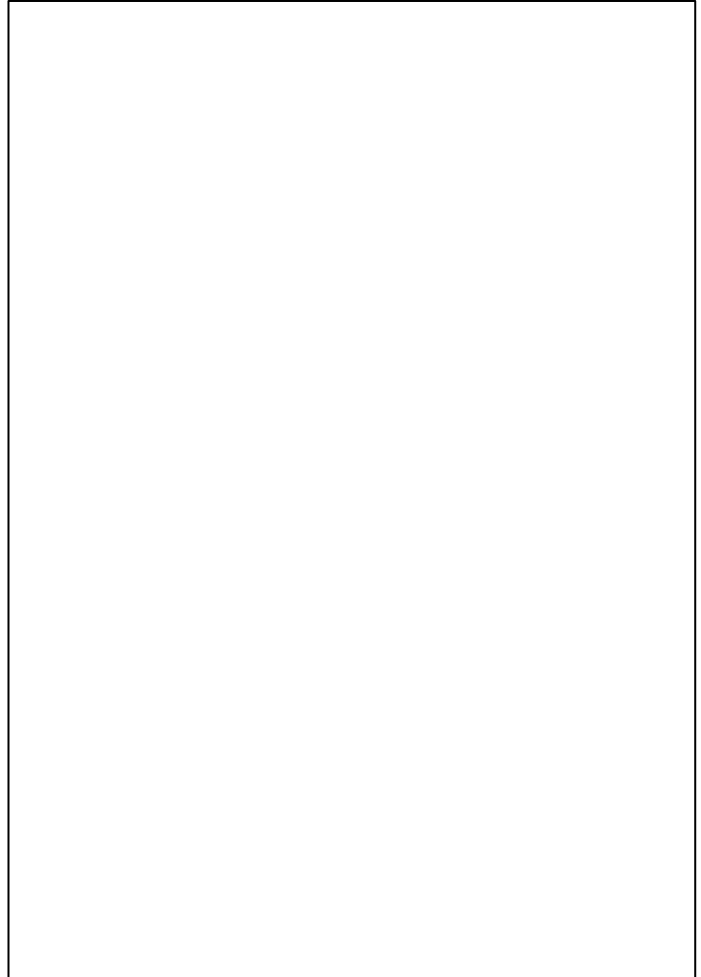


Nærøysund
kommune



Innhold

1.0	Sammendrag	4
2.0	Bakgrunn, forankring, organisering og avgrensning	5
2.1	Politisk forankring	5
2.2	Organisering som prosjekt	6
2.3	Prosjektets avgrensning	6
2.4	Prosjektorganisering	7
2.5	Sentrale aktiviteter i prosjektet:	8
3.0	KOSTRA-analyser	10
3.1	Økende utgifter for kommunale helse og omsorgstjenester per innbygger	10
3.2	Nærøysund bruker noe mindre midler på pleie og omsorg enn sammenlignbare kommuner.....	11
3.3	Mange innbyggere på institusjon i Nærøysund, men stram drift av slike plasser.....	12
3.4	Hva er heldøgns omsorg?.....	13
3.5	Hva er ikke heldøgns tjeneste?	15
3.6	Kommunalt akutt døgntilbud (KAD).....	15
3.7	Hvor mange brukere vil vi få de neste 10 år?	16
3.8	60% økning av antall innbyggere under 67 år som mottar helsetjenester (yngrebølgen).....	18
4.0	Analyse av nåværende og fremtidige bemanningsbehov.....	18
4.1	KS' rekrutteringsmodell fremskriver stort behov for årsverk frem mot 2032.....	19
5.0	Analyse av nåværende og fremtidige teknologibehov	20
6.0	Analyse av nåværende og fremtidige behov for boliger og institusjoner	20
7.0	Planens mål	20
7.1	Kommuneplanens samfunnsdel.....	20
7.2	SMART-metodikk.....	20
7.3	30% økning i kapasitet for heldøgnsomsorg etablert i 2030	22
7.4	Fra 86 til inntil 70 plasser for langtidsopphold på institusjon i perioden 2024 - 2033	24
8.0	Tiltaksdel	26
8.1	Generelle tiltak.....	26
8.2	Tiltak for å øke bruken av kommunalt, akutt døgntilbud (KAD).....	27
8.3	Tiltak innen hverdagsmestring og rehabilitering	28
8.4	Tiltak innen demensomsorg.....	29
8.5	Tiltak innen teknologi.....	30
9.0	Finansiering av tiltak	31
9.1	Gradvis reduksjon av institusjonsplasser	31





9.2	Økning i kapasitet for andre heldøgns tjenester	32
9.3	Økonomisk sammenheng mellom institusjon og heldøgns omsorg.....	33
9.4	Hvordan kan brukere som i dag bor på institusjon i fremtiden få samme kvalitet på tjenesten ved heldøgns omsorg i bolig?	34

UTKAST



1.0 Sammendrag

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

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

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

Målene skal nås gjennom en rekke tiltak som oppsummeres slik:

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

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



2.0 Bakgrunn, forankring, organisering og avgrensning

2.1 Politisk forankring

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

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

Fullstendig vedtak i PS 46/2024:

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



2.2 Organisering som prosjekt

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

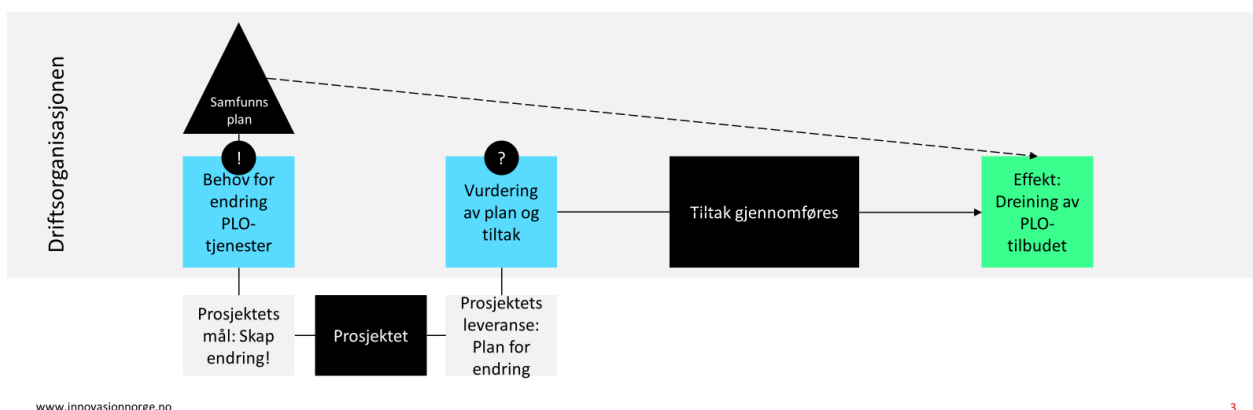
En permanent dreining i kommunens organisering av pleie- og omsorgstjenester har ikke et avgrenset omfang og må involvere en lang rekke ansatte og tjenester over en tidsramme som er krevende å definere på forhånd.

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

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



Prosjekt som et verktøy for endring



3

2.3 Prosjektets avgrensning

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

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



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

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

- Plan for fastlegetjenesten
- Rehabiliteringsplan
- Folkehelseplan

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

2.4 Prosjektorganisering

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

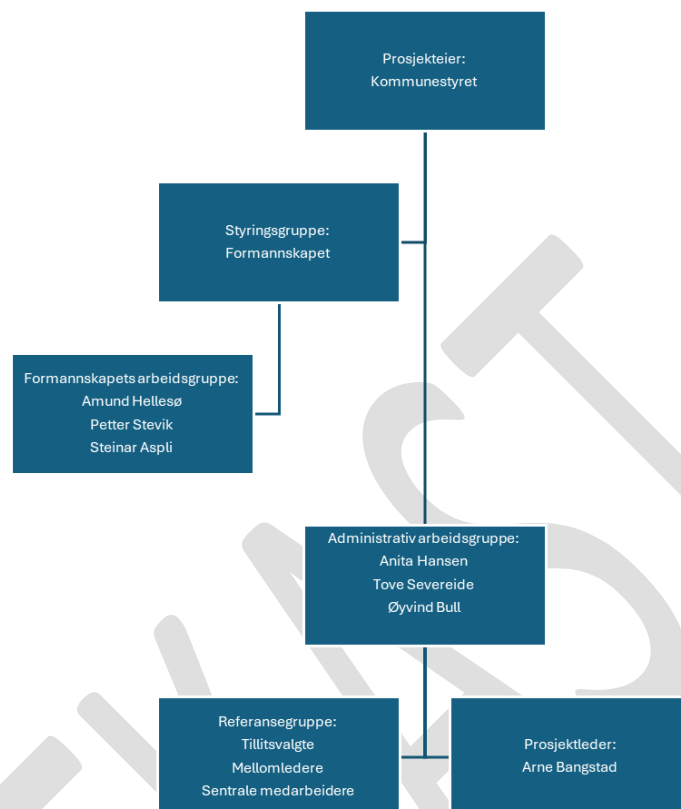
Administrativt har prosjektet vært ledet av ledere i pleie- og omsorgstjenesten. Dette har vært viktig for å sikre at de foreslåtte tiltak i planen er vurdert som mulig å gjennomføre med god effekt. Den administrative arbeidsgruppen har hatt tre medlemmer, men har også benyttet en utvidet prosjektgruppe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

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

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



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



2.5 Sentrale aktiviteter i prosjektet:

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

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

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





- 9. september ga prosjektgruppen (avdelingsledere) sine innspill til mulige tiltak. Innspillene var en oppsummering av dialog med ansatte på de respektive avdelinger.
- 10. september fikk styringsgruppens arbeidsgruppe en orientering om første utkast av planen og umiddelbare tilbakemeldinger.
- 13. september fikk Eldrerådet en orientering om første utkast.
- 17. september ble første utkast presentert for styringsgruppen (formannskapet).

UTKAST



3.0 KOSTRA-analyser

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

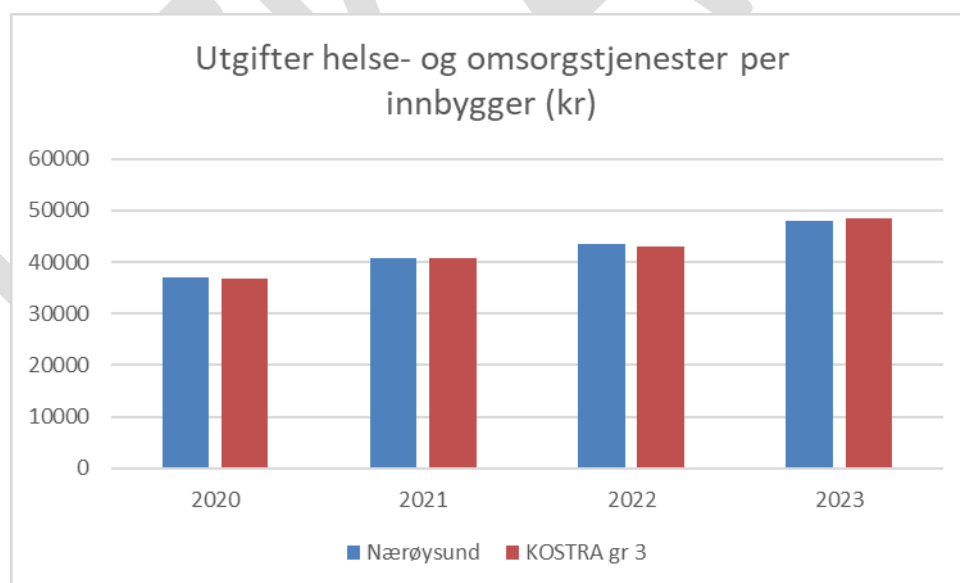
“KOSTRA er en forkortelse for kommune-stat-rapportering. Gjennom KOSTRA sender alle norske kommuner og fylkeskommuner inn tall fra sine tjenesteområder til Statistisk sentralbyrå.”

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

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

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

3.1 Økende utgifter for kommunale helse og omsorgstjenester per innbygger

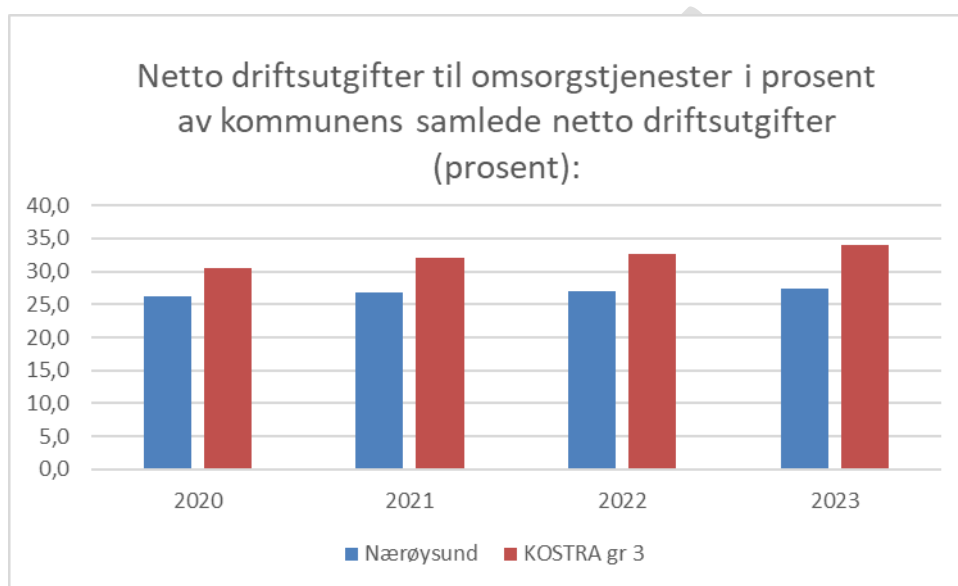


Tabellen ovenfor viser en tydelig kostnadsøkning for helse og omsorgstjenester per innbygger. Fra 2020 til 2024 har økningen vært ca 30% og økningen er relativt lik for Nærøysund og KOSTRA-gruppe 3. 30% økning på 4 år er således ikke unik for Nærøysund og er ikke et uttrykk for at kostnadsveksten skyldes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



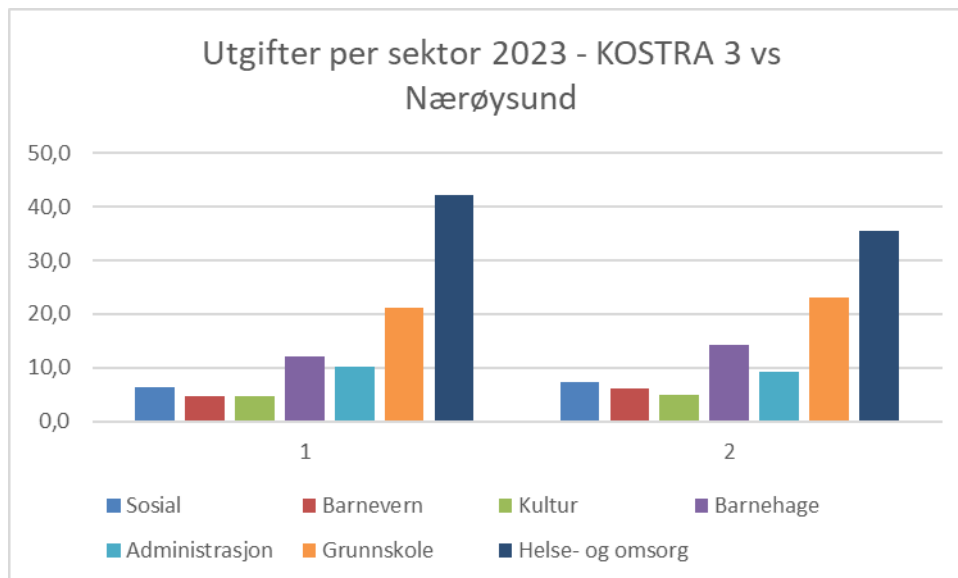
Fordi økningen ikke er relativ ordinær sammenlignet med andre kommuner, er det liten grunn til å tro utviklingen vil endres vesentlig de nærmeste år. Økningen er naturlig fordi flere av kommunenes innbyggere trenger slike tjenester, men også fordi flere innbyggere trenger tjenester over lengre tid. Et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

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



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

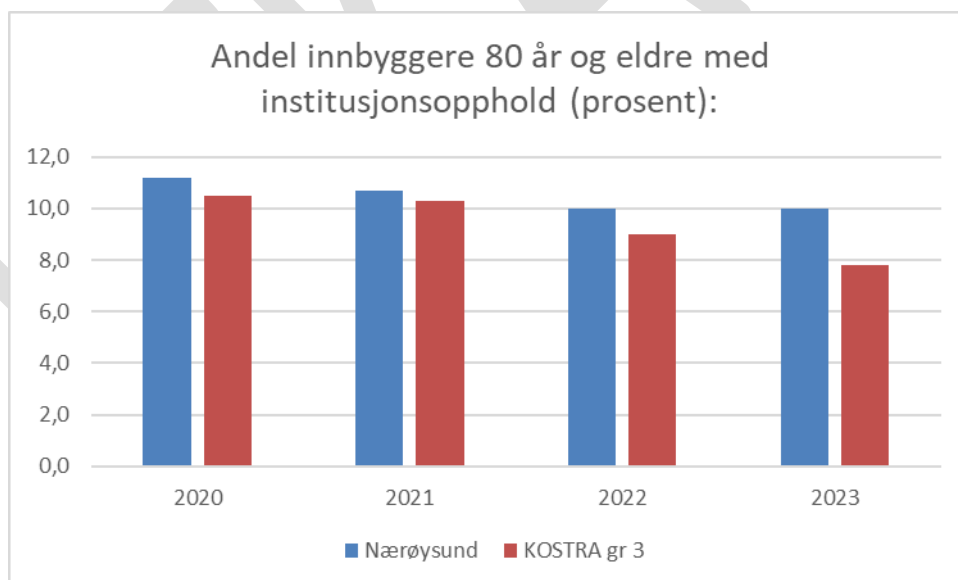




Diagrammet ovenfor viser de største sektorene i kommunal drift og deres andel av netto driftsutgifter. Kostragruppe 3 er samlet under tallet 1 mens Nærøysunds utgifter er under tallet 2. Den blå stolpen er høyere enn ved forrige diagram fordi den, i tillegg til pleie og omsorg, inkluderer andre helsetjenester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

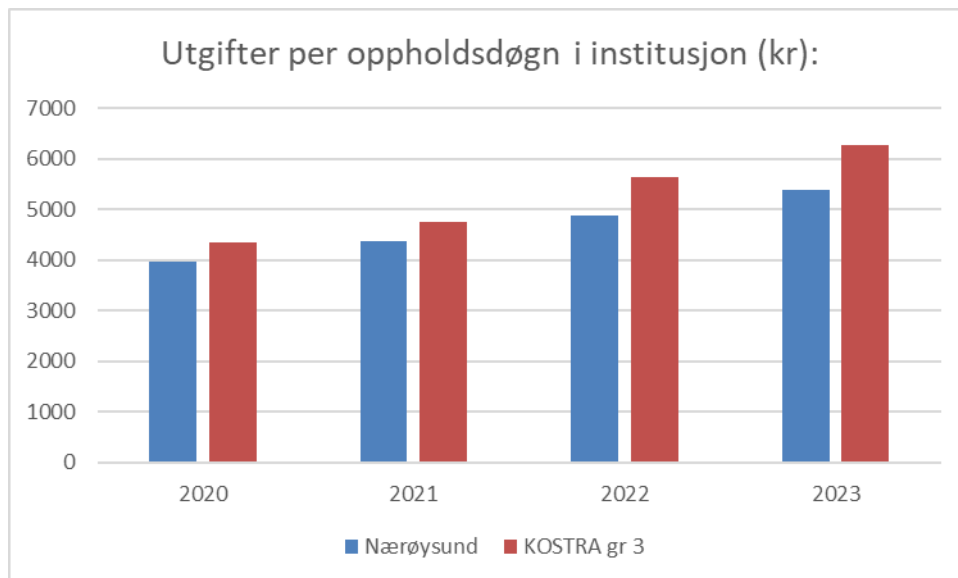
Diagrammet viser at Nærøysund bruker mindre enn sammenlignbare kommuner på helse og mer på grunnskole, barnehager, barnevern og sosiale ytelser.

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



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





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

3.4 Hva er heldøgns omsorg?

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

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

Boform etter denne forskrift skal gi heldøgns opphold. I tilknytning til oppholdet skal det være organisert legetjeneste, fysioterapitjeneste og sykepleiertjeneste i samarbeid med andre deler av den kommunale helse- og sosialtjeneste.

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

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



i. terminalpleie.

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

Dette notatet konkluderer slik:

“Helse- og omsorgsdepartementet og KS legger på denne bakgrunn en 2-trinns forståelse til grunn.

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

Heldøgns tjeneste

En person som får et heldøgns tjenestetilbud mottar helse- og omsorgstjenester - - på kveld og natt gjennom hele uka i tillegg til helse- og omsorgstjenester og/eller arbeids-, utdannings- eller aktivitetstilbud på dagtid. Som helse- og omsorgstjenester regnes også aktivt tilsyn ved bruk av kommunikasjonsteknologi eller besøk fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten og andre de har gjort avtale med, der det er mulig å sette inn nødvendige hjelpetiltak på kort varsel.

Bolig for beboere med heldøgns tjenestetilbud

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

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

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

	Antall plasser	Belegg i 2024 (når relevant)
Antall mottakere av		
Sykehjem		
Annen institusjon		



Omsorgsbolig		
Eget hjem/annen bolig		

Hva er forskjellen på institusjon og omsorgsbolig

	Institusjon	Omsorgsbolig
Personlig økonomi	85% av inntekt	Ordinær husleie
Måltider	Institusjonens ansvar	Beboers ansvar, men kan bestille og betale for matombringing
Hygiene	Institusjonens ansvar	Beboers ansvar, men kan ha vedtak om bistand
Tannhelse	Institusjonens ansvar	Beboers ansvar
Fysioterapi	Institusjonens ansvar	Beboers ansvar, men kan ha vedtak om tjenesten
Medisinsk oppfølging	Sykehjemslege	Fastlege
Medisiner	Institusjonens ansvar	Beboers ansvar
Adgang for helsepersonell	Rett til privatliv	Må avtales med beboer
Innredning	Institusjonens ansvar	Beboers ansvar

Historisk utvikling

3.5 Hva er ikke heldøgns tjeneste?

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

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

Beskrivelse av omfang og historisk utvikling

3.6 Kommunalt akutt døgntilbud (KAD)

Kommunen har etablert KAD-tilbud ved:

- Fiskarbyen og NBBS - Kolvereid
- Rørvik Sykestue



Den norske legeforening har utarbeidet en medisinskfaglig veileder for kommunale akutte døgnplasser (KAD) hvor tilbudet beskrives slik:

“KAD skal være et allmennt medisinsk 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.

Før innleggelse skal pasienten være tilsett av lege. Lege-til-lege konferanse ved innleggelse i KAD er å foretrekke. Man vil da kunne avklare om dette er en pasient som faller innenfor kriteriene for innleggelse i lokal KAD jfr ulikheter i kompetanse og behandlingsmuligheter. Man vil også kunne avklare og diskutere behandlingsplan og oppfølgingsplan etter at pasienten har kommet til avdelingen. Om dette ikke er mulig skal henvisningen inneholde en behandling- og observasjonsplan frem til pasienten tilsees av lege ved KAD.”

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

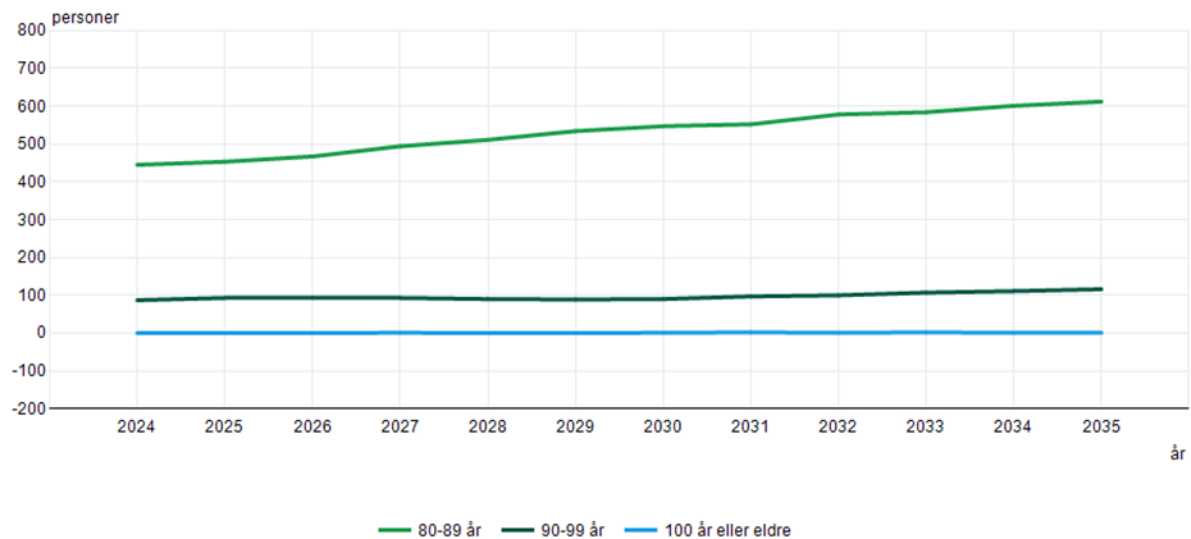
Beskrivelse av omfang og historisk utvikling

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





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



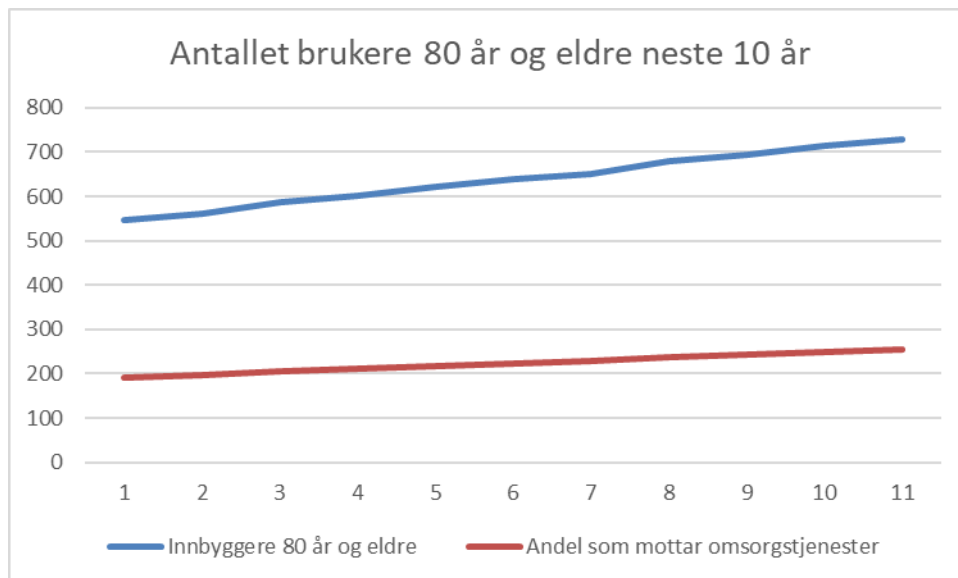
Kilde: Statistisk sentralbyrå

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

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

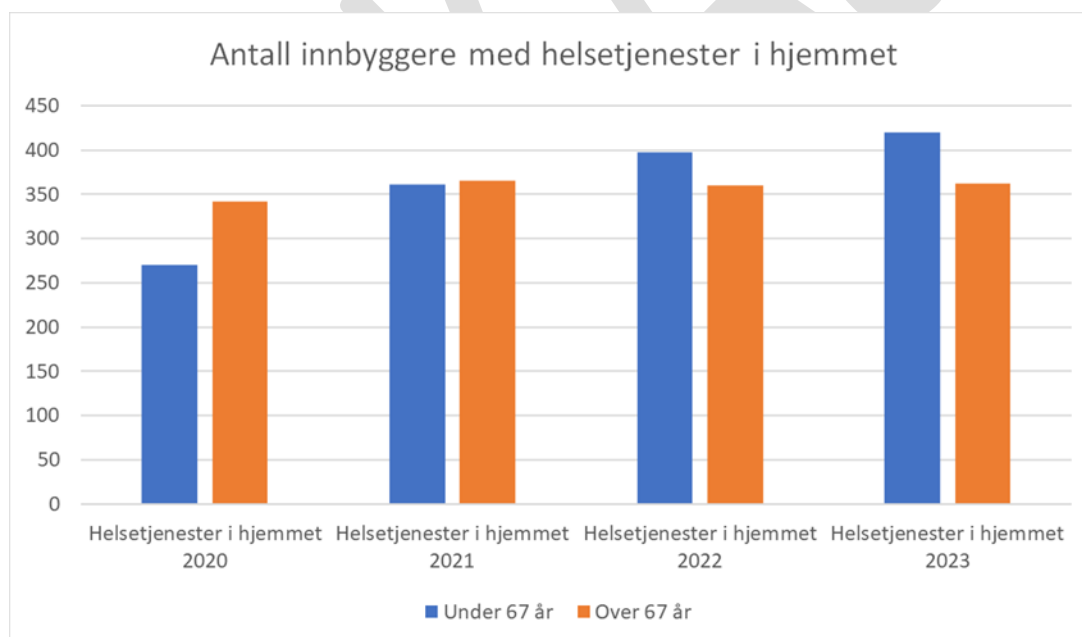
Gitt befolkningsframskrivningen og en 35 % andel av innbyggere over år vil motta tjenester vil utviklingen i antall brukere se slik ut:





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

3.8 60% økning av antall innbyggere under 67 år som mottar helsetjenester (yngrebølgen)



4.0 Analyse av nåværende og fremtidige bemanningsbehov

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



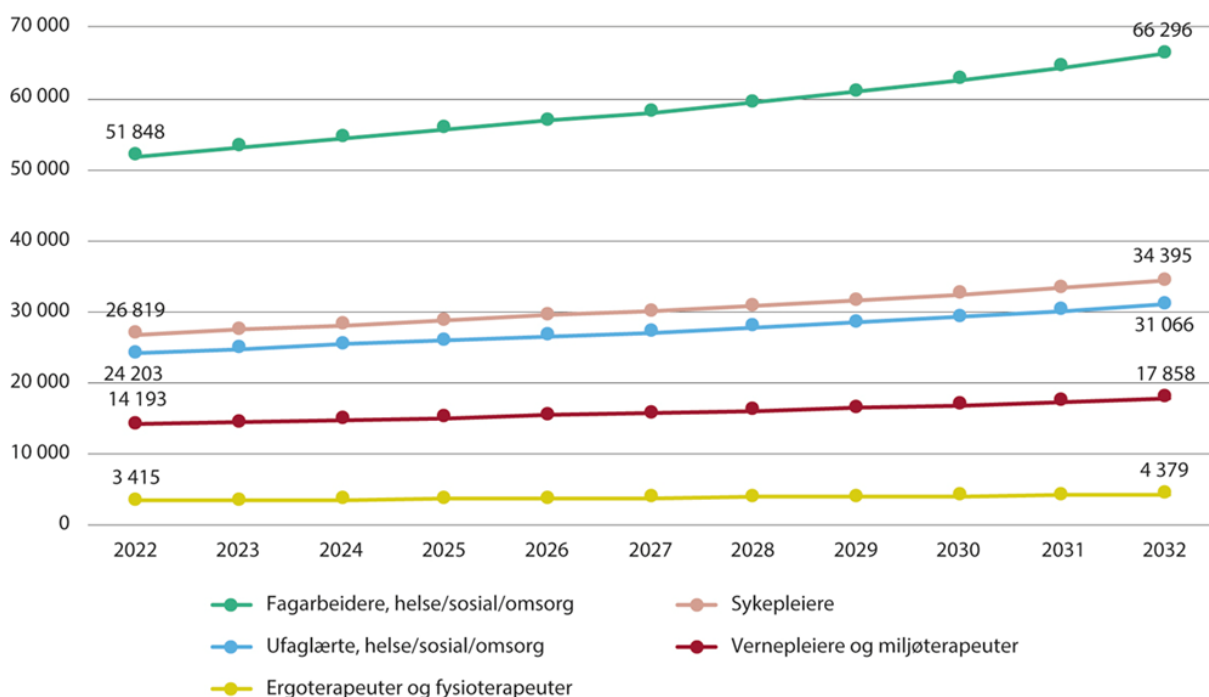
tjenestene og hindrer dem i å utvikle seg videre med dagens innretning. Denne analysen er også treffende for Nærøysund kommune.

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

KS har utviklet en fremskrivingsmodell som beregner rekrutteringsbehov i kommunene, målt i antall årsverk og ansatte, ti år frem i tid. Modellen tar utgangspunkt i informasjon om de ansatte i KS' PAI-register og befolkningsfremskrivninger fra SSB. Enkeltkommuner har anledning til å bestille fremskrivninger for sin kommunes behov for blant annet helsepersonell ti år frem i tid.

KS (2021) beregnet rekrutteringsbehovet i kommunesektoren frem mot 2031. KS beregnet at kommunesektoren som helhet må øke antall årsverk med om lag 46 500 dersom de skal kunne tilby samme nivå på tjenestene, og av disse årsverkene er hele 45 600 årsverk innen helse- og omsorgstjenestene. I praksis vil altså helse- og omsorgstjenestene måtte stå for nesten hele årsverksveksten i kommunene frem mot 2031. Det ble fremskrevet en nedgang i årsverk i undervisningssektoren og beskjeden vekst i øvrige kommunale sektorer. Mens helse- og omsorgstjenestene sto for 40 prosent av årsverkene i kommunesektoren i 2021, er det forventet at andelen er økt til oppunder 46 prosent ti år senere, ifølge KS' beregninger.

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



5.0 Analyse av nåværende og fremtidige teknologibehov

6.0 Analyse av nåværende og fremtidige behov for boliger og institusjoner

7.0 Planens mål

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

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

7.1 Kommuneplanens samfunnsdel

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

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

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

7.2 SMART-metodikk

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

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



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

Målbart – kan organisasjonen faktisk vite om målet er nådd?

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

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

Tidsbestemt – når skal målet oppnås?

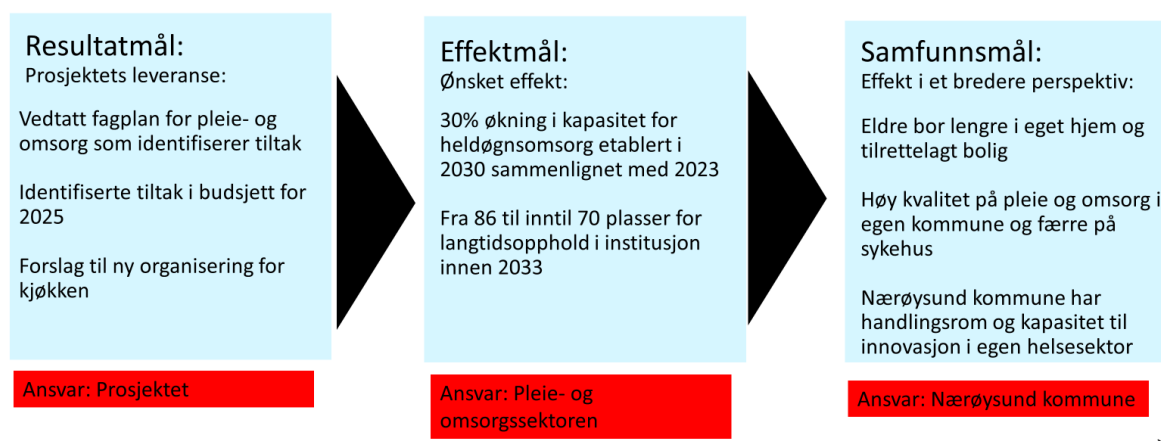
Det er anerkjent som god prosjektmetodikk å sette mål i sammenheng med hverandre. Resultatmål er hva prosjektet skal levere og formulere i denne plan mens effektmål er den effekt kommunen ønsker å oppnå ved å gjennomføre de tiltak beskrevet i denne plan.

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

Målene for prosjektet kan fremstilles slik:

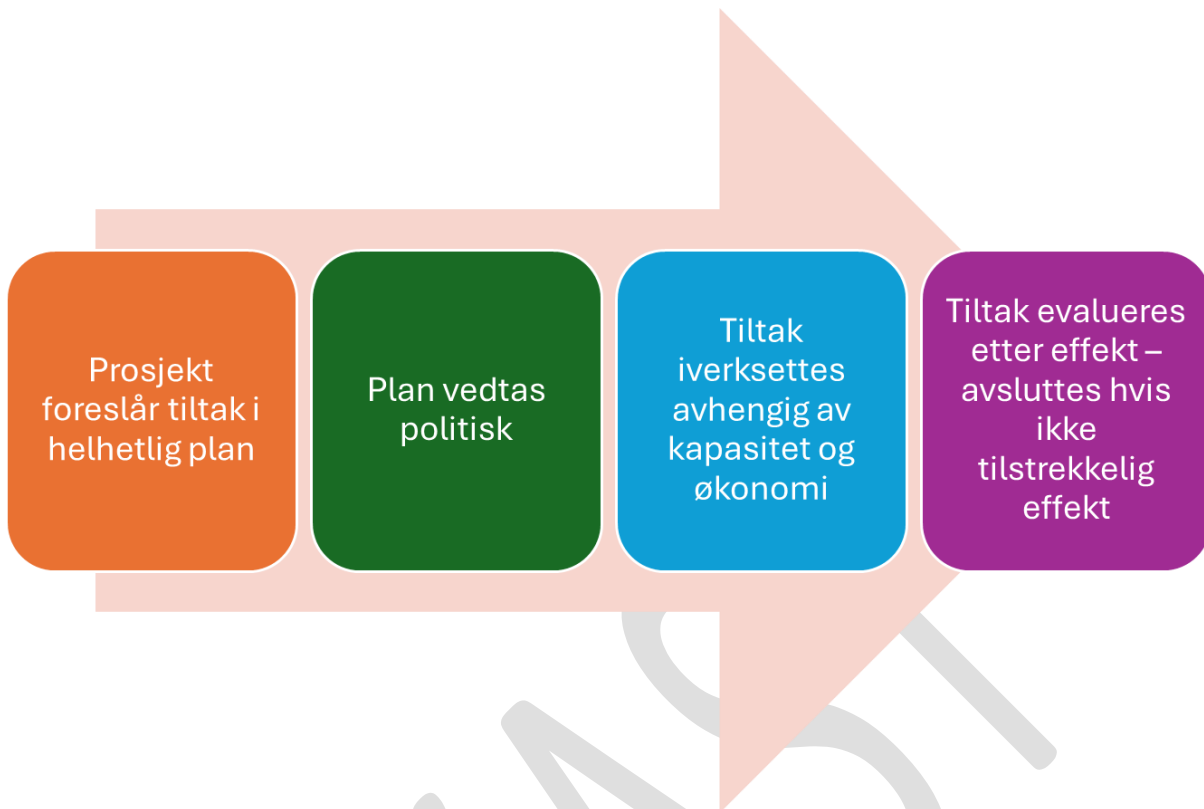


Planens mål og sammenheng mellom ulike mål



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

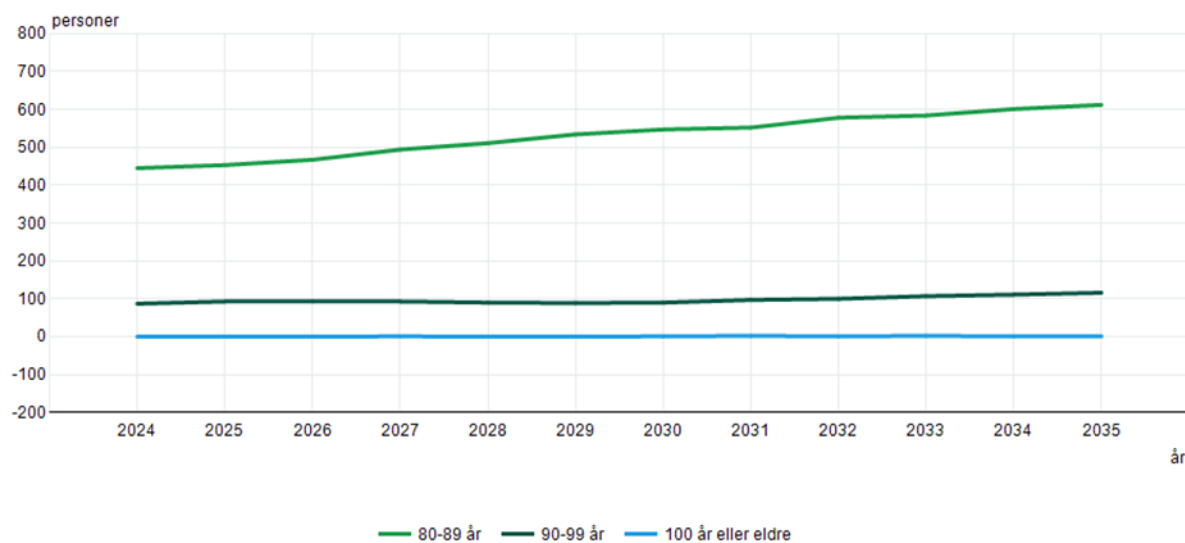




7.3 30% økning i kapasitet for heldøgnsomsorg etablert i 2030

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

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



Kilde: Statistisk sentralbyrå



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

Målet tilfredsstiller SMART-metodikken:

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

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

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

- a. Planens tiltak skal ha effekt innen utløpet av 2030. Innen den tid vil beskrevne tiltak i denne plan være utdaterte og planen bør revideres med nye tiltak
- b. Det er en nær, men ikke direkte, sammenheng med antall brukere av PLO-tjenester og antallet eldre over 80 år. Det kan forventes at et lavere antall eldre over 80 år vil trenger slike tjenester, men samtidig viser [studier](#) at en betydelig og økende andel av PLO-kostnader kan knyttes til den såkalte "yngrebølgen". I en artikkel i magasinet "Sykepleien" uttaler professor Terje P. Hagen, en av forfatterne til studien, *"at disse tallene er viktige å få frem, fordi de forteller politikerne at eldrebølgen ikke er det som vil koste kommunene mest i fremtiden. Det er «yngrebølgen» av funksjonshemmede. – Studien gir en forståelse for hvorfor det er såpass press på kommunale pleie og omsorgsplasser, sier han. Han mener det er to saker som driver utviklingen. Flere unge funksjonshemmede, mens de eldre blir sprekere. – De eldre har færre sykdommer enn tidligere, spesielt hjerte- og karsykdommer, sier han. Han mener det er økningen av psykisk syke og somatisk syke unge som vil legge beslag på kostnadene i kommunene i fremtiden."*
- c. 30% økning i kapasitet er et samlet mål for å ivareta en økning av både eldre og yngre med behov for tjenester fra PLO-sektoren.



7.4 Fra 86 til inntil 70 plasser for langtidsopphold på institusjon i perioden 2024 - 2033

Ifølge KOSTRA har Nærøysund 98 sykehjemsplasser i 2024. Befolkningstall fra SSB viser at kommunen samtidig hadde 532 innbyggere over 80 år. KOSTRA-tallene har ikke inkludert de seneste politiske vedtak og Nærøysund kommune drifter i dag 86 plasser for langtidsopphold. Denne planen tar utgangspunkt i at tidligere politiske vedtak om reduksjon av antall plasser blir permanente.

Med 86 plasser har Nærøysund en dekningsgrad på 16 %. Det vil si at kommunen har institusjonsplass for langtidsopphold for 16% av sine innbyggere 80 år eller eldre.

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

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

Begge målemetoder har en entydig konklusjon; Nærøysund har flere institusjonsplasser enn sammenlignbare kommuner. Skal Nærøysund kommune beholde dekningsgrad for sykehjemsplasser i 2035 som i 2024 må kommunen bygge 36 nye sykehjemsplasser gitt SSBs befolkningsframskriving for Nærøysund (se illustrasjon over). I PS 46/2024 er det et tilhørende saksfremlegg som gir en historisk analyse av institusjonskapasitet og konkluderer med at Nærøysund ligger svært høyt i dekningsgrad (antall rom på institusjon i forhold til antall eldre over 80 år). Fremlegget argumenterer for en reduksjon i antallet plasser på institusjon til fordel for andre former for heldøgns omsorg.

En plass på institusjon er det mest ressurskrevende tjenestetilbudet en innbygger kan motta fra en kommune. Kommunen har allerede vedtatt en dreining fra institusjon til andre former for heldøgns omsorg og målet er således en konkretisering av denne dreiningen. Målet innebærer at all kapasitetsøkning i Nærøysund kommune skal utgjøres av andre former for heldøgns omsorg enn plass i institusjon. Målet er i tråd med vedtaket i PS 46/2024 og innebærer en reduksjon i dekningsgrad fra 16 % til 10%.

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





Målet tilfredsstiller SMART-metodikken:

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

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

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

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

- Pårørende uttrykker oftere uro for om tjenestemottaker får den forventede heldøgns omsorg i andre boformer og oppfatter ofte at sykehjem gir mer trygghet for slik omsorg. Det er imidlertid ingen studier som viser at det er grunn til slik uro og i de tilfeller hvor kommuner ikke gir god omsorg skjer det like ofte på sykehjem som i andre tjenestetilbud.
- Ansatte uttrykker ofte bekymring for økt arbeidspress og økende medisinsk kompleksitet knyttet til pasienter på sykehjem når terskelen for slik plass blir høyere. Denne bekymringen bør møtes med økt kompetanse, bedre arbeidsflyt og bedre organisering av bemanning. Denne plan inneholder tiltak med denne hensikt.

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

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



8.0 Tiltaksdel

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

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

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

8.1 Generelle tiltak

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



Etablere stilling som klinisk farmasøyt ²	Reduksjon av avvik ved medikamentbruk, avlastning av fastleger og sykehjemslege og mer presis oppfølging av medikamentbruk	1 100 000 kr
Etablere flere omsorgsboliger – spesielt uten kjøkken	Gjør det mulig for flere å bo i egen bolig	Må utredes – krever bygningsmessige grep

8.2 Tiltak for å øke bruken av kommunalt, akutt døgntilbud (KAD)

Beskrivelse	Effekt	Kostnadsestimat
Øke antall KAD-plasser fra 2 fleksible til 4 dedikerte plasser i Rørvik	Bruk av KAD-plasser gjør at pasient unngår reise til sykehus og raskere kommer tilbake til egen bolig. Pasient holdes i allmennelegetjeneste som har god kjennskap til pasientens øvrige tjenester. Etablere et kompetansemiljø innenfor KAD-tilbud	Må utredes – krever bygningsmessige grep
Etablere kompetansetilbud for sykepleiere med interesse for avansert, klinisk sykepleie	Økt kvalitet på KAD-tilbud gir økt bruk som reduserer antallet sykehusinnleggelses	Innenfor dagens budsjett og eventuelle OU-midler, stipender og tilskudd
Kjøpe fri fastleger for å gi konkret veiledning på spesifikke prosedyrer	Etablere sikkerhet for sentrale prosedyrer som kateterisering, intravenøs behandling m.m. vil gi økt sikkerhet for innleggelse og derfor økt bruk av tilbudet	Innenfor dagens budsjett

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

² En **klinisk farmasøyt** diskuterer legemiddelbehandling og legemiddelrelaterte problemer med pasienter, leger og annet helsepersonell. **Kliniske farmasøyter** jobber mye i tverrfaglige team. Deres viktigste oppgaver er å utføre legemiddelsamstemming, legemiddelgjennomgang, legemiddelsamtale og utskrivning.



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

For førstnevnte kategori fokuserer kommunen på rehabilitering og hverdagsmestring. Dette er tiltak som forbereder og trener brukeren på å tilpasse seg sitt nye funksjonsnivå og/eller gjenvinne sitt tidligere funksjonsnivå. Slike funksjoner er oppgaver i hverdagen som å hente post, dusje selv, lage middag og kalles ofte hverdagsmestring.

Nasjonale undersøkelser viser at nær 80 % av beboere på institusjon er demente og over 40 prosent av dem som er over 70 år og får hjemmetjenester, har demens. ([Tall fra FHI](#)). Demens er i særklasse den diagnosen for personer over 70 år som, samlet sett, krever mest ressurser av pasient, pårørende og helsepersonell.

Derfor er tiltakene under inndelt i disse to kategoriene:

8.3 Tiltak innen hverdagsmestring og rehabilitering

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



og andre tilbud i Rørvik/Kolvereid		
Redusere relativ bruk av institusjonsplasser for pasienter med funksjonsfall	Vil gi mer målrettet bruk av hverdagsmestring og understreke fokus da institusjonsopphold i mindre grad er en mulighet	Innenfor dagens budsjett
Avvikle bruk av avlastning på institusjon ved funksjonsfall	Vil gi mer målrettet bruk av hverdagsmestring og understreke fokus da avlastning på institusjon ikke er en mulighet	Innenfor dagens budsjett

8.4 Tiltak innen demensomsorg

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



Kraftig utvidelse av tilbud om dagaktivitet ved samlet demensomsorg	Har flere effekter; avlaster pårørende, utsetter institusjonsplass, gir kunnskap om bruker, reduserer stigma og gjør pasient trygg på institusjon	Må utredes – krever bygningsmessige grep
Etablering av dagaktivitet som kommunens tilbud for avlastning for pårørende	Reduserer behov for bemanning på institusjon da tilbudet kan reduseres til 1 plass på Kolvereid og 1 i Rørvik	Innenfor dagens budsjett
Etablering av sentralt botilbud for ektepar hvor demens er diagnostisert	Lang reisevei til dagaktivitet hindrer ofte god effekt og alternativt tilbud er å flytte til botilbud nær dagaktivitet	Må utredes – krever bygningsmessige grep
Etablere kontinuerlig informasjon kommunens helhetlige demenstilbud	Stigma er ofte årsak til at bruker går rett fra eget hjem til langtidsopphold. Ved å redusere stigma kan pårørende oppfordres til å ta kontakt og benytte dagaktivitet tidligere	Innenfor dagens budsjett

8.5 Tiltak innen teknologi

Beskrivelse	Effekt	Kostnadsestimat
Anskaffe teknologi for lagerstyring av medisinsk forbruksmateriell	Flere effekter; sparer personell for tidkrevende rutiner knyttet til lagerkontroll og bestilling, reduserer feil bestilling, reduserer sortiment og gir lavere anskaffelseskostnad	450 000 kr – vil spares inn over 3 år på grunn av mer presis bestilling og lagerkontroll
Anskaffe teknologi for organisering av informasjonsflyt knyttet til pasient	Redusert tid på for helsepersonell for å holde oversikt over aktiviteter knyttet til bruker	500 000 kr – vil spares inn over 3 år på grunn av økt kapasitet som brukes til å betjene flere brukere
Anskaffe teknologi for å lukke medikamentsløyfe	Redusert tid på lagerføring, dobbeltkontroll og bestilling av medikamenter på institusjon. Reduserer svinn på grunn av utgått dato og reduserer sortiment. Reduserer antall avvik knyttet til utdeling av medikament	2 000 000 kr – vil spares inn over 3 år på grunn av mindre svinn på medikamenter og mer presis bestilling

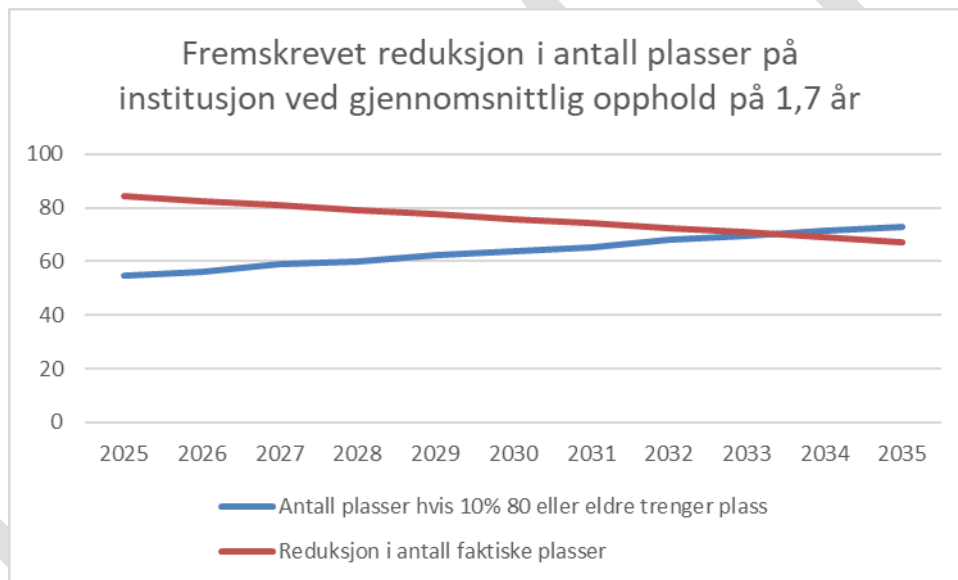


Anskaffe ny løsning for elektronisk pasientjournal (EPJ)	Mer tiltaksbasert journalføring, mer struktur rundt pasientopplysninger, tettere integrasjon med nasjonal helseregistre m.m.	Tiltak ved anskaffelse: ca 500 000 kr og doblet lisenskostnad i forhold til i dag
--	--	---

9.0 Finansiering av tiltak

I kapittel 8 brukes referansen “Innenfor dagens budsjett” hyppig. Samtidig foreslår planen en rekke tiltak som krever finansiering. I dette kapittelet utredes planens økonomiske konsekvenser.

9.1 Gradvis reduksjon av institusjonsplasser

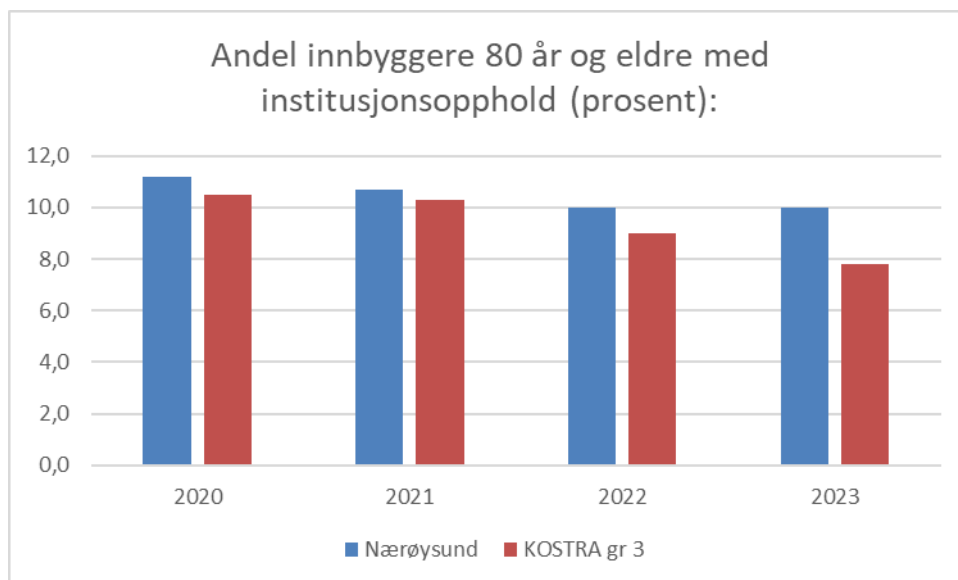


Planen har, i kapittel 3, etablert at Nærøysund har flere institusjonsplasser enn sammenlignbare kommuner. Sammenligningen tar utgangspunkt i dekningsgrad for kommunens innbyggere som er 80 år og eldre. I Nærøysund er slik dekningsgrad 16 % mens den i KOSTRA-gruppe 3 er 7,8 %. Det er ingen medisinsk-faglige årsaker til at Nærøysund bør ha vesentlig høyere dekningsgrad enn andre kommuner.

Et vedtak om innvilget langtidsopphold på institusjon kan i praksis ikke omgjøres. Innbyggeren må da bo på institusjon livet ut. Dette setter en naturlig begrensning på hvor hurtig antallet institusjonsplasser kan reduseres. Gjennomsnittlig oppholdstid på institusjon i Nærøysund er 626 dager eller 1,7 år. Hvis en legger til grunn at en kan reduseres antallet plasser i samme tempo vil kommunen ha inntil 70 plasser i 2033. Dette gir en dekningsgrad



på 10 %. Dette er noe høyere enn gjennomsnittet for KOSTRA gruppe 3, men representerer likevel en betydelig reduksjon.



Den røde stolpen i diagrammet ovenfor viser en noe svakere reduksjon i dekningsgrad for gjennomsnittet av KOSTRA gruppe 3; fra 10,2 % i 2020 til 7,8 i 2024 enn hva som planen legger opp til for Nærøysund som skal redusere fra 16 % til 10 % på 8 år.

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

9.2 Økning i kapasitet for andre heldøgns tjenester

Analysen i denne planen viser at antallet brukere med stort omsorgsbehov vil øke med ca 30% frem til 2035. Tjenester til disse brukerne skal leveres i andre former for heldøgns omsorg enn opphold på institusjon.

Planen skisserer en rekke tiltak for at slike tjenester skal leveres med, relativt sett, færre ansatte per bruker enn hva som er tilfellet i dag. Mange av disse tiltakene har en kostnad og forutsetter investeringer i bygningsmasse og teknologi. De fleste av investeringene kan lånefinansieres, men renter og avdrag må belastes driftsbudsjettet for helse og omsorg.



En sykehjemsplass koster i gjennomsnitt 1,2 millioner kr for en kommune å drifte per år. En reduksjon på 2 plasser i 2026 vil da kunne gi et handlingsrom på 2,4 mill kr som kan brukes til å betjene renter og avdrag til lånefinansierte investeringer i bygningsmasse og teknologi.

9.3 Økonomisk sammenheng mellom institusjon og heldøgns omsorg

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

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

- Personellkostnader: Institusjoner krever høyt kvalifisert personale, inkludert leger, sykepleiere, terapeuter og annet helsepersonell. Lønninger og opplæring for disse fagfolkene utgjør en betydelig del av kostnadene.
- Spesialiserte tjenester: Institusjoner tilbyr spesialiserte tjenester som krever avansert utstyr og teknologi, samt spesialiserte behandlingsprogrammer.
- Driftskostnader: Vedlikehold av bygninger, forsyninger, mat, og andre daglige driftskostnader kan være høye. Dette inkluderer også sikkerhetstiltak og andre nødvendige fasiliteter.
- Individuell omsorg: Institusjoner må ofte tilby individuell omsorg og tilpassede programmer for hver enkelt beboer, noe som kan øke kostnadene betydelig.
- Reguleringer og standarder: Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie setter en rekke krav som er kostnadskrevende. Merk at denne forskriften gjelder alle former for heldøgns omsorg.

En omsorgsbolig med heldøgns omsorg er rimeligere av flere årsaker:

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





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

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

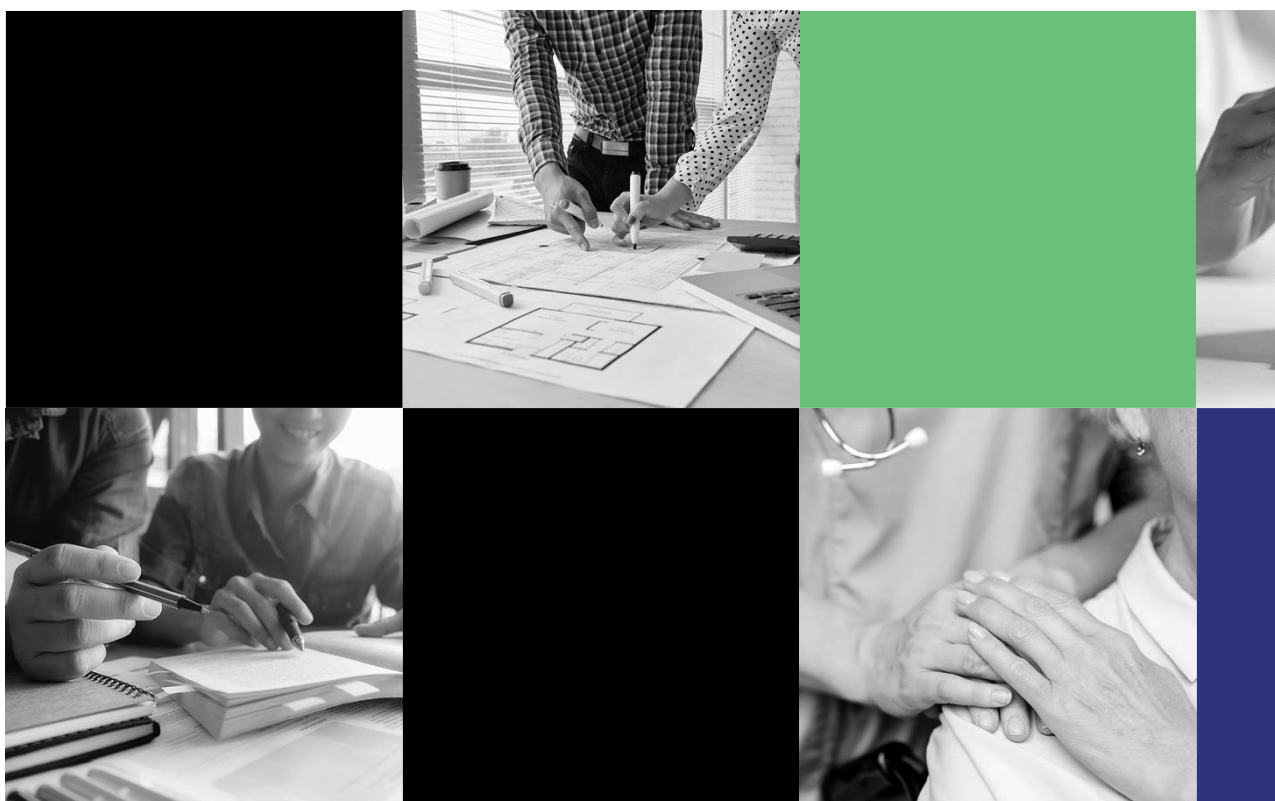




Nærøysund kommune

Postadresse: Nærøysund kommune
Postboks 133, Sentrum, 7900 Rørvik

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



narøysund.kommune.no