

# Grunnlagsanalyse for framtidig omsorg i Ibestad kommune

*Rapport*

*RO – 13. april 2015*



RO  
Værnesgata 17, 7503 Stjørdal  
Sentralbord: 74 83 97 99

[www.ro.no](http://www.ro.no)

# Innholdsfortegnelse

Forord.....	1
1. Innledning.....	2
1.1 Ibestads kommunes bestilling.....	2
1.2 Metodisk tilnærming.....	3
2. Bakgrunn.....	4
3. Hva påvirker utforming av framtidige sykehjem.....	5
3.1 Demografiske forhold.....	5
3.2 Politiske forhold.....	5
3.2.1 Sentrale føringer som vil ha innvirkning:.....	5
3.2.2 Regionale føringer:.....	6
3.2.3 Kommunereformen:.....	6
3.2.4 Tjenesteprofil.....	7
4. Status – dagens omsorgstjenester i Ibestad kommune.....	9
4.1 Demografisk utvikling.....	9
4.1.1 Befolkningsframskriving.....	9
4.1.2 Aldersbæreevne.....	11
4.1.3 Familieomsorgskoeffisient.....	12
4.2 KOSTRA.....	13
5. Valg av framtidig løsning.....	14
5.1 Innledning.....	14
5.2 Fremtidens helse og omsorgstjenester i Norge og Ibestad kommune.....	18
5.3 Potensialet og behovet for omstilling.....	21
5.4 Omfordeling av økonomiske ressurser og andre faktorer.....	22
5.5 Bruk av velfredsteknologi.....	24
5.6 Beregning av framtidig aktivitets- og kapasitetsbehov.....	26
5.7 Beskrivelse av valgte alternativ.....	30
5.7.1 Innretning og kapasitet.....	31
5.7.2 Organisering og funksjonsbeskrivelse.....	32
5.8 Base for hjemmebaserte omsorgstjenester.....	34
Vedlegg:.....	35

## Forord

Behovet for sykehjemsplasser har i mange kommuner dreid seg om kvantitative spørsmål, hvor mange plasser? I dag erfarer Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO) at det oftere blir stilt spørsmål om kvalitet, hvilket innhold skal tilbudet ha? De kvalitetsmessige kravene har og vil øke, noe som forutsetter nok personell med riktig og tilgjengelig kompetanse.

En indikator som ofte benyttes når behovet for dekningsgrad skal utredes er 25 % av antall innbyggere 80 år og over. Tar vi med omsorgsboliger med reell heldøgns tjenester har vi et mål på 28 %. Minst 20 % av disse bør være korttidsplasser.

Behovet for antall sykehjemsplasser kan ikke vurderes isolert, det må sees i sammenheng med kommunens øvrige tjenestetilbud og lokale forhold. For eksempel vil en godt utbygd hjemmetjeneste bidra til å reduseres behovet, og vice versa. Andre faktorer kan være type omsorgsbolig, dag- og aktivitetstilbud, samarbeid med frivillige m.m.

Begrepet omsorgsbolig synes i mange sammenhenger å være utydelig. En omsorgsbolig kan være alt fra en tilrettelagt bolig hvor hjemmetjenesten "stikker" innom, til boenhet med full døgnbemanning tilsvarende det vi har i sykehjem, ofte bygd som bofellesskap.

Både i lbestad og andre kommuner rapporteres det om tjenestemottakere som er sykere enn før, mer intensiv behandling og oppfølging. Det forventes at sykehjemmene skal beherske alt fra observasjon, palliativ behandling, intravenøs behandling, smertepumpe, ventilasjonsstøtte, aktiv rehabilitering m.m.. Dette i motsetning til det tradisjonelle synet på sykehjemmet som bolig for de som ikke lenger kan bo i opprinnelig bolig og som trenger langtids pleie og omsorg. Det vil si en utvikling hvor sykehjemmets rolle endrer seg fra langtids opphold, til korttids opphold med behov for et aktivt tjenestetilbud.

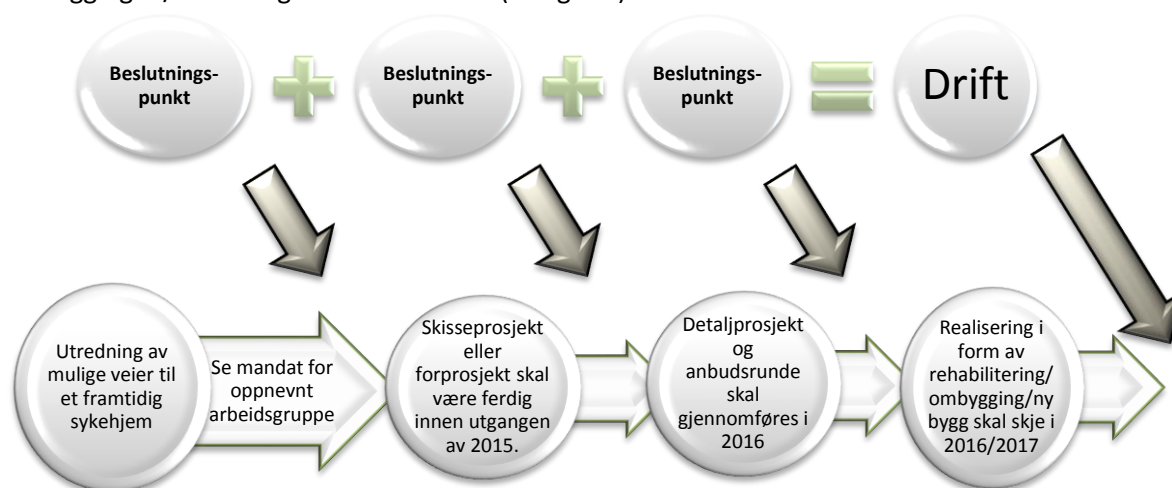
Spørsmålet som lbestad kommune må ta stilling til blir; *hvilken funksjon skal et framtidig sykehjem ivareta, og hva må komme i tillegg for at sykehjemmet skal kunne inneha en slik funksjon. Det vil si; hvordan vil vi i lbestad kommune at den framtidige omsorgstjenesten skal være?*

# 1. Innledning

## 1.1 Ibestads kommunes bestilling

Ibestad har startet planlegging av framtidig sykehjem. Arbeidet skjer med bakgrunn i et enstemmig kommunestyrevedtak i Sak 16/14, 14/0015-1 «Framtidig sykehjem i Ibestad kommune - rehabilitering/ombygging/nybygg».

Planleggingen/utredningen er faseinndelt (se figur 1).



Figur 1: Utredningsfaser

Fase 1 er beskrevet slik:

*«Utredning av mulige veier til et framtidig sykehjem – hovedalternativene vil være rehabilitering/fornyelse av eksisterende sykehjem eller bygging av nytt sykehjem. Så kan det være mulig med mellomløsninger – delvis nybygg og delvis rehabilitering. I denne fase må også kommunens framtidige omsorgspolitikke avklares. I dette ligger hvordan skal kommunen yte pleie, omsorg og rehabilitering framover. Skal dette skje i sykehjem, omsorgsboliger, bofellesskap, hjemmebasert omsorg? Nasjonale avgjørelser om samhandlingsreformen vil være retningsgivende i denne sak. Ny regjering kan endre det som er vedtatt om samhandlingsreformen blant annet rus, psykiatri som vurderes tatt inn i samhandlingsreformen. Vi har et sykehjem som i dag er dimensjonert for flere pasienter enn det som er vedtatt. I en utredning må vi se på hele helsesenterets bygningsmasse».*

Rådmannen har oppnevnt en administrativ arbeidsgruppe som har følgende mandat:

- 1) Arbeidsgruppen skal utarbeide en utredning som beskriver hvordan omsorgstjenestene i Ibestad kommune skal organiseres. Dette vil omfatte omsorg på alle trinn i omsorgstrappa. Utredninga skal blant annet konkludere med hva slags tjenestetilbud som skal gis i sykehjem/institusjon og hvor mange senger det skal være der.

- 2) Arbeidsgruppen (eller deler av arbeidsgruppen) skal besøke kommuner (en eller flere) i løpet av høsten 2014 for å bli orientert om organisering av moderne omsorg. Besøket bør inkludere besøk på sykehjem.
- 3) Arbeidsgruppen skal engasjere en ekstern kompetanse for å gjøre utredning i henhold til 1. pkt. i mandatet.
- 4) Fase 1 skal være ferdig innen 31.3.2015.

RO ble engasjert for å gjøre utredningen som skissert i mandatets pkt. 1. Analysen skal være grunnlag for at kommunen skal kunne ta beslutning om det framtidige sykehjem.

Figur 2 viser faser for Planlegging/realisering:

- Skisseprosjekt eller forprosjekt skal være ferdig innen utgangen av 2015.
- Detaljprosjektering og anbudsrunde skal gjennomføres i 2016.
- Realisering i form av rehabilitering/ombygging/nybygg skal skje i 2016/2017.



**Figur 2: Overordna gjennomføringsmodell og prosjektplan**

RO anbefaler at Ibestad kommune tar utgangspunkt i en metode for tidligfaseplanlegging som blir benyttet i sykehusprosjekter og modernisering for kommunehelsetjenesten<sup>1</sup>. Framtidig sykehjem vil ha høy grad av kompleksitet, derfor er det viktig å avklare grunnleggende spørsmål før kommunen starter opp med prosjekteringsfasen.

## 1.2 Metodisk tilnærming

Innholdet i arbeidsmøte 1 har vært:

- Nasjonale og lokale føringer for omsorgstjenesten framover.
- Kvalitetssikring på statusbeskrivelsen (analysen av nå-situasjonen)
- Utarbeiding av utfordringsbildet for omsorgstjenestene i Ibestad kommune.
- Starte arbeidet med framtidig omsorgstrapp og dimensjonering av omsorgstjenesten.

Arbeidsmøte 2:

- Morgendagens omsorg i Ibestad kommune.
- Dimensjonering og avstemming av alle trinn i omsorgstrappa.
- Framtidig omsorgsarena: antall plasser og organisering.
- Arbeidsgruppas konklusjon og tilråding.

<sup>1</sup> Veileder for tidligfaseplanlegging, utgitt av Helsedirektoratet.

## 2. Bakgrunn

Ibestad sykehjem ble bygd i 1974 og tilbyr i dag avlasting-, korttids og langtidsopphold og har pr tiden 32 plasser i drift. Sykehjemmet er delt inn i fire avdelinger; to avdelinger for langtidspleie (8+8 plasser), en avdeling for lettere pleie (korttidsopphold og mulighet for rehabilitering, 7 plasser) og en avdeling for personer med demenssykdom (9 plasser).

Slik RO forstår bestillingen vil hovedtyngden i arbeidet ligge i analyse og strategiutvikling. Dette vil innebære arbeid med dimensjonering av de ulike trinnene i omsorgstrappa og vurdering av balansen mellom de ulike tjenestene/trinnene for å sikre helhet og fleksibilitet som hindrer unødvendige flaskehals i tjenesten. Flaskehals kan eksempelvis være større etterspørsel etter institusjonsplass enn det kommunen disponerer. Det kan også være mangel på korttids plasser. En tredje faktor kan være for lav maksterskel for å få nødvendig hjemmebasert omsorg, der behovet for tjenester må løses på et høyere tjenestettrinn enn det reelle behovet tilsier.

De ulike trinna i omsorgstrappa skal sikre balansen mellom supplerende tilbud, hjemmetjenester, omsorgsboliger (med og uten heldøgns tjenestetilbud) og sykehjem. For å møte framtidens behov er det viktig å møte tjenestemottakernes reelle behov og ivareta kommunens behov for en bærekraftig<sup>2</sup> ressursinnsats. Arbeidet med omsorgstrappa vil gi grunnlaget for framtidig innretning og dimensjonering av antall sykehjemsplasser.

Som utgangspunkt og grunnlag for arbeidet med omsorgstrappa, dimensjonering og organisering av omsorgstjenesten, ble det gjennomført analyse av nå-situasjonen i omsorgstjenesten i Ibestad kommune. Hensikten var å skape (om mulig) et felles bilde av dagens tjenestetilbud, både med hensyn til omfang, profil og resultatoppnåelse i henhold til faglige mål.

Med bakgrunn i nasjonale og lokale føringer gir analysen av nå-situasjonen et grunnlag for å konkretisere utfordringsbildet for omsorgstjenesten framover. Utfordringene handler om innbyggernes pleie- og omsorgsbehov, innretning og grad av samhandling, demografiske forhold, og framtidige muligheter. På bakgrunn av dagens status, framtidige utfordringer og muligheter, må ulike strategiske valg vurderes og danne grunnlag for planlegging av framtidig sykehjem. I hele dette arbeidet vil vurderinger av hva som gir kostnadseffektive og kvalitativt gode tjenester være førende.

Arbeidsgruppen har kommet fram til at dimensjonering av framtidig sykehjem må sees i lys av de utfordringer kommunen har når det gjelder geografi, samhandling med øvrige helse- og omsorgstjenester, frivillige, spesialisthelsetjenestene m.m.

---

<sup>2</sup> Bærekraftig utvikling er en samfunnsutvikling som imøtekommer dagens konsumbehov uten å forringe mulighetene for kommende generasjoner til å få dekket sine

### 3. Hva påvirker utforming av framtidige sykehjem

#### 3.1 Demografiske forhold

RO vil her se på noen sentrale nøkkeltall for den demografiske utviklingen i lbestad kommune. Disse nøkkeltallene kan gi et bilde av hvordan helse- og omsorgstjenesten bør innrette seg for å møte framtidens befolkningssammensetning. Nøkkeltallene handler om befolknings-framskriving, aldersbæreevne og Familieomsorgskoeffisient (givere):

- Befolkningsframskriving: Gjennom framskriving av folketallet ser vi hvordan utviklingen i de ulike aldersgrupperingene kan utvikle seg.
- Aldersbæreevne er forholdet mellom de yrkesaktive (16-66 år) og innbyggere 67 år og eldre og er av interesse for finansiering av pensjoner, velferdstilbud og helse- og omsorgstjenester.
- Familieomsorgskoeffisienten er forholdet mellom antall personer i alderen 50-66 år og personer over 85 år. Den er et uttrykk for antall potensielle familieomsorgsgivere og omsorgstrengende eldre.

Ved å framskrive folketall, aldersbæreevne og familieomsorgskoeffisienten kan kommunen danne seg et bilde av hvordan helse- og omsorgstjenesten bør innrette seg for å møte framtidens behov hos innbyggerne i lbestad.

#### 3.2 Politiske forhold

##### 3.2.1 Sentrale føringer som vil ha innvirkning:

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (gjeldende fra 01.01.12) inneholder en rekke forskrifter som regulerer driften. Det samme gjelder Folkehelseloven og andre lover. Tjenestene er stadig gjenstand for ulike statlige tilsyn.

Gjennomføring av Samhandlingreformen har i stor grad påvirket utviklingen av tjenestene. Reformen pekte blant ut følgende hovedutfordringer:

- ✓ Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok.
- ✓ Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom.
- ✓ Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets bæreevne.
- ✓ Økende behov for arbeidskraft og kompetanse.

Våren 2013 la Regjeringen fram Stortingsmelding 29 (2012-2013), "Morgendagens omsorg" – Omsorgsplan 2020. Her beskrives hva som skal vektlegges for å sikre utvikling og innarbeidelse av nye løsninger. Omsorgsplan 2020 er en plan for å møte både dagens behov og morgendagens utfordringer. Samtidig som Omsorgsplan 2015 gjennomføres, starter arbeidet med å utvikle og innarbeide nye og framtidrettede løsninger. Gradvis avløses Omsorgsplan 2015 av de nye tiltakene som bidrar til å gi Omsorgsplan 2020 en mer innovativ innretning.

Satsingsområdene i den nye planen er:

- ✓ Morgendagens omsorg - et innovasjonsprogram fram mot år 2020.
- ✓ Morgendagens omsorgstjenestebrukere - med et ressursorientert perspektiv.
- ✓ Morgendagens omsorgsfelleskap - med et pårørendeprogram, en nasjonal frivillighetsstrategi og politikk for ideelle, samvirkebaserte og private tjenesteleverandører.



- ✓ Morgendagens omsorgstjeneste - med faglig omlegging og større vekt på tidlig innsats, hverdagsrehabilitering og nettverksarbeid.
- ✓ Morgendagens omsorgsomgivelser - med et program for utvikling og innføring av velferdsteknologi og tiltak for fornyelse, bygging og utvikling av framtidens sykehjem og omsorgsboliger.

Samhandlingreformen var og er en retningsreform. I Omsorgsplan 2015 ble det synliggjort noen viktige prioriteringer. Omsorgsplanen skal dekke hele livsløpet og er en satsing for alle brukere av helse og omsorgstjenester, uansett alder, diagnose eller funksjonsnedsettelse. Planen vektlegger omstillingsdyktige tjenester, samhandling og helhetlig økonomi- og kommuneplanlegging.

Helsedirektoratets rundskriv «IS- 1/2014: "Nasjonale mål og prioriteringer på helse og omsorgsområdet i 2014" vektla helsefremmende og forebyggende arbeid, habilitering og rehabilitering, økt brukerinnflytelse, gode behandlingsforløp og forpliktende samarbeidsavtaler mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dokumentet gav føringer for prioriteringer på en rekke områder i kommunene.

### 3.2.2 Regionale føringer:

Arbeidsgruppa ser som konsekvens av utviklingen av nye behandlingsmetoder, tjenester og løsninger, at et tettere samarbeid mellom kommuner kan bli nødvendig. Kostnadene ved enkelte av framtidens velferdsordninger vil sannsynligvis bli så høye at de fremtvinger regionale og/eller interkommunale løsninger. Det samme gjelder behovet for arbeidskraft med nødvendig kompetanse.

Tjenesteavtaler som er inngått mellom Helseforetaket og kommunen regulerer deler av samhandling med Helseforetaket, men de kan ikke alene løse utfordringene lbestad kommune står overfor. I tiden som kommer kan det bli aktuelt å måtte vurdere framtidige samarbeidsløsninger med andre kommuner, da uavhengig av en eventuell kommunesammenslåing.

### 3.2.3 Kommunereformen:

Landets kommuner har blitt bedt om å starte prosesser for å avklare om det er aktuelt å slå seg sammen med nabokommuner. Disse prosessene skal danne grunnlaget for vedtak om ny kommuneinndeling. Målet med kommunereformen er å legge til rette for at flere kommuner skal slå seg sammen til større og mer robuste kommuner. Færre og større kommuner skal gi bedre kapasitet til å ivareta og videreutvikle lovpålagte oppgaver, gi bedre muligheter til å utvikle bærekraftige og gode lokalsamfunn, samt ivareta viktige frivillige oppgaver. Tar vi utgangspunkt i dette, kan en forvente at det blir endringer i kommunestrukturen også i Troms i løpet av relativt få år. Hva dette vil få av betydning for et framtidig sykehjem i lbestad er ikke utredet i denne runden, men må behandles som en konsekvens av framtidige vedtak. Generalistkommuneprinsippet er et utgangspunkt for denne reformen. Regjeringen har følgende fire mål for reformen:

- ⇒ gode og likeverdige tjenester til innbyggerne
- ⇒ helhetlig og samordnet samfunnsutvikling
- ⇒ bærekraftige og økonomisk robuste kommuner
- ⇒ styrket lokaldemokrati



### 3.2.4 Tjenesteprofil

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har RO gjennomført en studie av mønstre i innretningen av norske kommuners omsorgstjenester<sup>3</sup>. RO vil benytte metoden fra dette arbeidet til å sammenligne lbestad kommune sin tjenesteprofil med andre kommuner.

Tjenesteprofilen for lbestad beskrives ved at kommunen plasseres i en desil (ti-del) av norske kommuner som har samme verdi på faktorene som nevnt under. Dersom lbestad befinner seg helt på topp mht. andel som mottar hjemmetjenester får de score 10 (Den tidelen av norske kommuner som scorer høyest på denne faktoren). Befinner lbestad seg i den tidel av norske kommuner som scorer nest lavest på institusjonsorientering vil de være plassert i andre desil.

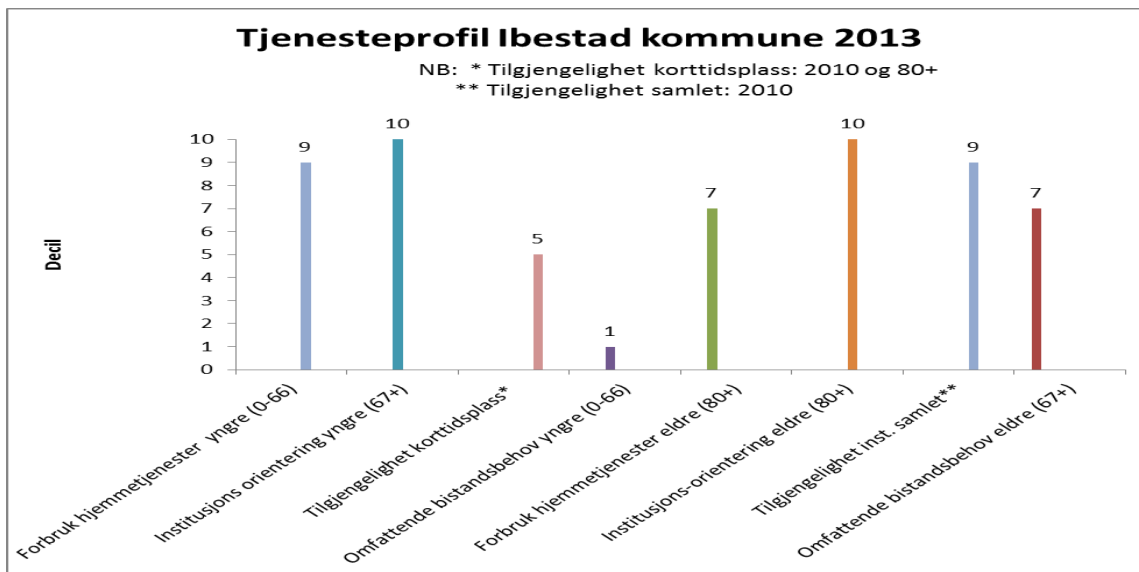
Forholdene som beskriver tjenesteprofilen er:

1. **Forbruk hjemmetjenester yngre.** Dvs. andel av kommunens befolkning som mottar hjemmetjenester i gruppen yngre (0-66).
2. **Forbruk hjemmetjenester eldre.** Dvs. andel av kommunens befolkning som mottar hjemmetjenester i gruppen eldre (80+).
3. **Institusjonsorientering yngre.** Dvs. andel av kommunens befolkning som bor på institusjon i gruppen yngre (67+).
4. **Institusjonsorientering eldre.** Dvs. andel av kommunens befolkning som bor på institusjon i gruppen eldre (80+).
5. **Tilgjengelighet korttids plass.** Dvs. antall utskrivninger per år per korttids plass per innbyggere over 80 år.
6. **Tilgjengelighet institusjon samlet.** Dvs. antall utskrivninger per år per sykehjemsplass samlet per innbyggere over 80 år.
7. **Omfattende bistandsbehov (intensitet) yngre.** Dvs. andel av hjemmetjeneste-mottakere som har omfattende bistandsbehov i gruppen yngre (0-66).
8. **Omfattende bistandsbehov (intensitet) eldre.** Dvs. andel av hjemmetjeneste-mottakere som har omfattende bistandsbehov i gruppen eldre (67+).

Med tjenesteprofil mener RO hvordan en kommune har innrettet sin omsorgstjeneste sammenlignet med øvrige norske kommuner. Figur 3 under er en indikasjon på tjenesteprofilen for lbestad. Denne er en indikasjon på at kommune har et høyt forbruk av hjemmetjenester til yngre (0-66 år) og ligger litt over gjennomsnittet når det gjelder hjemmetjenester til eldre (80 år og over). Når det gjelder grad av institusjonsorientering ligger kommunen blant den ti-delen av kommuner som har høyest institusjonsorientering. Samtidig ligger kommunen midt på når det gjelder tilgjengelighet på korttids plasser. Samla sett ligger kommunen blant den ti-delen av norske kommuner som har nest høyeste tilgjengelighet til sykehjemsplass.

---

<sup>3</sup> Nygård, L. & Brevik, I. (2013). «Mønstre og mangel på mønstre i innretningen av de kommunale omsorgstjenestene». NIBR-notat 2013:104. Norsk institutt for by- og regionforskning.



Figur 3. Tjenesteprofil lbestad kommune

Med hensyn til tilgjengelighet har RO ikke fått nødvendig tallgrunnlag for 2013 enda. Når lbestads verdier for tilgjengelighet sammenliknes med andre kommuner er altså tallgrunnlaget for de andre kommunene fra 2010. Det er likevel liten grunn til å anta at desilplasseringen til lbestad skal avvike mye fra en korrigerert oversikt for de andre kommunene. RO har gjennomgått tjenesteprofilen med arbeidsgruppa som stadfester at den kjenner seg igjen i dette bildet.

Nyere forskning innen pleie- og omsorgstjenestene<sup>4</sup> viser at det er store variasjoner i innretning og profil på kommunale pleie- og omsorgstjenester. Som eksempel på mangfoldet nevner Brevik og Nygård at i noen kommuner bor mer enn 25 prosent av gruppen 80 år og over på sykehjem med en gjennomsnittlig botid (liggetid) på sykehjemmet på over 3 år. Andre kommuner har ingen sykehjems plass for langtidsopphold, de sykehjems plassene kommunen rår over brukes som korttids plasser for behandling og rehabilitering og med en gjennomsnittlig botid på bare noen uker.

Brevik og Nygård hevder at noen kommuner har det vi kan kalle en forebyggende tjenesteprofil ved å gi litt hjemmetjenester til mange personer. Andre kommuner har det vi kan kalle en pleieprofil på hjemmetjenestene ved å gi mye hjelp til få personer. De hevder videre at vi i noen grad kjenner en del mønstre i variasjonen.

*«Kommuner med få innbyggere bruker jamt over relativt sett mye penger på omsorgstjenester. Ikke overraskende har alderssammensetningen betydning. Kommuner med høy andel eldre i befolkningen bruker relativt sett mer penger enn kommuner med lav prosentandel eldre. Kommuner med høye frie inntekter bruker mer penger enn kommuner med lave inntekter. Trolig er kommunens frie inntekter den enkeltfaktoren som i størst grad kan predikere hvor mye penger en kommune bruker på omsorgstjenester (Hjelmbrekke med flere 2011). Kommuner som i stor grad er institusjonsorientert bruker mer penger enn andre kommuner. Og fordi det ofte er kommuner med få innbyggere som også har store inntekter, er det særlig denne typen kommuner som relativt sett bruker mest ressurser på omsorgstjenestene.» (Brevik og Nygård, NIBR Notat 2013:104 s. 10)*

<sup>4</sup> Nygård, L. & Brevik, I. (2013). «Mønstre og mangel på mønstre i innretningen av de kommunale omsorgstjenestene». NIBR-notat 2013:104. Norsk institutt for by- og regionforskning.

I noen grad kjenner vi også kostnadsdriverne innen omsorgssektoren. Hagen med flere (2011) finner i tillegg til kommunale inntekter og alderssammensetning at følgende faktorer bidrar til å forklare variasjoner i ressursbruk: standardiserte dødelighetsrater, andel enslige, andel med lav utdanning, andel sosialhjelpsmottakere, antall psykisk utviklingshemmede, folketall, befolkningstetthet og reisetid internt i kommunen.

Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg slår fast følgende:

*«Hjemmetjenesteorientering framstår derfor som mer effektivt i den forstand at flere får et tilbud til mindre bruk av ressurser, og uten at det kan dokumenteres at tilbudet blir dårligere.»* (Borge og Haraldsvik 2005)

Også Sørheim og Paulsen (2012) finner at kommuner som i størst grad har omsorgstjenestenes brukere på institusjon, bruker mest ressurser per innbygger. Hjelmbrekke med flere (2011) finner at kommuner med ansatte hvor andelen med relevant høgskole-utdanning er stor, driver mer kostnadseffektivt enn kommuner hvor andelen med relevant utdanning er mindre. Hjelmbrekke finner også at ved å spesialisere heldøgns omsorg enten i institusjon eller i omsorgsboliger med heldøgns bemanning, har norske kommuner et estimert og uutnyttet kostnadsreducerende potensial gjennom stordriftsfordeler.

## 4. Status – dagens omsorgstjenester i Ibestad kommune

### 4.1 Demografisk utvikling

#### 4.1.1 Befolkningsframskriving

Tabell 1 viser antall innbyggere i ulike aldersgrupper samt den totale befolkningen i Ibestad kommune i tidsperioden 2015 til 2040. Framskrivningen er en prognose fra Statistisk sentralbyrå (SSB) som bygger på middels nasjonal vekst (MMMM alternativet).

Aldersgrupper	2015	2020	2025	2030	2035	2040
0-19 år	275	297	328	351	360	362
20-66 år	777	762	740	732	737	775
67-79 år	244	265	256	238	233	197
80-89 år	115	107	107	129	130	129
90 år eller eldre	23	19	27	25	30	36
<b>Totalt antall innbyggere</b>	<b>1436</b>	<b>1450</b>	<b>1458</b>	<b>1475</b>	<b>1490</b>	<b>1499</b>

Kilde: Befolkningsframskriving (SSB 2015 alternativ MMMM)

**Tabell 1: Befolkningsframskriving for ulike aldersgrupper samt totalbefolkningen i Ibestad kommune (tall vist for 5-års perioder over intervallet 2014-2040).**

Dersom denne prognosen (tabell 1) blir en realitet, stiger folketallet jevnt fram mot 2040.

- Aldersgruppa 20-66 år reduseres fra 2015 til 2030. Deretter får vi en øking.

- Aldersgruppen 67-79 øker fra 2015 til 2025. Deretter får vi en reduksjon.
- Aldersgruppen 80-89 reduseres fra 2015-2025. Deretter får vi en øking.
- Aldersgruppen 90+ vil reduseres fram mot 2020. Deretter får vi en øking.

En viktig problemstilling er hvordan dette vil påvirke helse-, pleie- og omsorgstjenesten i kommunen når antall eldre øker mer enn antall yrkesaktive personer i aldersgruppen 20-66 år som skal sørge for inntekter, bosettingsgrunnlag og omsorg for sine eldre i familien. RO gjør imidlertid oppmerksom om at slike prognoser er forbundet med stor usikkerhet. I henhold til tall fra SSB så viser det seg at antall innbyggere per 31.12.2014 er redusert med 26 innbyggere til 1410. Mange kommune erfarer at det er de yngste som flytter og de eldste som blir.

Et annet forhold som kontinuerlig må vurderes er hvordan flere eldre, økt levealder og endret kompetanse hos de eldre vil virke inn på behov og ønske om bistand. Den teknologiske utviklingen og den private velferden vil også være viktige premisser for hvilke tjenester som vil bli etterspurt og være mulig å gi.

Som følge av økt levealder og endra alderssammensetting i befolkningen, vil vi måtte påregne at antallet personer med demenssykdom vil øke framover (forutsatt at det ikke blir oppdaget behandlingsformer som kan helbrede, utsette eller redusere sykdommen). Det er viktig å diagnostisere demens og type demens. Dette for å skille dette fra kognitiv reduksjon og svikt som kan opptre ved normal aldring, somatisk og psykiatrisk sykdom. Og for tidlig kunne vurdere tiltak slik at riktige hjelpetiltak kan settes inn. Dette vil bidra til god oppfølging av personer med demens og deres pårørende, slik at de kan innrette sine liv etter sykdomsforløpet og delta og medvirke i de avgjørelser som påvirker behandling og tilrettelegging av tjenester.

I lbestad kommune er situasjonen litt annerledes. Fram mot 2020 reduseres antall eldre i de eldste aldersgruppene. Deretter vil antallet igjen øke og da spesielt etter 2025/2030. Derfor vil de tiltakene som iverksettes fra nå og framover, ha betydning for hvordan kommunen greier å møte økt framtidig behov. Dette vil stille krav til kommunen når det gjelder planlegging av framtidig tjenestetilbud, ikke bare overfor denne målgruppen, men også deres familier og pårørende. Basert på internasjonale studier<sup>5</sup> av omfanget av demenssykdommer, kan vi anslå hvor mange i lbestad kommune som har eller en vil anta får en demenssykdom (se tabell 2 under).

Forekomsten av demens er stigende. Forekomsten av demens i aldersgruppen 65-69 år er 0,9 %, 70-74 år 2,1 %, 75-79 år 6,1 %, 80-84 år 17,6 %, 85-90 år 31,7 % og fra 90 år og oppover 40,7 %. Dersom forekomsten av demenssykdommer holder seg på dagens nivå, vil antall personer med demens øke med vel 10 personer innen 2040.

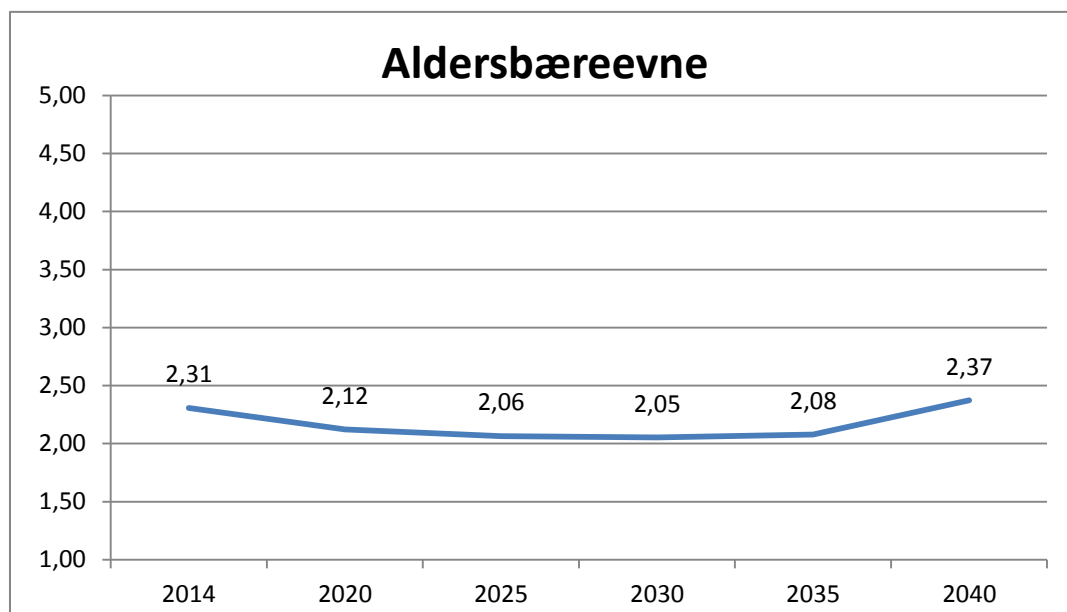
---

<sup>5</sup> Hvor mange har demens i Norge? Tidsskrift for Den norske legeforening 2014; Nr. 3-11. februar 2014.

	Prevalens i % Forekomst	2015	2020	2025	2030	2035	2040
65 - 69 år	0,9	1	1	1	1	1	1
70 - 74 år	2,1	2	2	2	2	2	2
75 - 79 år	6,1	4	5	6	5	5	5
80 – 84 år	17,6	14	9	12	14	13	13
85 – 90 år	31,7	11	17	12	15	18	16
90 år og eldre	40,7	9	8	11	10	12	15
SUM		41	42	44	47	51	52

Tabell 2, Kilde: SSB (Middels nasjonal vekst, alternativ MMMM) Prevalens<sup>6</sup> av demensforekomst i Ibestad kommune

#### 4.1.2 Aldersbæreevne



Figur 4: Aldersbæreevne. Antall personer i yrkesaktiv alder (16-66 år) per antall eldre i gruppen 67 år og mer i Ibestad kommune

Figuren viser at det var 2,31 personer i yrkesaktiv alder per eldre i 2014, og at koeffisienten for aldersbæreevne reduseres til 2,05 fram mot 2030. deretter stiger den opp mot 2,37 i 2040. Til sammenlikning var det på landsbasis 4,7 personer i yrkesaktiv alder per eldre i 2000. Aldersbæreevnen på landsbasis reduseres til 3,5 i 2030 og 2,9 i 2050. Som nevnt under punkt 4.1.1 kan aldersbæreevnen i Ibestad kommune bli ytterligere redusert hvis antall innbyggere i yrkesaktiv alder er de som flytter ut.

For finansiering av framtidige omsorgstjenester er det viktig med forholdet mellom den yrkesaktive befolkningen (20–66 år) og den eldre delen av befolkningen (80 år og eldre), også kalt "aldersbæreevne". Figur 4 viser en reduksjon over tid i antall personer i yrkesaktiv alder og en økning av personer 80 + i Ibestad kommune etter 2020. I perioden 2015 til 2040 reduseres andel innbyggere i aldersgruppa 20-66 år fra 54,1 % til 51,7 %. Mens andelen i aldersgruppa 80 år og eldre øker fra 9,6 % til 11,0 %. Dette betyr at "aldersbæreevnen" svekkes.

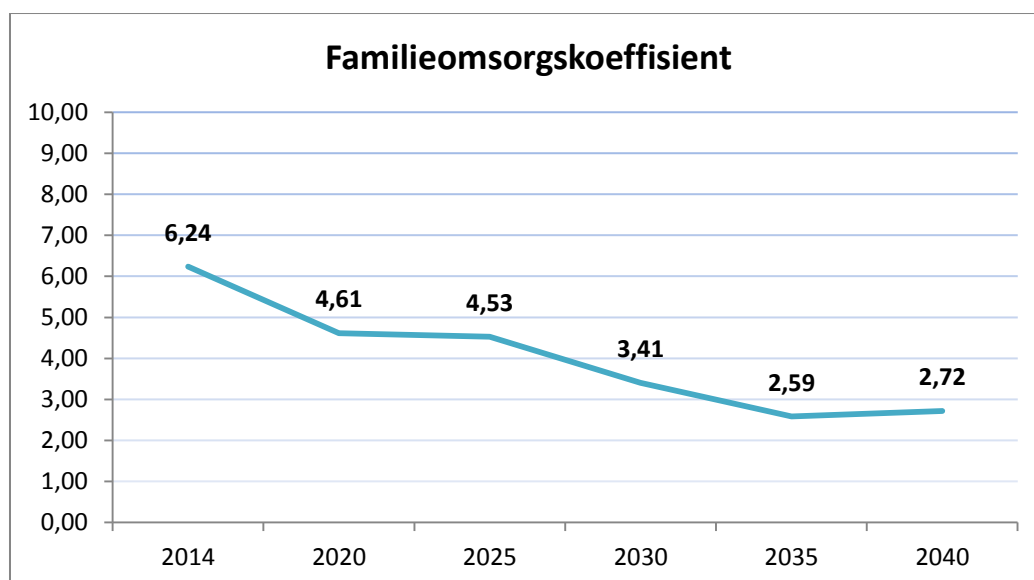
<sup>6</sup> Antall sykdomstilfeller delt på antall individ i en gruppe eller folketall til enhver tid

I mange kommuner ser vi at andelen av befolkningen i aldersgruppa 67-79 år øker til dels mye. I lbestad kommune er trenden ikke så sterk. I 2015 utgjør denne aldersgruppa 16,9 %, i 2025, 17,5 % og i 2040, 13,1 %. RO gjør oppmerksom på at dette er statistisk framskrivings-tall (SSB-MMMM) og med den usikkerheten som ligger i slike framskrivinger. Figuren viser framtidig aldersbæreevne i lbestad kommune.

Et annet forhold er hvor mange private omsorgsytere har lbestad kommunen å spille på lag med framover. Familieomsorgskoeffisienten, det vil si antall personer i aldersgruppen 50-66 år per person i aldersgruppen 85 år og over sier oss noe om dette. Figur 5 under viser en halvering fram mot år 2040.

#### 4.1.3 Familieomsorgskoeffisient

Familieomsorgskoeffisienten uttrykker antall potensielle familieomsorgsgivere i aldersgruppen 50-66 og omsorgstrengende eldre over 85 år. Grunnen til at disse to aldersgruppene inngår i dette målet er at eldre over 85 år har de største omsorgsbehovene i befolkningen, og aldersgruppen 50-66 er de som i størst grad yter omsorg til eldre i familien.



Figur 5. Antall personer i aldersgruppen 50-66 år per person i aldersgruppen 85 år og over (Familieomsorgskoeffisienten) 2014 – 2040

I 2014 har lbestad 6,24 personer i aldersgruppen 50-66 år per eldre i alderen 85 år og over. Tallet forventes å synke jevnt fram til 2035 for deretter å stige noe. I 2040 er det 2,72 personer i aldersgruppen 50-66 år per eldre i alderen 85 år og over. Figuren viser at lbestad kommune vil få en halvering av antall nærpå personer fram mot år 2035. Bli dette en realitet, kan en forvente et større press på det kommunale tjenestetilbudet.

Endringer i alderssammensetningen er avgjørende for hvor mange familieomsorgsgivere de over 85 år kan støtte seg på og vil kunne påvirke framtidige familieomsorgsmønstre. Det er også viktig kunnskap for hvordan tjenestene bør innrettes fram i tid.

## 4.2 KOSTRA

RO har i samråd med oppdragsgiver valgt å sammenlikne KOSTRA-data fra lbestad kommune med data fra KOSTRA-gruppe 6 (K6), og kommunene Gratangen, Lavangen og Dyrøy. For ytterligere tabeller og figurer (se vedlegg 1 og 2).

Metoden innebærer at vi ser på utvalgte nøkkeltall (kommunens prioriteringer, dekningsgrader og produktivitet) innenfor de ulike tjenesteområdene. Hvis egen kommune har særlig avvikende kostnadsprofil på et område, kan dette være en indikasjon på at området bør undersøkes nærmere. En KOSTRA-analyse gir ikke svar på om tjenesten er «riktig dimensjonert» eller hvordan en innsparing kan foregå, ei heller om en omlegging av tjenesten er realistisk, men analysen gir gode holdepunkter for hvor en eventuell endring av tjenesten kan være hensiktsmessig.

Tall fra KOSTRA 2013	lbestad	Gratangen	Lavangen	Dyrøy	Kr.gr. 06
Andel innbygg. 80 år og eldre	9,6	8,0	7,1	7,2	6,4
Andel innb. 80 år og eldre som er beboere på institusjon	21,7	16,5	13,9	22,6	18,5
Andel enslige innb. 80 år og over	52,2	51,6	166,7* 69,7 (2012)	88,1	82,1
Plasser i institusjon i % av innb. 80 år og eldre	23,2	24,2	27,8	29,8	26,6
Andel plasser i institusjon og heldøgnsbemannet bolig i prosent av innb. 80 år og eldre	46 (*23)	27	28	39	36
Mottakere av hjemmetjenester pr. 1000 innb. 0-66 år	3,3	2,1	1,9	4,3	2,6
Mottakere av hjemmetjenester pr. 1000 innb. 67-79 år	9,3	9,2	5,1	13,3	11,0
Mottakere av hjemmetjenester pr. 1000 innb. 80 år og eldre i %	39,1	36,3	34,7	34,5	38,3
Netto driftsutgifter pleie- og omsorg pr. innb 80 år og eldre	302 355	319 495	280 944	387 250	432 604
Korrigerte brutto driftsutgifter, institusjon, pr. kommunal plass, konsern	1 130 438	881 318	738 800	848 080	999 322
Korrigerte brutto driftsutgift. pr. mottaker av hjemmetjenester, konsern	122 892	222 269	178 106	162 242	228 722
Lønnsutgifter per kommunalt årsverk eks. fravær i pleie og omsorg	570 627	622 822	537 039	622 822	610 789
Legetimer pr. uke pr. beboer i sykehjem	0,19	0,36	1,20	0,27	0,40
Fysioterapitimer pr. uke pr. beboer i sykehjem	(Mangler)	0,29	0,05	0,42	0,34

Tabell 3. Kilde SSB 2013

\* Andel plasser i institusjon og heldøgnsbemannet bolig i prosent av innbyggere 80 år og eldre er rapportert feil for 2013. Kommunen har etter det RO har fått opplyst ingen slike botilbud. I foreløpige KOSTRA-tall for 2014 er den prosentvise andelen redusert til 23. Det vil si at kommunen kun har et heldøgnsstilbud ved sykehjemmet.

## 5 Valg av framtidig løsning

### 5.1 Innledning

Som utgangspunkt for beregning av framtidig aktivitets- og kapasitetsbehov ved lbestad sykehjem, har det vært brukt fordeling av aktivitet og framskriving knyttet til en omsorgstrapp<sup>7</sup>. For å kunne utrede behovet for sykehjemsplasser har RO i samarbeid med arbeidsgruppen utarbeidet et forslag til omsorgstrapp som tar utgangspunkt i BEON-prinsippet som betyr- beste effektive omsorgsnivå. Dette innebærer at en tjenestemottaker skal motta tjenester tilpasset de konkrete behovene, men ikke mer enn det som ivaretar tjenestemottakeren på en forsvarlig måte. Fordelingen av ressurser mellom de ulike nivåene i omsorgstrappa er avgjørende for effektiv utnyttelse av BEON-prinsippet. Et framtidig sykehjem vil måtte dekke kommunens behov for å tilby ulike typer korttidsplasser. Samtidig vil det være behov for "langtidsplasser" enten i sykehjemmet eller i omsorgsbolig bygd som bofellesskap og med samme døgntrygghet som vi i dag har ved sykehjemmet. Omsorgstrappa illustrerer ulike nivåer i tjenestene (se figur 6).



Figur 6; Omsorgstrappa

<sup>7</sup> Et tjenestetilbud som reflekterer den enkeltes behov og viser hvordan økende behov møtes med økende tjenestetilbud og motsatt. Omsorgstrappa i lbestad har 5 nivå.



## Grunnmur (basis for tjenesteutforming):

### ⇒ Felles / enhetlig tjenestetildeling.

- Ibestad kommune skal sørge for at alle som mottar tjenester har et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud. En felles/enhetlig tjenestetildeling<sup>8</sup> vil sikre innbyggerne rettferdige og likeverdige tjenester. Å sørge for helhetlige og koordinerte tjenester, intern og eksternt samhandling og brukermedvirkning er av stor betydning for en bærekraftig tjeneste. Det bør derfor legges til rette for gode samhandlingsarenaer mellom de som fattet vedtak (forvaltningen), de som er tjenesteutøvere og tjenestemottakere (og pårørende der dette er ønskelig). Med tjenesteutøvere menes alle som må bidra for at tjenestemottakere skal få det tjenestetilbudet/behandlingen som er nødvendig.

### ⇒ Tjenestetildeling på rett nivå.

- Hovedmålet med tildeling av tjenester er å sikre tjenestemottakeren nødvendig helsehjelp. Det skal være samsvar mellom behov og tildeling. Tjenestemottakere bør gis mulighet til aktiv medvirkning. Tjenestebehovet vil ofte variere og dermed danne grunnlag for justeringer. I hvilken grad tjenestemottakernes tilfredshet med en tjeneste er, antas å svare til hvordan kommunen greier å oppnå brukertilpasset tjenestekvalitet. Det betyr at kommunen bør styre tjenestene ved å legge tjenestevirksomheten til rette, basert på klare retningslinjer/føringer. Ved å ha tydelige vedtak (styring) vil det bidra i større grad til tjenesteyternes vilje og evne til å tilpasse utførte tjenester til relevante brukerbehov. Relasjonen mellom tjenesteytere og tjenestemottaker vil, sammen med tjenesteresultatet, danne grunnlag for tjenestemottakerens vurdering av tjenesten. Tjenestekvaliteten fastlegges i vedtaks- og evalueringsfasen og i møte mellom tjenesteyter og tjenestemottaker.

### ⇒ Mestring, vi er selv ansvarlig for egen helse og bolig, ønske om å være selvhjulpen lengst mulig, folkehelse- forebyggingsperspektivet.

- Alle har vi ansvar for den livsstilen vi fører og dermed egen helse. Det er ulikt hvilke økonomiske og sosiale forutsetninger vi har. Dermed ulike forutsetninger for egne valg, men den enkelte kan og skal kunne medvirke ut fra de forutsetninger den har. Ibestad kommune skal bidra med utgangspunkt i den enkeltes levekår og sette tjenestemottakeren i stand til å klare mest mulig selv. Kommunen bør fokusere på forebygging framfor behandling. Dette for å redusere konsekvensene av sykdom og sosiale forhold. Hverdagsrehabilitering som ideologi og behandlingsform bør "gjennomsyre" måten å arbeide på. Aktiv innsats tidlig, vil bidra til å redusere eller utsette behovet for behandling og omsorg.

### ⇒ Rett bruk av kompetanse.

- Ibestad kommune bør ha fokus på nødvendig kompetanse og hvordan denne nyttes. Strategisk kompetanseplanlegging og styring handler om å sikre organisasjonen nødvendig kompetanse for å mestre dagens og framtidige oppgaver. Det er viktig at kommunen greier å anskaffe, utvikle, mobilisere og hvis nødvendig, utvikle kompetanse. Strategisk kompetansebruk og utvikling vil bidra til at kommunen står bedre rustet til å møte dagens og morgendagens behov på en bærekraftig måte. F.eks. bør ansatte med en bestemt kompetanse gis mulighet til å nytte denne, det vil

---

<sup>8</sup> De som mottar og behandler alle søknader om tjenester, og som er kommunens kontaktledd mot spesialisthelsetjenesten etc.

høy grad av kompetansemobilisering. Noe som også vil bidra til at tjenestemottakeren sikres rett kompetanse til rett tid og mindre turnover blant ansatte.

⇒ **Bruk av velferds teknologi.**

- Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon.

Et suksesskriterium vil være at kommunen klarer å etablere gode systemer som kan bidra til en kvalitetsmessig, effektiv og sikker informasjonsflyt. I hvilken grad kommunen greier å utnytte velferdsteknologi kan være avgjørende for å implementere en felles faglig plattform for kommunikasjon mellom de ulike aktører som tjenestemottaker, hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester, spesialisthelsetjenester, fastlege og legevakt.

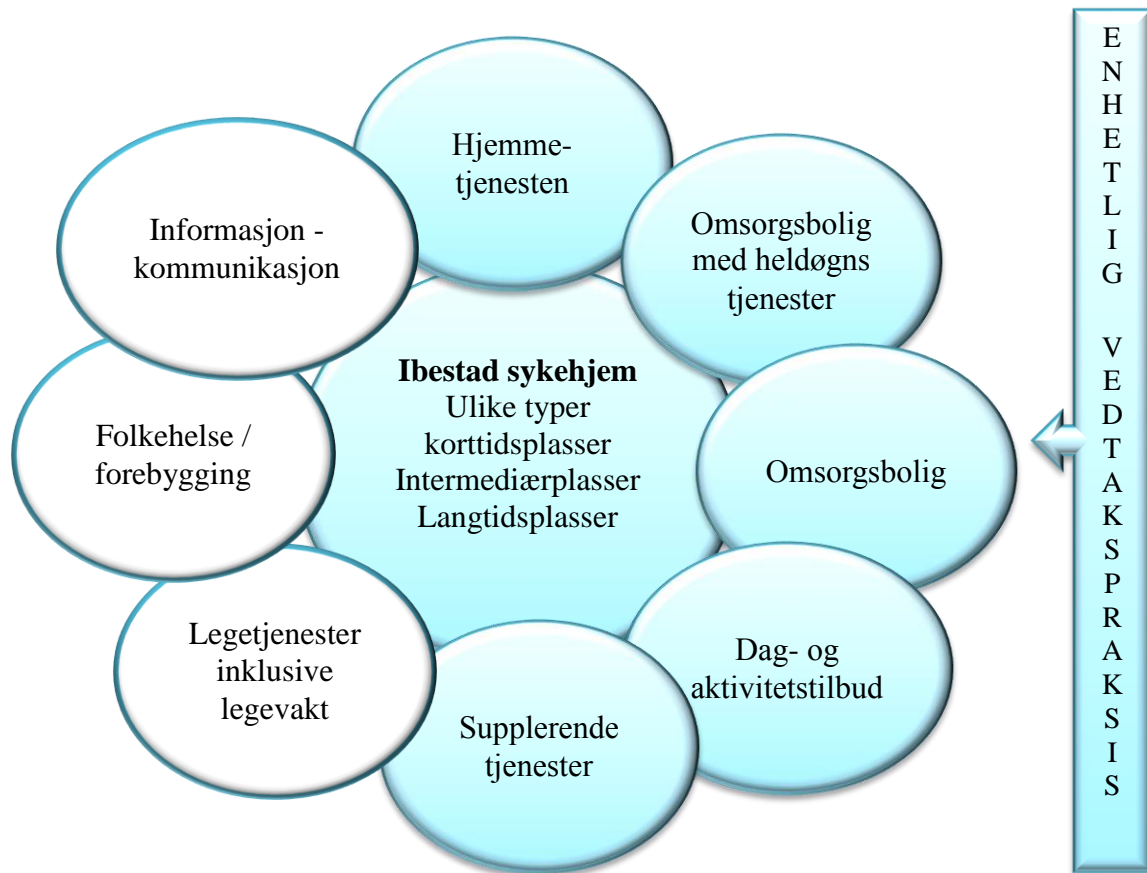
⇒ **EN sammenhengende tjeneste for å sikre et helhetlig tjenesteforløp.**

- En forutsetning for å lykkes med å sikre en bærekraftig tjeneste er å etablere en arbeidsmåte som sikrer en helhetlig tjeneste. Det innebærer at skottene mellom de ulike tjenesteområdene viskes ut. Dette gjelder på tvers av ALL kommunal tjenesteyting / forvaltningsnivå. Da vil ledelse, samhandling, gjensidig tillit, kompetansemobilisering og å ta i bruk nye arbeidsmetoder være av stor betydning. Lykkes kommunen i å etablere en sammenhengende tjeneste, vil dette også kunne påvirke omdømme positivt. Et helhetlig tjenesteløp forutsetter at kommunen tenker og handler helhetlig, det vil si et paradigmeskift. Dette gjøres mulig gjennom målretta og helhetlige tjenester hvor kompetanse nyttes med utgangspunkt i tjenestemottakernes behov. Et helhetlig tjenesteløp sikres ved at ALLE tjenesteytere (ansatte) arbeider mot det samme målet og i tett samarbeid med tjenestemottakere og om nødvendig deres pårørende.

Hvordan disse nivåene er dimensjonert og fungerer er avgjørende for både kvalitet for tjenestemottakeren og grad av kostnadseffektivitet i utnyttelse av de kommunale ressursene. Det er viktig for en best mulig utnyttelse av ressursene at tjenestemottaker gis tilbud så langt ned i omsorgstrappa som mulig, og riktig i forhold til behov. I praksis gjelder dette alle kategorier tjenestemottakere - uavhengig av diagnose. Det bør være et mål i lbestad at innbyggere som har behov for tjenester skal kunne bo i eget hjem så lenge som mulig, og at man skal kunne bevege seg mellom nivåene på en fleksibel måte, og at det i anvendelsen av omsorgstrappa fokuseres på eget ansvar, mestring, muligheter og forebygging. Det forebyggende og helsefremmende perspektivet må implementeres i forhold til grupper og individer i hele tiltakskjeden som omsorgstrappa representerer. Omsorgstrappa viser til en sammenheng der økende behov møtes med økende tjenestetilbud.

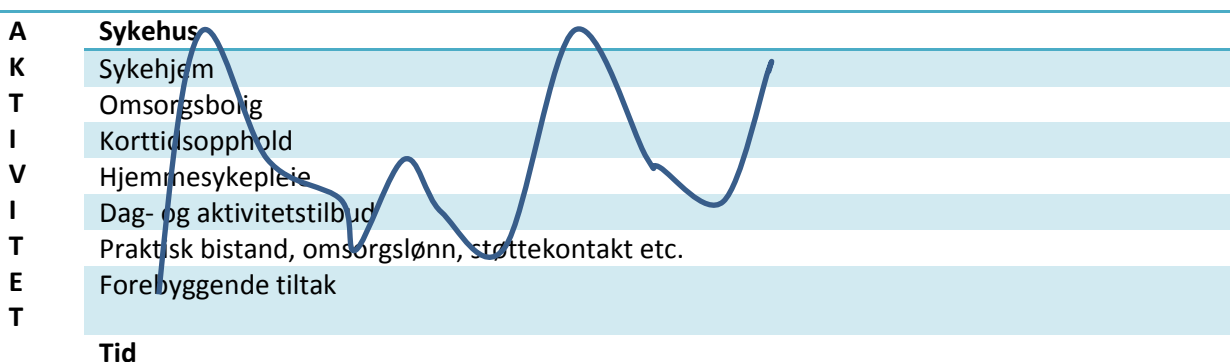
For å møte dagens og framtidens behov vil mye stå og falle på i hvilken grad de ulike tjenestene samhandler. For å lykkes i framtidig drift av sykehjemmet må kommunens helse- og

omsorgstjenester samhandle. Dette er også en forutsetning for at tjenestemottakerne skal oppleve en helhet i tildelte tjenester. RO har illustrert dette i figur 7.



Figur 7 viser et helhetlig og sammenhengende tjenesteløp

Eksempler fra praksis og forskning viser at en tjenestemottaker kan befinne seg på ulike nivå gjennom sin sykdomsforløp<sup>9</sup>. Dette betyr at en tjenestemottaker kan være på korttidsopphold ved sykehjem etter utskrivning fra sykehus og deretter bo hjemme med tjenester fra hjemmetjenesten etc. Tabell 4 under illustrerer et svingende tjenesteforløp.



Tabell 4 Langvarig trinnvis forløp

<sup>9</sup> Aksøy H. Opp omsorgstrappen og inn i sykehjem. Trinn for trinn eller i store sprang? Nære pårørendes fortelling om en nær slektnings vei til fast plass i sykehjem NOVA, Presentasjon fra V. norske kongress i aldersforskning, 2011

Tabellen viser et trinnvis forløp<sup>10</sup> som kan strekke seg over tid. Eksemplet viser at det ikke er en jevn og lineær utvikling av tildelte tjenester og at tjenestebehovet er drevet av sykdomsforløp, funksjonsnivå og ressurser hos tjenestemottaker. RO har her tatt utgangspunkt i en tenkt omsorgstrapp og fordeling av aktivitet med antall tjenester knyttet til det. Antall tjenester forstås som antall gitte tjenester innenfor et tjenesteforløp til en som mottar tjenester i kommunen. En tjenestemottaker kan ha flere tjenester som for eksempel hjemmehjelp, hjemmesykepleie, avlastning, rehabilitering og støttekontakt etc. Alt etter tjenestemottakerens behov og ressurser. Antall tjenester skal betraktes som en helhetlig og sammenhengende aktivitet.

## 5.2 Fremtidens helse og omsorgstjenester i Norge og Ibestad kommune

I befolkningsframskrivingenes mellomalternativ (MMMM) vil folketallet i Norge fortsette å vokse relativt raskt, men ikke like raskt som de siste årene. Veksten vil særlig være høy i og rundt de store byene. Aldringen av befolkningen fortsetter, og i 2060 vil hver femte innbygger være 70 år eller mer, ifølge mellomalternativet. Befolkningsframskrivingen i Ibestad kommune viser at antall innbyggere antas å øke med 3,8 % men antall eldre over 80 år vil øke med 13,8 % i perioden fram mot år 2040. Tar vi utgangspunkt i antall innbyggere 67 år og eldre vil veksten bli 2,8 %. Det betyr at den største veksten i de eldste aldersgruppene får Ibestad kommune i aldersgruppa over 80 år (se tabell 5).

Befolkningsframskrivingen og endringer i befolknings sammensetning i Ibestad fram mot 2040													
Alder	2015	2020	2025	2030	2040	%-vis endring 2015-2020	%-vis endring 2015-2025	%-vis endring 2015-2030	%-vis endring 2015-2040	Endring i absolutte tall 2015-2020	Endring i absolutte tall 2015-2025	Endring i absolutte tall 2015-2030	Endring i absolutte tall 2015-2040
0-12 år	147	188	191	221	220	27,8	29,9	50,3	49,6	41	44	74	73
13-19 år	128	109	117	130	140	-14,9	-8,6	1,5	9,3	-19	-11	2	12
20-44 år	323	363	390	406	427	12,3	20,7	25,7	32,2	40	67	83	104
45-66 år	454	399	350	326	310	-12,2	-22,1	-28,2	-31,8	-55	-104	-128	-144
67-79 år	244	265	256	238	233	8,6	4,9	-2,5	-4,6	21	12	-6	-11
80 og eldre	138	126	134	154	160	-8,7	-6,9	11,6	15,9	-12	-4	16	22
Antall innb.	1434	1450	1438	1475	1490	1,1	0,3	2,8	3,9	16	4	41	56

Tabell 5: Befolkningsframskriving og endringer i befolknings sammensetning i Ibestad. Kilde: SSB (MMMM)

De kommende demografiske endringene i Ibestad kommune vil øke behovet for pleie- og omsorgstjenester. Det største behovet for omsorgstjenester er knyttet til aldersgruppen over 80 år, men først etter 2025. Det forventes en økning i aldersrelaterte sykdommer og ulykker. Andelen eldre i befolkningen øker, dette kan skape behov etter større kapasitet i tjenestene og økt kompetanse om aldring, spesielt om demenssykdommer og sammensatte lidelser<sup>11</sup>.

Forskning viser at behov og forbruk av helsetjenester inklusive omsorgstjenester er avhengig av alder<sup>12</sup>, dvs. jo eldre man blir jo mer er sannsynligheten for at man har behov for tjenester. Forskningsfunnene som konkluderer med at forbruket av helse- og omsorgstjenester øker med alder, baseres på historiske data og er et resultat av historisk trend. På den andre siden er det stor usikkerhet knyttet til hvordan sykdomsbildet vil utvikle seg; morgendagens eldre kan også få bedre helse og holde seg friske lenger, eller leve lenger med sykdom. De vil ha bedre økonomi og utdanning

<sup>10</sup> Kilde: Daatland SO, Veenstra M. Bærekraftig omsorg? Familien, velferdsstaten og aldringen av befolkning. NOVA, 2012, side 150

<sup>11</sup> Meld. St. 16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015), Kapittel 5.5.

<sup>12</sup> NOU 2008:2 Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak

enn tidligere generasjoner<sup>13</sup>. Noen studier viser at generell helsesvikt og dødsfall forekommer hyppigere jo lavere en er plassert i utdanningshierarkiet<sup>14</sup>. Forbruket av helse- og omsorgstjenester varierer også dels etter inntekt og sosioøkonomisk status<sup>15</sup>. Derfor er det grunn til å anta at framtidens eldre vil ha behov for både spesialhelsetjenester og omsorgstjenester på en annen måte enn dagens eldre. Framtidens eldre kan stille høyere krav til standarden på tjenestetilbudet. Standardheving kan medføre økt behovet for flere årsverk, høyere og anvendt kompetanse, effektivisering og innovasjon<sup>16</sup> i tjenestene som inkluderer velferdsteknologi. Dette medfører rolleendring (paradigmeskift) og nye krav til kommunene, inklusive lbestad i framtiden.

Selv om kommunene erfarer at det er blant de eldste aldersgruppene vi finner flest mottakere av kommunale pleie og omsorgstjenester, viser forskning en tydelig vekst hos de under 67 år. Flere kommuner erfarer at andelen mottakere under 67 år utgjør en vesentlig andel og at over 50 prosent av ressursbruken går med til disse.

I perioden fra 1992 til 2004 økte andelen mottakere av kommunale pleie- og omsorgstjenester under 67 år fra 17 prosent til 29 prosent av totale antall mottakere. Senter for omsorgsforskning Nord-Norge utgav en rapport<sup>17</sup> der de så på ulike behov eller forskjellen i tjenestebehov/kostnad mellom yngre og eldre brukere i hjemmetjenesten. Bakgrunnen for prosjektet var den store veksten av yngre brukere og at eldre brukere, selv om de utgjør størstedelen (i tall), synes å få en stadig mindre del av ressursene.

Sitat fra sammendrag i rapporten: **«Yngre brukere sammenlignes med funksjonsfriske personer på deres egen alder – og hva som oppfattes som et verdig og akseptabelt liv for dem. Pleietrengende eldre sammenlignes ikke med funksjonsfriske eldre på samme alder».**

I en utvikling der flere yngre synes å bli mottakere av tjenester, vil utviklingen av antall personer i den eldste delen av befolkningen også være en viktig faktor når vi skal antyde behovet for omsorgstjenester i åra framover. Samtidig kan faktorer som levealder, helsetilstand, forventninger/krav, bosituasjon, samlivsmønster, uformell omsorg og annen frivillig innsats føre til at utviklingen vil avvike fra hva den demografiske utviklinga alene skulle tilsi. Etter som den prosentvis største økningen kommer i aldersgruppa 67-79 år, kan det være mye å «hente» ved å sette i verk ulike tiltak overfor denne aldersgruppen, der de fleste i en tidlig fase vil være relativt friske.

Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009) ble iverksatt 1. januar 2012. Reformen ble blant annet fulgt opp to nye lover<sup>18</sup>, og en rekke økonomiske og faglige virkemidler. Målet med samhandlingsreformen var og er å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre mellom ulike aktører i helsetjenester. Tjenestemottakere skal få tidlig og god hjelp når de trenger det nærmest mulig der de bor. De skal få rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud. Tjenestene skal ha god kvalitet, ha høy pasientsikkerhet,

---

<sup>13</sup> Meld. St. 29. (2012-2013) Morgendagens omsorg, Kapittel 4.1.3., 4.2.1.

<sup>14</sup> Elstad JI. Utdanning og helseulikheter problemstillinger og forskningsfunn, NOVA 2008

<sup>15</sup> Jensen A. Sosiale ulikheter i bruk av helsetjenester. En analyse av data fra Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse om helse, omsorg og sosial kontakt, 2009

<sup>16</sup> Fornytelse, nyskaping, forandring og tjenesteutvikling til det bedre, sørge for endringer i hvordan økonomiske goder eller andre verdier blir produsert på. Innovasjon er menneskeskapt og vil alltid kreve handlinger

<sup>17</sup> Senter for omsorgsforskning – rapportserie nr. 3-2012

<sup>18</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven og Folkehelseeloven

lav ventetid og være mest mulig tilpasset den enkelte bruker. Som igjen har ført og fører til nye roller og oppgaver for helse- og omsorgstjenestene i kommunene i tiden framover. For mange tjenestemottakere vil dagens behandlingsforløp, som ofte oppleves fragmentert/ikke sammenhengende lett skape utrygghet noe som kan forlenge og eller forverre den enkeltes sykdom/situasjon. En slik situasjon kan føre til flere innleggelses i både i sykehus og eller sykehjem, eller et tjenestetilbud på feil nivå i omsorgstrappa. Dette er både for den enkelte tjenestemottaker og samfunnsøkonomisk en dårlig løsning.

Ibestad kommune må sørge for at de greier å skape en organisasjon hvor de internorganisatoriske nettverks komplekse og sammenhengende karakterer innebærer overlappende oppgaver(arbeidsdeling), klare ansvarsforhold, gjensidig avhengighet og felles beslutninger. I praksis vil dette bety en organisasjon som samhandler på kryss og tvers ved å utnytte de faglige og økonomiske ressursene til beste for tjenestemottakerne.

Målet med Samhandlingreformen er bedre folkehelse og bedre helse- og omsorgstjenester på en bærekraftig måte. Strategien er blant annet å:

- forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp nærmest mulig der de bor. Lærings- og mestringstilbud og egenbehandling
- gi rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom en helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste som er tilpasset den enkelte bruker
- sørge for tilbud før, i stedet for og etter sykehusopphold som døgnplasser for observasjon, etterbehandling, lindrende behandling, rehabilitering og habilitering
- sikre god samhandling når ansvaret for pasienten flyttes mellom sykehus og kommuner, og mellom avdelinger og enheter innen sykehus og innad i kommunen. Gode samarbeidsavtaler og samlokalisering i lokalmedisinske sentra kan bidra til det
- forebygging, tidlig intervensjon og lavterskeltilbud for psykisk helsevern
- forsterkede bo- og tjenestetilbud i kommunen ved psykiske lidelser<sup>19</sup>.

Samhandlingstiltak viser at ulike former for organisering av omsorgstjenester i kommuner bidrar til å sikre observasjon, behandling og etterbehandling på beste effektive omsorgsnivå, forhindrer innleggelse i sykehus, og bidrar til større nærhet til og tilfredshet med tjenestetilbudet. Det kan derfor bygges opp kommunale tilbud før, istedenfor og etter sykehusopphold. Basert på erfaringer fra andre kommuner<sup>20</sup> og forskningsresultater i Norge<sup>21,22</sup>, samt behovet for å innføre endringer i samsvar med Samhandlingreformen<sup>23</sup>, anbefaler RO at Ibestad kommune etablerer følgende funksjoner i det "nye" sykehjemmet:

- Langtidsplasser, alternativt kan noen av disse dekkes med omsorgsbolig i bofellesskap

<sup>19</sup> Meld. St. 47 (2008-2009) Samhandlingreformen. Rett behandling - på rett sted-til rett tid, Kapittel 6

<sup>20</sup> <http://www.fosen.net/>

<sup>21</sup> Garåsen H et al. Long-term patients' outcomes after intermediate care at a community hospital for elderly patients: 12-month follow-up of a randomized controlled trial; Scand J Public Health 2008 Mar;36(2):197-204

<sup>22</sup> KS FoU-prosjekt nr. 134018: Øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene. Kartlegging av status og erfaringer ved etablering i norske kommuner som et ledd i samhandlingsreformen, 2013

<sup>23</sup> 17 <http://www.helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen/om-samhandlingsreformen/Sider/default.aspx>



- Intermediære plasser, eventuelt egne øyeblikkelig hjelp-plass døgntilbud (KAD senger<sup>24</sup>). Alternativt i samarbeid med andre kommuner
- Plasser for opptrening/ rehabilitering / habilitering (mestringsplasser)<sup>25</sup>.
- Plasser for lindrende behandling /palliasjon
- Avlastningsplass
- Brukerstyrte døgnplasser. Forebygging, tidlig intervensjon og lavterskeltilbud. På sikt bør dette også gjelde for psykisk helsevern
- Bolig for brukere med psykiske lidelser. Det er viktig å kunne tilby forsterkede bo- og tjenestetilbud i kommunen for personer med psykiske lidelser ved behov.

Den kommunale pleie- og omsorgstjenesten har fått tilført mange nye oppgaver i de siste årene og har hatt tilvekst av nye brukergrupper<sup>26</sup>. Det er både kommunehelsetjenesteloven og Samhandlingreformen som har vært viktige milepæler i denne utviklingen. En økning i aktiviteten i spesialisthelsetjenesten, og omlegging av driften med kortere liggetid og overgang til mer dagbehandling og poliklinisk virksomhet, har også medført at flere oppgaver enn tidligere i stor grad må løses i kommunen. Det har også skjedd store endringer innenfor hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester; blant annet veksten i årsverk hvor mesteparten av årsverksinnsatsen har gått til personer med langvarige somatiske sykdommer og nevrologiske lidelser. Det er færre brukere som bare mottar praktisk bistand i form av hjemmehjelp/praktisk bistand.

### 5.3 Potensialet og behovet for omstilling

I dette kapittelet drøftes de faktorer som legges til grunn for forventede muligheter for omstilling ved utredning av nytt sykehjem.

Bruk av omsorgstjenester øker kraftig med alder, og det framtidige antall eldre i befolkningen betraktes derfor som en av de viktigste drivkrefter bak økte utgifter. Dersom vi forutsetter samme bruksrater etter alder og kjønn som i dag, får vi et forenklet bilde av hvordan aldringen av befolkningen innvirker på framtidige utgifter. En enkel beregning viser at kostnader for plasser i sykehjemmet i lbestad kommune vil øke med 12,5 % eller 4,5 millioner kroner mot 2030 og med 15,6 % eller ca. 5,6 millioner kroner mot 2040, forutsatt at dagens kostnadsnivå opprettholdes og det ikke skjer andre endringer enten i forhold til tildeling av tjenester i kommunen eller andre endringer som medfører endringer i aktivitet.

I tabell 6 har RO forsøkt å synliggjøre kostnadsøkningen framover mot år 2040 hvis dagens dekningsgrad og kostnad per plass opprettholdes som i dag.

	2013	2020	2030	2040
<b>Tabell 6:</b> Plasser i institusjon i prosent av innbyggere 80 år over med dagens dekningsgrad 23,2 %	32	29	36	37
Korrigerte brutto driftsutgifter, institusjon, pr. kommunal plass. Kroner 1 130 438 (2013 tall)	36 171 640	32 782 702	40 695 768	41 826 206

<sup>24</sup> KAD skal bidra til å redusere antall øyeblikkelig hjelp innleggelser i spesialisthelsetjenesten.

<sup>25</sup> «Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til tjenestemottakerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.» [Forskrift om habilitering og rehabilitering §2](#). Forskjellen på habilitering og rehabilitering handler om skaden/tilstanden er medfødt (habilitering) eller ikke (rehabilitering).

<sup>26</sup> Data fra KOSTRA viser at antall brukere av hjemmetjenester har økt med 34 % pr 1000 innbyggere og gjennomsnittlig tall på timer i uka til omfattende bistandsbehov i hjemmesykepleie (og praktisk bistand) har økt med 29 % fra 2007-2013

En slik situasjon vil gi en betydelig økning i utgiftene til driften av lbestad sykehjem i årene framover. Og vil etter RO sine vurderinger bli utfordrende å løse innenfor en framtidig bærekraftig ressursramme. Alternativt at andelen av kommunens totale økonomiske ramme endres ved at sykehjemmet får økt sin relative andel, eller at driften effektiviseres tilsvarende.

## 5.4 Omfordeling av økonomiske ressurser og andre faktorer

Det ligger usikkerhet i antagelsen om at det er bare alder som er den viktigste faktor for utgiftene til framtidige helsetjenester i kommunen. I NOU 2008:2 "Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak"<sup>27</sup> viser man at alder har betydning for forbruket av somatiske helsetjenester, dermed kan man tro at alder også har betydning i forbruket av omsorgstjenester. Det er imidlertid også en rekke andre faktorer som kan påvirke forbruket av tjenester, blant annet også utgifter både for spesialhelsetjenester og omsorgstjenester i kommunen.

En studie fra Finland<sup>28</sup> viser at sammenhengen mellom den aldrende befolkningen og økt ressursbruk ikke har vært den samme over tid. Denne studien peker også på at potensielt viktige drivkrefter for bruk av omsorgstjenester i kommunen er knyttet til endringer både i samfunnet, i familiemønstrene, medisinsk -teknologisk utvikling, økte forventninger til tjenesten og i individuelle forutsetninger. I St. Meld. 29 står det at pårørende til de eldre har en viktig rolle i omsorgen ovenfor sine nærmeste, og de utfører omtrent halvparten av all omsorg i hjemmet. I følge St. Meld. 29 signaliserer man at det vil bli behov for å styrke familieomsorg i framtiden med ulike tiltak bl.a. muligheter for opplæring, informasjon, veiledning og omsorgslønn. Slike faktorer er i stadig endring og er hovedårsakene til endringer både i forbruket av omsorgstjenester i kommunen og utgifter. Tidligere erfaringer har vist at viktige reformer og politiske føringer (som HPVU-reformen), har bidratt til at forbruk og tilbud av omsorgstjenester ikke har vært konstant innenfor aldersgruppene. I løpet av de siste årene har det vært en betydelig økning av yngre brukere av hjemmebasert omsorg i kommunene, og det har vært økt fokus på disse tjenester<sup>29</sup> som har ført at ressursene har blitt tilført mer og mer til hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester. En studie fra Canada konkluderer at framskrivninger av alder, helse, sykdom og død gir ikke noe entydig bilde for framtidige utgifter til pleie og omsorg<sup>30</sup>. Det er mange faktorer som har betydning for framtidens ressursforbruk i form av utgifter og bemanning, blant annet hvordan kostnader blir fordelt mellom institusjoner og hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester i kommunen, derfor ligger det en viss usikkerhet knyttet til prognoser til framtidens utgifter for langtids døgnplasser og hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester etter år 2017.

En av de første analyser som var gjort i forhold til vurderinger av effekter av ordningen av kommunal medfinansiering av utskrivningsklare pasienter som ble innført som et ledd i Samhandlingreformen, viser at pasientene som skrives ut fra sykehus i 2012 har større pleiebehov enn tidligere. Samtidig beslaglegger de flere korttids døgnplasser. Analysen konkluderer også at kommuner som har god legedekning på døgnplasser har klart å redusere antall liggedøgn for utskrivningsklare pasienter fra

<sup>27</sup> NOU 2008:2 "Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak"

<sup>28</sup> Murphy, M., & Martikainen, P. (2011). Use of care services in relation to proximity to death among older people: Evidence from Finland. *Eurohealth* 17 (2–3), 18-21

<sup>29</sup> Daatland SO, Veenstra M. Bærekraftig omsorg? Familien, velferdsstaten og aldringen av befolkning. NOVA, 2012, kapittel 2.

<sup>30</sup> Payne, G., Laporte, A., Deber, R., & Coyte, P. C. (2007). Counting backward to health care's future: Using time-to-death modeling to identify changes in end-of-life morbidity and the impact of aging on health care expenditures. *Milbank Quarterly*, 85(2), 213-257



2011 til 2012<sup>31</sup>. En annen studie fra 2013 konkluderer også med at innføring av kommunal medfinansiering av utskrivningsklare pasienter har virket effektivt og har redusert antallet dager pasienter venter på et kommunalt tilbud. Men det andre funnet i samme studien reiser imidlertid tvil om den økte bruken av institusjoner i mottak av utskrivningsklare pasienter er en riktig utvikling i møte med fremtidige behov<sup>32</sup>.

En annen undersøkelse i Trondheim kommune viste at 800 av 1100 tjenestemottakere mottok mindre enn fem timer hjemmebasert omsorg per uke på det tidspunktet de ble innlagt i sykehjem<sup>33</sup>. I sykehjemmet var ressursbruk per bruker 30 timer eller seks ganger så høy. Derfor er det grunn til å tro at styrking og utvikling av hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester, er et av de viktigste tiltakene for å møte framtidens behov og utfordringer. Hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester har en avgjørende rolle i forhold til muligheter å bo hjemme lengst mulig og hvordan sykehjemmet innrettes. Behovet for sykehjemsplasser, det vil si antallet, avhenger av en tjeneste som tenker og handler helhetlig. Og at kommunen har alternative heldøgns botilbud.

En gjennomgang av hvor mye hjemmetjenester tjenestemottakeren I lbestad mottok i 2014, viser at på det tidspunktet de ble innlagt på sykehjemmet varierte timetallet fra 0-15 timer per uke.

I lbestad kommune mangler i dag gode alternativ til langtidsplass i sykehjemmet. I praksis betyr det at flere av de som har fått vedtak om langtidsopphold og som i dag har slikt vedtak, kunne ha fått dette tilbudet i omsorgsbolig<sup>34</sup> med heldøgns tjeneste. Ved å ha alternative bo-arenaer å tilby heldøgns-tjenester i, vil kommunen sørge for en riktig utviklingsretning fordi folk sannsynligvis kommer til å leve lengre med sykdommer: altså utvidet sykkelighet. Men forekomst og antall nye tilfeller av ulike sykdommer sier i seg selv ikke så mye om behov for omsorgstjenester fra det offentlige. En kan ha en alvorlig sykdom og likevel klare seg godt i dagliglivet<sup>35</sup>. Enkelte studier viser også en positiv sammenheng mellom forventet levealder og forventet antall friske leveår. De landene som har høy forventet levealder, blant annet Norge, har et høyt forventet antall friske leveår. Videre ser man at forekomsten av varige sykdommer øker, men hjelpebehov oppstår senere i livet og varer noe kortere enn før<sup>36</sup>. I følge St. Meld. 29 (2012-13) Morgendagens omsorg vil framtidens eldre ha høyere forventninger og krav til offentlige tjenester, samtidig som de vil ha større evne og vilje til selv å ta ansvar og være selvstendige og selvhjulpne. Vi må anta at framtidens eldre vil utgjøre en mer differensiert gruppe med ulike muligheter, behov og dermed ulike løsninger. Mange vil ha god helse, god personlig økonomi og høyt utdanningsnivå, i tillegg til gode kunnskaper om digitale produkter og tjenester. Dette kan bidra til at vi kan forvente flere leveår med god helse (Healthy Life Years: HLY), som er indikator for befolkningens helse. HLY angir hvor mange av de forventede leveårene vi kan regne med å tilbringe i god helse og uten nedsatt funksjonsevne. Denne tendensen og forskningsfunnene kan imidlertid indikere at eldre i framtiden vil klare å bo hjemme eller i

---

<sup>31</sup> Terje P. Hagen TP, David P. McArthur, Trond Tjerbo. Kommunal finansiering av utskrivningsklare pasienter. Erfaringer fra første året., HERO ved UiO, 2013/5

<sup>32</sup> Grimsmo A. Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? Sykepleien Forskning nr. 2, 2013; 8: 148-155

<sup>33</sup> Døhl, Øystein (2011): Data fra undersøkelse i Trondheim kommune gjengitt i artikkelen: Den moderne velferdsstaten. Flere sykehjemsplasser løser ikke eldrekrisen. Mandag Morgen nr. 14, 11. april 2011 s. 6-9. Oslo: Mandag Morgen

<sup>34</sup> Omsorgsbolig bygd som bofellesskap med samme døgntryggheten som vi i dag har ved sykehjemmet

<sup>35</sup> Parker, M. G., & Thorslund, M. (2007). Health trends in the elderly population: getting better and getting worse. The Gerontologist, 47(2), 150-158.

<sup>36</sup> Robine, J., Saito, Y., & Jagger, C. (2009). The relationship between longevity and healthy life expectancy. Quality in Ageing 10(2).

omsorgsbolig med heldøgns tjenestetilbud lengre enn i dag, og vil havne på sykehjem i faser og eller siste fasen av sitt liv.

Det er bred enighet i arbeidsgruppen om at det både kvalitets- og ressursmessig ligger et stort potensiale i en enda sterkere satsing på utbygging av hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester og bruk av ny teknologi i tiden framover. Økt satsing på hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester, bruk av velfredsteknologi i hjemmet og tidlig innsats, kan forebygge ytterligere funksjonssvikt og sykdomsutvikling og bidra til å utsette innleggelse i sykehjem og gi den enkelte et "bedre" liv.

## 5.5 Bruk av velfredsteknologi

Velfredsteknologi har mange ulike definisjoner. Den meste anvendte er fra NOU 2011: 11, Innovasjon i Omsorg s 100 (Hagen utvalgets innstilling):

*"Med velfredsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velfredsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velfredsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon"*

Det stilles videre krav om at alle sykehjem og omsorgsboliger som finansieres med tilskudd fra Husbanken skal være tilrettelagt for tilkobling av velfredsteknologi. Dette vil bidra til at framtidens boliger kan benytte velfredsteknologi og smarthusløsninger for å øke den enkelte brukers mestrings- og funksjonsevne, sikkerhet og kommunikasjonsmuligheter.

Et suksesskriterium vil være at vi klarer å etablere gode systemer som kan bidra til en kvalitetsmessig, effektiv og sikker informasjonsflyt. Moderne velfredsteknologi er avgjørende for å implementere en felles faglig plattform for kommunikasjon mellom de ulike aktører som bruker, hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester, spesialisthelsetjenester, fastlege og legevakt. Utvikling av velfredsteknologi forutsetter en samtidig satsning på tjenesteinnovasjon/tjenestedesign i kommunene slik at de settes i stand til å kunne implementere og dra nytte av de velfredsteknologiske løsningene. Innføring av velfredsteknologi forutsetter at kommunen har satt seg inn i de juridiske aspektene ved å ta i bruk denne typen teknologi. Dette innebærer blant annet krav om forsvarlig håndtering av sensitive personopplysninger. Velfredsteknologi er en samlebetegnelse for teknologi som bidrar til økt trygghet, sikkerhet og sosial deltakelse. Det er vanlig å dele velfredsteknologi i følgende underkategorier: (\* NOU 2011:11, avsnitt 7.11).

Det finnes ulike typer velfredsteknologi:

1) Trygghets- og sikkerhetsteknologi: er teknologi som alarmer (varme/brann, komfyrvakt, vann, besøk av uvedkommende), samt teknologi som varsler ved unormale hendelser (fall, døgnrytme, aktiviteter ol.) Forutsetning for denne gruppen er at mulighet for tilkalling av hjelp (behov for assistanse eller pleie/omsorg) er til stede. Teknologi for sporing av person utenfor hjemmet (demente som ikke finner veien hjem) er også kategorisert i denne gruppen.

2) Kompensasjons- og velværeteknologi: er teknologi knyttet til forflytning, trening, personlig hygiene, omgivelseskontroll for selvstendigjøring i eget hjem. Eksempler på slike løsninger er rullestol, rullator, høreapparat, forflytningsheiser, toalett m/spyl tørk, fjernstyring av lys, varme, vinduer, dører, komfyr ol. spillteknologi til hjelp i trening (Wii, X-Box osv.)

3) Teknologi for sosial kontakt: kjennetegnes ofte med videokommunikasjon (PC, Skype osv.) og webtjenester (nettsamfunn som Facebook, Twitter osv.) Andre typer teknologi for sosialt bruk er robotteknologi (tekniske "kjæledyr" som f.eks. Paro osv.)

4) Teknologi for behandling og pleie: er velferdsteknologi som også kan være et virkemiddel for å mestre egen helse ved kronisk lidelser. Personer med kroniske lidelser, som KOLS, hjertesvikt eller diabetes, kan følges opp i eget hjem og hjelpes og motiveres til å ta hånd om egen helse via videokonferansetjenester eller applikasjoner og tjenester. Med sensorteknologi og datakommunikasjon er det mulig for helsevesenet å følge helsetilstanden til den enkelte i hjemmet uten å være fysisk til stede. Måling av blodsukker, blodtrykk mv. med eller uten interaksjon med helsepersonell er eksempler på slike tekniske løsninger. Hensikten med disse løsningene, er å forebygge forverrelse av sykdom, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, på et tidligst mulig tidspunkt, for å forhindre sykehusinnleggelse og eventuelt innleggelse i sykehjem. Målet er at dette skal resultere i økt livskvalitet for bruker samtidig som at tjenestetilbudet er forbedret, gjennom bedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet. Løsninger som bidrar til at bruker kan mestre egen helse er i en prosess med kontinuerlig innovasjon som innbefatter både nye og forbedrede produkter, tjenester og organiseringer.

Velferdsteknologi blir ofte nevnt som et virkemiddel for å imøtekomme fremtidens utfordringer knyttet til stadig flere eldre og mangel på ansatte/hender for å opprettholde tjenestenivået som i dag. Selv om det jobbes mye med disse løsningene for eldre, kan teknologien ha enda flere brukergrupper. Yngre brukergrupper med funksjonsnedsettelse er en slik gruppe. Andre brukergrupper med noe form for midlertidig eller varig lidelse kan også ha nytte av velferdsteknologi.

Trygghetsalarmen er i dag det velferdsteknologiske hjelpemidlet som er mest utbredt i den kommunale omsorgstjenesten og 55 % av kommunene i Norge tilbyr dette som en av sine serviceytelser. Ved utgangen av 2013 var det registrert i overkant av 73.000 trygghetsalarmer i Norge som en del av kommunenes omsorgstjenestetilbud (Fagrapporten). I internasjonal sammenheng defineres trygghetsalarmer i tre ulike generasjoner ut i fra funksjonalitet (EU 2010); 1) Første generasjon omfatter enkel trygghetsalarm med varslingsfunksjon og to-veis talefunksjon, 2) Andre generasjon omfatter i tillegg utstyr for varsling via sensorer, som komfyrvakt, røykvarsler, oversvømmelsessensor mv, 3) Tredje generasjon omfatter mer avanserte sensorer for varsling når noen går ut, ved fall, GPS mv.

Ut over trygghetsalarmen, som har stor utbredelse, finnes svært lite velferdsteknologi som er implementert som en del av helse- og omsorgstjenesten. Mange norske kommuner gjennomfører piloter for utprøving av teknologi for økt trygghet og sikkerhet, som GPS, medisindispensere, røyk- og vannsensorer.

Fremtidens velferdsteknologi for bruk i hjemmet vil være helhetlige løsninger som er tilpasset den store brukergruppen med stort funksjonsinnhold. Vi vil se løsninger som snakker sammen gjerne med en "hub" (knutepunkt) som sentralenhet og mottak. Løsningen vil både ha varsling via sensorer og avanserte sensorer for varsling. Vi vil heller ikke skille velferdsteknologi i grupper, siden nye løsninger vil ha funksjoner både i forhold til medisinsk oppfølging, trygghet og sosialt.

Svært lite teknologi benyttes ved institusjoner i dag, ut over tradisjonelle pasientvarslingsanlegg. Disse anleggene har svært begrenset funksjonalitet, lik trygghetsalarmen for bruk i hjemmet, og har ikke ønsket brukergrensesnitt. Mange kommuner opplever stort omfang av feiltrykk på alarmen, noe som blant annet kan redusere tryggheten.

I fremtiden vil en heller ikke skille mellom teknologi for bruk i hjemmet og teknologi for bruk i institusjon. Trygghetsalarmen som vil benyttes i hjemmet er mobile, og vil også kunne benyttes når man er på institusjon. Vi vil også se at alarmen som benyttes ved institusjon har større grad av funksjonalitet og kan benyttes ut over institusjonen. Automatisk fall-alarm, elektronisk dørlås, GPS osv. er eksempler på funksjoner som vi vil finne på fremtidens pasientvarslingsanlegg.

## 5.6 Beregning av fremtidig aktivitets- og kapasitetsbehov

Med utgangspunkt i dagens innretning og andelen av befolkningen som mottar hjemmetjenester eller tilbud på sykehjemmet kan vi anslå framtidige aktivitets- og kapasitetsbehov, forutsatt at dagens praksis videreføres. Tabell 7 oppsummerer framskrevet aktivitet basert på endringer i demografi og alderssammensetning. Hvis man legger kun demografi til grunn for beregning av kapasiteter fram mot år 2040, vil antall sykehjemsplasser reduseres fra 30 i år 2015 til 27 i år 2025. Deretter vil kapasitetsbehovet øke til 33 i år 2030 og til 35 i år 2040. Ved bygging av omsorgsboliger med heldøgns tjenester vil behovet for sykehjemsplasser reduseres.

Ibestad har i dag i drift 32 sykehjemsplasser og 30 omsorgsboliger uten heldøgns tjenester. Tjenestebehov for de som bor i disse omsorgsboligene dekkes av hjemmetjenesten. Det betyr at kommunen per dato ikke har noe reelt alternativ til plass i sykehjemmet.

I tabell 7 har RO vist behovet for sykehjemsplasser og omsorgsboliger med heldøgns tjenester beregna ut fra 25 % og 28 % dekningsgrad. Demografisk framskrivning viser at i år 2025 vil det være behov for 31/35 plasser (omsorgsboliger og sykehjem) totalt, og i år 2040, 40/45. Demografisk framskrivning tar ikke høyde for framtidig økonomiske rammer eller omstillinger som er allerede i gang i Ibestad kommune. Eller endring som følge av at innbyggerne blir bedre i stand til selv å ta hånd om egen situasjon ved økt alder og eller sykdom.

Tjenestetyp	2020	2025	2030	2035	2040
Antall sykehjemsplasser og omsorgsboliger med heldøgns tjenester med 25 % dekningsgrad	34	31	33	38	40
Antall sykehjemsplasser og omsorgsboliger med heldøgns tjenester med 28 % dekningsgrad	38	35	37	43	45
Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på institusjon i 2013 (21,7 %)	30	27	27	33	35

Tabell 7. Behov for sykehjemsplasser og omsorgsboliger med heldøgns tjenester beregnet etter 25 og 28 % dekningsgrad eldre 80 år og over. Og med dagens dekningsgrad

Endring i sykdomsbilde og nye kommunale oppgaver som følge av dette, og endring i oppgavefordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, medfører at sykehjemets funksjon har og vil endre seg. Ibestad kommune skal sørge for nødvendig helsehjelp ved blant annet å kunne tilby heldøgns tjenester i sykehjemmet og i omsorgsbolig. Ut fra statlige tilrådninger<sup>37</sup> bør kommunen ha en dekning av slike tilbud tilsvarende ca. 25-28 % av antall innbyggere 80 år og eldre, da inklusive omsorgsboliger med heldøgns tjenestetilbud. RO har fått opplyst at det per dato er ca. 7 personer som har langtidsplass som kunne ha blitt skrevet ut til omsorgsbolig med heldøgns tjenester om kommunen hadde hatt et slikt tilbud. I tillegg til de fleste beboere som i dag har et tilbud på demensenheten. Tar RO utgangspunkt i disse opplysningene, kunne Ibestad kommune greid seg med ca. 15 sykehjemsplasser og ca. 20 omsorgsboliger med heldøgns tjenester i perioden fram mot år 2030. Forutsetningen er at kommunen har personell med relevant kompetanse og at denne kompetanse utnyttes fleksibelt. Det vil si at det er tjenestemottakerens behov som avgjør hvilken kompetanse som bør settes inn. Dette innebærer også at legetjenesten er og blir en viktig faktor for at tjenestemottakerne skal få god og forsvarlig oppfølging.

Tjenestetype	% andel 2013	Antall 2015	Antall 2020	Antall 2025	Antall 2030	Antall 2040
Mottakere av hjemmetjenester, pr. 1000 innb. 0-66 år (%)	3,3	35	35	35	36	36
Mottakere av hjemmetjenester, pr. 1000 innb. 67-79 år (%)	9,3	23	24	23	22	21
Mottakere av hjemmetjenester, pr. 1000 innb. 80 år og eldre (%)	39,1	54	49	52	60	62

**Tabell 8 viser antall mottakere av hjemmetjenester i 2013 og framtidig andel forutsatt samme tildelingspraksis som i dag. Kilde: SSB**

I tabell 9 har vi vist korrigererte brutto driftsutgifter per mottaker av hjemmetjenester. Med samme tildelingspraksis og andel tjenestemottaker i de ulike aldersgruppene er det mulig å beregne hvilke økonomiske konsekvenser dette vil ha framover. I tabell 9 har RO forsøkt å fremskrive disse ved å sammenholde antallet i tabell 8 med forventet reduksjon/vekst fram mot år 2040.

Kostnader per mottaker Kr. 122 892,-	Kostnad 2015	Kostnad 2020	Kostnad 2025	Kostnad 2030	Antall 2040
Totalt antall mottakere av hjemmetjenester	13 763 904	13 272 338	13 181 120	14 501 256	14 624 148

**Tabell 9 viser korrigererte brutto driftsutgift. pr. mottaker av hjemmetjenester i 2013, konsern. Kilde: SSB**

Forskningsprosjekter tyder på at det å bo hjemme medfører at brukere kan bevare sine interesser, ivareta sosiale roller og opprettholde sitt sosiale nettverk i kjente omgivelser. Å flytte på institusjon medfører tap, og økt opplevelse av å være avhengig og sårbar. Tjenestene fra hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester gir brukere større selvstendighet, og dermed ivaretas selvfølelsen<sup>38</sup>. Derfor er det viktig at behovet i form av kapasiteter møter framtidens behov i Ibestad kommune på en slik måte at mottakere av omsorgstjenester har mulighet å bo i omsorgsboliger, hvor det finnes muligheter for å opprettholde sin selvstendighet og sosiale roller. Utbyggingen av hjemmebaserte

<sup>37</sup> Handlingsplanen for eldreomsorgen. St.meld.nr. 50 (1996-97)

<sup>38</sup> Tønnessen S., Nortvedt P. Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie? Sykepleien Forskning nr. 3, 2012; 7: 280-285

pleie- og omsorgstjenester spiller en avgjørende rolle dersom en skal redusere etterspørselen etter plasser i sykehjemmet<sup>39</sup>. I arbeidsgruppen som har bidratt i dette arbeidet, kommer det tydelig fram at det er behov for omstilling fra institusjonsdrift til boliger med døgnbemanning.

I tabell 10 har RO satt inn hvilke funksjoner det "nye" sykehjemmet i lbestad kommune bør ha. Dette samsvarer med arbeidsgruppens konklusjoner.

Funksjoner	
1	Langtidsplasser
2	Intermediærplasser, eventuelt egne øyeblikkelig hjelp-plasser døgntilbud (KAD plasser). Alternativt i samarbeid med andre kommuner
3	Plasser for opptrening / rehabilitering / habilitering (mestringsplasser)
4	Plasser for lindrende behandling /palliasjon
5	Avlastningsplasser
6	Brukerstyrte plasser (trygghetsplass). Forebygging, tidlig intervensjon og lavterskeltilbud. På sikt bør også dette gjelde for psykisk helsevern

**Tabell 10: Oversikt ovenfor mulige funksjoner i "nytt" sykehjem i lbestad kommune, oppsummering av arbeidsgruppen**

Følgende forutsetninger anbefales ved plassering av funksjoner:

- Samlokalisere funksjoner som har behov for døgnbemanning og utnytting av kompetanse på tvers av funksjoner
- Samlokalisere funksjoner som har behov for nærhet pga. bruk av felles rom, utstyr og nærhet pga. behov hos bruker.

Oppsummert fra arbeidsgruppen beskrives det et behov for et framtidig sykehjemstilbud som først og fremst har som oppgave å sikre innbyggere observasjon, medisinsk behandling, opptrening, avlastning med mer. Og at innbyggere med behov for medisinsk bistand og pleie over lengere tid og hvor det ikke er mulig å yte dette i opprinnelig bolig, skal få dette behovet dekt i omsorgsbolig med heldøgns tjenester.

Arbeidsgruppen er av en slik oppfatning at andre funksjoner som legetjenester, fysioterapi, hjemmebaserte tjenester, hjelpemiddellager etc. er samlokalisert med sykehjemmet.

Samhandlingreformen legger stor vekt på forebygging, tidlig intervensjon og lavterskel tilbud innenfor psykiatri i kommuner. Det finnes ulike måter å organisere tjenester som dekker disse behov. Erfaring fra prosjektet "Enkelt og greit i lag" i Jæren DPS viser at lettere tilgang på brukerstyrte plasser for personer med psykiatrisk diagnose har redusert bruk av tvang og liggedøgn med 33 %. I følge Folkehelseinstituttet kan kostnadene når det gjelder psykiatri og rusproblematikk, bli en av de største utfordringene samfunnet står overfor. Bakgrunnen er; stor utbredelse, starter i ung alder, hemmer utdanning og arbeid, tidlig på trygdeytelser med mer.

RO vil anbefale lbestad kommune å etablere brukerstyrte plasser for personer med kroniske psykiske lidelser (se 5.7.2). Antall plasser er avhengig av antall personer med kroniske psykiske lidelser nå og i nærmeste årene, samt deres behov, sykdomsforløp og forbruket av tjenester i psykisk helsevern. RO har ikke tilgang til denne type data fra lbestad kommune derfor er det ikke mulig å si noe om antall plasser for denne brukergruppe.

<sup>39</sup> Otterstad HK, Skulstad Austråt B. Forholdet mellom behov og forbruk av pleie- og omsorgstjenester. Sykepleien 2002 90 (2):50-52

Etablering av kommunale dagaktivitetstilbud for hjemmeboende med demenssykdom er vektlagt i den nasjonale demensplan 2015 "Den gode dagen"<sup>40</sup>. Regjeringen har besluttet å utarbeide en ny plan for å bedre tjenestetilbudet til personer med demenssykdom og deres pårørende; Demensplan 2020. Brukere og pårørende skal ha en helt sentral rolle i utviklingen av planen. Denne planen er bebudet vedtatt i 2015 og er en oppfølger av demensplan 2015.

"Den gode dagen"<sup>41</sup>. Målet med denne planen er:

- ✓ *Den enkelte bruker skal være sikret utredning og diagnostisering ved mistanke om demens*
- ✓ *Kommunen skal sørge for at det er utviklet et mer systematisk og forpliktende samarbeid mellom kommunehelsetjenestene og spesialisthelsetjenesten*
- ✓ *Kommunen / omsorgstjenesten skal kunne tilby et tilrettelagt dagaktivitetstilbud for personer med demens*

I Ibestad kommune er det liten kapasitet og til dels mangler i nedre deler av omsorgstrappa når det gjelder forebyggende tiltak som dagaktivitetstilbud for personer med demens. Derfor er det behov for etablering av dagaktivitetstilbud for personer med demens hvor ressurser kan benyttes opp mot andre målgrupper og motsatt.

En løsning med å samlokalisere korttids- og langtidsdøgnplasser samt omsorgsboliger bygd som bofellesskap med heldøgns tjenester slik vi i dag har i sykehjemmet, vil sannsynliggjøre en bedre utnyttelse av eksisterende ressurser. Ved samtidig å plassere hjemmebaserte tjenester i nærheten vil det bli "lettere" å utnytte kompetansen på tvers, f.eks. sykepleierkompetansen. Dette samsvarer med St. meld. 29 som peker på endret organisering og endrede samarbeidsrelasjoner innen omsorgstjenestene for å sørge for faglige og økonomisk effektive tjenester.

Lokalisering av ulike korttidsplasser i nærheten av hjemmebasert omsorg har sine fordeler. I inklusjonskriterier for KAD plasser er flere pasientgrupper listet opp, der i blant er pasienter som har akutt forverring av definerte og kjente tilstander og eldre pasienter med kjent funksjonssvikt<sup>42</sup>. Disse to pasientgruppene er også ofte brukere av hjemmebasert omsorg. I praksis er det ofte ansatte fra hjemmebasert omsorg som oppdager forverring av kronisk sykdom eller funksjonssvikt hos eldre brukere og som videre hjelper til med å få tjenestemottakeren inn på en KAD plass. Ansatte fra hjemmebasert omsorg kan være både informasjonsressurs rundt oppståtte situasjoner og er i stand til å gi nødvendige helseopplysninger direkte til legen. Samtidig kan også deres kompetanse brukes direkte ved KAD plasser i svært akutte situasjoner hvor det er behov for flere sykepleiere og personell med annen kompetanse samtidig.

Ergoterapi er et tilbud til mennesker i alle aldre og livsfaser. En ergoterapeut tilrettelegger for mennesker som av ulike grunner har vansker med å utføre daglige aktiviteter, eller som står i fare for å få det. Ergoterapeuten anvender aktiviteter i direkte behandling og opptrening, eller indirekte ved å tilrettelegge for gjøremål gjennom tilpasning av omgivelser og bruk av tekniske hjelpemidler. For utvikling av et tilbud om hverdagsrehabilitering der det legges vekt på forebygging og tidlig intervensjon for å forhindre eller utsette et mer omfattende<sup>43</sup>, mener RO at det vil være en gevinst å

<sup>40</sup> <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/demensplan-2015-den-gode-dagen/id663429/>

<sup>41</sup> <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/demensplan-2015-den-gode-dagen/id663429/>

<sup>42</sup> Den Norske Legeforening. Norsk forening for allmenntilleggsmedisin. Medisinsk veileder for kommunale akutte døgnplasser (KAD), 2014

<sup>43</sup> Fra passiv mottaker til aktiv deltaker. Hverdagsrehabilitering i norske kommuner. KS FoU-prosjekt nr. 134027 Sluttrapport 1506.2014



plassere hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester i nærheten av fysio- og eller ergoterapi. Dette er også en forutsetning for å utveksle kompetanse mellom ulike fagområder.

## 5.7 Beskrivelse av valgte alternativ

Ibestad kommune står som andre kommuner i Norge overfor utfordringer nå det gjelder prioritering og ressursallokering<sup>44</sup> innenfor pleie- og omsorgstjenestene inklusive helsetjenestene i fremtiden. Når tjenestebehovet er relativt usikkert er det viktig å legge planer som er fleksible og der det er mulighet for å gjøre endringer når behov oppstår.

God drift og kvalitetsmessig godt nivå på tjenestene er viktige kriterier for å prioritere driftsøkonomi og fleksibilitet i bemanning. Fysisk samlokalisering gjør det enklere å bruke bemanning på tvers av funksjoner. På denne måten kan tjenestene utnytte personalressurser mer effektivt. Behovet for økt personellkapasitet vil øke mellom årene 2020 – 2030, som begrunnes med økningen i antall pleietrengende ved at kommunen får en økning i antall personer i aldersgruppen 80 år og eldre. Derfor er det viktig å legge til rette for bedre utnyttelse av bemanningen og deres kompetanse.

Ibestad må i forbindelse med framtidig omsorgsprosjekt også organisere seg slik at kommunen sikrer et helhetlig pasientforløp. Forutsetning for å ha helhetlig pasientforløp ligger i effektiv og god informasjonsflyt mellom ulike organisatoriske nivåer og mellom fagpersoner, men ikke minst spiller fysisk samlokalisering også en betydelig rolle. Fysisk samlokalisering vil bidra til å redusere "barrierer" i kommunikasjon, informasjonsutveksling og brukertransport mellom ulike avdelingene. Faglig kvalitet har sammenheng med kompetanse, erfaring og hvordan denne utnyttes, det vil si grad av kompetansemobilisering. Samlokalisering av flere funksjoner og fjerning av fysiske barrierer gjør det mulig å utveksle kompetanse på en mer effektiv måte. Det valget som Ibestad kommune foretar nå skal dekke dagens og morgendagens behov. Dette for å sikre bærekraftige tjenester, både faglig og økonomisk.

Kapasiteten for sykehjems plasser (15 plasser) vil være tilstrekkelig hvis sykehjemmet innrettes på en slik måte at tilbudet dekker behovet for ulike typer korttidsopphold og at hjemmebaserte tjenester styrkes med kompetanse og bemanning og samtidig bygge omsorgsboliger med døgnbemanning. Dekningsgraden for heldøgns omsorgsplasser (sykehjem og omsorgsbolig med heldøgns bemanning) er på landsbasis ca. 28 prosent av befolkningen 80 år og eldre. Legger Ibestad kommune dette til grunn bør kommunen ha ca. 20 omsorgsboliger. Disse omsorgsboligene anbefales bygd som bofellesskap nært opp til sykehjemmet. Hvis disse tiltakene ikke blir gjennomført vil antall sykehjems plasser måtte, som minimum, opprettholdes på dagens nivå, men med mulighet for ytterligere økning for å dekke korttidsbehovet. Å kunne framskrive behovet for omsorgsplasser basert kun på demografiske forutsetninger med utgangspunkt i veksten i tallet på eldre, vil etter RO sine vurderinger ha en begrensa verdi. Likeså viktig vil det være å legge til rette for at eldre (og yngre) i dag og i framtid gis mulighet til å utnytte sine ressurser, vektlegge helsefremmende aktivitet og forebyggende tiltak, fleksible og koordinerte tjenester og at organisasjonen er innovativ og nyskapende.

---

<sup>44</sup> Fordeling av samfunnets knappe ressurser som gir den høyeste avkastningen sett fra samfunnets side



### 5.7.1 Innretning og kapasitet

Innføring av KAD plasser er enda i prosess og det er lite erfaring med dimensjonering av disse plasser. Erfaringer fra andre kommuner viser at det er ca. 0,11-0,14 KAD plasser pr 1000 innbyggere<sup>45</sup>, men det er store variasjoner mellom kommuner i antall KAD plasser pr 1000 innbyggere. Beregnet ut i fra befolkningsgrunnlaget lbestad kommune vil behovet i dag og i framtid kunne dekkes med 1 plass. Det er også variasjoner i antall intermediære plasser mellom kommuner. Antall intermediære plasser pr. 10 000 innbyggere varierer fra 1,7 til 5,7<sup>46</sup>. Det planlegges med en gjennomsnittlig liggetid på 7 døgn. Dette er basert på erfaringer fra et pilotprosjekt. Antall intermediære plasser vil være avhengig av måten man organiserer tjenester på. Hvis lbestad kommune inngår i samarbeidsavtale med andre nabokommuner vil behovet for antall intermediære plasser øke eller reduseres. Beregning av antall:

- ⇒ intermediære plasser er basert på befolkningsgrunnlaget kun i lbestad kommune, og her foreslått til 1-2 intermediære plasser.
- ⇒ De øvrige korttids plassene utgjør:
  - rehabiliteringsplasser (3)
  - brukerstyrte kriseplasser (1). Det er veldig lite erfaring i Norge for dimensjonering for denne type plasser. Basert på en studie i Norge vil vi anta at 1 plass kan disponeres av ca. 15 pasienter<sup>47</sup>.
  - døgnplasser for lindring og palliasjon (2)
  - avlastningsplasser (3)
  - langtidsplasser (4). Det mangler datagrunnlag for å beregne nøyaktig kapasiteter for de ulike funksjonene, derfor anbefaler RO at disse plassene har en universell utforming og brukes på en fleksibel måte etter behovet.
  - I tillegg 1 plass som brukerstyrt kriseplass for psykiatriske pasienter.

Den norske legeforening<sup>48</sup> har utgitt en medisinsk faglig veileder for KAD-senger (april 2014) og har satt opp følgende suksesskriterier:

- En undersøkelse utført av Deloitte for Helsedirektoratet/KS<sup>49</sup> trekker frem følgende suksesskriterier: Involvering av alle berørte parter i hele prosessen (planlegging, etablering og drift).
- Samhandling og dialog mellom alle involverte parter.
- Sikre at alle berørte parter opplever eierskap til tilbudet.
- Legge til rette for samhandling og dialog i form av felles møtearenaer.
- Kompetanseheving blant sykepleiere, gjerne ved hospitering på sykehus er et av nøkkelkriteriene til suksess.

Sitat fra veilederen: "**Noe av det viktigste suksesskriteriet referansegruppen legger vekt på er viktigheten av god planlegging helt fra starten av der alle involverte yrkesgrupper og instanser er med. Spesielt viktig er tidlig involvering av fastlegene. Vi identifiserer også at lege-til lege konferanse ved innleggelse i KAD gjør at tilbudet er mer attraktivt. God legebemanning i KAD er også et av nøkkelkriteriene til suksess**".

<sup>45</sup> Beregnet på grunnlag av eksempler nevnt i Den Norske Legeforening. Norsk forening for allmennmedisin. Medisinsk veileder for kommunale akutte døgnplasser (KAD), 2014

<sup>46</sup> SINTEF rapport. Delfunksjonsprogram lokalmedisinsk senter på Straume. 2012

<sup>47</sup> Haskestad S, Tytlandsvik M. Brukerstyrte kriseinnleggelse ved alvorlig psykisk lidelse. Tidsskrift Den Norske Legeforening nr. 1, 2008; 128: 32–5

<sup>48</sup> Norsk forening for allmennmedisin

### 5.7.2 Organisering og funksjonsbeskrivelse

KAD plasser: Alle kommuner skal ha KAD plasser tilgjengelig innen år 2016. KAD skal være et allmenntilleggsmedisinsk tilbud som skal gis til dem som har behov for observasjon, behandling og tilsyn, men som ikke har behov for innleggelse i sykehus, der innleggelse i KAD kan erstatte innleggelse i sykehus. Plikten er avgrenset til pasienter som kommunen har mulighet for å utrede, behandle og yte omsorg for. De vanligste tilstandene som kan behandles i KAD plasser vil i hovedsak være kjente brukere med forverring av kroniske sykdommer, mindre alvorlige akutte tilstander av infeksjoner, dehydrering, ernæringssvikt, falltendens og generell funksjonssvikt.

Legevaktslege har medisinsk faglig ansvar hele døgnet og har tilsyn. Sykepleiere må ha gode "verktøy" for tidlig å fange opp forverringer. Regelmessig overvåkning av vitale parametere. Gjennom tett kontakt med legevaktslege kan livstruende tilstander fanges opp på et tidlig stadium. Ansatte må også ha den nødvendige kunnskapen om håndtering av akutte, livstruende tilstander og ha utstyr til å håndtere disse.

KAD plasser skal i utgangspunktet ikke brukes til ustabile pasienter og en kan ikke stille samme krav om responstid som til vakt i sykehus, men lege knyttet til KAD skal undersøke innlagte pasienter så raskt som mulig. I veiledningsmateriell "Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold" står det at forhold som geografisk avstand til legevakt, legens responstid og konfereringsmuligheter for sykepleier må tas i vurderinger og planleggingen av øyeblikkelig hjelp tilbudet i kommunen. Det vil være hensiktsmessig av praktiske årsaker å plassere intermediære og KAD plasser i nærheten av langtidsdøgnplasser med tanke på en fleksibel utnyttelse av plassene. Ved eventuell en framtidig økning av antall intermediærplasser vil det f.eks. kunne løses ved å redusere antall korttids- og eller langtidsplasser.

Intermediære plasser: Med intermediære plasser forstår man her senger for etterbehandling av pasienter som blir overført fra sykehus til den kommunale helsetjenesten, og som ikke er registrert som ferdigbehandlet på sykehuset. I den intermediære enheten vil det foregå etterbehandling av pasienter som ikke lenger har behov for høyspesialiserte tjenester ved sykehuset, og kan motta behandling på et lavere behandlingsnivå.

Funksjoner som skal utføres i den intermediære enheten vil kreve høy kompetanse innenfor en rekke fagområder. Man må sikre at tilbudet som blir gitt er like godt som det pasientene får i dag fra spesialisthelsetjenesten. Kompetansen hos den enkelte medarbeider vil her i stor grad være avgjørende.

Lindrende, palliativ enhet: Palliativ omsorg defineres som aktiv, helhetlig behandling, pleie og omsorg for bruker med sykdommer som ikke responderer på kurativ behandling<sup>50</sup>. Ikke alle pasienter ønsker å gjennomføre kurativ<sup>51</sup> behandling. Pasienten kan tvert imot ønske en verdig avslutning på livet uten belastende behandlingsforsøk som kan vise seg ikke å ha effekt. Ved alvorlig sykdom er målet å lindre symptomer og å gjøre livet godt å leve for pasienten. I palliativ omsorg trekkes livskvalitet inn, målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende<sup>52</sup>. Et nært samarbeid med pårørende er her svært viktig. Det kreves tverrfaglig samarbeid og spesialkompetanse (sykepleier med spesialutdanning i palliativ omsorg) i sykehjemmet for å ivareta

<sup>50</sup> Norsk forening for palliativ medisin (NFPM), 2004

<sup>51</sup> Helbredende behandling

<sup>52</sup> Reitan, Anne Marie; Schølberg, Tore Christian (red). (2010). Kreftsykepleie - pasient, utfordring, handling. Akribe

pasientens sine behov i slike situasjoner. Et slikt tilbud skal ha sykepleierbemanning 24/7<sup>53</sup>, og muligheter å kontakte lege, samt samarbeid med andre yrkesgrupper som fysioterapeut m.fl..

Rehabiliteringsplasser. Disse plasser er hovedsakelig for brukere som trenger opptrening etter funksjonstap. Det medfører en aktiv rehabiliteringsvirksomhet som er innrettet imot dette. Korttidsdøgnplasser bør tilrettelegges med soner nært rommene der pasienter ønsker å komme gradvis ut til fellesarealer og rom der det er enda flere muligheter for aktivisering og sosialt liv. I tillegg til dette bør det planlegges eget trenings-/rehabiliteringsrom der fysio- og ergoterapeuter kan ha aktiviteter individuelt og i gruppe. Trapper og korridorer må tilrettelegges med tanke på at dette er områder brukerne vil benytte til gangtrening.

Avlastningsplasser. Avlastningstiltaket er rettet mot pårørende eller andre nærpersoneer som gir omsorg til brukeren. Dette er et tilbud til de som har et særlig tyngende omsorgsarbeid i hjemmet. Avlastning skal gjøre det mulig å opprettholde gode familierelasjoner og bevare sosiale nettverk. Tilbudet skal hindre utmatting hos omsorgsgiveren. Avlastning er ikke aktiv behandling og/ eller rehabilitering. Avlastning i sykehjemmet kan gis som døgnopphold, dagopphold og nattopphold og er tidsavgrenset. Mange av disse brukerne mottar som oftest bistand fra hjemmetjenesten. Som regel trenger ikke brukere som befinner seg på avlastningsenhet noen spesiell eller avansert medisinsk behandling, de er brukere som bor hjemme. Et slikt avlastningstilbud krever døgnbemanning.

Brukerstyrte plasser. Dette er et tilbud for personer med psykiske lidelser (brukerstyrt kriseplass) som bor hjemme, og som har behov for trygghet og nærhet på grunn av "dårlig dager" hvor de preges av angst eller annet ubehag som er forårsaket av sykdommen. Et slikt tilbud vil gi personer med psykiske lidelser en tryggere hverdag, likeså redusere "presset" på legetjenesten, inklusive legevakt.

Alle avlastnings-korttidsplasser anbefales å plasseres i nærheten av hjemmebasert omsorg og langtidsdøgnplasser med tanke på fleksibelt utnyttelse av arealer og bemanning. I figur 8. er det presentert en skisse for plassering av korttids og langtids døgnplasser.

---

<sup>53</sup> 24 timer, 7 dager i uken



**Figur 8: Prinsippskisse for plassering av døgnplasser og hjemmebasert omsorg**

Det kan være en fordel å plassere tilbudet for lindrende/palliativ behandling i nærheten av rehabiliteringstilbudet. Erfaring fra andre kommuner viser at fysioterapi i den palliative fasen kan virke gunstig på tjenestemottakere i denne fasen<sup>54</sup>. På den andre side er brukere i rehabiliterings- og palliativfaser i svært ulike stadier i sin livsfase. Palliative døgnplasser kan også lokaliseres sammen med andre plasstyper.

Brukerstyrt kriseplass i psykiatri kan være lokalisert i avlastnings- eller rehabiliteringsenhet. Det stilles ingen spesielle utformingskrav til denne plassen.

Skal sykehjemmet ha tilbud om ulike dagbehandlingsplasser, bør det finnes rom med hvilestoler/seng for de som kommer til medisinsk behandling, f.eks. kjemoterapi, dialyse eller ulike typer infusjonsbehandling. Da vil det også være behov for tilgang til laboratoriefunksjoner, noe som nødvendiggjør en samlokalisert løsning med legetjenesten. Dette i tillegg til tilbud om dagplasser og nattplasser.

## 5.8 Base for hjemmebaserte omsorgstjenester

Ibestad kommune anbefales å vurdere frigjøring av ressurser fra institusjonsdrift til hjemmebasert omsorg, gjennom reduksjon i omfang av langtidsdøgnplasser og å samle tjenestetilbud som krever fast døgnbemanning i omsorgsboliger. En slik omstilling er vurdert som mekanismen som kan utjevne ujevnheter i omsorgstrappa, og på den måten sørge for at en større andel av tjenestene ytes på lavere nivå i omsorgstrappa.

<sup>54</sup> Stange kommune. Ottestad helse- og omsorgssenter. Standard for lindrende omsorg og behandling, 2012

## Vedlegg:

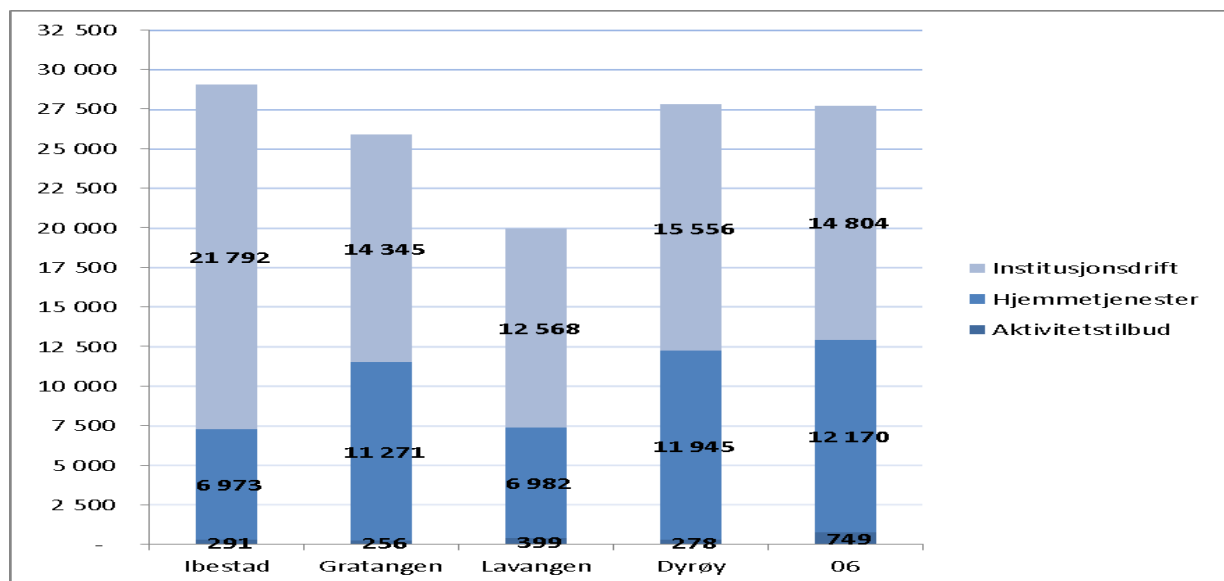
### Vedlegg 1:

I det følgende presenteres tabeller og figurer som beskriver sentrale faktorer i pleie- og omsorgstjenesten i Ibestad kommune sammenliknet med Gratangen, Lavangen, Dyrøy og K06<sup>55</sup>. Alle kommunene tilhører samme kostragruppe som Ibestad.

Tabell11	Prioritering av pleie- og omsorgstjenesten. Sammenligning av netto driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenester per innbygger og per justert innbygger					
	Netto driftsutgifter pr. innbygger (i kr)			Endring fra 2011 til 2013		Netto driftsutgifter pr. justert innbygger (2013)
	2011	2012	2013	Kr	Prosent	
Ibestad	25 733	28 327	29 056	3323	12,91	14 957
Gratangen	22 831	26 003	25 616	2785	12,20	15 123
Lavangen	20 470	19 501	19 949	-521	-2,55	12 520
Dyrøy	25 833	28 404	27 779	1946	7,53	15 713
06	25 561	27 868	27 723	2162	8,46	18 239

Kilde: KOSTRA konserntall for pleie og omsorg på nivå 2 (SSB, 2011-2013)

Tabell 11 viser netto driftsutgifter per innbygger og når vi justerer for behov.



Figur 9. Sammenligning av netto driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenester per innbygger

Figur 9 viser netto driftsutgiftene per innbygger når det gjelder institusjonsdrift, drift av hjemmetjenestene og aktivitetstilbud.

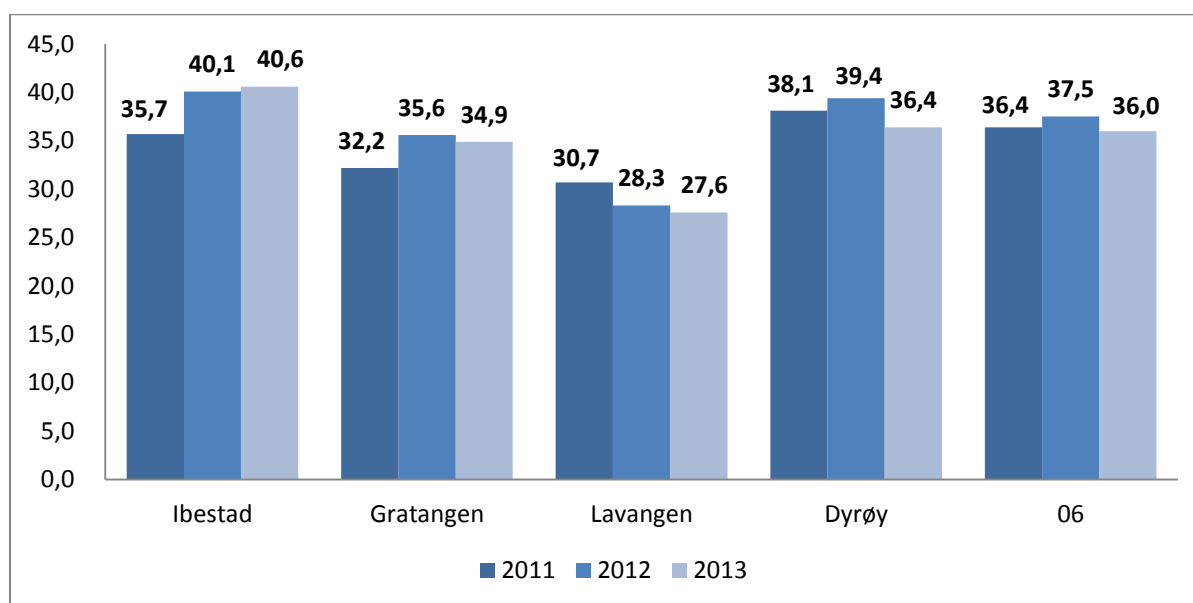
<sup>55</sup> Små kommuner med høye bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter

Tabell 12	Prioritering mellom pleie- og omsorgstjenester. Netto driftsutgifter pr. innbygger* til pleie og omsorg fordelt på tre omsorgsområder: aktivitetstilbud, hjemmetjenester og institusjon					
	Aktivitetstilbud		Hjemmetjenester		Institusjonsdrift	
	Kr	Prosent	Kr	Prosent	Kr	Prosent
Ibestad	291	1,00	6 973	24,0	21 792	75,0
Gratangen	256	1,00	11 271	44,0	14 345	56,0
Lavangen	399	2,00	6 982	35,0	12 568	63,0
Dyrøy	278	1,00	11 945	43,0	15 556	56,0
06	749	2,70	12 170	43,9	14 804	53,4

Kilde: KOSTRA konserntall for pleie- og omsorg på nivå 3 (SSB, 2013).

Tabell 12 viser det samme som i figur 9. I tillegg viser den den prosentvise andelen som medgår til de 3 funksjonsområdene.

Figur 10. Netto driftsutgifter til pleie og omsorg i prosent av kommunens totale netto driftsutgifter



Figur 10 viser at Ibestad kommune prioriterer pleie- og omsorgstjenesten høyest. 40,6 prosent av kommunenes totale budsjett ble her brukt i 2013.

Tabell 13	Årsverk i pleie- og omsorgstjenesten. Antall kommunale årsverk i brukerrettet tjenester av alle kommunale tjenester og andelen av disse som har fagutdanning					
	Totalt antall kommunale årsverk i brukerrettet tjeneste			Andel av kommunale årsverk i brukerrettet tjeneste med fagutdanning		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Ibestad	57,8	61,4	61,1	70,0	70,0	67,0
Gratangen	48,9	53,0	51,9	66,0	72,0	67,0
Lavangen	51,4	37,1	39,5	60,0	69,0	71,0
Dyrøy	56,4	55,6	56,9	60,0	77,0	74,0
06	3644,8	3592,36	3586,67	72,0	74,0	74,0

Kilde: KOSTRA konserntall for pleie- og omsorg på nivå 3 (SSB, 2011-2013).

Tabell 13 viser andelen antall årsverk i brukerretta tjenester og andelen av disse som har en fagutdanning.

**Tabell 14** Årsverk i pleie- og omsorgstjenesten med fagutdanning. *Antall årsverk i brukerrettede tjenester med fagutdanning fra videregående skole og fagutdanning fra høyskole eller universitet av årsverk i brukerrettede tjenester med fagutdanning*

	Fagutdanning fra videregående skole			Fagutdanning fra høyskole eller universitet		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
<b>Ibestad</b>	31	31	26	10	12	15
<b>Gratangen</b>	17	20	18	15	18	17
<b>Lavangen</b>	17	11	12	14	14	16
<b>Dyrøy</b>	28	26	25	13	16	17
<b>06</b>	1 620	1 630	1 608	991	1 026	1 043

**Kilde:** KOSTRA konserntall for pleie og omsorg på nivå 3 (SSB, 2011-2013).

Tabell 14 viser antall årsverk i brukerrettede tjenester med fagutdanning fra videregående skole eller fra høyskole eller universitet av årsverk i brukerrettede tjenester med fagutdanning.

Andel årsverk i brukerrettede tjenester	Ibestad	Gratangen	Lavangen	Dyrøy	K.gr. 06
Fagutdanning fra videregående skole	<b>42,2</b>	<b>34,0</b>	<b>31,0</b>	<b>44,0</b>	<b>45,0</b>
Fagutdanning fra høyskole / universitet	<b>25,0</b>	<b>33,0</b>	<b>40,0</b>	<b>30,0</b>	<b>29,0</b>
Ufaglært	<b>33,0</b>	<b>33,0</b>	<b>29,0</b>	<b>26,0</b>	<b>26,0</b>

**Kilde:** KOSTRA konserntall for pleie og omsorg på nivå 3 (SSB, 2013).

**Tabell 15**

Tabell 15 viser andelen årsverk i brukerrettede tjenester med og uten fagutdanning.

Tabell 16	Produktivitet i institusjonsdrift. <i>Korrigerte brutto driftsutgifter per kommunale plass i institusjon</i>		
	2011	2012	2013
<b>Ibestad</b>	841 588	966 794	1 130 438
<b>Gratangen</b>	798 500	901 864	881 318
<b>Lavangen</b>	846 000	773 000	738 800
<b>Dyrøy</b>	782 000	866 480	848 080
<b>06</b>	895 363	972 114	999 322

**Kilde:** KOSTRA konserntall for pleie og omsorg på nivå 2 (SSB, 2011-2013).

Tabell 16 viser korrigerte brutto driftsutgifter per kommunal institusjonsplass, det vil si grad av produktivitet.

**Tabell 17 Mottakere av hjemmetjenester. Mottakere av hjemmetjenester i aldersgruppen 0-66 år per 1000 innbygger**

	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>Ibestad</b>	32	34	33
<b>Gratangen</b>	23	21	21
<b>Lavangen</b>	17	20	19
<b>Dyrøy</b>	33	36	43
<b>06</b>	27	26	26

Kilde: KOSTRA konserntall for pleie og omsorg (SSB, 2011-2013).

Tabell 17 viser mottakere av hjemmetjenester i aldersgruppa 0-66 år per 1000 innbygger.

**Tabell 18 Mottakere av hjemmetjenester. Mottakere av hjemmetjenester i aldersgruppen 67-79 år per 1000 innbygger**

	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>Ibestad</b>	113	124	93
<b>Gratangen</b>	96	105	92
<b>Lavangen</b>	54	55	51
<b>Dyrøy</b>	109	143	133
<b>06</b>	117	116	110

Kilde: KOSTRA konserntall for pleie og omsorg (SSB, 2011-2013).

Tabell 18 viser mottakere av hjemmetjenester i aldersgruppa 67-79 år per 1000 innbygger.

**Tabell 19 Mottakere av hjemmetjenester. Mottakere av hjemmetjenester i aldersgruppen 80 år og over per 1000 innbygger**

	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>Ibestad</b>	407	388	391
<b>Gratangen</b>	364	330	363
<b>Lavangen</b>	312	303	347
<b>Dyrøy</b>	308	341	345
<b>06</b>	377	382	383

Kilde: KOSTRA konserntall for pleie og omsorg (SSB, 2011-2013).

Tabell 19 viser mottakere av hjemmetjenester i aldersgruppa 80 år og over per 1000 innbygger.



<b>Tabell 20 Tildelte timer i uken praktisk bistand og hjemmesykepleie. Gjennomsnittlig tildelte timer i uken til praktisk bistand og hjemmesykepleie</b>						
	Praktisk bistand			Hjemmesykepleie		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
<b>Ibestad</b>	6,20	5,50	6,10	2,80	3,00	4,60
<b>Gratangen</b>	10,00	13,90	20,90	3,90	4,30	3,50
<b>Lavangen</b>	11,70	14,20	1,00	1,80	2,40	13,10
<b>Dyrøy</b>	9,60	10,10	13,20	6,60	7,20	5,80
<b>06</b>	7,50	7,30	7,50	4,30	4,50	4,60

**Kilde: KOSTRA konserntall for pleie- og omsorg på nivå 3 (SSB, 2011-2013).**

Tabell 20 viser gjennomsnittlig hvor mange timer praktisk bistand og hjemmesykepleie som ytes per uke for årene 2011-2013.

Tabell 21 under viser hvordan fordelingen av praktisk bistand og hjemmesykepleien har utviklet seg i Ibestad kommune i perioden 2010-2013.

Type tjeneste	2010	2011	2012	2013
Gjennomsnittlig antall tildelte timer pr uke, praktisk bistand	6,4	6,2	5,5	6,1
Gjennomsnittlig antall tildelte timer pr uke, hjemmesykepleie	2,9	2,8	3,0	4,6
Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken. Brukere utenfor institusjon	7,6	7,6	7,3	8,7

**Tabell 21**

<b>Tabell 22 Produktivitet i hjemmetjenesten. Korrigerede brutto driftsutgifter per mottaker av hjemmetjenester (i kr)</b>			
	2011	2012	2013
<b>Ibestad</b>	114 353	108 563	122 892
<b>Gratangen</b>	205 132	227 284	222 269
<b>Lavangen</b>	161 870	167 696	178 106
<b>Dyrøy</b>	188 169	178 648	167 242
<b>06</b>	205 370	225 082	228 722

**Kilde: KOSTRA konserntall for pleie og omsorg, nivå 2 (SSB, 2011-2013).**

Tabell 22 viser korrigerede brutto driftsutgifter per mottaker av hjemmetjenester for årene 2012-2013.

**Tabell 23** Bistandsbehov for pleie- og omsorgstjenester. *Fordeling av alle brukere av pleie- og omsorgstjenester med noe/ avgrenset, middels/ stort eller omfattende bistandsnivå i lbestad kommune.*

	2011	2012	2013
Noe/ avgrenset	82	92	71
Middels/ stort	43	46	52
Omfattende	31	27	34

Kilde: IPLOS rapportert i KOSTRA konserntall for pleie og omsorg på nivå 3 (SSB, 2011-2013).

Tabell 23 viser bistandsbehovet for pleie- og omsorgstjenester for årene 2011-2013 fordelt på alle brukere.

**Figur 8.** Diagram av utviklingen av bistandsbehovet i lbestad kommune (2011-2013)



Figur 8 viser det samme som tabell 23.

**Tabell 24.** Lønnsutgifter (1000kr.) per kommunalt årsverk eks fravær pleie og omsorg

lbestad	Gratangen	Dyrøy	Lavangen	K6
766 326	570 627	622 822	537 039	610 789

Tabell 24 viser lønnsutgifter per kommunalt årsverk eks. fravær innen pleie og omsorgstjenesten.

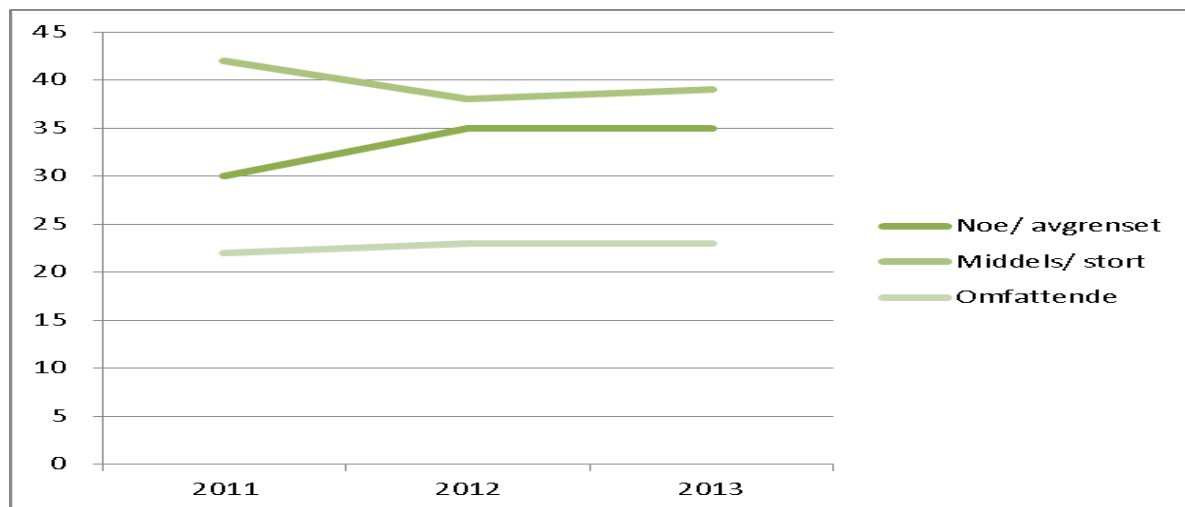
**Tabell 25** Bistandsbehov for pleie- og omsorgstjenester. *Fordeling av alle brukere av pleie- og omsorgstjenester med noe/ avgrenset, middels/ stort eller omfattende bistandsnivå i Gratangen.*

Gratangen	2011	2012	2013
Noe/ avgrenset	30	35	35
Middels/ stort	42	38	39
Omfattende	22	23	23

Kilde: IPLOS rapportert i KOSTRA konserntall for pleie og omsorg på nivå 3 (SSB, 2011-2013).

Tabell 25 viser fordelingen av brukere med noe avgrenset, middels stort eller omfattende bistandsbehov i Gratangen kommune.

**Figur 9.** Diagram av utviklingen av bistandsbehovet i Gratangen (2011 - 2013)



Figur 9 viser det samme som tabell 25.

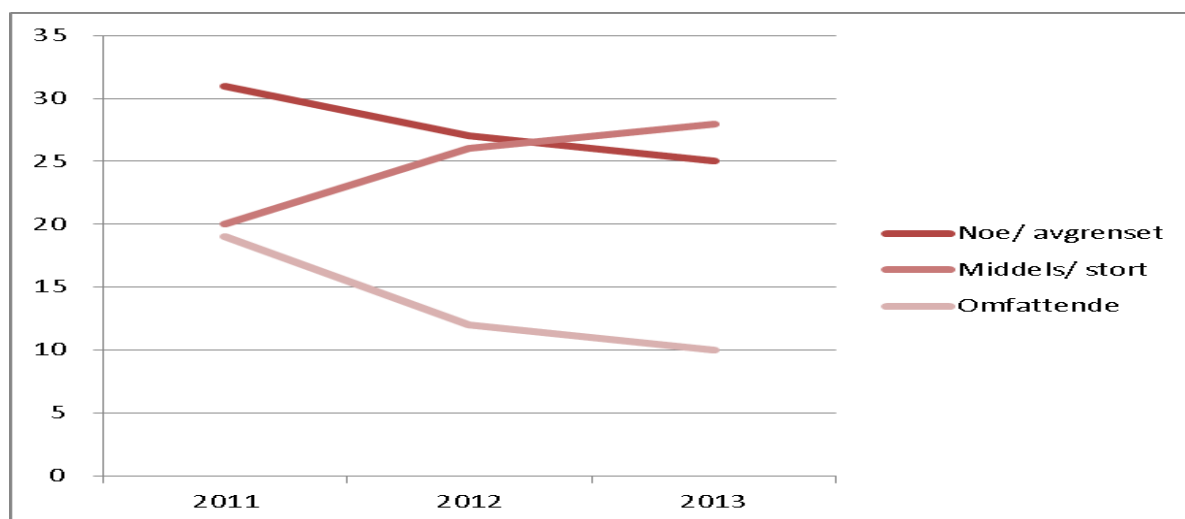
Tabell 26 viser fordelingen av brukere med noe avgrenset, middels stort eller omfattende bistandsbehov i Lavangen kommune.

**Tabell 26** Bistandsbehov for pleie- og omsorgstjenester. *Fordeling av alle brukere av pleie- og omsorgstjenester med noe/ avgrenset, middels/ stort eller omfattende bistandsnivå i Lavangen.*

Lavangen	2011	2012	2013
Noe/ avgrenset	31	27	25
Middels/ stort	20	26	28
Omfattende	19	12	10

Kilde: IPLOS rapportert i KOSTRA konserntall for pleie og omsorg på nivå 3 (SSB, 2011-2013).

Figur 11. Diagram av utviklingen av bistandsbehovet i Lavangen (2011 - 2013)



Figur 11 viser det samme som tabell 26.

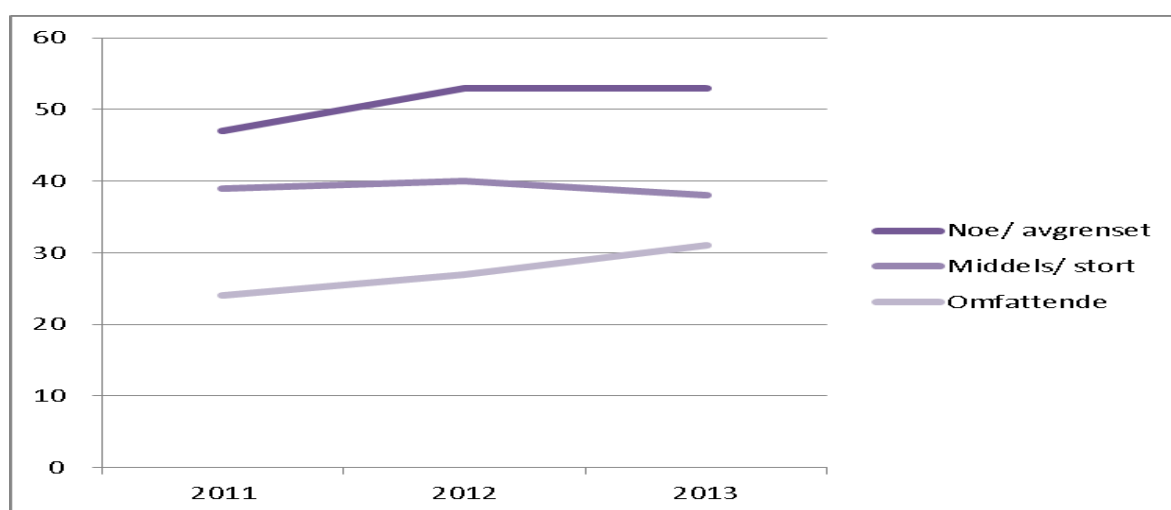
**Tabell 27** Bistandsbehov for pleie- og omsorgstjenester. Fordeling av alle brukere av pleie- og omsorgstjenester med noe/ avgrenset, middels/ stort eller omfattende bistandsnivå i Dyrøy.

Dyrøy	2011	2012	2013
Noe/ avgrenset	47	53	53
Middels/ stort	39	40	38
Omfattende	24	27	31

Kilde: IPLOS rapportert i KOSTRA konserntall for pleie og omsorg på nivå 3 (SSB, 2011-2013).

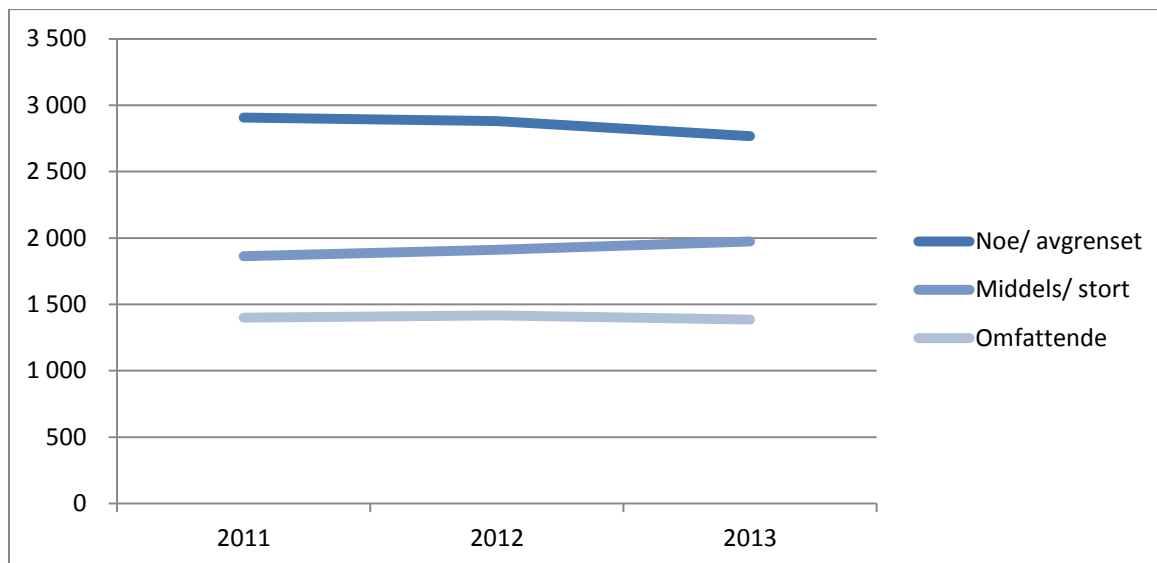
Tabell 27 viser fordelingen av brukere med noe avgrenset, middels stort eller omfattende bistandsbehov i Dyrøy kommune.

Figur 12. Diagram av utviklingen av bistandsbehovet i Dyrøy (2011 - 2013)



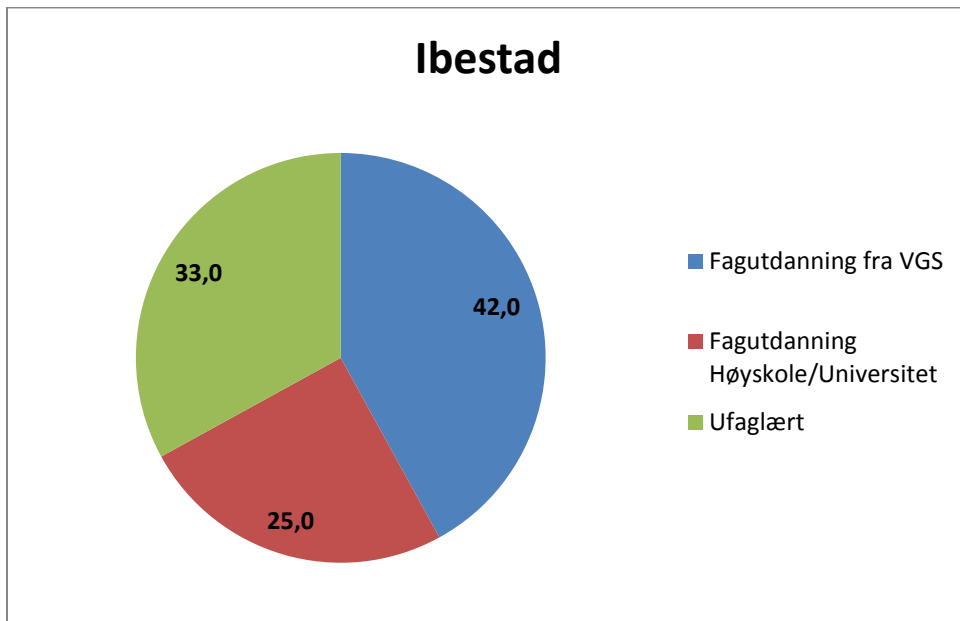
Figur 12 viser det samme som tabell 27.

Figur 13. Diagram av utviklingen av bistandsbehovet i K6 (2011 - 2013)

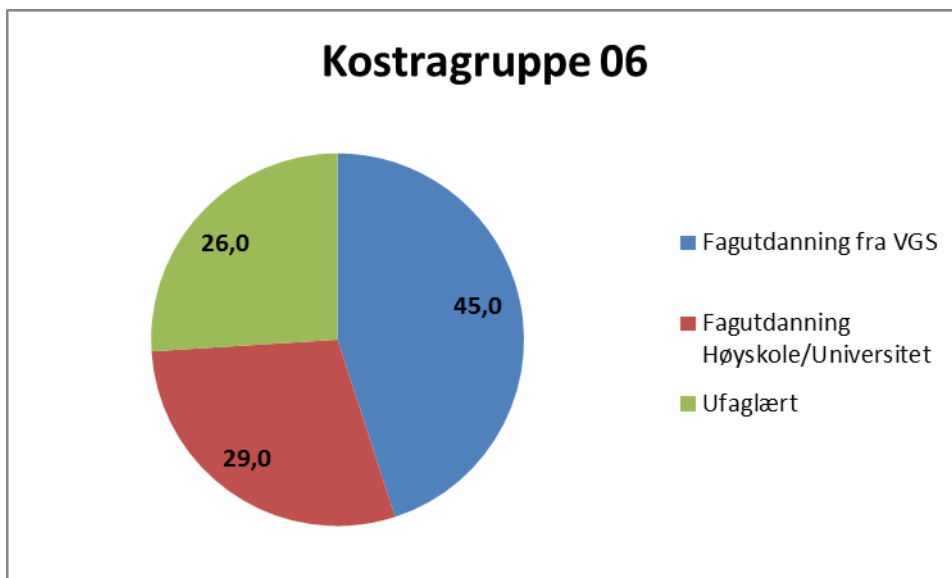


Vedlegg 2:

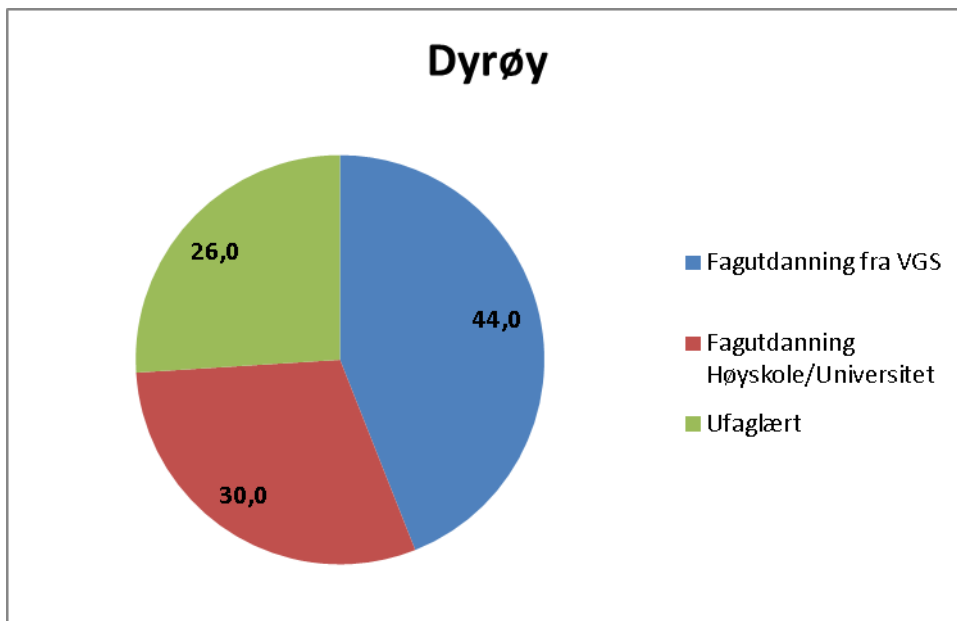
**Figur 14. Andel årsverk i brukerrettede tjenester med fagutdanning fra videregående skole og fagutdanning fra høyskole eller universitet av årsverk i brukerrettede tjeneste med fagutdanning**



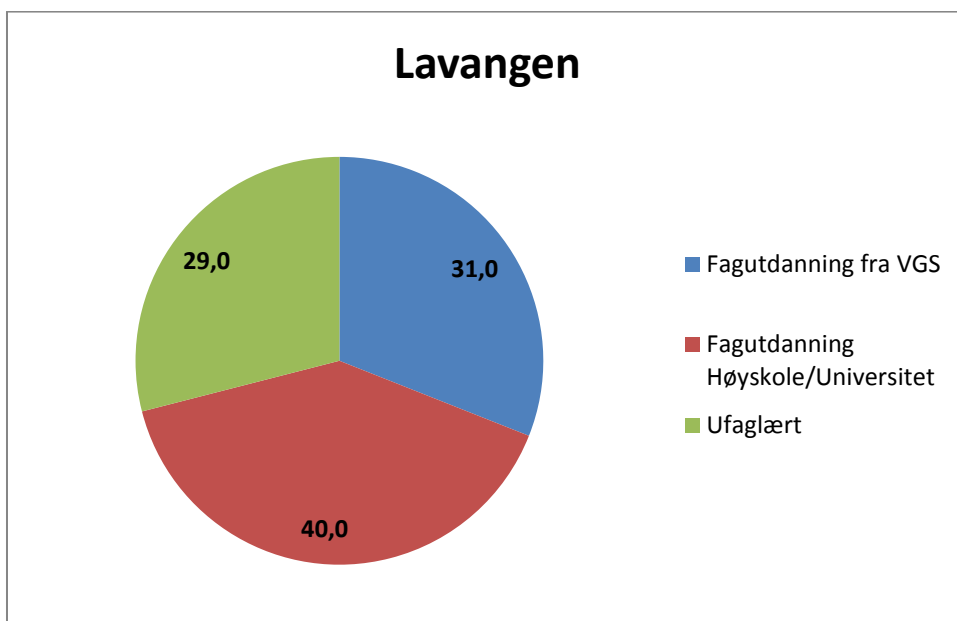
**Figur 15. Andel årsverk i brukerrettede tjenester med fagutdanning fra videregående skole og fagutdanning fra høyskole eller universitet av årsverk i brukerrettede tjeneste med fagutdanning**



Figur 16. Andel årsverk i brukerrettede tjenester med fagutdanning fra videregående skole og fagutdanning fra høyskole eller universitet av årsverk i brukerrettede tjeneste med fagutdanning



Figur 17. Andel årsverk i brukerrettede tjenester med fagutdanning fra videregående skole og fagutdanning fra høyskole eller universitet av årsverk i brukerrettede tjeneste med fagutdanning



Figur 18. Andel årsverk i brukerrettede tjenester med fagutdanning fra videregående skole og fagutdanning fra høyskole eller universitet av årsverk i brukerrettede tjeneste med fagutdanning

