeidstidsplanlegging og å øke fleksibiliteten i bemanningen og dermed øke ressursutnyttelsen. Det ligger også et potensiale i arbeidsdeling og samhandling mellom enheter og avdelinger, samt strukturelle justeringer. I tillegg vil økt bruk av digitale løsninger kunne bidra til bedre effektivitet og økte muligheter for å bo hjemme.

#### 4. Hjemmebaserte tjenester – utvikling og utfordringer

Andelen innbyggere som mottar hjemmebaserte tjenester har gått noe ned, men kostnadene per bruker har økt, men dette er skjævt fordelt mellom aldersgruppene.

- **Nedgang i andel innbyggere som mottar hjemmetjenester:**
  - Fra 5,2 % i 2021 til 4,6 % i 2023. Likevel er andelen innbyggere som mottar hjemmebaserte tjenester fortsatt høyere enn i Nannestad, KOSTRA-gruppe 7 og landsgjennomsnittet.
- **Flere timer til yngre brukere, færre timer til eldre:**
  - Omsorgstimer per innbygger har økt for yngre brukere (0-49 år) og er høyere enn i andre kommuner vi sammenligner med.

- Samtidig har antallet omsorgstimer i alle andre aldersgrupper gått ned. For eldre (67 år og over) er reduksjonen størst og ressursinnsatsen mindre enn i de kommunene vi sammenligner med.



- **Økende kostnader per bruker:**

- For yngre mottakere (0-66 år) har kostnaden per bruker økt fra 519 000 kr i 2021 til 720 000 kr i 2023. Dette er 43 % høyere enn landsgjennomsnittet.
- Kostnaden per eldre bruker er derimot lavere enn i sammenligningskommunene.

**Oppsummert:** Hustadvika skiller seg ut ved å bruke betydelig mer ressurser på yngre brukere, mens eldre får færre omsorgstimer enn i andre kommuner. Dette gir grunnlag for å vurdere en mer balansert fordeling av ressursene.

## 5. Heldøgns omsorgsplasser og demensomsorg – fremtidige behov

Behovet for heldøgns omsorgsplasser vil øke betydelig frem mot 2035:

- **I dag er 103 av 124 plasser definert som heldøgns omsorgsplasser.** Framskrivningen viser at med dagens dekningsgrad vil behovet for heldøgns omsorgsplasser øke til:
  - **131 plasser i 2030.**
  - **153 plasser i 2035.**
- **Analysen viser i dag høy vekst i enhetskostnad per plass,** men det er usikkerhet knyttet til beregningsgrunnlaget.

Demensomsorg utgjør hoveddelen av økning i behov:

- **Antallet innbyggere med demens forventes å øke** med om lag 125 personer innen 2034
- **Hustadvika må sikre at bygninger og tjenester er tilpasset** TE- og FTE-plasser (tilrettelagte enheter og forsterkede tilrettelagte enheter for personer med demens).

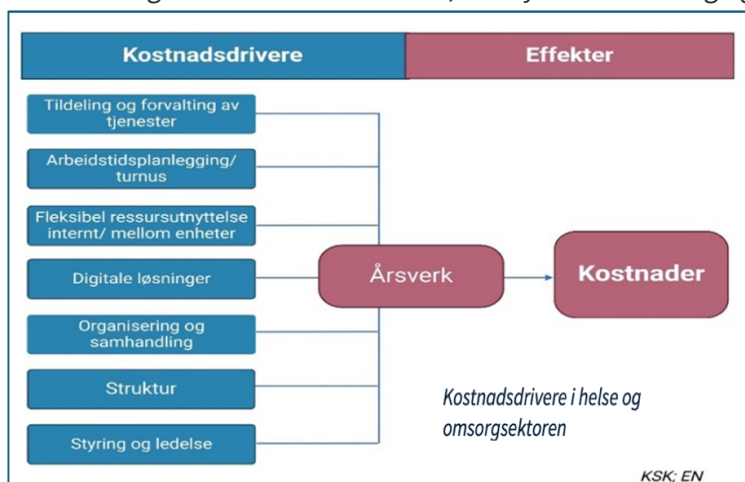
**Oppsummert:** Kommunen må planlegge for økt behov for heldøgns omsorgsplasser, særlig knyttet til demensomsorg. Det er behov for en kvalitetssikring av kommunens rapporteringsrutiner.

### Økonomiske handlingsrom og effektiviseringstiltak

Den største kostanden i helse- og omsorgssektoren er lønnskostnader. I Hustadvika utgjorde lønnskostnadene (etter fradrag for sykelønnsrefusjon) 96 prosent av netto driftsutgifter og 90 prosent av korrigerede brutto driftsutgifter i 2023. Kommunen har også betydelige kostnader til drift av bygg, kjøp av varer og tjenester, transport, medisinsk utstyr og annet forbruksmateriell. Likevel er det antall årsverk som i størst grad påvirker utgiftsnivået i tjenestene.

Det er flere forhold som påvirker årsverkstettheten i pleie- og omsorgssektoren. De to viktigste driverne hvor vi finner systematiske sammenhenger mellom kommunene, er knyttet til tildeling og forvaltning av tjenesteytingen, dvs. hvor mange som får tjenester og hvor mye tjenester som gis til hver bruker. Tildelingen av tjenester slår ofte direkte ut i bemanning og lønnskostnader i tjenestene.

Det er også andre faktorer enn terskler, tildeling og forvaltning som påvirker ressursbehovet og kostnadene.



- Arbeidstidsplanlegging og turnus, fleksibilitet i ressursutnyttelse internt og mellom enheter.
- Hvordan tjenestene er organisert, samhandling samt arbeidsdeling internt og eksternt
- Bruk av bl.a. digitale verktøy som forenkler tjenesteytingen,
- Ledelse og styring
- Struktur



Dette er faktorer som påvirker ressursbehovet og kostnadseffektiviteten i helse- og velferdstjenesten. Disse forholdene avdekkes ikke alene gjennom analyser av KOSTRA- data. De kan også forstås som forhold ledelsen må være oppmerksomme på for å sikre effektiv ressursutnyttelse og best mulig kvalitet innenfor tilgjengelige økonomiske rammer.

### **Høy utgiftsvekst og betydelig omstillingspotensial**

Det har vært en sterk utgiftsvekst i helse- og omsorgstjenesten i Hustadvika de siste årene. Økningen er sterkere enn inntektsveksten til kommunen.

Analysen viser at det er innsparingsmuligheter ved mer effektiv ressursbruk. Gitt at tallgrunlaget kommunen har rapportert til KOSTRA er riktig vil det kunne gi besparelser tilsvarende:

- Reduksjon av omsorgstimer per bruker til nivået i sammenligningskommunene kan gi besparelser anslagsvis på opptil 77 millioner kroner. Herav vil en reduksjon av kostnad per yngre bruker til landsgjennomsnittet gi en effekt på om lag 58 millioner kroner.

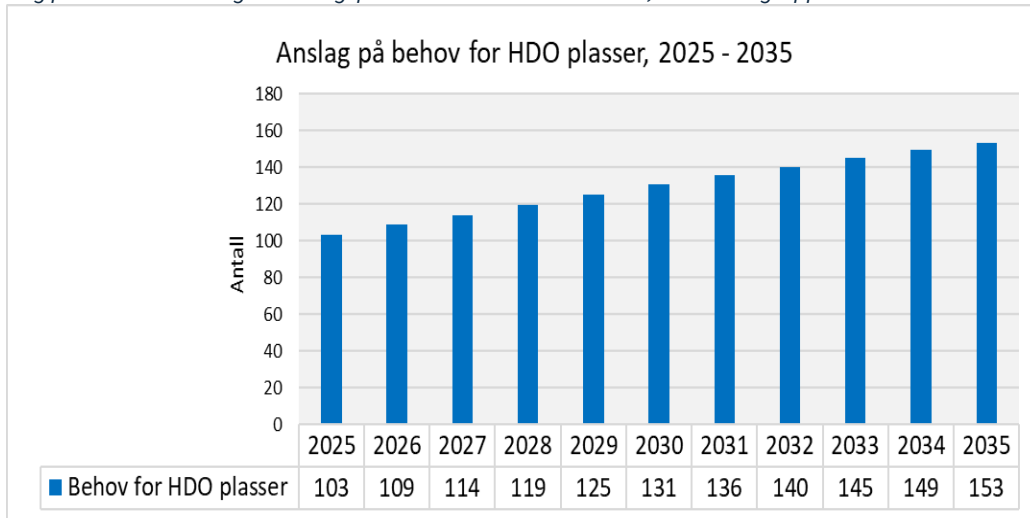
Det er pleie- og omsorgstjenesten som utgjør hoveddelen av kostnadene. Innen pleie og omsorg gikk 60 prosent av utgiftene til hjemmebaserte tjenester, 39 prosent til institusjonstjenester og vel en prosent til aktiviserings- og servicetjenester. I kommunehelsetjenesten var 67 prosent av utgiftene knyttet til legetjenesten, 24 prosent til helsestasjon og skolehelsetjenesten og 9 prosent til annet forebyggende arbeid.

Økningen i hjemmetjenester ser vi har en sammenheng med reduksjonen i antall brukere og økt ressursinnsats per bruker. Særlig gjelder dette for yngre brukere, hvor tildelte omsorgstimer er svært høyt sammenlignet med andre kommuner. En mulig forklaring er at det er flere brukere i yngre aldersgrupper med omfattende omsorgsbehov enn tidligere, og flere brukere krever «1 til 2 bemanning» sammenlignet med andre kommuner. Dette fanges ikke opp i datagrunlaget da det ikke kan registreres flere timer selv om det er flere ansatte per bruker. På den annen side har Hustadvika hatt høyere tildelte timer for yngre brukere enn andre kommuner fra 2015 til 2023. Dette indikerer systematiske ulikheteter i praksis i tildeling og forvaltning av tjenester.

### **Framskrivning**

Hustadvika kommune har per i dag 103 plasser med heldøgns tjenestetilbud. Når vi legger til grunn dette antallet plasser og framskriver med økningen i behov for heldøgns tjenestetilbud for aldersgruppen 80 år og eldre, får vi et anslag på antall plasser med heldøgns omsorg fram mot 2035. Anslaget forutsetter at dekningsgraden på heldøgns tjenestetilbud for innbyggere i aldersgruppen 80 år og eldre er konstant i årene framover. Med utgangspunkt i at det er 103 plasser i dag, forventes behovet å øke til 131 plasser i 2030 og 153 plasser i 2035 slik analysene viser. Anslaget legger til grunn at behovet i aldersgrupper under 80 år vil være stabilt i årene fremover, da det er mindre demografiske endringer i aldersgrupper under 80 år.

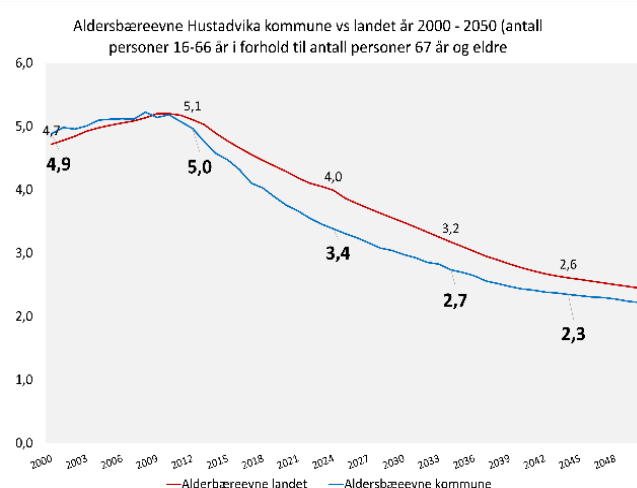
Figur: Anslag på behov for heldøgns omsorgsplasser Hustadvika kommune, alle aldersgrupper. 2025 – 2035.



Sammenlignet med landet er den prosentvise økningen i behovet for heldøgns tjenestetilbud noe større i Hustadvika enn landsgjennomsnittet. Dette har sammenheng med at økningen i andelen innbyggere i aldersgruppen 80 år og eldre er høyere i Hustadvika, 72 prosent mot landsgjennomsnittet på 59 prosent. Anslagene er basert på SSBs befolkningsframskrivninger, Hovedalternativet, fra juni 2024.

### Redusert aldersbæreevne og redusert pårørendeomsorg

Framskrivningene over tar utgangspunkt i dagens tjenesteprofil og samfunnsforhold. Det er imidlertid betydelig usikkerhet knyttet til hvordan omfanget av «ikke kommunal omsorg» vil påvirke behovet for og etterspørsel av kommunale tjenester. De store demografiske forskyvningene som Hustadvika og andre norske kommuner står overfor vil kunne ha betydelige konsekvenser



som det per i dag ikke er grunnlag for å anslå omfanget av. Samtidig som det blir mange flere eldre innbyggere, blir det færre innbyggere i arbeidsfør alder. I sum betyr denne demografiske utviklingen at det blir færre i arbeidsfør alder bak hver innbygger som vil ha behov for helse og omsorgstjenester.

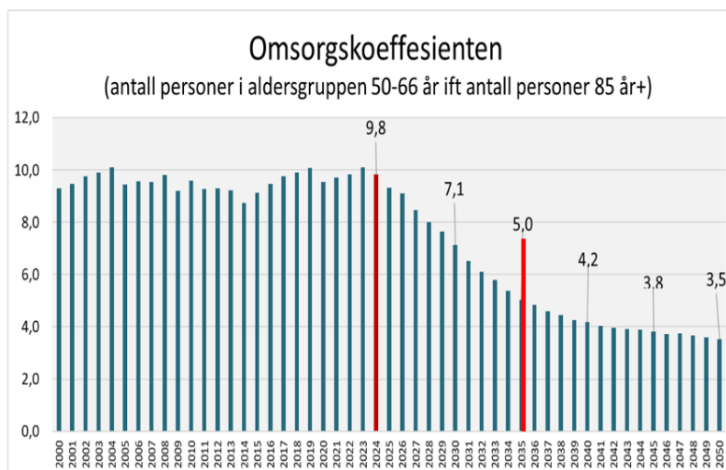
Figuren over viser utviklingen i aldersbæreevnen og illustrerer at aldersbæreevnen svekkes mer i Hustadvika enn landsgjennomsnittet. Hustadvika har i

dag 3,4 personer i arbeidsfør alder bak hver person 67 år og eldre. Dette er betydelig lavere enn



landsgjennomsnittet på 4,0. I 2035 vil aldersbæreevnen i Hustadvika være ytterligere svekket til om lag 2,7. Til sammenligning var aldersbæreevnen i 2012 på 5,0.

Figuren til høyre viser «Omsorgskoeffesienten» som illustrerer hvordan kapasiteten i «pårørendeomsorgen» forventes å bli redusert fra 9,8 i 2024 til 5,0 i 2035. Dett er en dimensjon som er lite belyst, men som også er en konsekvens av endringen i befolknings sammensetningen.



## Demensomsorg mot 2035

Med forventet vekst i antall innbyggere 80 år+ mot 2035 må Hustadvika dimensjonere demensomsorgen i henhold til veksten i denne aldersgruppen. I aldersgruppen 70 -79 år er det en svært moderat vekst på om lag 50 personer, til om lag 1440 innbyggere i 2035. Framskrivning av behov for institusjons- og demensplasser vil derfor basere seg på gruppen 80+, der volumendringene er størst.

Hoveddelen av mottakere av HOD- plasser er 80+ og nasjonalt er det antatt at 85% av eldre over 80 år i sykehjem har en demensdiagnose eller kognitiv svikt. Vi anser det derfor mest hensiktsmessig å legge til grunn andel eldre 80+ år som et grunnlag for framskrivning av behov for institusjonsplasser. I og med at en så stor andel har demens bør bygningsmassen være tilpasset TE eller FTE som standard.

### Tilrettelagte enheter (TE)

Med «enhet» menes her fortrinnsvis en boenhet med 4 til 12 beboere. Det forutsettes at enheten har eget fellesrom og at aktiviteter på dagtid i hovedsak foregår innenfor enheten. Selv om flere enheter administrativt var slått sammen til en avdeling, for eksempel med egen avdelingsleder, ble kommunene bedt om å oppgi antall enheter for seg. Som nevnt rapportere flere kommuner at det var vanskelig å svare på dette, slik at det er noe usikkerhet knyttet til tallene

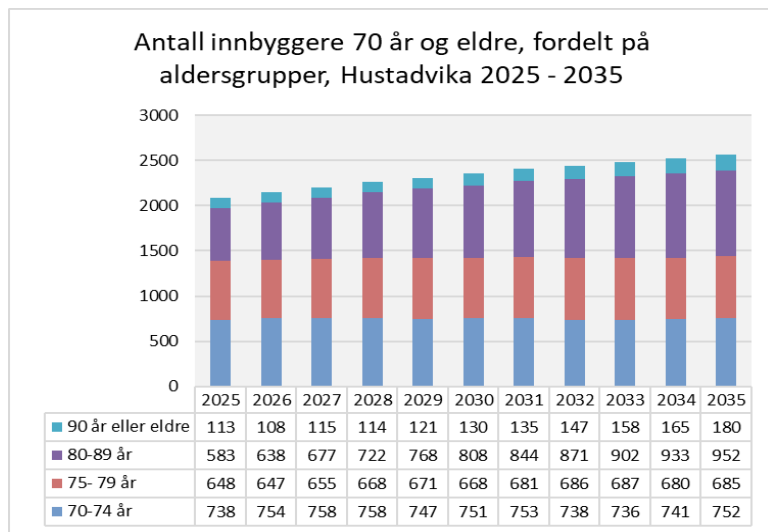
### Forsterket tilrettelagte enheter (FTE)

For å ivareta behovene til personer med demens med alvorlige nevropsykiatriske symptomer, har flere kommuner etablert forsterkede enheter spesielt tilrettelagt for personer med demens (også kalt forsterkede skjermede enheter). Disse enhetene er hjemlet på samme måte som andre tilrettelagte enheter for personer med demens i sykehjem, men hver enhet har ofte færre plasser enn andre enheter, gjerne færre enn fire beboere

## Forventet vekst

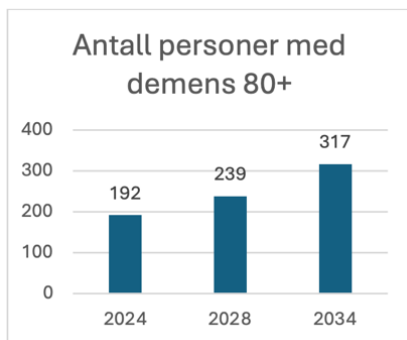
*Alders- spesifikke anslag for forekomst av demens (i prosent) i Norge i år 2020.<sup>5</sup>*

Alder, år	Andel demens
30-64*	0,1
60-64*	0,3
65-69*	0,7
<b>70-74</b>	<b>5,6</b>
<b>75-79</b>	<b>9,5</b>
<b>80-84</b>	<b>17,9</b>
<b>85-89</b>	<b>33</b>
<b>90+</b>	<b>48,1</b>



Siden økningen i aldersgruppene under 80 år er relativt beskjeden i perioden og andelen med demens er lav, velger vi bruke gruppen 80+ som grunnlag for framskriving.

I «Demensplan 2025» beregnes det at ca. 85% av beboere i sykehjem har en demensdiagnose eller kognitiv svikt. Men siden kommunenes dekningsgrad for institusjonsplasser varierer stort, kan ikke dette brukes som beregningsgrunnlag for beregning av behov for institusjonsplasser (TE og FTE) i Hustadvika.



Selv om analysen innledningsvis er basert på framskriving av antall innbyggere med demens i gruppen 80+ vil kommunen likevel få en indikasjon på økning av behov. Vi ser da at antallet allerede i 2028 øker med 47 personer og i 2034 vil antallet øke med 125 personer.

<sup>5</sup> [https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/ikke-smittsomme/demens/?utm\\_source=chatgpt.com&term=#demens-i-norge](https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/ikke-smittsomme/demens/?utm_source=chatgpt.com&term=#demens-i-norge)

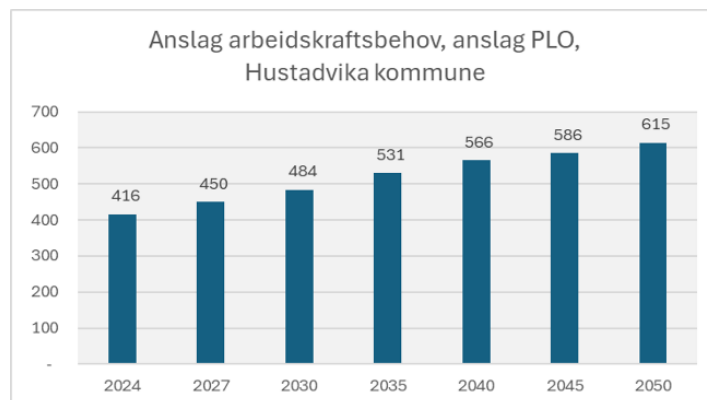
## Fra bemannings- og rekrutteringsutfordringer til kompetansemobilisering

I Norge har det vært en økende bekymring for å miste eksisterende ansatte, spesielt i lys av den demografiske utviklingen med en aldrende befolkning og økt etterspørsel etter kvalifisert arbeidskraft.<sup>6</sup> Dette gjelder etter hvert flere sektorer enn kommunene, noe som forsterker trenden. Erstatning av tapt kompetanse er en kostbar og ressurskrevende prosess.

Å utvikle strategier og sette inn tiltak for å iverksette nye løsninger og beholde ansatte blir en av de viktigste områdene kommunen må håndtere. For å møte disse utfordringene, anbefales det at arbeidsgivere prioriterer støtte til ansattes kompetanseutvikling og tilbyr fleksible arbeidsordninger for å øke trivsel og redusere turnover. Hustadvika har til nå i mindre grad enn mange andre kommuner opplevd utfordringer i rekruttering av helsepersonell. Dette utfordringsbildet vil imidlertid kunne øke raskt i årene framover hvis det ikke gjennomføres målrettede tiltak som reduserer bemanningsbehovet.

### Arbeidskraftbehov

Kommunen har som de fleste kommuner et stort behov for vekst i antall ansatte slik diagrammet under viser.



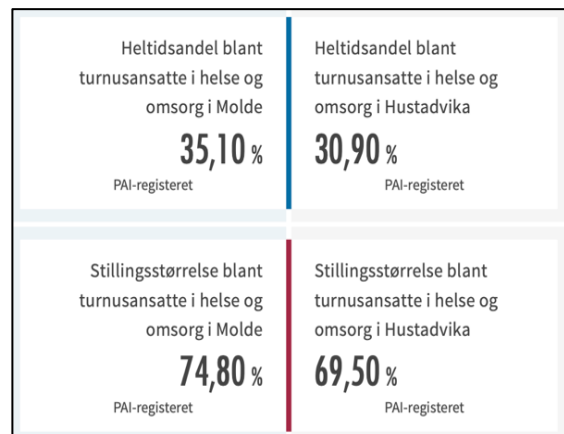
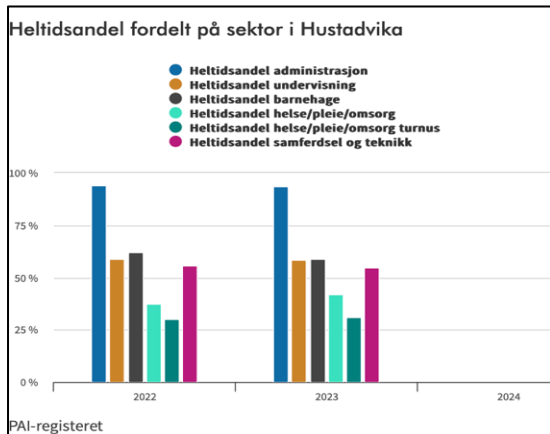
Kommunen har hatt en stor økning i årsverk til yngre brukere. En mer hensiktsmessig organisering og / eller ressursbruk vil kunne redusere denne veksten noe. Den fallende «Omsorgskoeffesienten» vil på den annen siden kunne øke behovet for arbeidskraft mer enn framskrivningen over viser.

### Mulighetsrommet

Kommune har i dagens plan satt «heltidskultur» som et satsningsområde. Uttrekk fra Pai-registeret viser likevel liten eller ingen endring i stillingsstørrelse og heltidsandel (2024 tall kommer i mars). Sammenlignet med «Landet» og Molde kommune (innenfor samme BAS-region) har kommunen en

<sup>6</sup> HR Norge: [utfordringer for arbeidsgivere å beholde ansatte](#)

vesentlig lavere andel hele stillinger. Det medfører at kommune har en «restkapasitet» når det gjelder arbeidskraft. Denne er hovedsakelig blant fagarbeidere og ufaglærte.



*Landet hadde i 2023 en heltidsandel på 34,7%*

## Kompetanse

Vi ser også av kommunes egne tall at endringer i årsverk knyttet til kompetanse de sist tre årene, viser en total økning på ca. 8%, uten at dette har påvirket heltidsandelen. Den største økningen i årsverk har kommet i gruppen assistenter og fagarbeidere i perioden 2021 til 2023. Av en økning på totalt 36 årsverk utgjorde assistenter 17 av disse (kilde: Hustadvika kommune).



## Bemanningsnormer

Bemanningsfaktor, også kjent som pleiefaktor, er et mål på forholdet mellom antall ansatte og antall beboere på sykehjem. Den beregnes ved å dele antall årsverk på antall beboere.

Det er viktig å merke seg at bemanningsfaktor alene ikke nødvendigvis reflekterer kvaliteten på omsorgen. Andre faktorer som kompetanse, organisering, ledelse og arbeidsmiljø spiller også en betydelig rolle i å sikre forsvarlige og verdige tjenester for beboerne i sykehjem og hjemmetjenester. Tema er best belyst i Fafo rapporten «Hva koster alltid egentlig» og viser at en målrettet «overbooking» kan gi bedre kvalitet og lavere kostnader. Det kreves imidlertid en kulturendring og gode kartlegginger. Dette forsterkes i rapporten «Vikarbruk i sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester» (Fafo-rapportene nr.22 og 17-2023). Den siste viser eksempel fra Alstahaug kommune som har høy heldtidsandel, lavest sykefravær i kommunegruppen og lav bruk av vikarer.

### Institusjoner

Det foreligger ikke noen statlig norm for bemanning- eller bemanningsfaktor i omsorgstjenestene. Krav til bemanning er gitt i «Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie» § 3.2:

*Boformen skal ha tilknyttet:*

- a. en administrativ leder*
- b. en lege som skal ha ansvaret for den medisinske behandling*
- c. en offentlig godkjent sykepleier som skal ha ansvaret for sykepleien*
- d. det antall personell ellers som er nødvendig for å sikre beboer nødvendig omsorg og bistand.*

### Institusjon og heldøgns omsorg og pleie

Det er stor forskjell mellom institusjoner både med tanke på bygningenes utforming, avdelingens størrelse og ikke minst pleietyngde. Behovet kan også variere fra uke til uke og det vil og være sesongvariasjoner mm (bølgevariasjoner).

Det gjør at tilstrekkelig bemanning må vurderes ut fra mange faktorer. En bemanningsnorm vil derfor kunne bli en målforskyvning, og vil ikke kunne gi en god nok begrunnelse for at tjenesten yter nødvendig omsorg og bistand.

### Hjemmetjenesten

Hjemmetjenesten har en høy bemanningsfaktor innen tjenesten bo og rehabilitering – unge funksjonshemmede. En del av dette kan tilskrives at kommunen har mange vedtak om bruk av tvang. Dette stiller særskilte krav til kompetanse og tilstedeværelse.

I hjemmetjenesten for øvrig viser ikke analysen en høy bemanningsfaktor. Derimot er det mange som får tjenester. Dette vises som en lav faktor i statistikk, men når vi korrejerer for at det er mange brukere så er det nærliggende å anta at terskel for å få tjenester er lav og «mange får lite». Igjen



viser dette eksemplet at bemanningsfaktor kan gi et feil bilde av både kvalitet, effektivitet og arbeidsbelastning.

### Bemanning og bemanningstyring

Den nasjonale satsningen på Heltidskultur viser at kompetansen på arbeidstidsplanlegging (inkl. turnusplanlegging) må økes. En god bemanningsplan<sup>7</sup> er utarbeidet ut fra følgende faglige standard, der brukerbehov skal være grunnlag for bemanning, se figur nedenfor. Tema er også belyst under «Fokusområder» senere i rapporten

Bemanningsplanlegging - Arbeidstidsplanlegging



Fritt etter Øhrn og Queseth 2021

<sup>7</sup> Bemanningsplan er en oversikt som viser hvor mange medarbeider det er behov for og hvilken kompetanse som trenges på hver vakt i en planperiode



## Kommentarer knyttet til dagens plan

Dagens Helse- og velferdsplan er et grundig dokument som belyser utfordringer på en god måte basert på relevante analyser og faglige vurderinger som var gyldige på det tidspunktet planen ble utarbeidet. Som strategisk verktøy kan planen oppleves som uoversiktlig og for omfattende. Vi anbefaler derfor en nedskalering med økt fokus på strategier, mens tiltak og detaljerte mål overføres til kommunens handlingsplan, økonomiplan og budsjett. Konkrete tiltak bør målsettes og følges opp i tertial- og kvartalsrapporter for løpende kontroll.

For mange mål og delmål kan svekke prioriteringene og skape uklarhet om nødvendige forutsetninger for måloppnåelse. Dette kan også utfordre styringsdialogen mellom folkevalgte og administrasjon. En gjennomgang av «mål og muligheter» fra planene viser at dokumentet kan bli for omfattende, noe som bør justeres.

For å realisere en «god alderdom» og et aldersvennlig samfunn, må det tydelig komme frem at flere sektorer har ansvar for måloppnåelsen. Kommunen ønsker en helhetlig modell for planarbeidet med en tydelig kobling til Handlings- og økonomiplan (HØP), noe som er avgjørende for å lykkes. Meld. St. 17 (2021–2022) *Fellesskap og meistring – Bu trygt* heime forutsetter at alle kommunalområder bidrar, da helse- og velferdsområdet ikke kan løse dette alene.

### Kommentar fra prosjektgruppen:

"Vi må legge til rette for aldersvennlige samfunn gjennom vår samfunnsplanlegging og i overordnet planverk. Det overordna målet må være å oppnå at behovet for bistand forsinkes eller oppstår på et senere tidspunkt enn vi har vært vant til. Helse og velferdsplana skal dekke behovet først når det har blitt en utfordring."



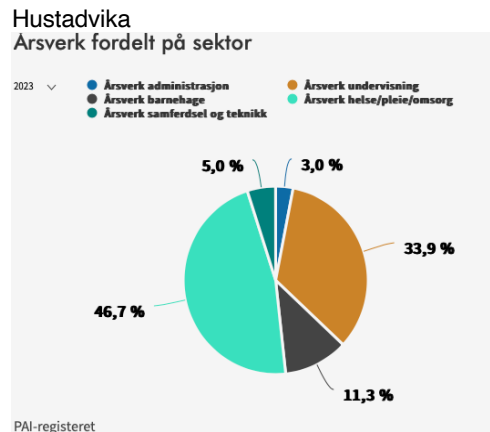
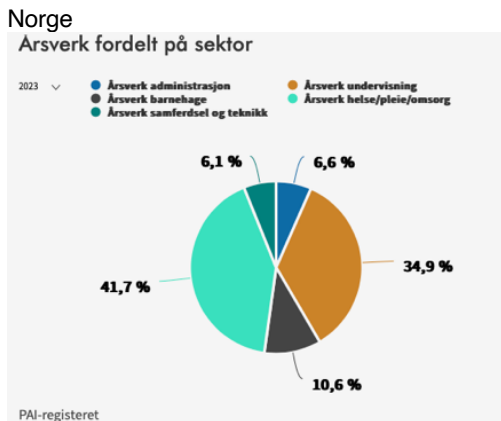
Hustadvika  
kommune

### Helse og omsorg

Her finner du oversikt over tilbud og tjenester kommunen kan tilby. Vi ønsker å legge til rette for at du kan være aktiv og mestre hverdagen din best mulig lengst mulig.

Egen meistring og forventninger til innbyggerne kan forsterkes i dokumentet. En for tydelig informasjon om tilbud vil kunne forsterke forventningene til helse- og velferdsområdet. Dette synet ble spesielt forsterket i oppstartsmøte/samlingen med ledere og ressurspersoner den 16.12.25 samt i arbeidsgruppene. Et første møte med kommunen vil ofte være kommunens nettsider og her guides man rett inn til hva kommunen kan tilby (se faksimile fra kommunens nettside til venstre).

Helse -og omsorgssektoren i Hustadvika utgjorde i 2023 nærmere 47% av antall årsverk i kommunen mot 42 i Norge. Sektorens omstillingsevne vil derfor ha stor betydning for kommunens økonomiske bærekraft framover. Diagrammene under viser andel av årsverk i kommunal sektor for Hustadvika og landet.



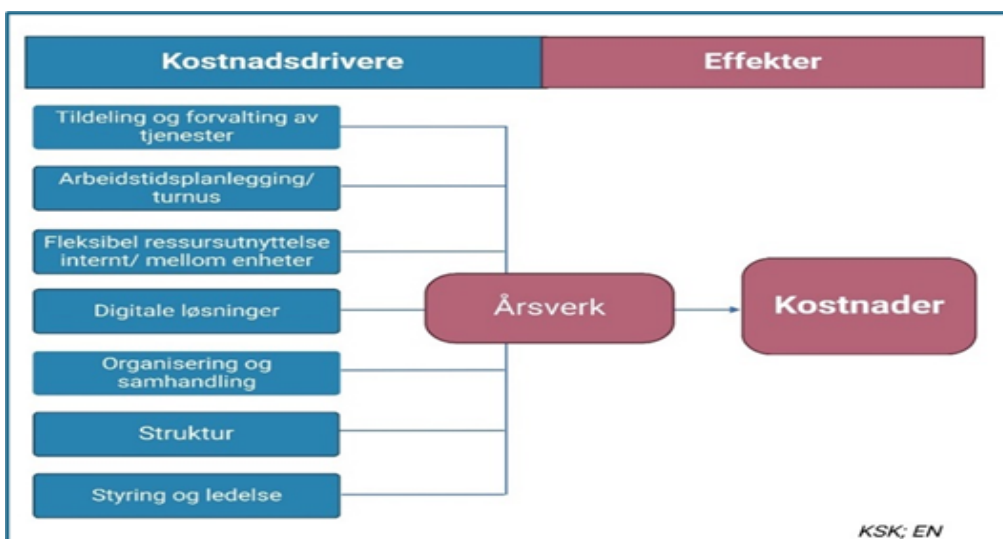
## Forutsetninger for å lykkes

### Strategi for å håndtere forventingsgapet

#### Forventningsavklaringer

Politisk mot vil bli viktig i arbeidet framover. Politisk dialog gjør politikere bedre i stand til å stå i endring og bidra til felles forståelse (den gode styringsdialogen).

### Et større fokus på kostnadsdrivere



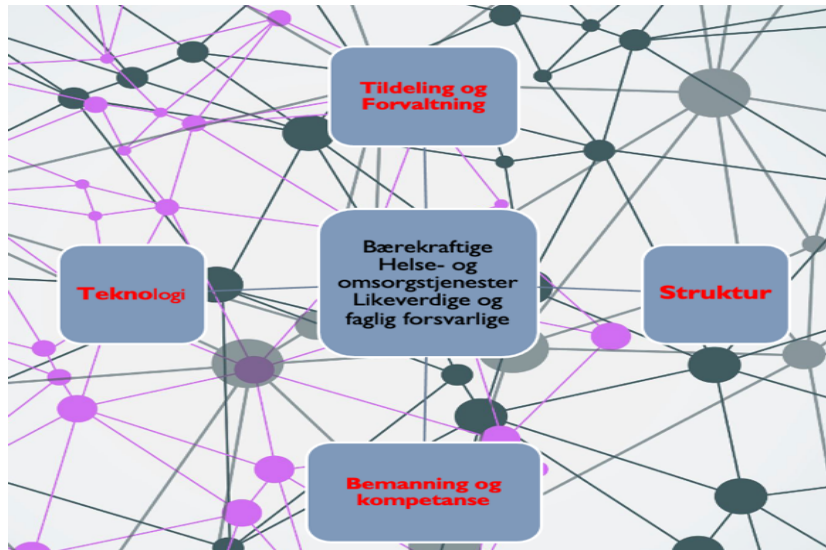


Med utgangspunkt i modellen kan det målrettet stilles flere nøkkelspørsmål knyttet til måloppnåelse, ressursbruk og styring, for eksempel:

1. Klarer man med dagens dekningsgrad (bruksrater) å sikre en kvalitet på tjenestene som er tilpasset brukernes faktiske behov?
2. Er produktiviteten (enhetskostnadene) rimelige i forhold til kvaliteten på tjenesten?
3. Sikrer dagens arbeidstidsplanlegging god nok fleksibilitet og bidrar den til mobilisering av arbeidskraft i årene framover?
4. Er det en kultur for fleksibel utnyttelse av ressurser på tvers av enheter?
5. Er kompetansen på å ta i bruk gode digitale løsninger tilstrekkelig?
6. Sikrer organiseringen godt samarbeid og effektive arbeidsprosesser internt og på tvers av enheter?
7. Sikrer strukturen i dagens effektive ressursutnyttelse god kvalitet på tjenester?
8. Sikrer dagens ledelse og organisering effektiv utnyttelse av kompetanse og ressurser?

## Fokusområder

Utvalgte fokusområder og forutsetninger for å lykkes.



*Områder som kommunen ønsket belyst gjennom utredning og prosesser*

KSK valgte i samråd med kommunes ledelse å inndele oppdraget i tema, der også «Terskler og tildeling» ble tatt med i en egen «arbeidspakke», da dette berører alle tjenestoområder. Tildeling av tjenester er «inngangen til tjenestene» og binder kommunen opp gjennom vedtak. Kompetanse og praksis hos tildelingsfunksjonen i kommunen vil derfor ha stor betydning for både innhold i tjenestene og ressursbruk. Vurdering av budsjett/regnskap og realistisk budsjettering vil derfor være avhengig av gode rutiner, god praksis og sammenheng mellom tildeling og bemanning/ressurser formulert som «vedtakstid og faktisk tid».

Tema i fokusområdene har vært gjennomgått i egne arbeidsgrupper der vi har brukt A3 som arbeidsmetode. Denne forholdsvis enkle, men velprøvde prosjektmetodikken, bidrar til å tydeliggjøre nåsituasjonen, mål bilde og til å analysere «rot-årsakene» bak nåsituasjonen. Dette gjøres før tiltak identifiseres og gevinstplaner og indikatorer for effektmåling utarbeides. Der er fylt ut egne skjema for hvert område som kommunen selv kan anvende i oppfølgingen. Vi har tatt opp hovedpunktene her.

### A3 Fokusgruppe: Teknologi og digitalisering

I Helse- og velferdsplanen er innovasjon og velferdsteknologi omtalt som en satsing for å møte fremtidens helse- og omsorgsutfordringer. Planen understreker behovet for å endre fokus fra kostbare tjenester til mer effektive omsorgsnivåer med vekt på forebygging, tidlig innsats og bedre samhandling. Spesielt fremheves bruken av velferdsteknologi som en nøkkelstrategi for å støtte

innbyggernes livskvalitet. Dette inkluderer å tilby oppdaterte tjenester som benytter velferdsteknologi der det er ønskelig, samt å etablere gode rutiner for samarbeid på tvers av tjenester.

### **De nye føringene**

Regjeringen la i 2024 frem en ny nasjonal digitaliseringsstrategi og det stilles store forventninger til hva vi skal kunne få til.

«Vi må få fart på bruken av kunstig intelligens og digitaliseringen av Norge. Det vil frigjøre arbeidskraft, skape nye jobber og bidra til å løse store samfunnsutfordringer. Regjeringens nye digitaliseringsforum blir et viktig verktøy i dette arbeidet», sier digitaliserings- og forvaltningsminister Karianne Tung<sup>8</sup>.

Vi ser at det her er en tydeligere dreining og forsterkning av hvordan teknologi / digitalisering også skal bidra til effektivisering. Dette må da sees i sammenheng med «hvordan vi kan friggi arbeidskraft» og måling av denne effekten bør også bli en del av det kommunen «følger med på».

### **Tematisk inndeling av velferdsteknologi**

1. **Trygghetsteknologi** – For eksempel trygghetsalarmer, fallsensorer og GPS-sporing for personer med demens.
2. **Mestringsteknologi** – Teknologiske løsninger som hjelper brukere med daglige oppgaver, som påminnelse-systemer for medisiner eller digitale hjelpemidler for personer med nedsatt funksjonsevne.
3. **Forebyggende teknologi** – Sensorer og systemer som overvåker helseindikatorer og varsler om potensielle helseproblemer før de blir akutte.
4. **Velferds- og sosial teknologi** – Digitale verktøy som hjelper til med sosial kontakt, som videosamtaler for eldre eller digitale aktivitetsplattformer.
5. **Robotteknologi og overvåkning i institusjon med størst behov.**
6. **Effektiviseringsteknologi for helsepersonell** – Automatiserte journal- og pasientadministrasjonssystemer, AI-basert beslutningsstøtte og robotteknologi som avlaster ansatte. Eks **Digitale hjemmeoppfølging**

### **Mulige effekter med velferdsteknologi:**

- Gir brukere mer selvstendighet og trygghet.
- Kan redusere behovet for omfattende helsetjenester.
- Frigir tid for helsepersonell til å fokusere på pasienter
- Kan bidra til bedre ressursutnyttelse i kommunale helse- og omsorgstjenester.

---

<sup>8</sup> [Regjeringens digitaliseringsforum](#)



KS KONSULENT

## **Kommunes egenvurdering (arbeidsgruppe)**

Detaljert innhold er lagret hos kommunen. Vi presenterer en sammenfatning.

### **Utfordringer og muligheter**

- **Økende antall eldre:** Flere eldre innbyggere kombinert med færre yrkesaktive skaper økt press på omsorgstjenestene.
- **Flere ressurskrevende unge pasienter:** Økningen i yngre brukere med omfattende behov forsterker belastningen på tjenestene.
- **Høye forventninger til kommunale tjenester:** Innbyggernes krav om hjelp kan utfordre kapasiteten og ressursfordelingen.
- **Begrenset omstillingsvilje:** Mange ansatte og ledere vegrer seg for endringer, noe som kan hindre nødvendig tilpasning av tjenestene.
- **Helse- og mestrings teknologi som løsning:** Bidrar til at flere kan bo trygt hjemme lenger og reduserer behovet for økt bemanning.
- **Avlastning av ansatte:** Teknologiske løsninger kan dempe belastningen på helsepersonell og utsette behovet for mer omfattende omsorg.

### **Nåsituasjonen; Hvordan vi jobber i dag med utfordringene**

I dag har kommunen en deltidsansatt ressursperson i hjemmetjenesten, med et spesielt fokus på teknologiske løsninger som medisindispensere, digitalt tilsyn og sensormatter for å støtte hjemmetjenesten. Det er også etablert gode opplæringsrutiner, og det er anskaffet nye pasientvarslingsanlegg på fire institusjoner og omsorgssentre. Likevel er det flere utfordringer. Det er ikke tilstrekkelig med økonomiske midler for å gjennomføre utprøvinger, og det er vanskelig å finne tid og ressurser til å prioritere og oppsøke alle enheter. Silotenking er et problem, og det mangler effektive verktøy for gevinstmåling. I tillegg er det ikke etablert tilstrekkelige prosedyrer og rutiner for å måle gevinstene ved implementerte løsninger, noe som hemmer evaluering og videreutvikling.

### **Utfordringer knyttet til å nå mål**

Det har ikke blitt bevilget tilstrekkelige ressurser til helse- og mestrings teknologi. Det er ikke satt av øremerkede ressurser, og det finnes varierende kunnskapsnivåer i organisasjonen.

Kommunen er likevel godt rustet til å møte innbyggernes behov for teknologiske hjelpemidler, da mange allerede skaffer seg løsninger selv. Helse- og mestrings teknologi er blitt et førstevalg, og kommunen har etablert kompetanseplaner og opplæringsrutiner for effektiv implementering. Bruken skjer innen et etisk rammeverk med fokus på AI og GDPR, og rutiner er utviklet for å følge opp effekten. Det settes også av tid til å følge med på utviklingen på regionalt, nasjonalt og internasjonalt nivå. Teknologien gir økt frihet og livskvalitet, samtidig som den reduserer behovet for tradisjonelle tjenester.

## Hva må gjøres for å komme oss til ønsket situasjon?

### Tiltak

- Utarbeide strategier for effektiv implementering av teknologi i helse- og oppvekstsektoren og endringsledelse knyttet til digital transformasjon.
- Kompetansehevende tiltak
  - Ansvarlig bruk av KI
- For å fremme effektiv bruk av helse- og mestringsteknologi, er det nødvendig med en bevilgning av ressurser til både testing og implementering av ny teknologi.
- Ledelsen må prioritere dette arbeidet, og det er viktig å utvikle tydelige rutiner for å ivareta personvern, sikkerhet samt effekt- og gevinstmåling.
- Bedre informasjon til innbyggere og brukere om hvilke teknologier som er tilgjengelige
- Kommunen bør også utvikle en klar policy for bruk av kunstig intelligens (AI) i tjenestene. Et konkret eksempel på dette er hvordan digitalisering og teknologi innlemmes i det pågående "tørnprosjektet", som involverer oppgavedeling i flere avdelinger, og som skal utvides for å fremme effektivisering på tvers av kommunens enheter.

### **Måling: Hvilke parametere må vi måle for å vite om tiltakene gir effekt**

- Nullpunktsmålning – ikke spesifisert, parameter må utarbeides.
- Måle antall ansatte mot antall pasienter.
- Pasienttilfredshet
- Ansattes tilfredshet
- Utsatte korttidsopphold
- Oversikt kompetanse

## Tildeling og forvaltning (tildeling og terskler)

### **Endringer i tildelingsfunksjonen**

Kommunen har gått fra en tradisjonell «bestiller-utførermodell» til en mer helhetlig og samordnet tildelingsfunksjon, nå kalt **Forvaltningskontoret (FVK)**. Flere kommuner har styrket kravene til tjenesteinnhold, samordning og internkontroll. Hustadvika kommune har allerede iverksatt tiltak for å bygge en mer effektiv enhet.

### **Kompetanse og dimensjonering**

Tildelingsvedtak styrer ressursbruk, og riktig dimensjonering av FVK er avgjørende både for brukerens behov og kommunens økonomi. Gode rutiner og forløpsbeskrivelser gir oversikt og grunnlag for omstilling



## Påvirkning av ny Opplæringslov (2024)

Loven har innført et tydeligere skille mellom individuelt tilrettelagt opplæring (ITO) og annen tilrettelegging.

### Forbedret bemanning og effekt

Kommunen har tidligere slitt med bemanning på FVK, men situasjonen har bedret seg i 2024. Dette har ført til en betydelig reduksjon i antall utskrivningsklare pasienter på sykehus. Dette har spart kommunen for betydelige kostnader og samtidig lettet situasjonen for mange brukere!

Nedenfor skisseres seks hovedområder som bør kjennetegne en effektiv tildelings- og forvaltningsfunksjon.

Teksten er KI- generert

#### 1. Juridisk og politisk rammeverk

Forvaltningen av helse- og omsorgstjenester skjer innenfor et omfattende regelverk som sikrer at tjenestene er rettferdige, forsvarlige og effektive.

#### 2. Saksbehandling og tildeling av tjenester

Forvaltningen skal sikre at hver enkelt får de helse- og omsorgstjenestene de har behov for, basert på **individuelle vurderinger** og lovpålagte kriterier.

#### 3. Ressursfordeling og økonomistyring

Kommunene må balansere et økende behov for helse- og omsorgstjenester med begrensede ressurser

#### 4. Kvalitetssikring og tilsyn

Forvaltningen har ansvar for å sikre at helse- og omsorgstjenester holder en forsvarlig standard

#### 5. Digitalisering og innovasjon i helseforvaltningen

Forvaltningen av helse- og omsorgstjenester er i stor grad preget av en digital omstilling

#### 6. Samhandling mellom ulike aktører

Forvaltningen av helse- og omsorgstjenester krever samarbeid mellom flere instanser



KSK GJH

Endringer i myndighet gjennom endringer i statlige føringer krever ny kompetanse utover selve lovforståelsen. Dagens saksbehandling og kompleksitet medfører et vesentlig større krav om samhandling mellom nivåer (sykehus- kommune) og internt mellom kommunale enheter som psykisk helsevern, NAV og andre offentlige instanser:

- Samordning av ytelser og tjenester for brukere med sammensatte behov.
- Frivillige organisasjoner og private aktører: For eksempel frivillige besøksordninger eller private helseklinikker.
- Gode systemer for informasjonsdeling er avgjørende for å sikre at tjenestene er helhetlige og koordinerte.
- Evaluering av tiltak og effekt i samarbeid med utøvende enhet.

Det siste (nye) som vi ikke kjenner konsekvensen av ennå, er knyttet til endringer i Opplæringsloven som trådte i kraft høsten 2024. Den introduserer et tydeligere skille mellom **individuell tilrettelagt opplæring (ITO)** og andre former for tilrettelegging som ikke direkte omhandler opplæringen. Dette innebærer en tredeling av rettighetene som tidligere var samlet under begrepet **spesialundervisning**. Dette vil kunne medføre større grad av deltakelse fra andre deler av kommunens tjenesteapparat i beslutningsprosesser som ikke direkte berører ITO.

### Dagens situasjon

Kommunen har over tid slitt med å bemanne funksjonen på tildelingskontoret, men har fra 2024 fått bedret situasjonen. Effekten kan blant annet måles i antall utskrivningsklare pasienter som blir liggende på sykehus og utløser kommunal delfinansiering. Det har vært en vesentlig forbedring etter at det ble større stabilitet på forvaltningskontoret fra over 100 til om lag 0 høsten 2024!

### Kommunens mestringstrapp

Kommunen har utarbeidet en mestringstrapp som visualiserer tjenesten med et lavest mulig nivå og kommunikasjon og veiledning som første trinn.



«griper inn» i det enkeltes liv.

Spørsmålet er hvor dette ansvaret skal ligge?

Og hvor skal vi trekke grensen mellom det som er helse- og velferdstjenestenes ansvar?

*(tilfeldig markert med pil i bildet)*

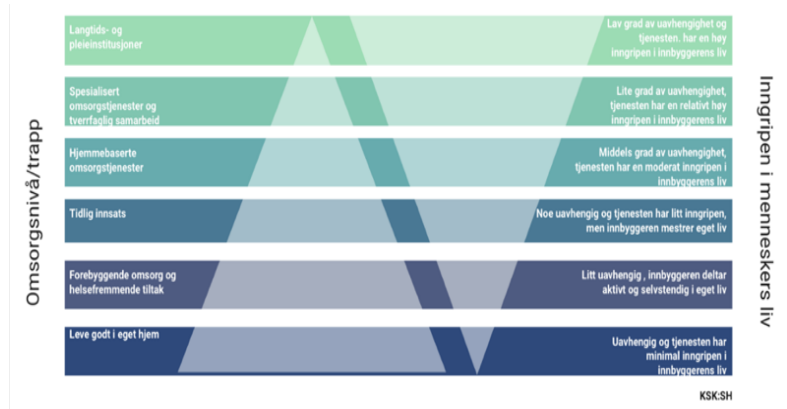
Hvilket ansvar har andre deler av kommunes sektorer og enheter? Hvilket ansvar samfunnet har for øvrig? Trappen kan dermed også brukes til å tydeliggjøre ansvar i kommunen.

KSK anbefaler at dette balanseres gjennom en ny kvalitetsdimensjon – der vi viser i hvilken grad tjenesten



KS KONSULENT

En forsterkning eller tillegg til trappa kan være figuren til høyre der vi illustrerer at tjenesten også medfører en inngripen i den enkeltes liv, som også begrenser den enkeltes frihet og mulighet for deltakelse. Inngripen kan også gjøre brukere mer avhengig av tjenester. Dette er en illustrasjon som understøtter strategien i «Bo-trygt hjemme-reformen». Den kan brukes både som kommunikasjonsverktøy, og kan i tillegg fungere som en del av vurderingsgrunnlaget i prosessen.



Dette forsterker også en av kommunens mål:

- **BEON-prinsippet:** Det er et mål å anvende BEON-prinsippet (Beste Effektive Omsorgs Nivå) i tildelingen av tjenester. Dette prinsippet sikrer at den enkelte mottar tjenester på det mest hensiktsmessige nivået, slik at de kan mestre eget liv mest mulig selvstendig.

### A3 Kommunes egen vurdering av dagens tildeling og forvaltning (terskler og tildeling)

Basert på kartleggingskjema utarbeidet av arbeidsgruppen

#### **Utfordringer**

Mange klagesaker som tar lang tid, er negative for omdømmet.

Høyt arbeidspress, manglende kompetanse/opplæring ved FVK, høy turnover/ lite stabilitet på FVK Forventninger fra innbyggerne om "Jeg har rett på».

Lite samsvar mellom det som etter faglig skjønn er et objektivt behov for tjenestenivå og det som er forventet nivå og ønsker fra interessenter, dvs. innbyggerne, folkevalgte og statsforvalter, som utfordrer faglige vurderinger og kommunens handlingsrom.

- Organisasjonen er låst i gammel praksis/endringsvilje
- Mangler veileder for saksbehandlerne
- Mangler egnet tilbud til de mest krevende brukerne
- Mangler strategi for nedprioritering – «hva vi ikke skal gjøre»





## Samsvar mellom forventninger og ressurser

Innbyggernes forventninger om rettigheter stemmer ikke alltid overens med deres faktiske behov eller kommunens ressurser. Det er et gap mellom ønsker og tilgjengelige tjenester, og organisasjonen er ofte bundet av gammel praksis med begrenset fleksibilitet og tverrfaglig samarbeid. Dette fører til ineffektiv ressursbruk og manglende kontinuerlig evaluering. Noen brukergrupper har utilstrekkelige tilbud, noe som resulterer i kostbare ad-hoc-løsninger. Det brukes også store ressurser på unge brukere og enkelt-tiltak. Forvaltningskontoret (FVK) har utfordringer med høy turnover, manglende spesialisert kompetanse og fravær av en koordinerende enhet. Dette fører til fragmentert samarbeid mellom tjenester og svekket evne til å møte innbyggernes behov helhetlig og effektivt

## MÅL

For å sikre en effektiv og rettferdig tjeneste, er det viktig med en felles forståelse blant ansatte, innbyggere og politikere, samt tydelig kommunikasjon og dialog. Innbyggerne skal føle seg trygge på at de får den hjelpen de trenger når de trenger den, og det skal være samsvar mellom innbyggernes forventninger og kommunens tildelingspraksis.

- Forvaltningskontoret (FVK) må ha tilstrekkelige ressurser, kapasitet og kompetanse, med hensiktsmessig organisering av arbeidsoppgavene, som vurdering, tildeling og saksbehandling.
- FVK og utøvende tjenester må samarbeide tett og ha god kjennskap til hverandres tjenester, for å sikre rettferdig tildeling og en effektiv fordeling av ressurser.
- Det er også viktig å ha oppdaterte tjenestebeskrivelser, veiledere for saksbehandling og prioritering, og et kontinuerlig fokus på endringsvilje og forbedring.
- Vedtakene skal være tidsbegrensede og spesifikke, slik at de kan avsluttes eller endres etter behov, og kartleggings- og beslutningsvedtak bør brukes mer aktivt for å følge med på utviklingen.

### Anbefalte tiltak (ikke utfyllende- se kommunens egen A3 analyse)

- Kriterier for tildeling<sup>9</sup>
- Gjennomgang av alle vedtak
- Forbedre kommunens hjemmeside der informasjon fra kommunen fokuserer på mestring
- Øke bruken av korttidsvedtak/ tidsbegrensede vedtak
- Styrke kapasitet/kompetanse og kapabilitet hos tildelingskontoret
  - Internkontroll og forvaltning

---

<sup>9</sup> NB. Vi finner ikke at kommunen har utarbeidet «kriterier for tildeling»- det er heller ikke utarbeidet retningslinjer og ansvarsstruktur for tildeling – dette er under utarbeidelse og presenteres i mars 2025



KS KONSULENT

- Etterlevelse – vi ser en økning som ikke kan forklares ift. til vedtakstimer. Ledelsens internkontroll.
- Undersøkelse før og etter tiltak for å kartlegge samhandling, kommunikasjon, endring mm.
- Utarbeide gode forløp knyttet til tildeling der også vurdering av effekt er med (internkontroll). Før – under - etter.
- Fortsette arbeid med kriterier for tildeling ihht. innslagspunkt i trappen.
- Kompetanseheving – alle ansatte
- Endre profil – dagens profil er ikke bærekraftig, spesielt i Bo og habilitering
- Regelmessige møter med samarbeidspartnere internt og eksternt

### Tiltak anbefalt av KSK

- Forløp og forløpsbeskrivelser – sikre gode overganger fra barn til voksen

Forløpsbeskrivelser bør utarbeides spesielt for unge brukere fra 15 år. Det oppstår et skille i overgangen til videregående skole som ofte medfører en «glipp i oppfølgingen». Dette gir seg utslag i manglete grunnlag for planlegging (også budsjettmessige konsekvenser) når bruker kommer ut av videre gående skole og blir 18 år.

Forløpsbeskrivelse med tiltak bør utarbeides sammen med familiens hus og saksbehandlere fra oppvekst og barnevern der disse er involvert.

KSK har gode erfaringer med å bruke Lean metodikk (verdistrømsanalyse) i kombinasjon med tjenstedesign som gode verktøy i slike prosesser. Det sikrer at både brukerperspektivet og driftsperspektivet bli ivarettatt.

## A3 Bemanning og kompetanse

Tema er omtalt tidligere innledningsvis i avsnitt «Kompetanse og rekruttering».

### Utfordringer

Det er flere betydelige utfordringer knyttet til bemanning og organisering i tjenestetilbudet. Underbemanning er et gjennomgående problem, som forsterkes av høyt sykefravær og negativ omtale som igjen kan skape dårlig holdning til arbeidet. Dette fører til lavere motivasjon blant ansatte og kan påvirke kvaliteten på tjenestene som tilbys. En annen utfordring er at kompetanse og vilkår for ansatte ikke alltid er tilstrekkelige for å møte de kravene som stilles. Enkelte enkeltvedtak styrer bemanningen, noe som kan føre til utilstrekkelig ressursbruk og vanskeliggjøre tilpasning til faktiske behov.

I tillegg er det lite stabilitet i organisasjonen, preget av vakanser og høy turnover blant ansatte. Dette skaper et miljø med konstant omstilling, noe som svekker kontinuiteten i tjenestene. Lang saksbehandlingstid er også et problem, som kan forsinke prosesser og føre til frustrasjon blant innbyggere og ansatte. Samlet sett påvirker disse faktorene tjenestetilbudets effektivitet, kvalitet og evne til å møte innbyggernes behov på en rett-tidig og bærekraftig måte.



## Effektivisering gjennom AI og bedre ressursbruk

Bruken av kunstig intelligens (AI) i turnusplanlegging kan bidra til bedre ressursutnyttelse ved å spisse vedtakene og tilpasse bemanningen mer presist til de faktiske behovene. Dette kan også legge til rette for økt bruk av heltidsstillinger, noe som skaper mer stabile arbeidsforhold og reduserer sykefravær og turnover. Å få besatt vakanser raskt bidrar til stabilitet i teamene og styrker faglig forsvarlighet. For å sikre at vedtakene er riktige og målrettede, er det viktig med grundig måling og kartlegging av behov før beslutninger tas. En annen mulighet er å bruke ansatte fra andre sektorer, som skole, barnehage, fysioterapi og ergoterapi, til å fylle helgestillinger, noe som kan bidra til mer fleksible løsninger. Samtidig er det viktig å merke seg at faglig forsvarlighet ikke må bli brukt som et vikarierende argument for løsninger som ikke er optimalt tilpasset de faktiske behovene.

## Helsefremmende turnuser og kompetanseheving

For å fremme et helsefremmende arbeidsmiljø er det viktig å øke kompetansen og ressursene gjennom tverrfaglig samarbeid og bruk av alternative arbeidstidsordninger. Rekruttering til vakante stillinger må prioriteres for å sikre kontinuitet og stabilitet i tjenestene. Samtidig bør turnusordninger vurderes som et komplementært tiltak for å sikre rett kompetanse på plass til riktig tid, gjennom tydelig oppgavedeling og samsvar mellom arbeidsbelastning og tilgjengelige ressurser. Dette kan bidra til et mer balansert arbeidsmiljø og økt faglig kvalitet i tjenestene.

## Foreslåtte tiltak

- Kartlegging av dagens ståsted (eksempel er oversendt kommunen)
- Utarbeide ny turnus- vurdere å ta i bruk årsturnus fra 2026
- Profesjonalisere bemanningskompetanse og ta i bruk digitale løsninger/ verktøy.
- Etablere koordinatorrolle for arbeidstidsplanlegging / turnusansvarlig i team sammen med HR, tillitsvalgte og verneombud (partsamarbeid)
- Ny kompetanseplan (flest nyansatte er ufaglært i dag)
- Oppgavedeling (Tørn) utvides til alle avdelinger, tiltak er satt i gang<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> KSK anbefaler også å samle oppgaver (oppgavesamling) på tvers av enheter (effektiv bruk av kompetanse). Dette må ses i sammenheng med struktur, kommunen blir mindre strukturavhengig ved å bruke kompetanse på tvers, eks. fagteam for å håndtere bølgevariasjoner

### **Mål: KSK sitt forslag**

- Hustadvika kommune oppfattes som en attraktiv arbeidsgiver
- Kommunen har turnuser som sikrer fleksibilitet og håndterer variasjoner i driften (eks. årsturnus eller periodeplan)
- Andel heltidsansatte økes til 50% i 2026,
- Andel heltidsansatte økes til 60% i 2027
- Ansatte skriver sin egen turnus basert på utarbeidet bemanningsplan i 2027

### **Målinger – rapportering**

- Utvikling av stillingsstørrelse og heldtidsandel over tid
- Overtid og sykefravær
- Vikarbruk
- 10 faktor (medarbeiderundersøkelsen)
- Tidsbruk på turnusplanlegging og bemanningsjusteringer og rekruttering

## Organisering

Målet med en hensiktsmessig organisering må primært være å sikre at ressursene i størst mulig grad rettes mot brukerne. Samtidig stilles det en rekke krav til organiseringen av en offentlig virksomhet, som må være på plass. Disse må vi utføre på en så bærekraftig måte som mulig for å sikre mest mulig ressurser til drift. Det er likevel ikke mulig å unngå disse oppgavene (internkontroll, budsjett og planarbeid, dokumentasjon, offentlighet, arkivering osv.).

Hustadvika kommune vurderer nå nye løsninger og må effektivisere driften – også når det gjelder organisering. Innen sektoren må lederstruktur og organisering måles på effektiv drift, digitalisering der det er mulig og utvikling av rutiner som både er effektive og tilpasset morgendagens tjenesteutøvelse, heri god bemanningstyring.

Struktur og strukturendringer løser ikke alene de utfordringene kommunen må løse. Hvordan man organiserer seg i enheter og på tvers av enheter vil være en nøkkel for kommunens kapabilitet. Dagens løsning med spesialiserte og spredte enheter med stor grad av autonomi vil ikke stå seg. Framtiden vil kreve større grad av samhandling for å kunne løse et mengdeproblem (større etterspørsel) og for å sikre best mulig kompetanse 24/7, både på kort og lang sikt.

Blant de viktigste tiltakene er etablering av autonome team, og innføring av verktøy for bedre samhandling og utvikling av modeller for rettferdig kostnadsfordeling i tverrfaglig samarbeid.

Linjeorganisasjonen blir mindre og mindre relevant for oppgaveløsningen – vi trenger å jobbe mer og mer på tvers i sammenhengende arbeidsprosesser

Linjeorganisasjonen har fremdeles en viktig funksjon for å ivareta medarbeidere

*Fra Møre og Romsdal fylkeskommunes «Organisasjonsstrategi mot 2032»*

Eksempler på autonome team kan være:

- Innsatsteam eller fagteam, som kan operer på tvers av tradisjonelle avdelingsstrukturer og som ivaretar et helhetsperspektiv (f.eks. AKS – sykepleiere<sup>11</sup>)
- Primærhelseteam
- Digitaliseringsteam –tverrfaglig sammensatt med representanter fra hele kommunen, her er det også stor mulighet for å kunne trekke inn erfaringskonsulenter<sup>12</sup>.

---

<sup>11</sup> **Avansert kliniske sykepleiere.**

<sup>12</sup> **Erfaringskonsulenter i helse og omsorg** er personer som har egenerfaring med helseutfordringer, som eller kroniske sykdommer, og som bruker denne erfaringen i profesjonelt arbeid for å støtte og veilede andre

## Framtidens ledelse i Hustadvika

For at samhandling skal fungere effektivt anbefaler vi følgende:

- Felles målstrukturer, helhetlig økonomistyring og tydelige beslutningsmandater.
- Utvikling av modeller for rettferdig kostnadsfordeling i tverrfaglig samarbeid.
- Delegering og økonomiansvar som understøtter målene, og en målstruktur som tydelig også ivaretar «et felles kollektivt ansvar for resultatene»

I den nye tiden bør også hovedutfordringene vær tydelig formulert.

Viktige tema som bør være gjennomgående fra topp til bunn i organisasjonen kan være:

- Flexibilitet i bruk av personell og kompetanse
- Håndtere nøkkelpersonell
- Mestring og rehabilitering – bo lengre hjemme

### KSK har vurdert tre alternative teoretiske modeller

- **Tjenestemodell**

En brukersentrert tilnærming, der tjenestene utformes etter innbyggernes behov fremfor organisatoriske skiller. Tverrfaglig samarbeid sikrer helhetlige tjenester på tvers av sektorer, mens fokuset på sammenhengende pasientforløp reduserer brudd i tjenesteflyten. Desentralisering og fleksibilitet gir lokale enheter større handlingsrom til å tilpasse tilbudet. Ressursene fordeles etter behovsanalyser, slik at de brukes der de har størst effekt.

- **Geografisk modell**

Innbyggere mottar tjenester fra en enhet i sitt nærområde.

Ressurser og beslutninger legges til distrikts- eller soneinndelte enheter, tjenester samlokaliseres eller koordineres lokalt.

Tjenester justeres ut fra områdets demografi og utfordringer.

(Ofte brukt i større kommuner som har mulighet til å samlokalisere flere tjenester på flere lokasjoner)

- **Formålsorientert modell**

Tjenester formes etter innbyggernes behov, ikke avdelingsstruktur.

Fagpersoner jobber sammen for helhetlige løsninger.

Minimerer brudd i tjenesteflyten.

Desentralisering og fleksibilitet: Lokale enheter tilpasser tilbudet etter behov.

Behovsstyrt ressursbruk: Fordeling baseres på analyser fremfor faste budsjetter.

Modellen fokuserer mer på tilpassede, effektive og helhetlige tjenester.

Dagens modell i Hustadvika ser vi som en hybrid mellom en «Tjenestemodell» og en «Geografisk modell».

### INNSPILL FRA ARBEIDSGRUPPEN.

Hva fungerer bra?	Forbedringspunkter:
Vi har én base for hjemmesykepleie/hjemmehjelp En enhetsleder for flere avdelinger Institusjonene samarbeider Tverrfaglig psykisk helseteam	Samarbeid mellom og innad i enhetene Midler til kompetanseutvikling Terskel for å ta kontakt med annen avdeling eller enhet for å få hjelp
Kalibreringsprosjektet i institusjonstjenesten Vi har én base for hjemmesykepleie/hjemmehjelp En enhetsleder for flere avdelinger Oppdelt i rammeområder	Deling av kompetanse på tvers av avdelinger Deling av kompetanse på tvers av enheter Samling av tjenester
Stabil bemanning på forvaltningskontoret Har utviklet ferdigheter til å håndtere det ustabile Gode rutiner	Økt fleksibilitet blant ansatte og ledere Kontinuerlig kompetanseutveksling

Innspillene fra arbeidsgruppen understøtter konklusjonen om en dreining mot en formålsorientert modell, der dagnes styrker blir videreført og muligheten for å realisere noen av utfordringene blir større.

Den nasjonale og lokale strategien viser at det er hjemmetjenestene som må styrkes på sikt. Den store veksten kommer blant hjemmeboende enten i eget hjem eller tilpasset bolig. Det er naturlig å tenke at hjemmetjenesten blir motoren i framtidens eldreomsorg. Hjemmetjenesten er også den enheten som best vil kunne opparbeide en fleksibilitet til å håndtere bølgevariasjoner og også kunne styrke andre enheter ved behov. Kommunens tverrfaglige psykisk helseteam er et eksempel på hva vi vil se mer av framover. Nye autonome team som primærhelseteam og AKS sykepleier i team er utprøvd flere steder med gode resultater, og det er naturlig at dette er organisert til hjemmetjenesten. På sikt bør man også vurdere en felles lokasjon av alle forbyggende tjenester der hjemmetjenesten har en sentral rolle.

En ny organisering med større et større innslag fra «formålsmodellen» vil også gi mulighet for en tilpasning i forhold til kommunens ønske om å redusere antall lederstillinger. Vårt forslag er en hybrid av *tjenestemodellen* og *formålsmodellen*.



## Den nye organisasjonen i Helse- og velferd, KSK sitt forslag

<b>Helse og Velferd Kommunalsjef</b>				
<b>Leder Hjemmetjenester-Leder Institusjon- Leder Bo og habilitering</b>				
	<b>Institusjons- tjenesten</b>	<b>Hjemmetjenesten</b>	<b>Bo og habilitering</b>	
<b>Stab</b> Kommune- overlege Rådgiver	Bøtunet Fræna sjukeheim Eide sjukeheim Kjøkkentjenesten	Hjemmesykepleien Auretunet Lundhaugen Aktivitetshuset Dagsenter Legetjenesten Velferdsteknologi Praktisk bistand BPA Støttekontakt Rask psykisk helse Fengselshelsetjenesten Helse og rehabilitering Mestring Kreftkoordinator Demenskoordinator Nye autonome team	Mikalmarka Haukås Holalia Hesthovvegen Setbakken Avlastning Bjørklia Slettatunet hybler Knausvegen  Eidem?	<b>Forvaltnings- kontor</b> (med tettere samarbeid med saks- behandlere i Familiens hus)
<b>Strategiske samarbeidspartnere i kommunen med stort behov for koordinering og samhandling er sentralt for å realisere strategiene</b>				
<a href="#">Aldersvennlige samfunn</a> Planavdeling Teknisk m/ flere		NAV Overgangen fra barn til voksen	HR- Arbeidsgiverpolitikk og Parts-samarbeid	

Vi vil også anbefalt at det opprettes stilling i stab som bemanningskoordinator med ansvar for bemanningskoordinering og bemanningsplanlegging for å realisere målene for å sikre rekruttering og kompetansemobilisering. KSK mener en tett kobling til kommunes ledelse vil være av betydning for å realisere satsningen på en Heltidskultur og hente ut effekter.



## Oppsummering

Helse- og velferdstjenestene er komplekse, og omstilling krever både mot fra beslutningstakere og kunnskap fra ansatte. Forventninger skapes av staten, lokale politikere og ansatte. Innovasjon krever samskapende dialog med de berørte. En strategi for tjenestene og kommunen bør først og fremst fokusere på omstilling som også synliggjøres i økonomiplan og budsjett, og inkluderer tiltak som fremmer innovasjon.

Målet er å fremme aktive og selvstendige innbyggere som kan bo hjemme lengst mulig, gjennom informasjon, ansvar og forebygging. Samarbeid med pårørende og frivillige er viktig for helhetlig støtte. Teknologi og hjelpemidler kan redusere behovet for omsorgstjenester, mens styrking av hjemmebasert omsorg kan redusere behovet for institusjonsplasser.

Bærekraftige helsetjenester krever en god balanse mellom kompetanse, organisasjon og økonomisk ansvarlighet. Kommunens kostnadskrevenende profil for hjemmetjenester trenger endring, med færre brukere og mer bistand til de over 67 år, samt nye vurderinger for den yngre befolkningen. Målet er å gjøre det mulig å ha 16% dekning for heldøgns omsorgsplasser gjennom en offensiv satsing på hjemmetjenester.

Og at vi har:

- **Aktive og selvstendige innbyggere** som deltar aktivt i eget liv og bor hjemme så lenge som mulig.
- **Tidlig informasjon og forebygging** for bedre planlegging av alderdommen.
- **Tettere samarbeid med pårørende og frivillige** for helhetlig støtte.
- **Trygghet og mestring** gjennom teknologi og hjelpemidler.
- **Redusert behov for institusjonsplasser** ved styrket hjemmebasert omsorg.
- **Bærekraftige tjenester** med god faglig, personalmessig og økonomisk drift



## Utklipp fra dagens plan

Ensomhet blant eldre relatert til endringer i livssituasjon	Inaktivitet og aktivitetstilbud som ikke er tilpasset individuelle ønsker og behov	Manglende ivaretagelse av sosiale, kulturelle og eksistensielle behov
At kommunen har tilstrekkelig med møteplasser for aktivitet, sosiale og kulturelle forhold	Aktiv brukerrolle	Lite systematisk samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og frivillige/sivilsamfunn
Koordinering av tjenester både internt, og mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten	<b>SENTRALE UTFORDRINGER</b>	Vekst i brukergrupper med sammensatte lidelser, ikke smittende sykdommer og økning i forekomst av demens
Forebygging og tidlig innsats	Kompetanse til å gi tjenester av høy kvalitet og samhandling mellom tjenester og tjenestenivå	Tilstrekkelig brukerperspektiv
Rus	Psykiske lidelser blant unge	Vold i nære relasjoner
Hverdagsmestring	Innovasjonsarbeid	Velferdsteknologiske løsninger

### KSK sine innspill til forsterkning

-starte med større stillinger	-bruke styringsdata aktivt	-diskutere ledelse og effektivitet
-ta med prioritering og terskler i den politiske dialogen	<b>Da må vi våge å:</b>	-slutte å gjøre det vi gjorde i går
- diskutere struktur og lokalisering	-invitere til dialog om den enkeltes ansvar	-snakke om yngreomsorgen

Sitat fra ledergruppemøte i kommunen:





KS KONSULENT

## Bo og habiliteringstjenesten

Rammeområde «bo og habilitering» er organisert under Helse og Velferd og består av fire enheter med hver sin leder. Enheten har en flat struktur der alle enhetene er likestilte. Området gir tjenester til voksne personer med funksjonsnedsettelse hvorav de fleste har varige og omfattende hjelpe-behov. Det har vært et ønske fra Hustadvika å se nærmere på denne tjenesten, og det er gjort følgende vedtak i Kommunestyret: *«KS bestiller ekstern rapport innenfor Bo og habilitering. Rapporten skal belyse alle sider, sørge for at vi fortsatt kan opprettholde gode tjenester og bidra til at gode politiske vedtak kan fattes. Herunder en formålstjenlig organisering og struktur».*

Vi har valgt å omtale bo og habiliteringstjenesten i et eget kapittel, men ønsker likevel å understreke at flere av temaene er delvis sammenfallende med tema i øvrige kapittel.

### Relevante tema fra Hustadvikas helse og velferdsplan

Hustadvika kommunes Helse og velferdsplan har viktige føringer, mellom annet en «forebygging- og mestringsstrapp». Trappen er en bevisstgjøring av hvor tjenestene i kommunen gis, samtidig som den tydeliggjør viktigheten av det helsefremmede og forebyggende arbeid. Planen har også fokus på velferdsteknologi som både kan øke tryggheten og effektiviteten i tjenestene. Det er videre anerkjent at det å sikre tilstrekkelig bemanning og ressurser blir en stor utfordring fremover, og at det er behov for endringer i tjenesteinnhold, organisering og strukturer.

### Ressursanalyse

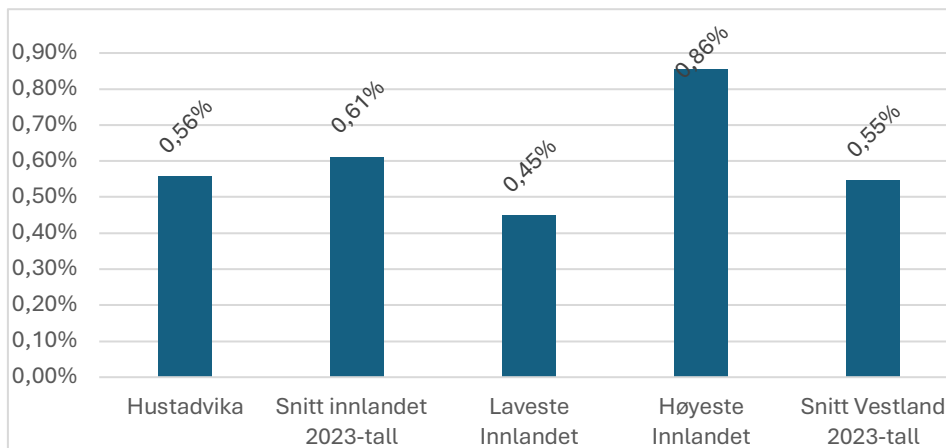
Analysen i dette arbeidet har vist at Hustadvika bruker relativt mye ressurser på «yngreomsorgen». KSK har i tillegg gjennomført en ekstra ressursanalyse for tjenester til personer med utviklingshemming. I denne analysen er Hustadvika kommune sammenlignet med 15 kommuner fra Innland og Vestland. Sammenligningsgrunnlaget kan gi gode innganger til å belyse tjenestene<sup>13</sup>. Resultatene er presentert i møte med kommunen og det har vært et arbeidsmøte der det er drøftet tiltak sammen med tilsatte. Her er noen av hovedfunnene:<sup>14</sup>

Hustadvika har et objektivt sett **gjennomsnittlig behov for tjenester** til personer med utviklingshemming. Behov er her forstått som personer med utviklingshemming som har tjenester.

---

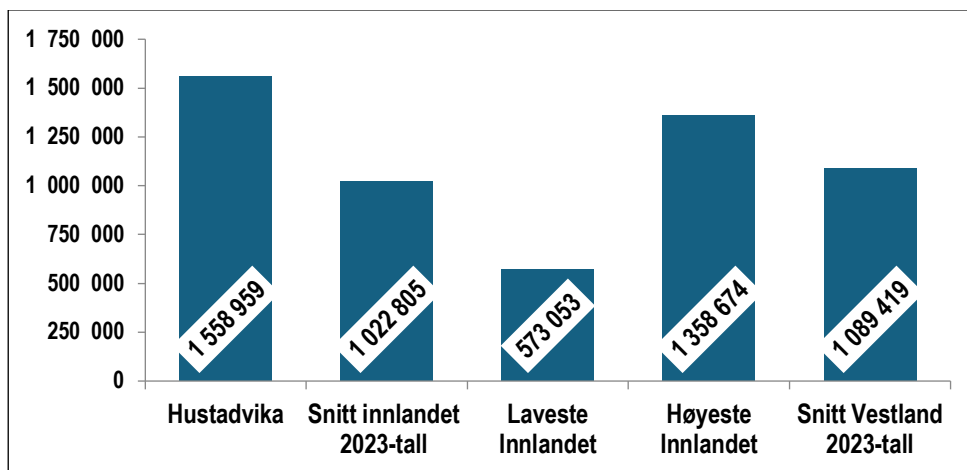
<sup>13</sup> Ressursanalysen omfatter tjenester til personer med utviklingshemming, Bo og habiliteringstjenestene i Hustadvika gir også tjenester til andre

<sup>14</sup> Dette et utdrag av funnene. En mer utfyllende rapport er sendt kommunen



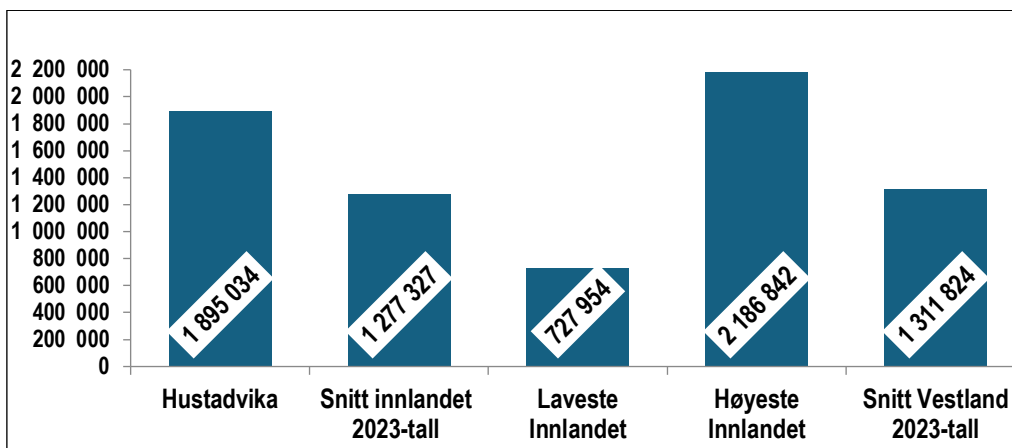
Figur 2: Andel personer med utviklingshemming med tjenester i prosent av hele befolkningen

Analysen viser at Hustadvika har **høyest ressursbruk pr. tjenestemottaker**. Gjennomsnittlig ressursinnsats er ca. 500 000 høyere pr. tjenestemottaker enn snitt Innlandet og snitt Vestland.



Utgifter pr. utviklingshemmet (fratrasket refusjon ressurskrevende og vertsk. HVPU)

Av samlet ressursbruk utgjør boliger med heldøgntjenester den største summen. På dette området ligger også Hustadvika kommune godt over snitt i både i Innlandet og Vestlandet.



Utgifter til bolig med heldøgntjenester pr. utviklingshemmet 18+

Hustadvika kommune har også en **høy andel som får heldøgntjenester**, over snittet for kommunene i Vestland og Innlandet. Kommunen gir altså tjenester til relativt mange høyt oppe på «forebygging og mestringstrappen». Dette er en viktig del av forklaringen til høy samlet ressursbruk.

Analysen har også vurdert ressursbruk på andre tjenesteområder; tjenester i hjemmet (utenom heldøgntjenester), arbeids-/ aktivitets-tilbud, Brukerstyrt personlig assistanse (BPA), omsorgstønad og støttekontakt. Her kan nevnes at kommunen har høyest dekningsgrad av alle kommunene på arbeids og aktivitetstilbud, men her er kostnadene ikke så høye. På dette området er det også større variasjoner ressursbruk for de andre kommunene. Hustadvika har også noen vedtak om Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) som krever mye ressurser. Kommunen peker seg ellers spesielt ut ved å ha høy andel av tjenestemottakere som har vedtak og tvang.

## Vurderinger og anbefalinger

### Terskler, tildeling og tjenesteinnhold

Tilsatte i Hustadvika beskriver en nåsituasjon med høye forventninger om individuelt tilrettelagte tjenester, og at det ofte er lite forståelse for vanskelige prioriteringer som må gjøres. Dette er en beskrivelse de deler med mange andre kommuner. «Forventningsgapet» og behov for prioriteringer er også satt tydelige på dagsorden nasjonalt, mellom annet av KS. Det blir sentralt at Hustadvika tar dette med i videre arbeid.

Kommunen mangler et system for evaluering og justering av vedtak, noe som kan være særlig utfordrende når tjenestemottaker mottar tjenester over tid. Det blir viktig å få på plass et system for systematisk evaluering der tjenestene samhandler tett med forvaltningskontoret. Arbeid med tjenestebeskrivelser er påbegynt og bør videreføres.



Hustadvika har også begynt arbeid med å få til bedre overganger fra barn til voksentjenesten. Dette blir viktig å videreføre og å få på plass gode og forpliktende rutiner her.

### **Boligstruktur og organisering**

Hustadvika beskriver en nåsituasjon med spredd lokalisering av boliger som kan gi høyre personalutgifter og manglende fleksibilitet. Fra ressursanalysen kan en se at kommunen bruker relativt mye ressurser på tjenester til personer med utviklingshemming, og på boliger med heldøgns tjenester. Det er grunn til å tro at deler av høy ressursbruk kan forklares ut fra boligstruktur og brukersammensetning, men dette bør undersøkes nærmere. En slik prosess er påbegynt og bør videreføres. En bør her se på hvor mange som er knyttet til hver personalbase og på brukersammensetning. Videre om en kan redusere boenheter med nattevakt, og om det er behov for tydeligere skille mellom heldøgnsbemannede boliger og de som ikke er det. Små boenheter med døgn tjenester og personalbaser kan være kostnadsdrivende, det kan også være utfordrende å få til riktig bemanning og kompetanse. Det bør også vurderes om mer samarbeid på tvers og mer ambulerende tjenester kan gi gode synergier. Det kan også være aktuelt å etablere et tilbud med trenings-/kartleggingsleilighet, dette er det mange kommuner som har gode erfaringer med.

Å ta en mer bevisst styring over bruk av boliger og utvikling av fremtidig boligstruktur er viktig, men dette er et arbeid som vil ta tid og må sees i sammenheng med den enkeltes rettigheter. Det kan være tjenestemottakere som ønsker en annen bosituasjon, men det vil også kunne være noen som ikke ønsker endring. Det blir her nødvendig med individuelle samtaler med den enkelte og/eller verge.

Rammeområde for «bo og habilitering» består av fire enheter med hver sin leder, dette kan være krevende når en skal tenke mer fleksibel bruk av ressurser og samhandling på tvers. Å ha små enheter kan ha sine fordeler ihht. tett ressursstyring og nærledelse, men kan føre til silotenking og være til hinder for fleksibilitet for mer bruk av ressurser på tvers. Det er derfor mye som taler for at kommunen bør samle bo og habilitering under en ledelse fremover.

### **Velferdsteknologi**

Hustadvika har bruk av mer velferdsteknologi som strategi, både for å øke tryggheten og effektiviteten i tjenestene. Her er arbeid igangsatt, men det er et større potensiale å utnytte muligheter i teknologien.

### **Oppsummering anbefalte tiltak for bo og habilitering**

Hustadvika kommune ønsker å opprettholde gode tjenester innenfor tjenesten bo og habilitering. Helse og velferdsplanen er her et godt grunnlag for videre retning, og kommunen har allerede påbegynt arbeid med flere tiltak som bør videreføres.



Analyser KSK har gjort peker på områder der kommunen har relativt høy ressursbruk, men det er kommunen som må velge tiltak.

Bo og habiliteringstjenesten er en kompleks tjeneste som gir tilbud til innbyggere med svært ulike hjelpebehov. Innbyggere som ofte er helt avhengig av hjelp fra kommunen. Det blir da viktig å gjøre endringer for å kunne gi gode tjenester også i en fremtid med knapphet på personell. Å forstå kompleksiteten i tjenestene, snakke om forventinger, behov for endringer og prioriteringer blir da sentralt. Det kan bli krevende da det vil kunne være interessekonflikter. Det blir da viktig å lage gode arena for informasjon og dialog. Vi foreslår at det blir laget en konkret og forpliktende plan for dette. Planen bør involvere tjenestemottakere/ pårørende, råd, brukerorganisasjoner, ansatte, tillitsvalgte, innbyggere og politisk nivå.

På bakgrunn av analyser i dette arbeidet, informasjon og innspill fra Hustadvika og KSK's erfaringer fra arbeid i andre kommuner har vi følgende tilrådinger til prioriterte tiltak:

Ønsket situasjon	Anbefalte tiltak
Kommunen klarer å opprettholde gode tjenester i fremtiden	Generelt -Lage plan for informasjon/ dialog med tjenestemottakere/pårørende, råd, brukerorganisasjoner, ansatte, tillitsvalgte, innbyggere og politisk nivå
Ansatte, tjenestemottakere/ pårørende, innbyggere og politikere har en mest mulig felles forståelse av utfordringsbildet og behov for prioriteringer	Terskler, tildeling og tjenesteinnhold -Gå gjennom enkeltvedtak/ tildelingspraksis og lage rutiner for evaluering og justering av vedtak -Lage tydelige tjenestebeskrivelser -Lage rutiner for gode overganger fra barn til voksentjeneste
Kommunen klarer å kommunisere slik at innbyggerne føler seg trygge på å få hjelp, men er likevel tydelig på at det må gjøres endringer prioriteringer	Boligstruktur og organisering -Videreføre arbeid med boligstruktur med målsetning om en bedre og mer fleksibel bruk av personalressurser -Vurdere mer samarbeid på tvers og mer ambulerende tjenester -Velge en organisering av bo og habiliteringstjenesten som legger til rette for koordinering på tvers og mer fleksibel ressursbruk
	Velferdsteknologi/ digitalisering -Gi informasjon om og vurdere velferdsteknologiske løsninger for alle tjenestemottakere, og prøve ut mer teknologi der det er aktuelt

## A3 -Struktur: oppsummering fra arbeidsgruppe

Boligstruktur er et område som er naturlig å vurdere videre. Dagens spredte struktur forutsetter en høyer bemanning og gir mindre effekt (lite for mye). Hustadvika må se på hvor mange tjenestemottakere som er knyttet til hver personalbase og på brukersammensetning. Mange små boenheter med døgntjenester og med personalbaser kan være kostnadsdrivende. Det kan vurderes både mer samarbeid på tvers, mer ambulerende tjenester og endring i brukersammensetning.

Det kan videre vurderes om det er behov for et tydeligere skille mellom heldøgnsbemennende boliger og de som ikke er det. Men en samlokalisering vil være den mest effektive løsningen og vil også i mange tilfeller være den beste for mottakerne, dette er også spesielt omtalt i kommunens plan. Det er formålstjenlig å «harmonisere» brukergruppene, men dette må også sees opp mot individuell rettighetsfesting. Det kan være her tjenestemottakere som har endrede hjelpebehov og ønsker en annen bosituasjon. For eksempel grunnet økende alder. Det vil også kunne være brukere som ikke ønsker endring. Ved vurdering av slike tiltak blir det derfor nødvendig med individuelle samtaler.

### Dagens utfordring

- Samlokalisering er bærekraftig for økonomi, ressurs- og kompetansebruk
- Bo og habilitering:
  - Mange og spredte lokasjoner
  - Eldreboliger
  - Andre kommunale boliger
- Tjenester med navn som skaper forventninger
  - Tjenestevedtak mangler stoppdato/ evalueringsdato
  - Gamle reformer legges til grunn og vi kommer "På hælene"

### Tiltak

- Få ned kostnadene og drive mer effektivt
- Mindre tildeling/ høyere terskel
- Mer eie - mindre leie
- Bruke dagens bygningsmasse optimalt

### Målinger

- Antall kommunale boliger (kartlegge behov)
- Tjenester tildelt
- Ressursbehov



Helse og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming kan være et tjenesteområde preget av stor kompleksitet mellom de forskjellige enhetene fordi tjenestemottakerne kan ha svært ulike, komplekse og sammansatte hjelpebehov

**Mulig tiltak for endring**

- Samlokalisere i tråd med riktig bemanning og effektiv tjenesteutøvelse
- Strukturelle endringer
- Kommunens planverk MÅ henge sammen
- Kartlegge det langsiktige behovet

## Avbøtende tiltak demensomsorg

### Utsettelse av skjermet enhet Eide sykehjem<sup>15</sup>

#### Vedtaket

Oppstart av ny skjermet avdeling for personer med demens ved Eide sykehjem utsettes inntil videre. Kommunedirektør legger fram en sak som belyser konsekvenser av ytterligere utsettelse for kommunestyret innen utgangen av 2024/første kvartal 2025, spesielt med tanke på konsekvenser for bruk av korttids- og rehabiliteringsplasser ved Fræna sjukeheim og omsorgssenter.

Punkt 12 i Formannskapetets innstilling:

Ikke oppstart skjermet avdeling Eide

*(Kommunestyret ber kommunedirektøren opprettholde aktivitetstilbudet for eldre i Hustadvika kommune i henhold til vedtak i sak PS 36/2020.)*

#### Forekomst av demens

Dagens plan gir et godt bilde av behov og framskrivning. KSK har likevel valgt å belyse dette her for å sikre beste mulig forståelse for våre anbefalinger

I 2021 viste Folkehelsereporten at 80 % (85 % ifølge Demensplan 2025) av sykehjemsbeboere har demens, og over 40 % av hjemmeboende tjenestemottakere over 70 år er berørt. Likevel bor to tredeler av de rundt 100 000 i Norge med demens hjemme (2020).

Forekomst: Alders- spesifikke anslag for forekomst av demens (i prosent) basert på tall i Norge i år 2020.

Alder	Andel med demens	2024	2028	2035
80–89 år	25,45 %	141	183	237
90+ år	48,1 %	51	55	79
<b>Totalt 80+</b>		<b>202</b>	<b>238</b>	<b>317</b>

Demensforekomsten øker med alderen, og i Hustadvika forventes antallet personer med demens over 80 år å stige fra **202 i 2024** til **317 i 2035**. Mange vil ha behov for tilrettelagte boenheter med

<sup>15</sup> Det ble ikke oppnevnt egen arbeidsgruppe for avbøtende tiltak. Men KSK har hatt løpende og god dialog med kommunen underveis.



oversiktlige omgivelser, få beboere, tilgang til uteområder og muligheter for meningsfulle aktiviteter.

Demensplan 2025 understreker viktigheten av tilpassede boliger for personer med kognitiv svikt. Behovet for tjenester til demente, både hjemme og i institusjon, vil øke mer enn for andre grupper. Med 85 % av sykehjemsbeboere diagnostisert med demens bør fremtidige sykehjem og heldøgns botilbud følge anbefalingene for tilrettelagte enheter.

### **Pårørendeomsorg**

Trygghet for brukere og støtte til pårørende

Vi har også vist til at «Omsorgskoeffesienten» reduseres. En god oppfølging av pårørende vil derfor kunne bli avgjørende. En studie fra 2017 (Idunn.no) viser at det gis omfattende hjelp av pårørende, og en artikkel i Tidsskriftet Sykepleien viser at det ble gitt opp til 140 timer pårørendeomsorg i måneden den siste tiden før brukerne får et institusjonstilbud<sup>16</sup>. Slitasjen på pårørende er stor før institusjonsplass blir gitt. Tidlig innatts og god støtte vil kunne forsinke behovet for at institusjonsplass oppstår.

**Fra bydel Ullern sin kartlegging:** Pårørende spilte en viktig rolle for at personer med demens kunne bli boende hjemme. Flere pårørende hadde stor omsorgs-belastning, og det var for lite oppmerksomhet på deres behov for støtte.

Kommunen har i gjeldende strategi planlagt å øke tilbudet med tilrettelagte enheter (TE og FTE). Med forventet vekst i antall demente, vil utsettelse av tiltaket kunne skape utfordringer særlig med tanke på en allerede lav dekningsgrad i institusjon. Kommunen har et mål om dekningsgrad for heldøgnsstilbud på 16% noe som er et velbegrunnet anslag, men det forutsetter at også andre tiltak iverksettes, blant annet en omlegging av hjemmetjenestene, dagplasser, rehabilitering mm. Dette vil ta tid, men ved å heve terskelen for hjemmetjenester og tilby et forsterket tilbud til eldre med større omsorgsbehov, vil flere kunne bo lengre hjemme, og frigjøre plasser i heldøgnsstilbud for demente. Dette vil endre hjemmetjenestene med flere brukere som har høyt omsorgsbehov, og muligheten for å bo hjemme vil også være avhengig av tilrettelegging av boliger (f. eks at flere innbyggere tar i bruk Husbankens tilskudd).

## Vurderinger og anbefalinger

### **Anbefalte tiltak**

- Styrke bemanningen i institusjon for å håndtere den generelle økingen av demente i eksisterende sykehjems plasser (eks. Fræna sykehjem)
- Styrking av hjemmetjenesten og øke terskel for tildeling av hjemmetjenester som vil kunne øke kapasiteten for forventet vekst av brukere med omfattende behov

<sup>16</sup> [Artikkel tidsskriftet sykepleien](#)

- Øremerke plasser og bygningsmessig tilpasninger i eksisterende institusjoner<sup>17</sup> (TE og FTE)
- Omgjøring av eksisterende tildelte tjenester. Dette er i dag vanskelig pga. blant annet kommunens lave andel av tidsbegrensede vedtak (jfr. kartlegging av terskler og tildeling)
- Øke kompetanse i hjemmetjenesten for å kunne ivareta brukere med større grad av sammensatte behov (se også kommentar om utvidelse av Tørn-prosjektet)
- Utarbeide nye kriterier for inntak i korttidsplasser for brukere og avlastning for pårørende. Spesielt rettet mot brukergrupper med større behov for hjelp (Dette er under arbeid)
- Styrke og profesjonalisere pårørendeomsorgen. Dette er ikke kun et avbøtende tiltak, men bør få en større plass i kommunes satsing (kommunen bør selv gjøre en kartlegging av innsats og behov hos pårørende)
- Utrede kommunens mulighet til å inngå avtaler med nærliggende kommuner om kjøp / bytte av plasser

### Vår vurdering:

Kommunen kan håndtere en utsettelse av investeringer ved Eide sykehjem på kort sikt hvis man lykkes med tiltakene. En utsettelse av oppstart vil uansett kunne øke belastningen for pasienter med demens og deres pårørende siden den totale kapasiteten reduseres. Utsettelsen vil også på kort sikt kreve mer kapasitet i hjemmetjenesten (antall dement øker raskt). På sikt kan noe av dette løses ved å heve terskelen for å få innvilget hjemmetjeneste og dermed kunne håndtere økt etterspørsel. Dette er avhengig av praksisen ved Forvaltningskontoret og muligheten til å omgjøre vedtak og bruk av tidsbegrensede tiltak

Kommunen kan også komme i den situasjonen at det påløper "Pukkelkostnader" (dvs. midlertidige, ekstraordinære kostnader som oppstår i forbindelse med organisatoriske og strukturelle endringer. I helse og omsorgstjeneste er dette knyttet til omstrukturering av tilbud, bygging av nye institusjoner eller gjennomføring av reformer).

I kommunens plan er det anslått at planlegging og bygging av nye bygg tar inntil 5 år. En utsettelse som foreslått, kan føre til høyere kostnader enn besparelser og gi redusert forutsigbarhet. Det vil også påvirke kapasiteten til planlegging og styring i sektoren når man i større grad må ty til ad-hoc løsninger (se tekstboks).

#### Pukkelkostnader – ad hoc-løsninger;

Et konkret eksempel fra dagens praksis i kommunen for å løse behovet for FTE plasser gjøres blant annet ved å slå sammen 4 rom på en av institusjonene for å kunne gi tilstrekke helsehjelp til 2 brukere. Dette har skjedd periodisk over tid og det reduserer da antallet tilgjengelige plasser i perioder. Vi tolker at dette er et ekstraordinært tiltak som iverksettes fordi behovet er større enn kapasiteten i kommunen. Dette tilfellet viser at kommunen må redusere tilbudet til andre, for å tilby gode nok tjenester til denne gruppen.

Kommunens plan med styrking og samling av kompetanse i og omkring en lokasjon er en effektiv og god løsning som vil kunne påvirke muligheten til å rekruttere og beholde personell. I planen er dette formulert slik: «Ved å samle demensomsorgen på ett sted, får vi samlet fagkompetansen. Vår faglige vurdering er at dette gir et bedre tilbud til personer med demens»

En utsettelse kan dermed få en indirekte påvirkning på tilgang til, og rekruttering av kompetanse.

<sup>17</sup> Vårt mandat har ikke vært å vurdere dagens bygningsmasse. Kommunen har, slik vi forstår det, gjort dette. Denne vurderingen må legges til grunn når det skal vurderes avbøtende tiltak i institusjoner og mulighet for øremerking av plasser.



## **KS Konsulent 28.02.2025**

### **KSK takker for oppdraget.**

Geir Johan Hansen, prosjektleder

Jorun Folgerø Holm, Ansvarlig kartlegging og vurdering «Bo og habilitering»

Erlend Nordby, Analyse ansvarlig

### **Grunnlagsmateriale som er tilgjengelig hos kommunen**

- Evaluering av tiltak og mål fra opprinnelig plan
- TTU analyse fullstendig rapport i PPT versjon
- KOSTRA- analyse
- Presentasjon fra fellessamling 16.12 2025

I tillegg har kommunen samlet alle innspill fra arbeidsgrupper i eget arkiv, dette anbefales brukt som diskusjonsgrunnlag i den interne oppfølgingen.