

Nærøysund  
kommune



Plan for dreining  
fra institusjon  
til heldøgns  
omsorg  
(2025 – 2035)

## Innhold

Innhold .....	2
1.0 Sammenheng .....	3
2.0 Bakgrunn, forankring, organisering og avgrensning .....	4
3.0 KOSTRA-analyser .....	9
4.0 Behov for økt kapasitet i pleie- og omsorgssektoren .....	13
5.0 Planens mål .....	21
6.0 Hva er heldøgns omsorg? .....	28
7.0 Omsorgstrappen og tiltak for å endre organisering av tjenestene .....	34
8.0 Endret kjøkkenstruktur og samling om en produksjonsmetode .....	50
9.0 Tildeling av tjenester – mer hverdagsmestring .....	55
10.0 Økt produksjon uten vesentlig økt bemanning .....	59
11.0 Kraftfull satsning på teknologi .....	65
12.0 Tiltaksdel .....	69

## 1.0 Sammendrag

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

- 30% økning i kapasitet for heldøgnsomsorg etablert i 2030
- Reduksjon til 10 % dekningsgrad for langtidsopphold på institusjon i perioden 2024 - 2030

Målene er ambisiøse og vil kreve betydelige endringer i hvordan pleie- og omsorgstjenestene i Nærøysund er organisert og drevet. Et bærende prinsipp i planen er å utnytte ulik kompetanse best mulig. Viktige tiltak vil være:

- Å samle kompetanse og etablere sterkere kompetansemiljø
- Kontinuerlig utvikle kompetanse
- Unngå at oppgaver løses på feil kompetansenivå

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% innenfor dagens kostnadsnivå.

Målene skal nås gjennom en rekke tiltak som oppsummeres slik:

- Styrking av demensomsorg
- Økt antall omsorgshybler
- Styrking av hverdagsmestring
- Etablering av forløpsbeskrivelser for de mest vanlige pasientforløp
- Gradvis reduksjon av andelen eldre som får langtidsopphold på institusjon
- Utvikle mer kompetanse og utnytte denne mer effektivt
- 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”*<sup>1</sup>.

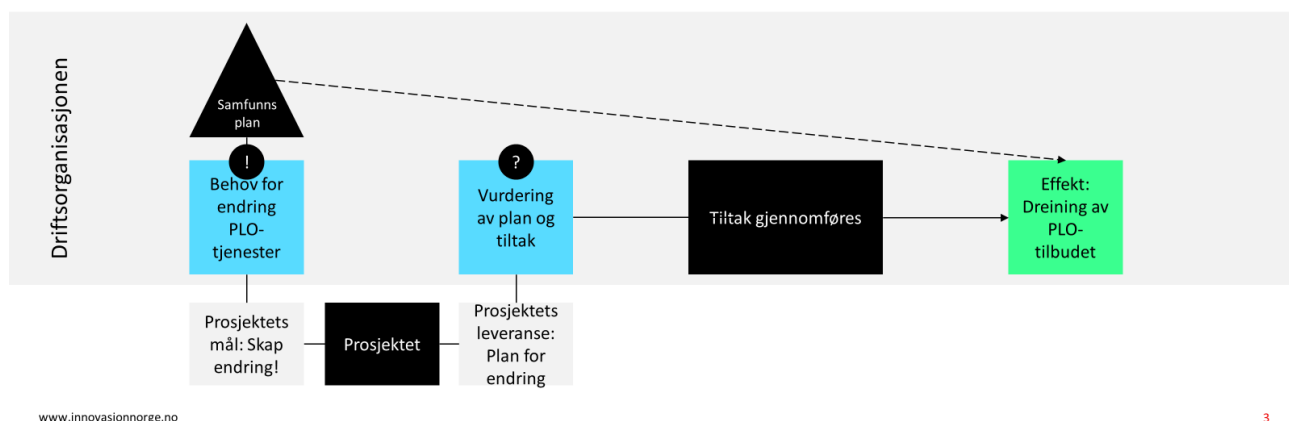
En permanent dreining i kommunens organisering av pleie- og omsorgstjenester har ikke et avgrenset omfang og må involvere en lang rekke ansatte og tjenester over en tidsramme som er krevende å definere på forhånd.

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



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

### **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 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 prosjektplan bør settes i sammenheng med andre planer, strategier og styringsdokument som benyttes i kommunen. Samtidig er det viktig å understreke at planen avgrenses mot en rekke fagområder og overordnet planverk. Disse fagområdene kan ha egne behov som påvirkes av planen. Eksempler på slik fagområder er:

- Fastlegetjenesten
- Legevakt
- Forebyggende arbeid
- Rus- og psykiatritjenesten

I tillegg vil prosjektplanen lansere tiltak som innebærer videre utredning av fagområder og organisering.

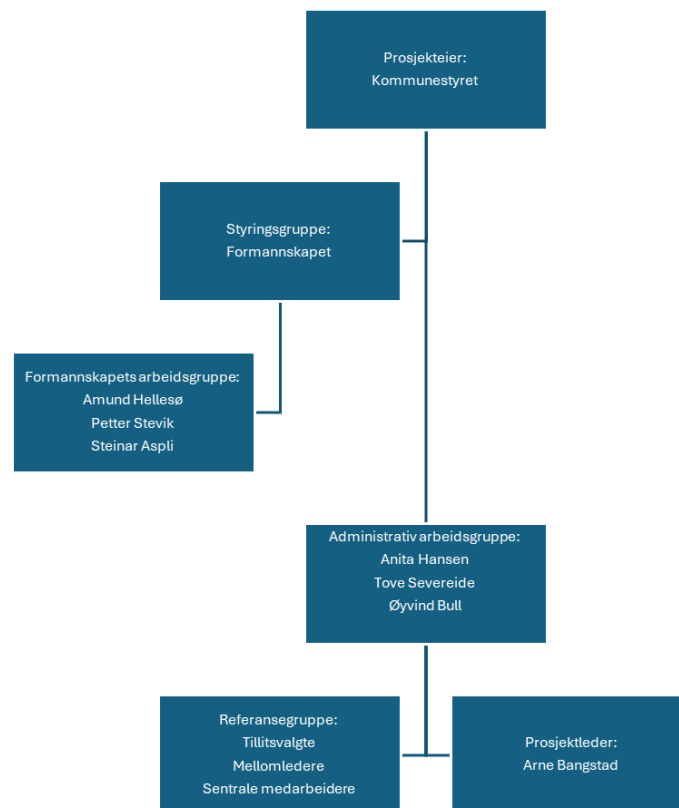
### **2.4 Prosjektorganisering**

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 2024 og har fortløpende hatt 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)
- 18. september ble første utkast presentert for referansegruppen (representanter fra frivillige organisasjoner innen helse). Til stede var Eldrerådet, Ottersøya & omegn Pensjonistforening og Nærøysund Revmatikerforening.
- 24. september ble første utkast presentert til kommunestyret som en orienteringssak.
- 17. oktober ble andre utkast presentert for styringsgruppen (formannskapet) og på et folkemøte på Kolvereid
- 23. oktober ble andre utkast presentert for referansegruppen. Til stede var Eldrerådet, Ottersøya & omegn Pensjonistforening, LHL Nærøy, Nærøy Pensjonistforening, Handikapforbundet, Nærøysund Demensforening og Nærøysund Diabetesforening.
- 26. november ble tredje utkast presentert for styringsgruppen (formannskapet).
- 10. desember ble fjerde og siste utkast presentert for styringsgruppen (formannskapet).
- 18. desember ba kommunedirektøren om innspill fra innbyggere, ansatte, fagforeninger og interesseorganisasjoner til sin saksbehandling av planen
- Mandag 13. januar 2025 klokken 12:00 satt som frist for innspill
- 31. januar var skrivefrist for kommunedirektørens saksfremlegg
- 11. februar ble planen behandlet i formannskapet
- 20. februar ble planen behandlet i kommunestyret



### 3.0 KOSTRA-analyser

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

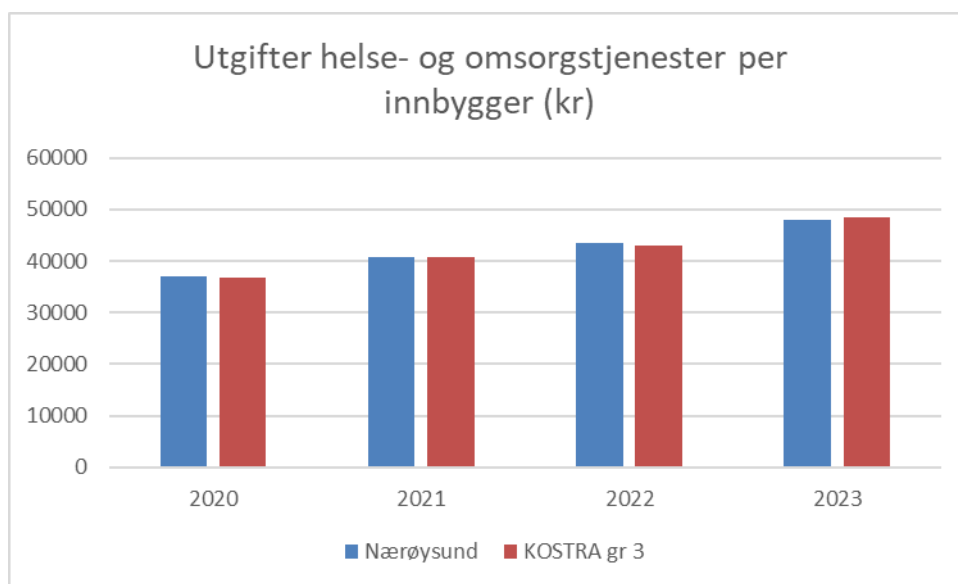
*“KOSTRA er en forkortelse for kommune-stat-rapportering. Gjennom KOSTRA sender alle norske kommuner og fylkeskommuner inn tall fra sine tjenesteområder til Statistisk sentralbyrå.”*

Et sentralt element i bruken 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:

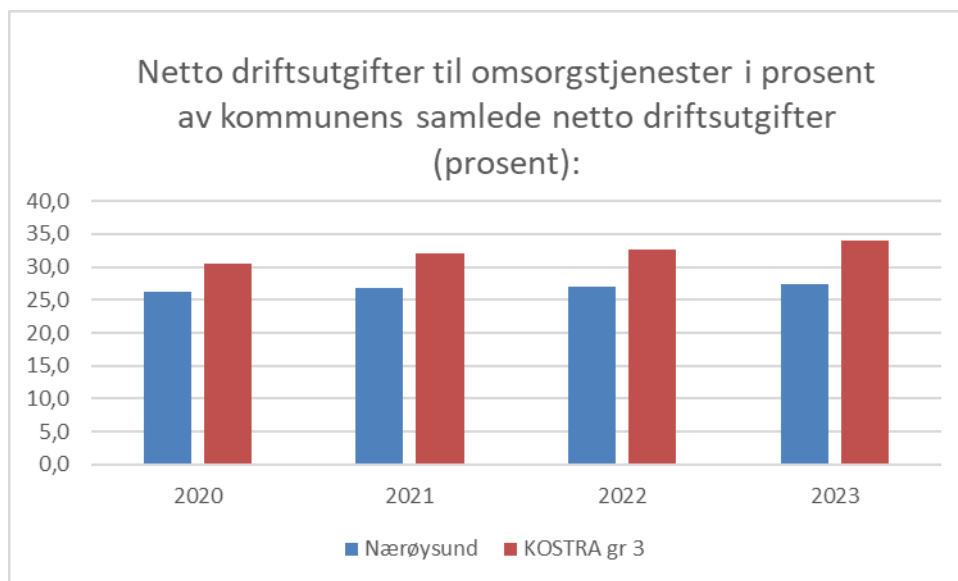
#### 3.1 Økende utgifter for kommunale helse og omsorgstjenester per innbygger



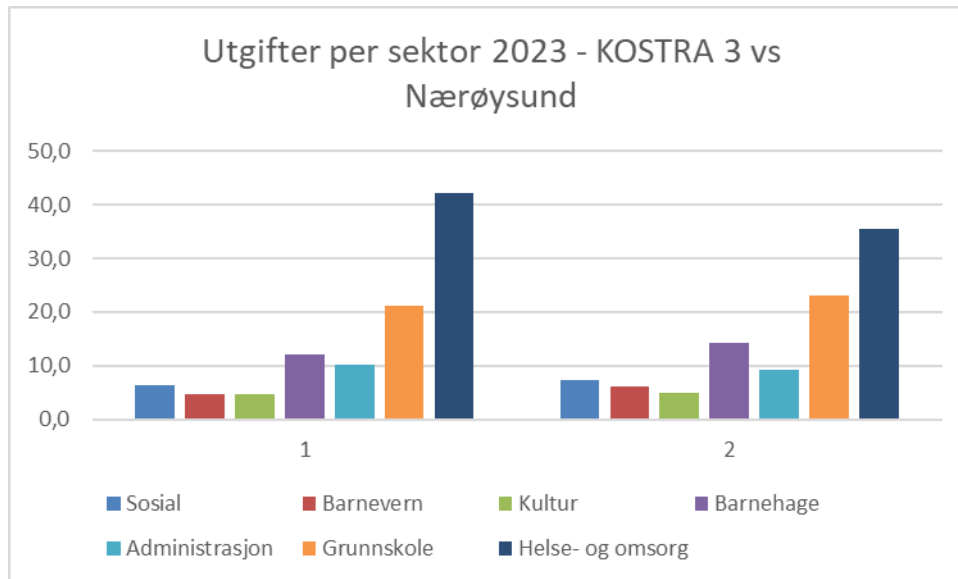
Tabellen ovenfor viser en tydelig kostnadsøkning for helse og omsorgstjenester per innbygger. Fra 2020 til 2024 har økningen vært ca. 30% og økningen er relativt lik for Nærøysund og KOSTRA-gruppe 3. 30% økning på 4 år er derfor ikke unikt for Nærøysund og er ikke et uttrykk for at kostnadsveksten skyldes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

Fordi økningen 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



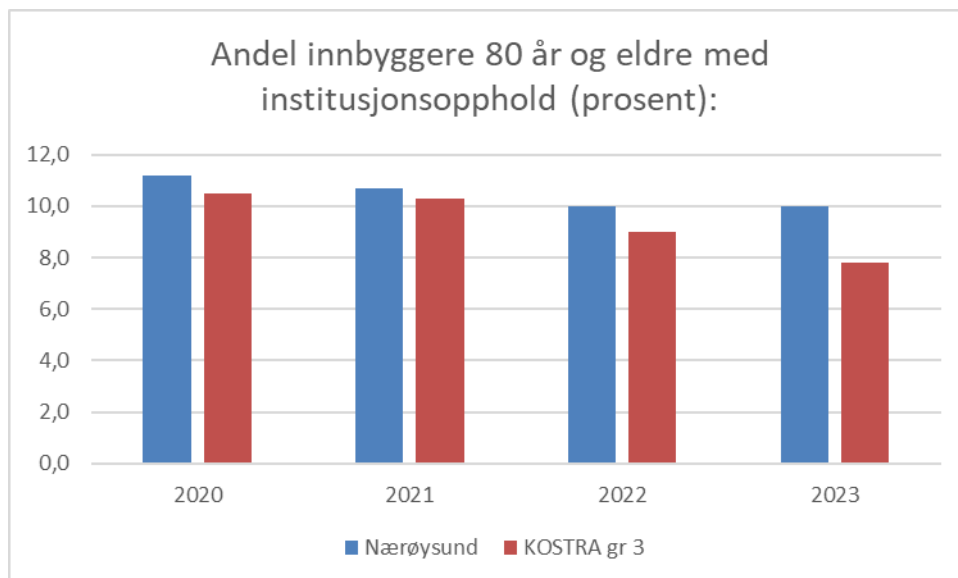
Samtidig som kommunens utgifter øker per innbygger har Nærøysund kommune hatt en stabil utvikling på andelen av kommunens samlede utgifter. Dette kan forklares med kommunens jevnt økende inntekter i samme periode. Sammenlignet med KOSTRA-gruppe 3 har Nærøysund brukt økte inntekter på andre tjenester 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.

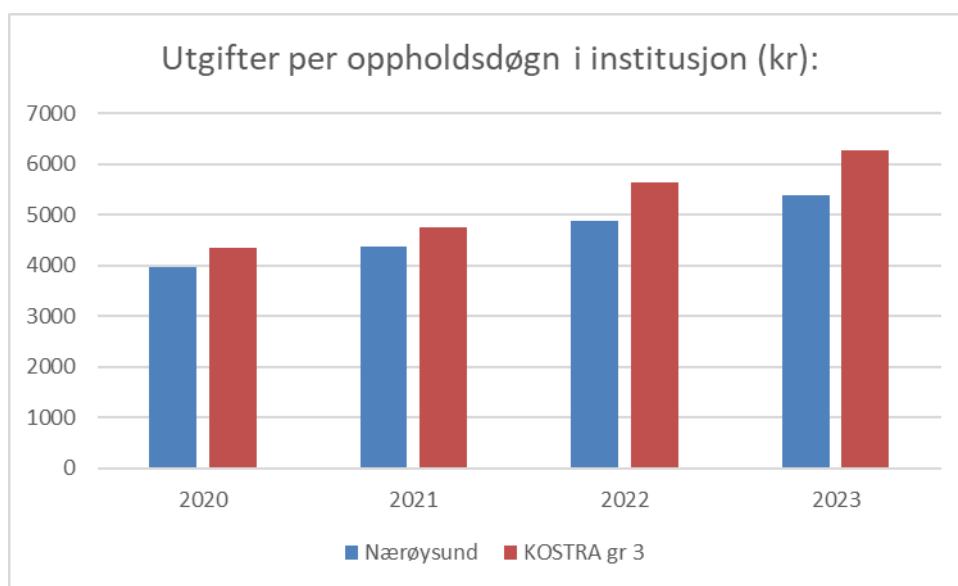
Diagrammet viser at Nærøysund bruker mindre enn sammenlignbare kommuner på helse og mer på grunnskole, barnehager, barnevern og sosiale ytelser.

### 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 stabilt 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.

Dekningsgrad blir ofte brukt som en parameter for å planlegge og bemanne institusjonsplasser i en kommune. I denne sammenheng betyr dekningsgrad hvor mange institusjonsplasser kommunen har i forhold til antallet innbyggere 80 år og eldre. Denne planen legger til grunn at kommunen, etter vedtak PS 46/2024, har 74 institusjonsplasser. I 2024 gir dette en dekningsgrad på ca. 14 %. Tabellen ovenfor er noe misvisende grunnet at andre tall er innberettet til KOSTRA.

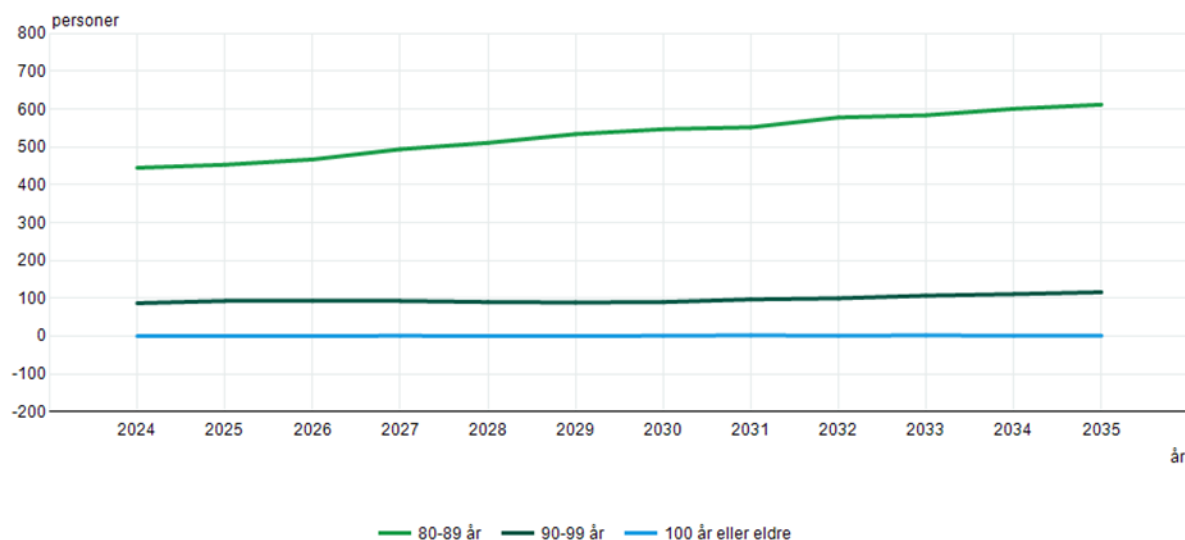


Grafikken ovenfor viser at Nærøysund kommune har effektiv drift av sine institusjonsplasser og bruker mindre penger per oppholdsdøgn enn sammenlignbare kommuner. Årsakene kan være flere og trenger ikke være positive. Lav utgift per døgn kan også være et uttrykk for utilstrekkelig bemanning eller lav 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.

## 4.0 Behov for økt kapasitet i pleie- og omsorgssektoren

### 4.1 Hvor mange brukere vil vi få de neste 10 år?

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

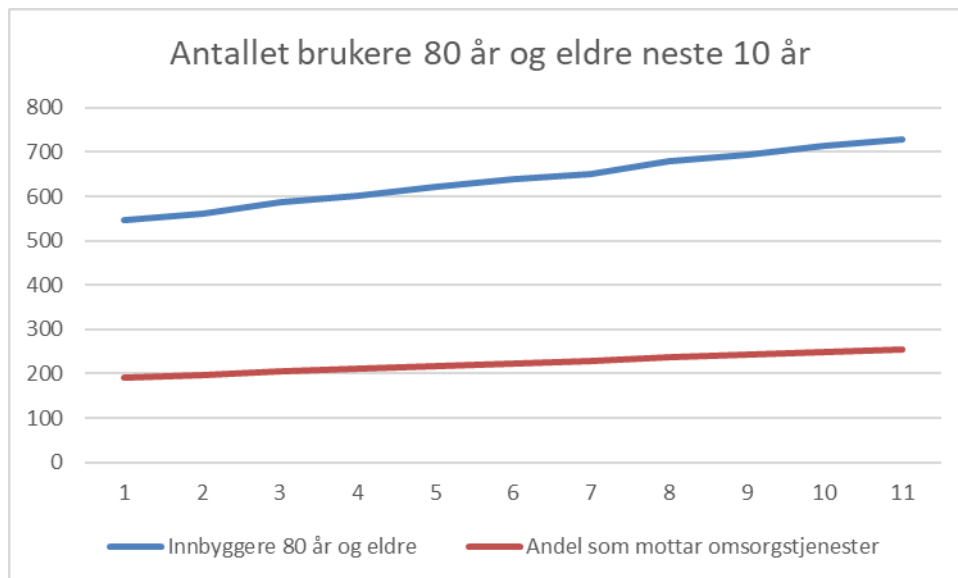


Kilde: Statistisk sentralbyrå

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 %.

#### 4.2 Økning i kapasitet uten økt bemanning

33 % økning fra det som allerede oppleves som et høyt aktivitetsnivå vil sette PLO-sektoren i Nærøysund kommune under press. Helsepersonellkommisjonen har, i sin rapport, redegjort for at økningen ikke kan møtes med en tilsvarende økning i bemanning og at det vil bli krevende å beholde dagens bemanningsnivå. Mange av dagens ansatte i PLO-sektoren vil bli pensjonister i den samme periode og yngre årskull har færre arbeidstakere enn de årskull som er i ferd med å pensjonere seg.

*“Helsepersonellkommisjonen vurderer at helse- og omsorgstjenestenes andel av samfunnets totale arbeidsstyrke ikke kan øke vesentlig. Fordi personell allerede er et knapphetsgode, og i enda større grad vil være det fremover, må helse- og omsorgstjenesten bruke personellet og deres kompetanse mye mer effektivt enn før. Det blir færre ansatte per pasient.”*

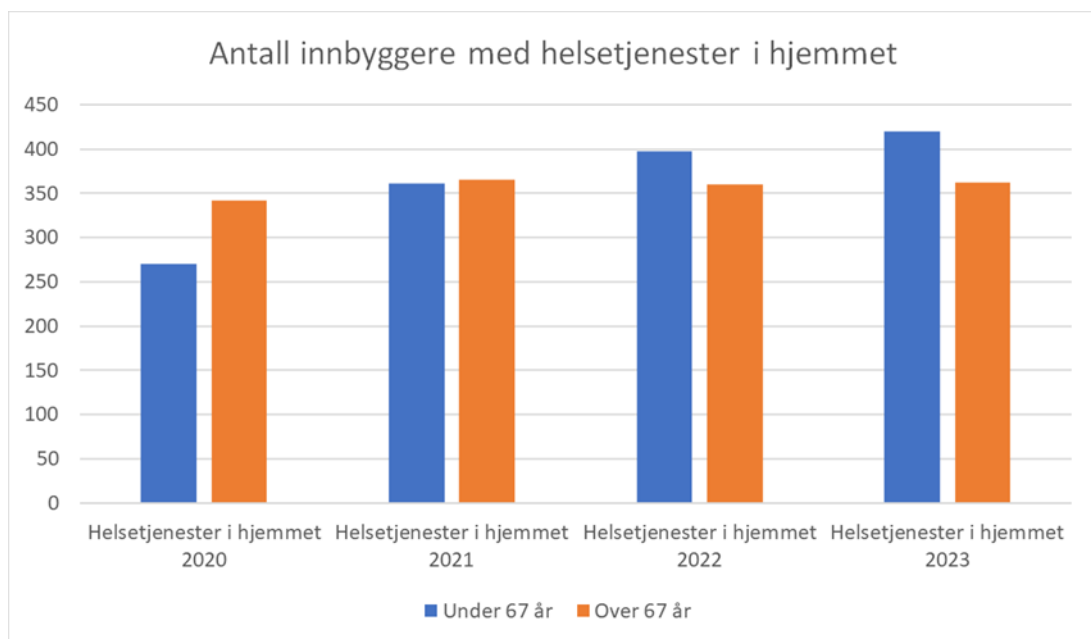
Kommisjonens vurdering er også gjeldende for Nærøysund kommune. En økning i kapasitet må derfor skje på samme måte som for resten av landet og i tråd med kommisjonens vurderinger

*“I tiden fremover vil faglig utvikling, befolkningens og pasientenes forventninger og politiske intensjoner og vedtak måtte oppfylles uten vesentlig flere ansatte. Økes antallet ansatte i ett tjenesteområde, blir det reduksjon i sysselsettingen et annet sted. Nye satsinger og ny politikk må derfor ha som hovedmålsetning å redusere arbeidskraftsbehovene. Da vil produktiviteten kunne øke. Det kan oppnås gjennom investeringer i bygg, medisinsk-*

*teknologisk utstyr og brukervennlige digitale løsninger, samt bedre oppgavedeling og bedre organisering i tjenestene.”*

Denne planen søker å identifisere og planlegge hvordan kapasiteten i PLO-tjenestene kan økes samtidig som behov for arbeidskraft reduseres.

#### **4.3 60% økning av antall innbyggere under 67 år som mottar helsetjenester («yngrebølgen»)**



Diagrammet ovenfor viser at andelen tjenestemottakere under 67 år har økt med 60 % over de siste 4 år og overgår økningen i antall brukere 80 år og eldre.

Årsaken til denne økningen er sammensatt og ikke unik for Nærøysund kommune. I egen rapport publisert av KS i 2021 med tittelen “Årsaker til kostnadsvekst i pleie og omsorg” påpekte forfatterne kostnadsvekst knyttet til nasjonale faktorer:

*“Et gjennomgående trekk i datamaterialet er imidlertid at endringer blant annet i lovverk som ble satt i verk før 2017, som Samhandlingsreformen fra 2016 (men som ble gradvis iverksatt fra 2012), og Brukerstyrt personlig assistanse fra 2015, ga utslag et par år etter at lovendringene trådte i kraft. I tillegg har HVPU-reformen gitt forsterket utslag med tanke på brukere som passerer 67 år, og med det har mistet grunnlaget for statlig refusjon. Rettigheter som har vært kjempet frem for noen brukergrupper, har etter hvert blitt svært kostnadskrevende for mange kommuner. Likevel øker kommunenes egenandel til ressurskrevende tjenester. Ledere i noen casekommuner uttrykte derfor bekymring for at*



*tjenester som er rettighetsfestet, kan bli så kostnadskrevende at de går på bekostning av tjenester til andre, som for eksempel eldre med store bistandsbehov.”*

Slike faktorer kan vanskelig påvirkes av Nærøysund kommune alene, men det er grunn til å påpeke at en fortsatt kostnadsvekst på linje med 4 siste år vil utvilsomt lede til den situasjon som påpekes til slutt i sitatet ovenfor – at rettighetsfestede tjenester til ressurskrevende brukere går på bekostning av generelle tjenester til eldre.

Det vil imidlertid være interne forhold i Nærøysund kommune som kan forklare noe av kostnadsveksten, men dette krever en nærmere analyse. Denne planen foreslår at en slik analyse gjennomføres, men uten at den nødvendigvis inkluderes i det generelle planverket til PLO-sektoren. Årsaken er at en slik analyse vil inkludere forhold knyttet til brukere som står i fare for å identifiseres og at grupper av brukere kan føle seg stigmatisert. I den ovennevnte rapporten ble interne faktorer oppsummert slik:

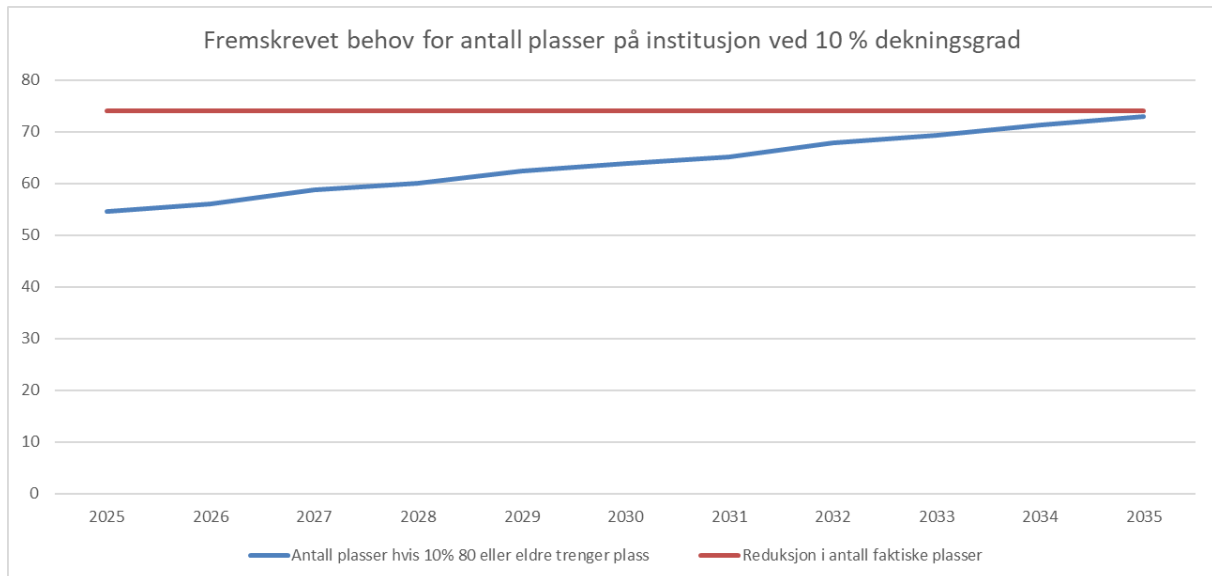
*“Forklaringer bak kostnadsveksten finnes delvis internt i den enkelte kommune, knyttet til faktorer som alderssammensetning, og fysisk og mental helsetilstand i befolkningen. Tilgang på kompetanse og geografiske så vel som organisatoriske forhold har også betydning. Flere kommuner har for eksempel kjøpt kostbare løsninger fra private leverandører for å ta ivare innbyggenes behov og for å fylle kompetansekrav.”*

Det er mulig at disse faktorene også er gjeldende for Nærøysund kommune, men dette krever en nærmere analyse som nevnt ovenfor.

#### **4.4 Høyere dekningsgrad for institusjonsplasser enn nødvendig**

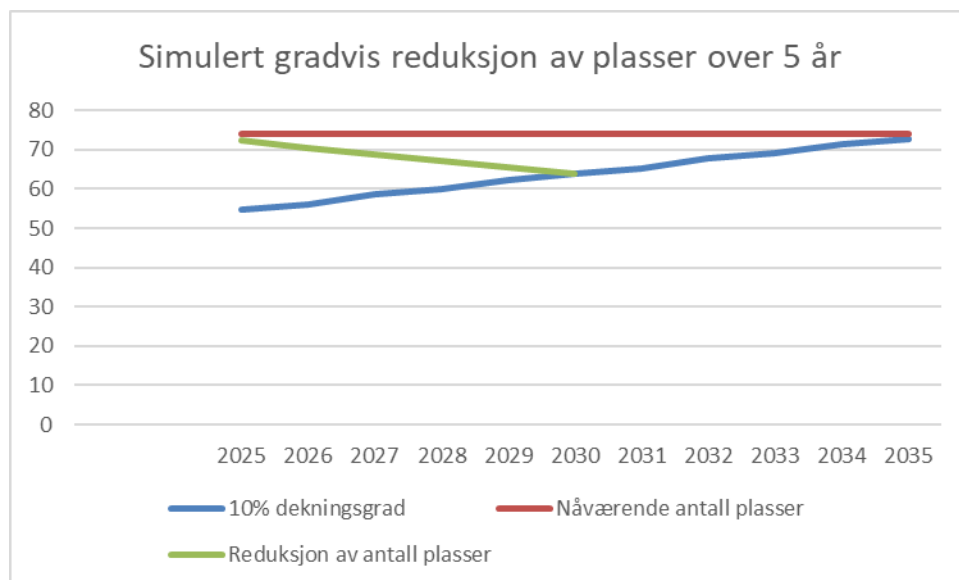
Planen har, i kapittel 3, etablert at Nærøysund har flere institusjonsplasser enn sammenlignbare kommuner. Sammenligningen tar utgangspunkt i dekningsgrad for kommunens innbyggere som er 80 år og eldre. I Nærøysund er slik dekningsgrad 14 % mens den i KOSTRA-gruppe 3 er 7,8 %. Det er ingen medisinsk-faglige årsaker til at Nærøysund bør ha høyere dekningsgrad enn andre kommuner.





Diagrammet ovenfor viser antallet plasser på institusjon gitt 10 % dekningsgrad (blå linje) vs. faktisk antall plasser (rød linje) uten ytterligere reduksjon av plasser. Diagrammet illustrerer at økningen i antallet eldre vil kreve stadig flere plasser gitt 10% dekningsgrad, men de to linjer vil ikke møtes før ved utløpet av planperioden. Gitt kommunens økonomi og behov for å bruke kompetanse mer effektivt vil det være uklok ressursstyring å fortsette dagens nivå på institusjonsplasser.

#### 4.5 Gradvis reduksjon av institusjonsplasser samtidig med økt tilbud av andre boformer



Diagrammet ovenfor viser en simulert, gradvis reduksjon av antall plasser. 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.

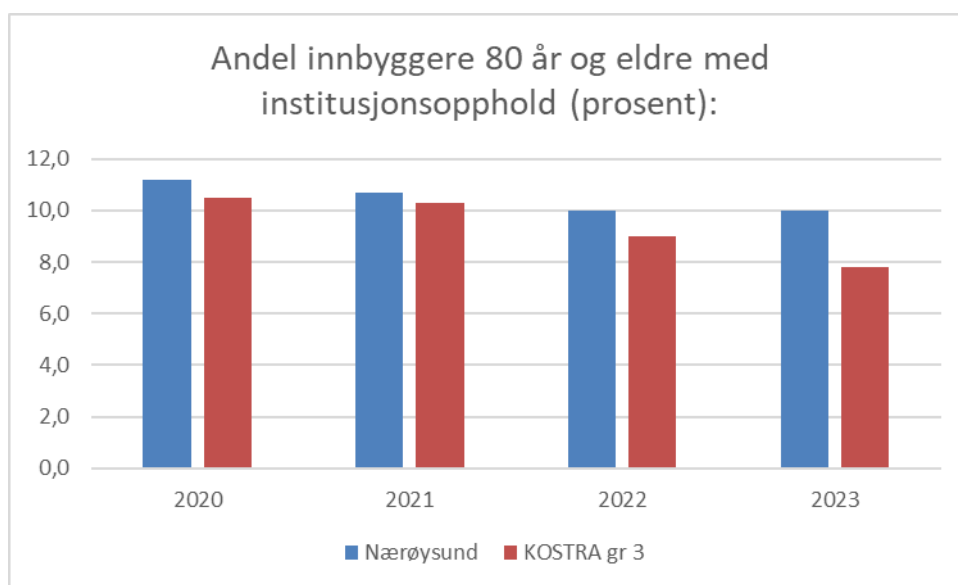
En lineær reduksjon av 1,7 plasser på 8 år er en teoretisk øvelse. Hva som i praksis vil skje kan ikke forutses i denne planen, men det er sannsynlig at reduksjon i institusjonsplasser vil skje i "rykk og napp" og en vurdering av kostnadsreduksjon på institusjon må gjøres hvert år i forbindelse med behandling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

Samtidig må innbyggere som i dag får tildelt plass på institusjon få et annet botilbud. Etablering av slike tilbud vil ta noe tid og setter også en begrensning på hvor hurtig reduksjon av plasser kan gjennomføres.

Illustrasjonen over viser at en gradvis reduksjon de neste fem år uansett vil måtte erstattes med en gradvis utbygging tilbake til samme antall institusjonsplasser som i dag for å beholde 10% dekningsgrad. Samtidig må kommunen fortsatt bygge ut sine andre botilbud gitt økningen i antall eldre totalt sett.

#### 4.6 Reduksjon av antall institusjonsplasser ikke unikt for Nærøysund

I ovennevnte rapport publisert av KS i 2021 med tittelen "Årsaker til kostnadsvekst i pleie og omsorg" dokumenterte at "norske kommuner har i en lengre tidsperiode bygget ned institusjonstilbudet og bygget opp hjemmebaserte tjenester."



Slik nedbygging har også skjedd i KOSTRA gruppe 3 som i Nærøysund kommune. Den røde stolpen i diagrammet ovenfor viser en gradvis reduksjon i dekningsgrad for gjennomsnittet av KOSTRA gruppe 3; fra 10,2 % i 2020 til 7,8 i 2024 (Diagrammet ovenfor er noe misvisende for Nærøysund grunnet at andre tall er innberettet til KOSTRA).

#### **4.7 Økning i kapasitet for andre heldøgns tjenester er ikke selvsagt – forventninger bør justeres**

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. I punkt 4.2 blir det dokumentert at økningen i kapasitet ikke kan skje med økt bemanning.

Planen skisserer en rekke tiltak (kapittel 12) for at slike tjenester skal leveres med, relativt sett, færre ansatte per bruker enn hva som er tilfellet i dag. Det må understrekes at tiltakene ikke automatisk vil ha den tiltenkte effekt og Nærøysund kommune må fortløpende evaluere tiltak. Det er også grunn til å understreke at en 30% økning i kapasitet uten økt bemanning er en meget krevende målsetning. Det er planens forutsetning at nivået på tjenestene ikke endres i vesentlig grad, men innbyggerne bør likevel forberedes på en betydelig risiko for at kommunen ikke vil klare å opprettholde nivået på tjenester.

Det også grunn til å understreke at innbyggerne har liten grunn til å forvente et økt tjenestenivå i planperioden.

#### **4.8 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.



- Regulerings og standarder: Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie setter en rekke krav som er kostnadskreven. 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.
- Regulerings og standarder: Samme forskrift og samme krav til kvalitet på tjenesten

#### **4.9 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.

## 5.0 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 Helsepersonellkomisjonen 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 komisjonen. Denne planen har også, fullt ut, akseptert og tilsluttet seg den beskrivelse av nåværende og fremtidige utfordringer som komisjonen legger til grunn.

### 5.1 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 søkelys 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.

### 5.2 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?

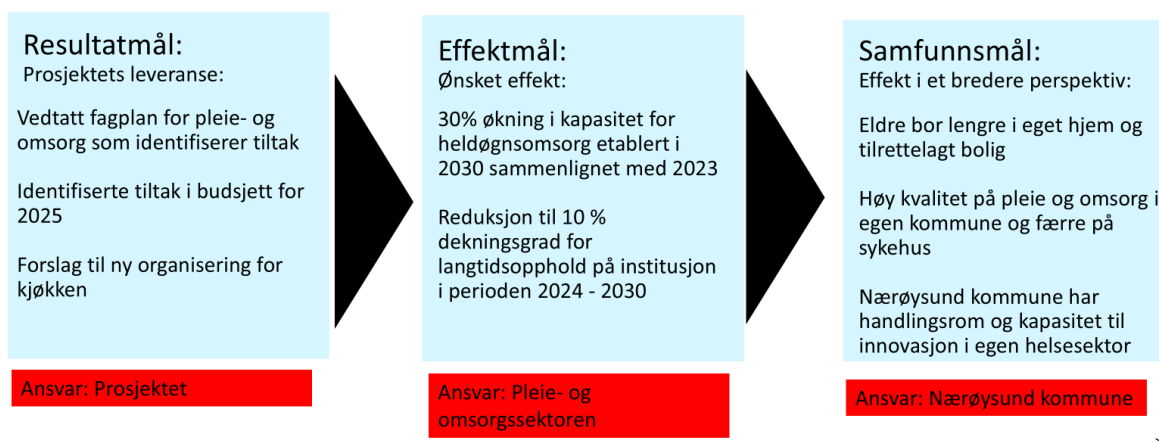
Det er anerkjent som god prosjektmetodikk å sette mål i sammenheng med hverandre. Resultatmål er hva prosjektet skal levere og formulere i denne plan mens effektmål er den effekt kommunen ønsker å oppnå ved å gjennomføre de tiltak beskrevet i denne plan.

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

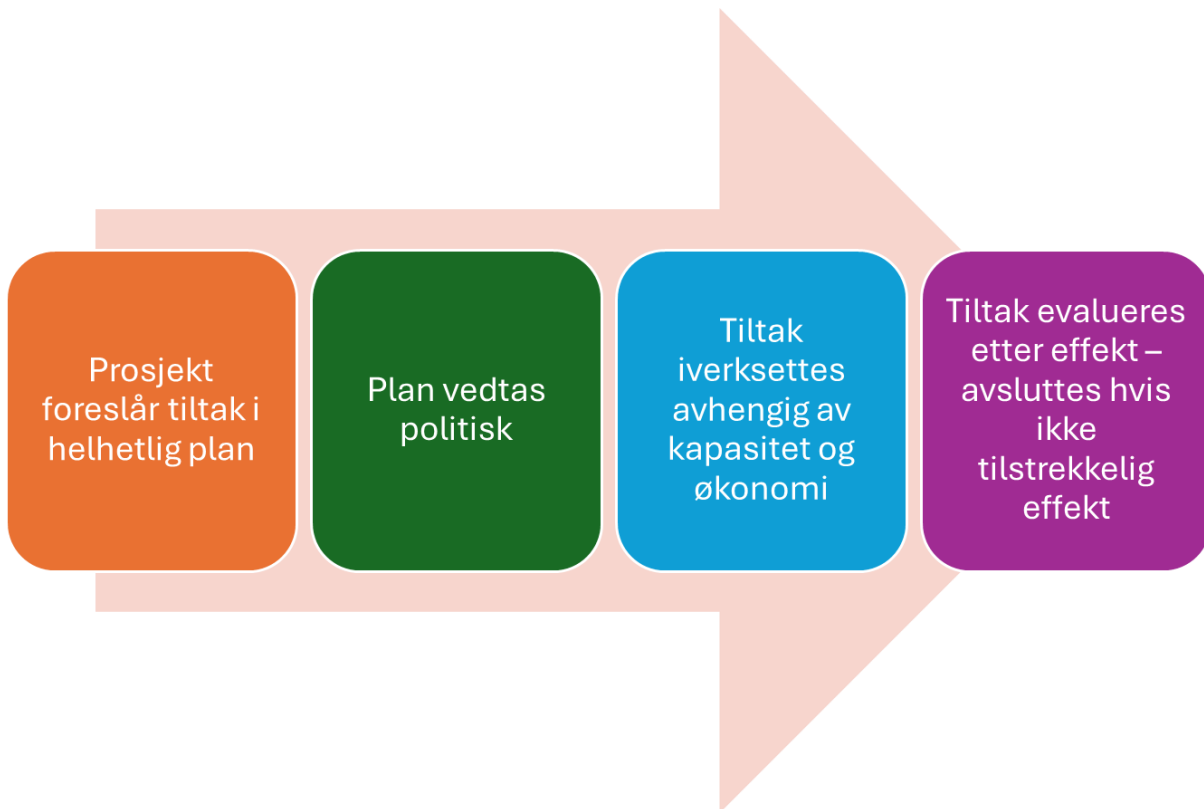
Målene for prosjektet kan fremstilles slik:



## Planens mål og sammenheng mellom ulike mål



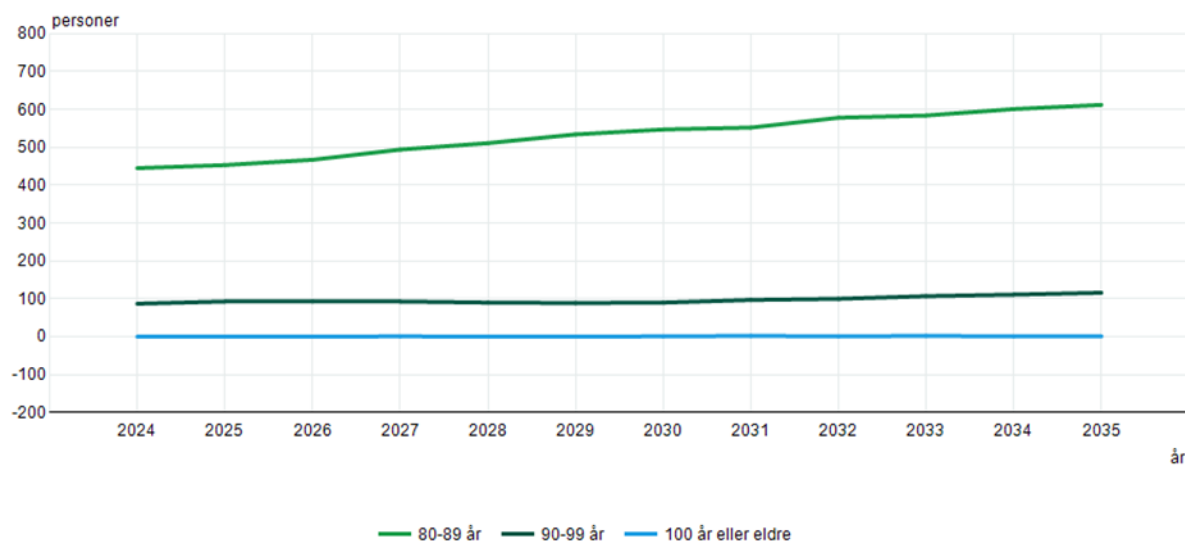
I illustrasjonen ovenfor er det særlig effektmålene som er sentrale. Det er denne planens samlede tiltakspakke som skal resultere i målbare effekter. Rekkefølgen av aktiviteter kan illustreres slik:



### 5.3 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 folkemengde 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 punkt 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<sup>2</sup>, 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 trenge 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.*

---

<sup>2</sup> En arbeidsflyt er en serie individuelle oppgaver som er organisert i en bestemt rekkefølge fra start til fullføring, som trinnene i en kakeoppskrift. Oppgavene kan i utgangspunktet være godt organisert, men «flyt»-begrepet viser først og fremst at oppgavene lar seg løse i den rekkefølge og i det tempo som er best mulig. Innen kommunal helse er god arbeidsflyt ofte utfordret av avbrytelser. Slike avbrytelser er gjort med god hensikt, men avbrutt rekkefølge fører ofte til at medarbeider må starte arbeidsflyten på nytt.





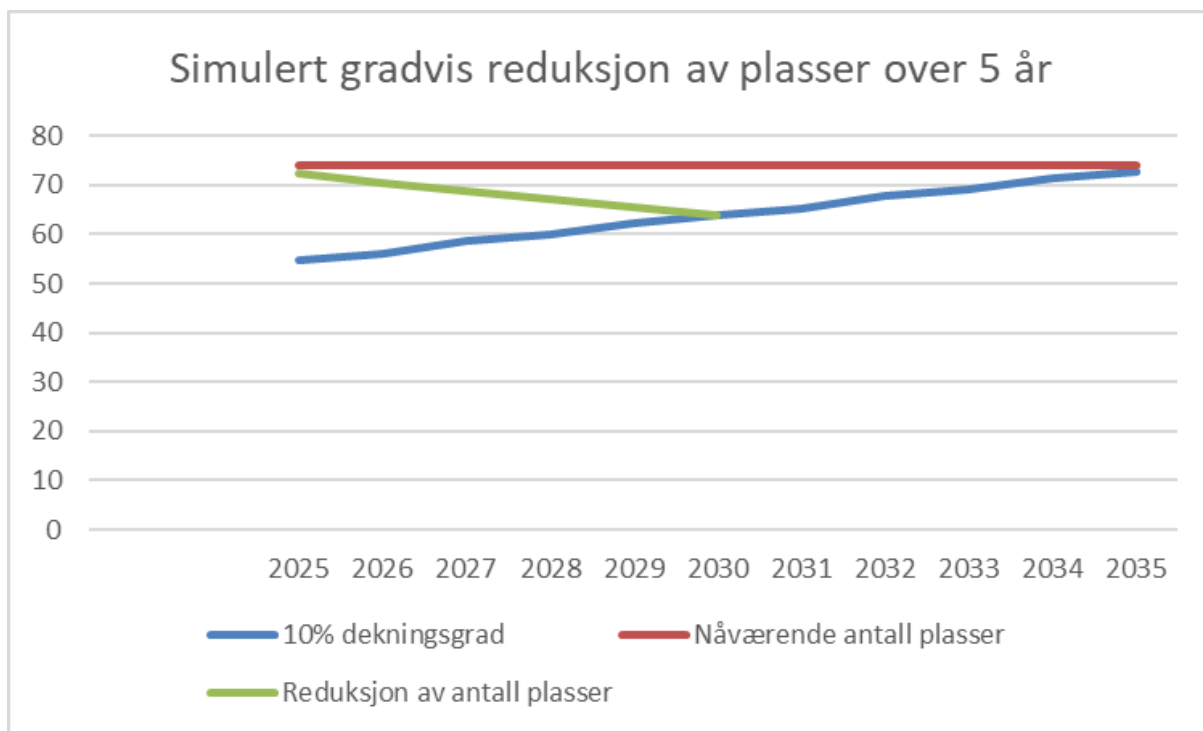
*Han mener det er to saker som driver utviklingen. Flere unge funksjonshemmede, mens de eldre blir sprekere.*

*– 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.”*

Planen foreslår derfor at Nærøysund kommune gjennomfører en egen utredning som skal analysere slik vekst i Nærøysund og foreslå konkrete tiltak for denne gruppen.

- 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.

#### 5.4 Reduksjon til 10 % dekningsgrad for langtidsopphold på institusjon i perioden 2025 - 2030



Nærøysund drifter 74 sykehjemsplasser i 2024 etter vedtak i kommunestyret (PS 46/2024). Befolkningstall fra SSB viser at kommunen samtidig hadde 532 innbyggere over 80 år. Denne planen tar utgangspunkt i at tidligere politiske vedtak om reduksjon av antall plasser blir permanente.

Med 74 plasser har Nærøysund en dekningsgrad på 14 %. Det vil si at kommunen har institusjonsplass for langtidsopphold for 14 % 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 derfor 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 14 % 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 kostnadskrevende 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 god 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.



## 6.0 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.

## **6.1 Hvordan oppleves forskjell i heldøgns omsorg fra institusjon til omsorgsbolig for bruker?**

Selve tjenestetilbudet er i hovedsak likt og det er få tjenester som ikke kan ytes i begge tilbud. Tilbudet i en omsorgsbolig kan være like omfattende som i en institusjon og det er ofte graden av bemanning for å yte tilbudet som avgjør hvor tilbudet skal opprettes. Eksempelvis vil en dement pasient få hjelp til morgenstell i begge tilbud, men hvis pasienten må skjermes fra andre pasienter eller er utagerende vil et slikt morgenstell kreve mer bemanning og pasienten vil bli tilbudt plass på institusjon.

I tillegg er plassering av ansvar en viktig forskjell i de to tilbud:

	<b><i>Institusjon</i></b>	<b><i>Omsorgsbolig</i></b>
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
Medisinsk oppfølging	Sykehjemslege	Fastlege
Medisiner	Institusjonens ansvar	Beboers ansvar
Adgang for helsepersonell	Rett til privatliv	Må avtales med beboer
Innredning	Institusjonens ansvar	Beboers ansvar

## 6.2 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

## 6.3 Øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD)

En viktig del av samhandlingsreformen var "øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD) eller «kommunalt akutt døgntilbud» (KAD). Øyeblikkelig hjelp døgnopphold er definert som «innleggelse av pasienter med behov for hjelp som er påtrengende nødvendig, og hvor innleggelsen ikke er planlagt på forhånd»<sup>3</sup>. Dette kan være pasienter med forverring av kroniske sykdommer som hjertesvikt, astma/KOLS eller diabetes, eller akutte, men avklarte tilstander som infeksjoner i lunger og urinveier, fall og hjernerystelse. Innleggende leger er i hovedsak legevaktsleger.

Intensjonen med øyeblikkelig hjelp døgnopphold er å redusere antall innleggelser i sykehus for pasienter med forventet behandlingstid på få dager, men samtidig gi minst like god behandling som i sykehus. En evaluering av samhandlingsreformen viste at innføring av øyeblikkelig hjelp døgnopphold med god tilgang til legetjenester resulterte i færre sykehusinnleggelser, først og fremst for pasienter over 80 år i medisinske avdelinger<sup>4</sup>. Opprinnelig var veiledende liggetid satt til maksimalt 72 timer, men nå skal liggetid vurderes opp mot pasientens tilstand og/eller psykososiale forhold.

Kommunen har etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold-tilbud ved:

- Fiskarbyen og NBBS - Kolvereid
- Rørvik Sykestue

Den norske legeforening har utarbeidet en egen medisinskfaglig veileder for øyeblikkelig hjelp døgnopphold.

---

<sup>3</sup> Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veiledningsmaterieill. Oslo: Helse direktoratet; 2016. Rapport nr IS-0440.

<sup>4</sup> Forskningsrådet. Forskningsbasert evaluering av Samhandlingsreformen (EVASAM). Oslo: Norges Forskningsråd; 2016.

Selv om øyeblikkelig hjelp døgnopphold 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 øyeblikkelig hjelp døgnopphold-tilbudet er etablert.

Tabellen under er hentet fra HF Midt-Norge og viser bruk øyeblikkelig hjelp døgnopphold-plasser i et utvalg av kommuner i Midt-Norge i 2021 (ikke tilgjengelig statistikk for senere år):

Kommune	Innleggelsar	Liggedagar	Innleggelsar pr. 1000 innb.	Liggedagar pr. 1000 innb.
Averøy	17	88	2,9	15,2
Gjemnes	7	36	2,6	13,5
Grong	69	194	29,4	82,7
Hitra	0	62	0,0	12,1
Inderøy	12	53	1,8	7,8
Indre Fosen	106	189	10,7	19,0
Kristiansund	128	602	5,3	25,0
Levanger	71	360	3,5	17,8
Molde	100	122	3,1	3,8
Namsos	54	190	3,6	12,6
Nærøysund	83	300	8,7	31,3
Overhalla	18	98	4,7	25,4
Smøla	20	55	9,4	25,8
Steinkjer	124	536	5,1	22,2
Tingvoll	11	58	3,7	19,4
Ulstein	42	104	4,9	12,1
Volda	43	112	4,0	10,4
Ørland	202	379	19,6	36,8
Åfjord	17	30	4,0	7,0

Med et snitt på 8,7 innleggelser per 1000 innbyggere viser tabellen at Nærøysund bruker øyeblikkelig hjelp døgnopphold-plasser i et relativt stort omfang sammenlignet med andre kommuner i regionen. Dette er forventet fordi Nærøysund har stor avstand til nærmeste sykehus og et tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold er derfor mer relevant. Det er likevel store muligheter for å øke bruken av tilbudet hvis øyeblikkelig hjelp døgnopphold-sengene er dedikerte. I dag er øyeblikkelig hjelp døgnopphold-sengene fleksible og innleggelse fra fastlege/legevakt vil bli avvist hvis senger allerede er i bruk, eksempelvis ved korttids rehabilitering.

Gitt avstanden til sykehus og økningen i antall eldre bør Nærøysund opprette dedikerte øyeblikkelig hjelp døgnopphold-plasser og drifte disse som en egen enhet. Da vil kommunen kunne øke bruken av tilbudet og møte økt etterspørsel. Et dedikert opphold på et slikt tilbud også noe større sikkerhet for å unngå at utskrivningsklare pasienter på sykehuset blir liggende (såkalte "overliggerdøgn"). Forutsatt at 2 plasser er dedikerte hadde Nærøysund 41% belegg i 2021 - nesten tilsvarende som landsgjennomsnittet på 42 %.

Et tilbud for øyeblikkelig hjelp døgnopphold bør også skilles fra institusjonsdrift fordi det nettopp er et annet tilbud og pasientene kan være yngre.

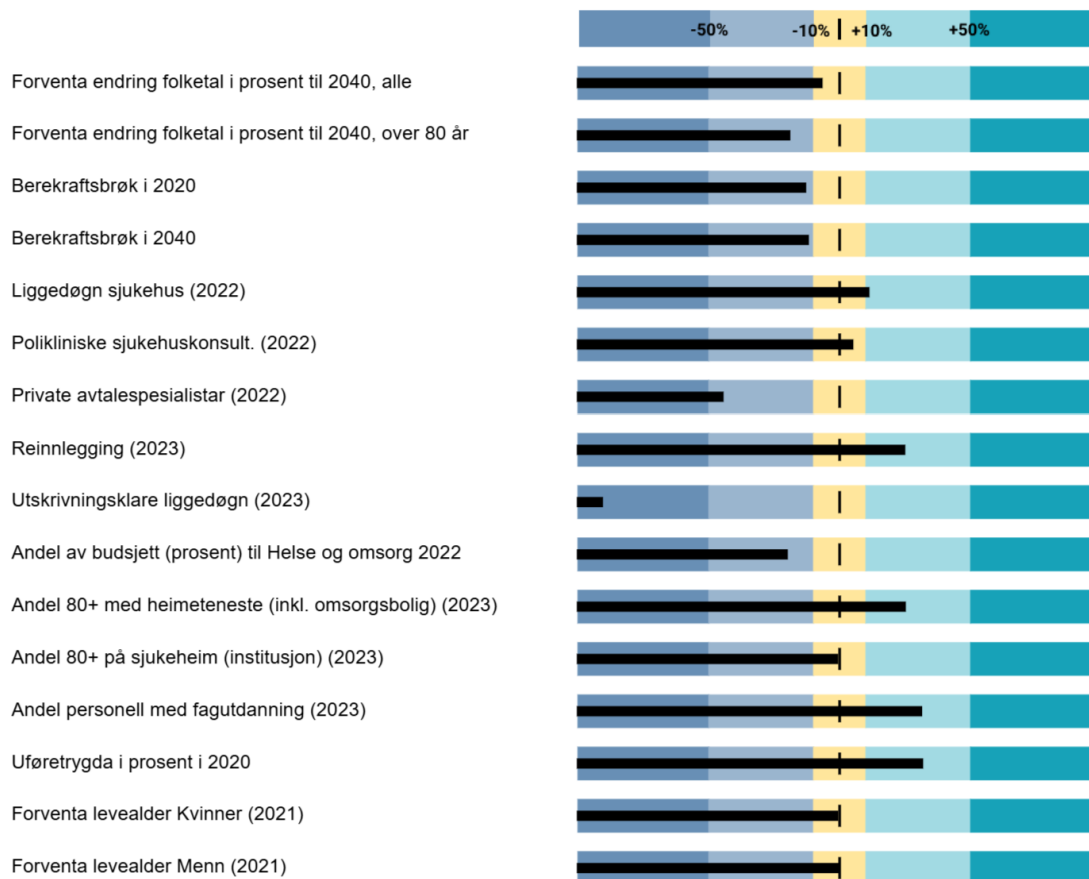
#### **6.4 Samhandling med spesialisthelsetjenesten**

Kommunens samhandling med spesialisthelsetjenesten har daglig innflytelse på driften av pleie- og omsorgssektoren. Kommunen kommuniserer kontinuerlig med spesialisthelsetjenesten om ulike pasientforløp og best mulig samhandling har betydelige gevinster for begge parter.

Helse Førde har utviklet et samhandlingsbarometer per kommune målt opp mot det helseforetak som er i fellesskap med. Sist tilgjengelige versjon av barometeret ser slik ut:



## Nøkkeltal samanlikna med Norge



I forhold til barometeret og samhandling er det flere forhold som er verdt å kommentere:

- Nærøysund er langt under landsgjennomsnittet i forhold til utskrivningsklare liggedøgn (overliggerdøgn)  
Slike døgn medfører en kostnad for kommunen som er uønsket, men samtidig kan det være en indikasjon på overkapasitet på institusjon
- Nærøysund er over landsgjennomsnittet i forhold til reinnleggelser og generelle liggedøgn på sykehus  
Årsakene er ukjente, men spesielt et høyt antall reinnleggelser er uønsket både for pasient, kommunen og sykehus

## 7.0 Omsorgstrappen og tiltak for å endre organisering av tjenestene

Helsedirektoratets "Helse-, omsorgs- og rehabiliteringsstatistikk" beskriver omsorgstrappen som "et begrep som beskriver det kommunale tilbudet av tjenester som en tiltakskjede. Dette kapitlet vil presentere en revidert omsorgstrapp for Nærøysund og årsakene til spesifikke tiltak som er inkludert i planen. Hvert enkelt tiltak er spesifisert i kapittel 12.

### 7.1 Lavest effektive omsorgsnivå (LEON)

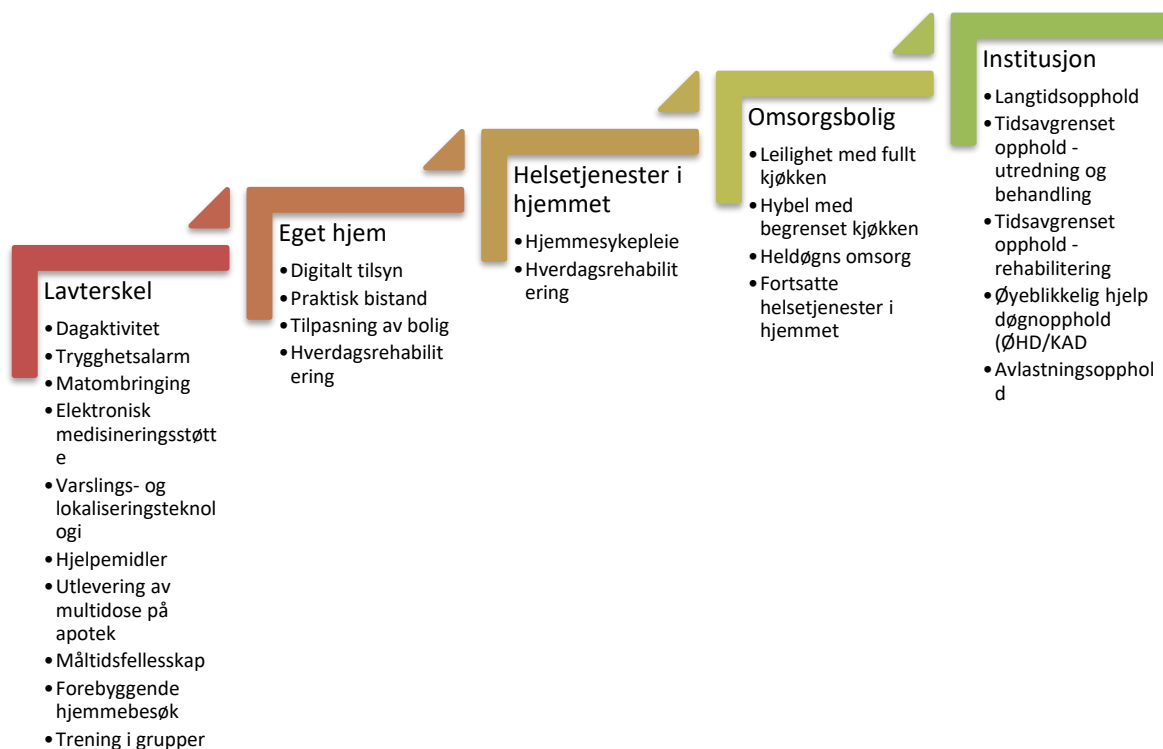
Helsedirektoratet beskriver LEON-prinsippet slik: *Omsorgstrappens tankegang er LEON-prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå) som har vært et grunnprinsipp i norsk helsevesen siden 1970-tallet. Det prinsippet innebærer at helsetjenester skal ytes på laveste effektive omsorgsnivå i helsevesenet.*

LEON-prinsippet er lagt til grunn i denne planen og forutsettes i fortsatt bruk i Nærøysund. I trappen for kommunen er det tre kriterier som avgjør trinnenes plassering:

1. Graden av spesialisert tjeneste  
I starten av trappen ligger ofte kommunal bistand som støtter innbyggernes egenomsorg. For eksempel aktivitetstilbud, fritidssentra og hjelpemidler. På de øverste trappetrinnene vil en finne tilbud som krever stor grad av kompetanse og spesialisert tjeneste som øyeblikkelig hjelp døgnopphold, kreftomsorg, palliativ behandling og psykiatri.
2. Graden av bistandsbehov  
Bistandsbehov er et uttrykk for brukernes sykелighet og funksjonsnedsettelse og dermed graden av behov for tjenester. Kommunenes innbyggere som har mindre bistandsbehov tildeles og gis tjenester på de første trinnene i trappen. Ved økte bistandsbehov og/eller mer behov for spesialiserte helsetjenester ytes tjenester på de høyere trinnene i trappa. Omsorgstrappen betegner at tjenestetilbudet strekker seg fra et lite hjelpebehov (lavterskeltilbud) og til et omfattende hjelpebehov.
3. Graden av ressurser  
Omfanget av ressursinnsats som er nødvendig per bruker vil ofte følge de to første kriterier, men den er ikke alltid sammenfallende. I tilfeller med større behov for hjelp til hverdagslige gjøremål, eller i tilfeller med økt «sykелighet», vil det være nødvendig å øke volumet av eksisterende tjeneste (på samme trinn), eller å vurdere tjenester på høyere trinn.

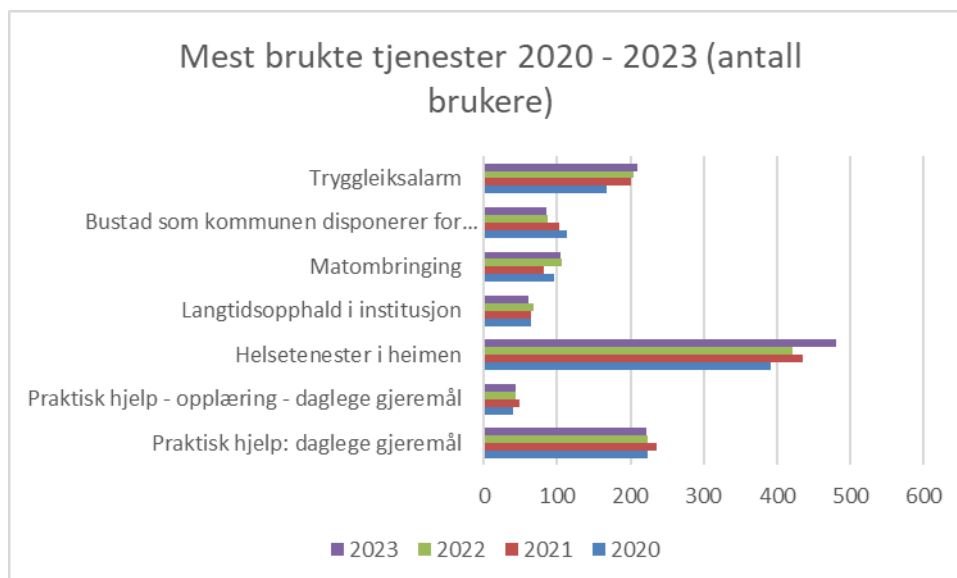
## 7.2 Omsorgstrapp i Nærøysund

På bakgrunn av disse kriterier kan omsorgstrappen i Nærøysund illustreres slik:



De ulike tjenester har ulike betegnelser i ulike deler av tjenesten, men denne planen vil legge betegnelser og kategorier til grunn slik de er definert i Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR).

Diagrammet nedenfor viser tjenestene i omsorgstrappen i Nærøysund med flest brukere:



Tallene er hentet fra KPR og viser en jevn økning i kategorien “helsetjenester i hjemmet” mens de andre kategorier har en stabil eller svakt synkende utvikling. En fortsatt økning i bruk av helsetjenester i eget hjem vil kreve betydelige endringer i tjenesten og forklarer denne planens vektlegging av at helsepersonell i størst mulig grad må konsentreres om å utføre helsemessige oppgaver. Kommunen må systematisk øke kapasiteten i tjenester som, helt eller delvis, kan ytes med bruk av annen bemanning enn helsepersonell.

### 7.3 Nivå “Lavterskel” - kraftig økning av all aktivitet på dette nivå, spesielt dagtilbud for demente

I omsorgstrappen nevnt i punkt 3.6 er det første trinnet såkalte “lavterskel”-tilbud. Dette er tjenester som kan ytes ved et summarisk enkeltvedtak eller uten enkeltvedtak<sup>5</sup>. Eksempler på slike tjenester er:

- Dagaktivitet
- Trygghetsalarm
- Matombringing
- Elektronisk medisineringsstøtte
- Varslings- og lokaliseringsteknologi
- Hjelpemidler
- Utlevering av multidose på apotek
- Måltidsfellesskap
- Forebyggende hjemmebesøk

<sup>5</sup> Enkeltvedtak er en betegnelse i forvaltningsloven § 2 på en **avgjørelse i der et offentlig forvaltningsorgan fastsetter en enkeltpersons rettigheter eller plikter**, for eksempel ved tildeling eller avslag på søknad om helsetjenester.



- Trening i grupper

Nærøysund kommune bør markant øke omfanget av slike tjenester. Kommunen har god erfaring med at disse tjenestene forebygger og reduserer behovet for helsetjenester. Produksjon av slike tjenester er alltid rimeligere enn tjenester høyere i omsorgstrappen, men fører til at brukere blir bedre kjent med tjenester, forbereder egen alderdom i større grad og kan veiledes til et mer helhetlig forløp. Brukere som er ukjente for PLO-sektoren og først blir kjent når omsorgsbehovet er stort vil erfaringsmessig kreve mer ressurser enn det motsatte.

Samtidig er det godt dokumentert (blant annet gjennom Stortingsmeldingen “Leve hele livet”) at eldre innbyggere ønsker å bo i eget hjem så lenge som mulig. God og tidlig bruk av lavterskel-tilbud muliggjør dette.

Her følger en summarisk presentasjon av disse tilbud:

- Dagaktivitetstilbud er en tjeneste som rettes mot hjemmeboende demente med behov for aktivisering, tilsyn og omsorg for å kunne bli boende hjemme lenger. Dagaktivitetstilbud bør inneholde aktiv omsorg med meningsfulle aktiviteter som er rettet inn mot deltakernes interesser og evner, som deltakerne mestrer. For personer med demens kan dagaktivitet innebære oppfølging av ernæring, personlig pleie og fungere som avlastning for pårørende<sup>6</sup>. Dette tilbudet bør kraftig styrkes i Nærøysund og plasseres i tilknytning til NBBS på Kolvereid. Kapittel 12 detaljerer disse tiltakene.
- Trygghetsalarm er en sensor som for eksempel kan bæres i et smykke rundt halsen eller håndleddet. Trygghetsalarm er knyttet til en responstjeneste som kan formidle kontakt videre til hjemmetjenesten. Hvis alarmen går vil responstjenesten eller kommunens personell rykke ut, uansett når på døgnet det er. Kommunen har all interesse av at alle som har nytte av en slik alarm starter å bruke den så tidlig som mulig. Tidlig bruk fører til mer presis bruk og mindre “feiltrykk” og misbruk senere i livsløpet.
- Matombringing er en ordning hvor du får mat brakt hjem til deg. Det er tilbud kommunen har for de som har vanskeligheter med å få laget middag til seg selv. Bor du hjemme og har problemer med å få laget middag til deg selv, kan du få maten tilkjørt. Kommunen har tilstrekkelig kapasitet på sine kjøkken til å øke produksjonen betydelig og har all interesse av at alle som opplever slike vanskeligheter benytter seg av tilbudet så tidlig som mulig. God ernæring er helsefremmende i alle livets faser.

---

<sup>6</sup> Helsedirektoratet. Kvalitetsindikatorbeskrivelse: Dagaktivitetstilbud til personer med demens og kognitiv svikt Andel.; 2017. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer/>.



- Elektronisk medisineringsstøtte er et velferdsteknologisk hjelpemiddel som hjelper bruker med å ta rett medisin til rett tid. Bruker får varsel når det er på tide å ta medisinen, og dersom ikke medisinen tas innen gitt tid vil det gå et varsel til helsepersonell som tar kontakt med deg. Kommunen har, i 2023, tatt i bruk elektronisk medisindispensere og arbeider aktivt med å ta i bruk teknologi som gjør brukerne i stand til å leve egne liv uten å få ytterligere bistand fra kommunen. Denne type teknologi og andre former for digital hjemmeoppfølging bør fortløpende tas i bruk i Nærøysund.
- Måltidsfellesskap skaper en arena for ernæring og sosiale stimuli som er forebyggende for en rekke sykdomsforløp. Kommunen har lokaler for slike fellesskap, men omfanget av tilbudet er for lite og bør styrkes kraftig. Slike fellesskap bør gjennomføres på flere lokaliteter flere dager i uken. Helsedirektoratet anbefaler at hjemmeboende eldre har tilgang på tilbud om måltidsfellesskap som er tilrettelagt for den enkeltes behov.
- Varslings- og lokaliseringsteknologi varsler helse- og omsorgspersonell om endringer i situasjonen eller behov hos pasient eller bruker og/eller kan beregne og opplyse om brukers eller pasients geografiske posisjon. Eksempler kan være fallalarmer, bevegelsesalarmer og GPS. På samme måte som for trygghetsalarmer har kommunen all interesse av at alle som har nytte av slik teknologi starter å bruke den så tidlig som mulig.
- Kommunen har inngått samarbeidsavtale med NAV om formidling av hjelpemidler og har et selvstendig sørge-for-ansvar at behov for slike hjelpemidler blir utredet og hjelpemidler blir tatt i bruk så tidlig som mulig
- Forebyggende hjemmebesøk som tiltak inkluderer ikke kun fysiske besøk i brukers eget hjem, men kan inkludere informasjonstiltak ovenfor grupper av hjemmeboende i ulike aldre og i ulike sammenhenger. Tiltakene kan ha ulikt fokus hvor tilpasning av egen bolig er naturlig fokus for et hjemmebesøk mens tilpasning av egen aldring er et naturlig fokus der brukerne møtes i grupper.
- Forebyggende treningsgrupper for funksjonsfall. Målgruppe er hjemmeboende eldre fra 75 år. Slike treningsgrupper bør ha lav terskel for deltakelse og deltakelsen og kapasiteten i tilbudet bør økes kraftig fra dagens nivå. Brukere bør rekrutteres inn i slike grupper fra fastlege, brukerkontor, frivillige organisasjoner, informasjon fra kommunen og ved at brukere tar kontakt selv. Frivillige organisasjoner bør rekrutteres til å tilby en sosial ramme tilknyttet treningstilbudet. Treningskonseptet «Sterk og Stødig» bør vurderes som samlet konsept for tilbudet

#### **7.4 Nivå Eget Hjem – kraftig styrking av hverdagsmestring og andre tjenester**

På dette nivået ytes tjenester etter enkeltvedtak.

I omsorgstrappen er hverdagsmestring inkludert allerede nest laveste nivå. Tilbudet blir gitt av helsepersonell og gjør utstrakt bruk av fysioterapi, ergoterapi og sykepleiekompetanse. Hovedmålet er alltid å få brukerne til å mestre ulike hverdagsoppgaver. Dette kan være å stelle seg selv, lage mat selv eller dra i butikken og handle selv.

Kommunen utsteder vedtak for hverdagsrehabilitering **inntil** tolv uker. Vedtaket evalueres fortløpende og kan endres ved behov. Det er i hovedsak hjemmeboende eldre som er målgruppen. Samtidig ønsker hverdagsmestringsteamet å få tankegangen om at brukere kan prøve å mestre flere oppgaver selv også inn i andre helsetjenester. Behov for opptrening etter sykdom eller skader samt ved generelt funksjonstap er grunner til å ta kontakt med hverdagsmestringsteamet for å få en bedre hverdag. I hovedsak er dette et tilbud for hjemmeboende. Er det noen som er på sykehjem midlertidig, som etter et sykehusopphold, kan opptreningen starte allerede på sykehjemmet.

En viktig del av målsetningen er å sørge for at folk kan bo hjemme så lenge som mulig, og samtidig være mindre avhengig av hjelp. Dette tilbudet bør kraftig styrkes i Nærøysund og inkludere nær samtlige brukere. En naturlig målsetning kan være at ingen brukere får tjenester etter enkeltvedtak uten å tidligere ha deltatt i aktiviteter knyttet til hverdagsmestring. Kapittel 12 detaljerer tiltakene som skal sikre slik måloppnåelse.

#### **7.5 Nivå “Helsetjenester i hjemmet” - mer utnyttelse av kompetanse**

Dette nivået og nivå 7.6 betjenes i hovedsak av hjemmesykepleie. Kapasiteten i denne tjenesten bør økes med ca. 30% i planperioden for å ivareta en økning i antall eldre uten bygging av flere institusjonsplasser.

Denne planen foreslår en rekke tiltak for å få utnyttet kompetansen i dette tilbudet best mulig. Kompetansen på dette tjenestenivået brukes til en rekke type oppgaver som ikke er hensiktsmessige. Det er en rekke eksempler på at helsepersonell må utføre oppgaver som å ledsage brukere til fastlege, vaske biler, assistere med matombringing, administrere beskjeder mellom pårørende og brukere m.m.

I tillegg brukes mye tid til kjøring til brukere som i større grad kan administrere egen helse ved hjelp av digital hjemmeoppfølging og videoassistanse. God utnyttelse av teknologi er vesentlig for å få økt kapasiteten på dette tjenestenivået.

## 7.6 Nivå “Omsorgsbolig” - behov for flere boliger med begrenset kjøkken

Det henvises til kapittel 6 for en nærmere forklaring av begrepet “Omsorgsbolig”. Kommunen har 190 boliger til disposisjon fordelt på en rekke adresser og typer boliger:

Omsorgsboliger	Antall
Soltoppen	17
Sjøsidan	15
Bjørkåstunet	44
Viknatunet	25
Kløvertunet	17
Omkjøringsveien 14	3
Omkjøringsveien 16	5
Omkjøringsveien 18	3
Omkjøringsvegen 37	5
Idrettsvegen 26	14
Halsanvegen 7 og 9	4
«Nye» Halsanvegen	7
Fiskarbyen	6
Skolegata 28	4
Skolegata 30	5
Skolegata 32	1



Skolegata 34	1
Skolegata 36	1
Jens Persgata 23 A	1
Karl Furres vei 3 A	1
Tverrvegen	11
<b>TOTALT</b>	<b>190</b>

De ulike boliger tildeles etter vedtak til ulike typer brukere. Denne planen vil sette søkelys på boliger tildelt eldre med helsemessige utfordringer.

#### ***Omsorgsbolig med kjøkken***

Dette er boliger som er tilgjengelig i relativt stort volum på Bjørkåstunet, Kløvertunet og Viknatunet. Slike boliger er hensiktsmessig for brukere på et relativt lavt nivå i omsorgstrappen. Økningen i antallet eldre og behovet for å konsentrere mottakere av helsehjelp i hjemmet tilsier at kommunen fortløpende bør vurdere å utvide tilbudet av slike boliger.

#### ***Omsorgsbolig med begrenset kjøkken***

Dette er boliger som i dag er tilgjengelig på Soltoppen og Sjøsidan. Dette er boliger som er mer egnet for brukere som mottar en rekke helsetjenester i hjemmet og trenger hjelp til all matlagning. Brukerne kan også være lettere dement. Slike boliger bør ligge i umiddelbar tilknytning til en institusjon.

I punkt 7.7 under vises det til at 80% av beboere på institusjon er demente. Økningen i antallet eldre med en demensdiagnose i Nærøysund kan ikke møtes alene med et botilbud på institusjon. Denne boligtypen er best egnet til brukere med lettere demens og fordi Nærøysund vil få flere eldre har kommunen også behov for flere boliger av denne typen i tilknytning til NBBS. Dagens tilbud, Sjøsidan, bør moderniseres, utvides og trekkes inn i driften av NBBS slik at den, sammen med dagaktivitet, utgjør et samlet demenstilbud og gjør bruk av samme kompetanse.

### **7.7 Nivå “Institusjon” - behov for å få samlet tjenestene og styrke demensomsorg**

Det henvises til kapittel 6 for en nærmere forklaring av begrepet “Institusjon”. Etter vedtak i PS 46/2024 drifter kommunen 74 institusjonsplasser fordelt på 2 institusjoner; Nærøy Bo- og behandlingssenter (NNBS) på Kolvereid og Rørvik Sykestue på Rørvik.

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](#)) Dersom aldersspesifikk forekomst ikke forandrer seg, vil økningen i forventet levealder i Norge medføre at antallet personer med demens mer enn dobles fra 2020 til 2050 i Norge. Styrking av demensomsorg på nasjonalt plan er uttrykt gjennom femårige demensplaner. Demensplan 2025 er den tredje i rekken av slike planer.

Derfor er målrettet og helhetlig demensomsorg helt vesentlig for Nærøysund kommune for å kunne gi bærekraftige tjenester i fremtiden. Demens er i særklasse den diagnosen for personer over 70 år som, samlet sett, krever mest ressurser av pasient, pårørende og helsepersonell.

Denne planen foreslår derfor å samle all demensomsorg på ett sted:



#### ***Samling av demensomsorg på NBBS***

Av tilgjengelig bygningsmasse for PLO-sektoren i kommunen vurderes NBBS som det klart mest egnede for moderne institusjonsdrift for demente. Bygget har 56 moderne plasser organisert i mindre enheter. I tillegg har NBBS en stor, åpen sansehage og øvrige omgivelser innbyr til variert aktivitet i nærmiljøet.

Denne organiseringen av bygget er i tråd med nasjonale og faglige anbefalinger om at et av de viktigste tiltakene for å oppnå en mer personsentrert omsorg, er å organisere tilbudet i små oversiktlige bogrupper, der det er tilknyttet færre og faste personer som lærer beboerne å kjenne. Disse anbefalingene er kjent som “Smått, men godt”-prinsippet for demensomsorg. Regjeringen har gjentatt disse i forventningsbrevet til kommunal planlegging 2019–2023 hvor det fremheves at *“god arkitektur og planlegging kan bidra til å ... boområder som stimulerer til fysisk aktivitet og et mer helsefremmende miljø”*.

I 2015 publiserte SINTEF en forskningsrapport med tittelen *“Er smått alltid godt i demensomsorgen? Om bo- og tjenestetilbud for personer med demens”*. Rapporten finner *“at det å organisere ulike botilbud under en ledelse og organisatorisk enhet, er et tiltak flere kommuner forteller at de høster gode erfaringer med. På den måten kan det bidra til variasjon i ulike typer tilbud, og dermed være et virkemiddel mot å utvikle tilbud som møter mer individuelle valg og ønsker. Dette er også tiltak som kan bidra til mer kostnadsoptimale løsninger. - «Variasjon og fleksibilitet er et nøkkelord. Personer i omsorgsboliger kan få 'dagtilbud' i en bogruppe i sykehjemmet. En beboer i omsorgsbolig eller en hjemmeboende, kan sove inne på en sykehjemsavdeling hvis beboer er blitt akutt dårlig i en periode. Det kan etableres en 'kriseplass' en natt eller to. Disse ulike typer tilbudene bidrar til større fleksibilitet. Det er en fordel at en enhetsleder har ansvar for 'det hele' (enhetsleder). På denne måten kan en organisatorisk enhet overbygge flere ulike botilbud og på en fleksibel måte tilby ulike "pakker" av tilbud.*

Det er en rekke eksempler på institusjoner som følger dette prinsippet og har institusjonsplasser, dagtilbud og omsorgsboliger i nær tilknytning. SINTEF-rapporten har funnet slike fellestrekk mellom slike institusjoner:

- Tilrettelegge for personsentrert omsorg
- Vektlegge spisskompetanse om demens
- Løsninger som støtter en opplevelse av hjem og hjemlighet
- Løsninger som tilrettelegger for å delta på ulike aktiviteter
- Løsninger som støtter å kunne bevege seg fritt (ute/inne)
- Løsninger som støtter det å kunne være en del av samfunnet
- Mellomløsninger mellom boligløsninger og institusjon, bo og dagtilbud som fungerer som sykehjemutsettende tiltak
- Tjenesteorganisering som fremmer fleksibilitet og tilpasning av tilbud til den enkeltes behov. (Ikke for mye, ikke for lite)
- Løsninger som utløser at pårørende og andre frivillige deltar inn i omsorgen
- Løsninger som støtter et godt arbeidsmiljø slik at ansatte trives
- Tar i bruk de muligheter som velferdsteknologi gir



SINTEF-rapporten nevner et antall institusjoner som allerede i 2015 har samlet demensomsorg i en bygningsmasse med ulike botilbud og dagaktivitet. Antallet kommuner med samlede tilbud har steget de siste 10 år, men det er ikke lyktes å finne en samlet oversikt. Her er noen av institusjonene i 2015:

- Økernhjemmet, Oslo kommune
- Fosslia bosenter, Stjørdal kommune
- Klyvesgate, Porsgrunn kommune
- Byneset og Nypantunet Trondheim kommune
- Markerud aktivitetshus, Nittedal kommune

Dette tiltaket vil innebære at kommunen re-etablerer full aktivitet ved NBBS og kraftig styrker dagaktivitetstilbudet for personer med demens. Tiltaket må følges opp med kontinuerlig og systematisk kompetanseheving for ansatte med vekt på varierte arbeidsoppgaver.

#### ***Fortsatt bredt somatisk tilbud på NBBS***

Demente er ofte multimorbide – det vil si at de har flere sykdommer samtidig. Sykdommene spiller inn på hverandre i varierende grad. Eksempelvis kan en pasient ha både hjertesvikt, polyneuropati og demens.

Multimorbiditet krever god sykepleiefaglig kompetanse og det er viktig at slik kompetanse er bredt tilgjengelig på NBBS. En samling av demensomsorg må ikke føre til en svekkelse av generell kompetanse innen sykepleie. Flytting av pasienter mellom ulike behandlingstilbud vil være kontra-produktivt i forhold til gevinsten ved å samle pasientgruppen. Demente pasienter bør derfor få, så langt praktisk mulig, all helsehjelp på NBBS og kun ved fall i vitale parametere bør en innleggelse på øyeblikkelig hjelp døgnopphold vurderes.



### ***Samling av korttidsopphold, øyeblikkelig hjelp døgnopphold og langtidsopphold på Rørvik sykestue***

Av tilgjengelig bygningsmasse for PLO-sektoren i kommunen vurderes Rørvik sykestue som mer egnet for ulike typer korttidsopphold. Denne type opphold gjennomføres i dag også på NBBS og begge bygg har gode fasiliteter for korttidsopphold, men denne planens vurdering er at NBBS i særklasse er best egnet for demensomsorg. Rørvik sykestue har klare mangler i forhold til organisering av plasser, sansehage og har en urban plassering med begrenset adgang til uteområder. I tillegg vil det være meget krevende å organisere et styrket dagtilbud i bygget.

Rørvik sykestue har også fordeler knyttet til korttidsopphold; gode fasiliteter for fysio- og ergoterapi og umiddelbar nærhet til fastlegekontor. En samling av alle korttids- og rehabiliteringsbrukere kan legges til en fløy i eksempelvis i 2. etasje som allerede er tilrettelagt med treningskjøkken og treningsbad. En slik samlokalisering vil skape et målrettet rehabiliteringsmiljø der alle pasientene har samme fokus: arbeid mot bedring og hjemreise.

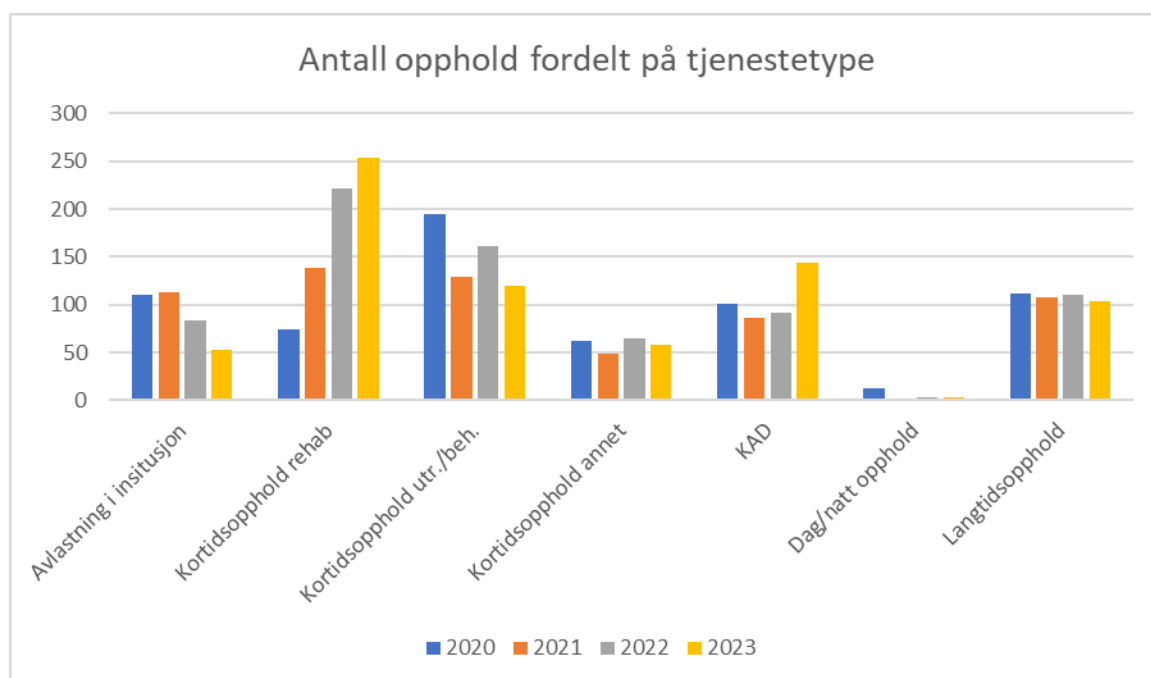
Dette vil gjøre det enkelt å ha felles måltider for disse pasientene hvor søkelyset er på pasientenes egne evner og kapasitet. I dag får de fleste korttidspasientene mat på rommet, fordi fellesarealene er okkupert av langtidspasienter med store utfordringer.

I dagens situasjon, hvor korttids- og rehabiliteringspasienter er spredt rundt med langtidspasienter, er det utfordrende å etablere en helhetlig rehabiliteringskultur både for pasienter og ansatte. En dedikert avdeling ville være best, men det ville også være en stor

forbedring bare å samle korttidsrommene slik at de ligger ved siden av hverandre. Dette er et enkelt tiltak som kan gjennomføres uten større kostnader, omorganisering eller ombygging. Denne løsningen vil gjøre det enklere for ansatte å skifte fokus fra pleie til rehabilitering når alle korttids- og rehabiliteringspasientene er samlet på ett sted.

Rørvik sykestue har 42 plasser hvorav 8 (Vestbo) fremstår som mindre tilfredsstillende i forhold til moderne standarder for institusjon mens de resterende plasser er moderne. Vestbo er i dag en enhet for demensomsorg. Denne planen foreslå at slik demensomsorg samles på NBBS og Vestbo gradvis lukkes som enhet for demensomsorg. Denne planen foreslår at arealet som i dag utgjør Vestbo vurderes konvertert til en dedikert enhet for øyeblikkelig hjelp døgnopphold med minimum 2 plasser og eget fellesareal (se punkt 6.3).

Rørvik sykestue vil da ha institusjonsplasser til bruk for korttidsopphold, langtidsopphold og øyeblikkelig hjelp døgnopphold.



Diagrammet ovenfor viser at antallet korttidsopphold er steget kraftig de seneste år. Dette er en ønsket utvikling og en utvikling det er all grunn til å forvente at vil fortsette med bakgrunn i økningen av antall eldre. God rehabilitering er ofte en forutsetning for at brukere kan flytte tilbake til egen bolig.

Det er imidlertid usikkert om antallet opphold er tilstrekkelig til å gjøre bruk av 34 plasser og kommunen bør fortløpende vurdere å gjøre om noen av plassene til omsorgshybler. I tillegg bør noen av plassene dedikeres langtidsopphold.

### ***Samling av kompetanse***

Planens foreslåtte tiltak vil samle 2 sentrale kompetanseområder på 2 ulike steder; demensomsorg på NBBS og korttidsopphold rehab/utredning og øyeblikkelig hjelp døgnopphold på Rørvik sykestue. Prosjektet har ikke funnet konkrete eksempler på evidens knyttet til effekten av slik samling i kommunale helsetjenester, men det er en rekke eksempler på positiv effekt i spesialisthelsetjenesten. Det er all grunn til å tro at slike effekter også vil gjøre seg gjeldende i kommunale helsetjenester.

De to kompetansemiljøene må anerkjennes som nettopp dette og kommunen bør sørge for kontinuerlig kompetanseheving i begge miljøer. Samlingen av kompetanse kan oppfattes som en ensretting av arbeidsoppgaver, men erfaring fra spesialisthelsetjenesten viser at når miljøene blir tilstrekkelig store vil variasjonen i pasientgruppen være tilstrekkelig til å tilby stor variasjon i arbeidsoppgaver.

Kommunen må derfor sørge for en oppgavedeling som eksponerer ansatte for ulike arbeidsoppgaver og pasienter. I demensomsorg betyr det at ansatte arbeider i dagaktivitet, bolig og skjermet enhet. For korttidsopphold betyr det at ansatte arbeider med utredning, rehabilitering og øyeblikkelig hjelp døgnopphold.

Det er viktig å understreke at plassering av korttidsopphold og øyeblikkelig hjelp døgnopphold i Rørvik ikke innebærer at NBBS vurderes som uegnet, men NBBS er helt åpenbart best egnet til demensomsorg. Den har størrelsen, omgivelsene og planløsning som gjør NBBS helt klart best egnet til denne oppgaven. Samtidig er ikke Rørvik uegnet som en demensinstitusjon, men i valget mellom de to bygningsmasser anbefaler denne planen at korttid og øyeblikkelig hjelp døgnopphold plasseres i Rørvik. Det er også viktig å understreke at Rørvik vil ha langtidsplasser.



## 7.8 Å klatre omsorgstrappen – en illustrasjon av aldring i Nærøysund

Rita Rørvik og Knut Kolvereid bor på Marøya og er begge pensjonister. Knut fyller 75 år og er en aktiv pensjonist, men Rita begynner å legge merke til at Knut av og til virker usikker på enkle gjøremål som han har kunnet et langt liv. Hun finner redskaper og matvarer på de underligste steder og overbeviser Knut om å oppsøke fastlegen. Etter noen tester og undersøkelser får Knut og Rita diagnosen; Alzheimer – den vanligste formen for demens. Det er en tung dag og Knut mister førerkortet nesten umiddelbart. De får raskt en avtale med kommunens demensomsorg og får oppnevnt en egen kontakt ved NBBS. Kirsti Kontakt bruker en time sammen med dem og snakker om hva Rita og Knut kan forvente i forhold til diagnosen og tilbud fra kommunen.

Kirsti anbefaler dem å starte med å bruke tilbudet om dagaktivitet med en gang. Knut og Rita blir overrasket fordi Knut opplever seg ikke som pleietrengende, men Kirsti forteller at det også er mange andre i tidlig fase av Alzheimer som bruker tilbudet og man slett ikke trenger å være pleietrengende eller spesielt syk.

Rita har fremdeles førerkort og kjører Knut til dagaktivitet for første gang. NBBS er plassert rett ved naturen som Knut alltid har vært glad i og han blir raskt satt i gruppe med 2 andre menn som er spreke og blir oppfordret til å gå en tur i turløypen. På turen kommer Knut i snakk med de andre og de snakker om diagnosen og egne opplevelser. Rita gjør noen innkjøp imens og de kjører hjem i enighet om at tilbudet ikke opplevdes stigmatiserende eller unødvendig.

Knut og Rita benytter seg etter hvert ofte at tilbudet ved NBBS og Knut blir godt kjent med de ansatte. De lærer seg hva Knut liker og ikke liker. De er flinke til å observere og tilpasser aktivitetene etter dagsformen til Knut.

På NBBS er det også en pårørendeskole første tirsdag hver måned. Rita er med hver gang og lærer om sykdommen. Hun plukker opp en rekke praktiske tips og bedrer også sin egen observasjonsevne. Rita føler det er lettere å være pårørende, men hun lærer også mye om hvordan kommunen organiserer demensomsorgen.

Knut blir stadig dårligere. Rita har jevnlige møter med Kirsti Kontakt og vet hva som kommer. De blir etter hvert enig om at det er på tide å søke om omsorgsbolig. Rita er sikker på at hun kunne passet på Knut en stund lengre, men Kirsti er tydelig: Rita må passe på seg selv og det må ikke gå prestisje i å holde Knut hjemme. Knut er såpass syk at han ikke vil ha det bedre hjemme og han har likevel tilbragt mye tid på dagtilbudet den seneste tiden. Han kjenner de ansatte og omgivelsene og derfor går overgangen til en omsorgshybel på Sjøsidan lett.



Rita er ofte på besøk og er en av de frivillige som serverer i måltidsfellesskapet. Hun tar med seg kunnskapen fra pårørendeskolen og blir raskt en ressurs i gruppen. Etter 2 år på Sjø siden kan Rita og personalet konstatere at Knut er i siste fase av sykdomsforløpet. Knuts tale er begrenset til seks ord eller færre, han har stive kroppsbevegelser og sitter ofte med hodet nærmest i fanget.

I denne fasen er Knuts evne til å reagere på omgivelsene tapt og han trenger hjelp med nesten alle daglige gjøremål, inkludert å spise. Knut blir flyttet til NBBS og lever der til han dør ca. ett år senere. Da har Rita allerede flyttet til Bjørkåstunet og får hjelp av hjemmetjenesten. Hun er kognitivt frisk, men sliter med balansen og muskelstyrken.

## 8.0 Endret kjøkkenstruktur og samling om en produksjonsmetode

I vedtaket (PS 46/2024) som igangsatte behovet denne plan er det presisert at “Vurdering kjøkkenstruktur/organisering inngår i dette arbeidet”. En slik vurdering er naturlig da kommunen i dag har 2 kjøkken med 2 ulike produksjonslinjer. Kommunen har tidligere gjort en utredning av dagens kjøkkenstruktur som delvis inkluderes i denne plan. Teksten under punkt 8.1 er i sin helhet (med korreksjon om kjøkkensjef) kopiert fra denne utredningen.

### 8.1 Dagens status for kjøkken i Nærøysund

Nærøysund kommune har i dag 2 produksjonskjøkken, lokalisert på Rørvik og Kolvereid helsesenter. Begge produserer både middag, lunsj, baker brød og kaffemat og har hovedlager for tørrmat. Kjøkkenene driver noe produksjon for videresalg, møtemat ol.

Kjøkkenene deltar aktivt i ernæringsarbeidet i kommunen og har møter og veiledning med avdelingen. Kjøkkenene er organisert under stab Helse og velferd. Kjøkkenene har felles kjøkkensjef som har det faglige ansvaret.

#### *Kjøkken Rørvik*

6,8 årsverk i turnus, dette inkluderer 1 lærlingeplass og 1 VTO plass, bemannet på dagtid også helg. Kompetanse: Institusjonskokker og kjøkkenassistenter. Daglig produksjon av varmmat er ca. 120 porsjoner, produksjonsprinsippet kok/server. Lager og distribusjon av tørrmat til 70 porsjoner daglig, utlevering 3 ganger i uka til avdelingskjøkken. Smører daglig smør på brødsriver til avdelingen på Rørvik sykestue. Kjøkkenet ble renoverert i 2004 og fryse- og kjølerom ble oppgradert i 2019. Det har god funksjon og godt og moderne utstyr. Deler av maskinparken har høy alder. Eller forventes det at kjøkkenet ikke trenger utbedringer i nær fremtid.

#### *Kjøkken Kolvereid*

4 årsverk og 1 VTO plass, bemannet på dagtid unntatt helg. Kompetanse: Institusjonskokker, kostøkonom og baker Daglig produksjon av varmmat er ca. 120 porsjoner, produksjonsprinsippet kok/kjøøl siden 2013 kombinert med tradisjonell produksjon. Lager og distribusjon av tørrmat til 75 porsjoner daglig, utlevering 2 ganger i uka til avdelingskjøkken. Kjøkkenet ble totalrenoverert i 2005. Det har god funksjon og godt og moderne utstyr. Deler av maskinparken har høy alder. Eller forventes det at kjøkkenet ikke trenger utbedringer i nær fremtid. Kjøkkenet har begrenset kjøle- og frysekapasitet, men kapasiteten dekker dagens behov.



## **8.2 Produksjon og produksjonsprinsipp**

### *Kok/server:*

Maten blir produsert varm, for så å bli pakket og satt i varmekasser eller vannbad, og utsendt til avdelingskjøkken der den serveres. Maten til hjemmeboende med middagsombringing pakkes varm i engangs plastbeger og kjøres ut daglig.

### *Kok/kjøøl:*

Maten produseres varm, pakkes (poseproduksjon) og nedkjøles hurtig. Ferdig produsert mat kan lagres på denne måten, før den varmes opp på mottakskjøkken og serveres. Denne måten krever god plass til nedkjøling/oppbevaring. Ferdigprodusert mat hentes av avdelingene den dagen den skal serveres.

Kok/kjøølmetoden krever tilrettelagde mottakskjøkken rundt om på avdelingene. På Kolvereid er mottakskjøkkenene tilrettelagt for dette. Middag til hjemmeboende med middagsombringing pakkes i engangs plastbeger og kjøres ut 5 dager i uka. Middagen må varmes opp av den enkelte.

### *Maskinpark*

Begge kjøkken har kartlagt dagens maskinpark med tanke på alder og funksjon, vedlegg 1 og 2. Deler av maskinparken har høy alder. Avskrivningstid på maskinparken er fra 10-15 år avhengig av bruk og servicevedlikehold. På kjøkken Rørvik har maskinparken 400 V, men på Kolvereid har maskinparken 230V. Maskiner kan da ikke flyttes fra det ene kjøkkenet til det andre.

### *Matombringing*

Hjemmetjenesten har ansvaret for å frakte mat til hjemmeboende fra kjøkken Rørvik. Hjemmetjenesten og Steam har ansvar for å frakte mat til hjemmeboende fra kjøkkenet.

## **8.3 Behov for å minimere bruk av helsepersonell til oppgaver relatert til mat**

Denne planen har etablert at Nærøysund kan forvente en betydelig økning av antall eldre med omsorgsbehov. Den har samtidig etablert at økning ikke kan møtes en tilsvarende økning i bemanning. Gitt denne utfordringen er det et behov for at oppgaver relatert til mat blir utført av ansatte med kompetanse innen matproduksjon og at helsepersonell kan konsentrere seg om helsefaglige oppgaver.

De følgende anbefalinger i planen fremmes på bakgrunn av dette perspektivet og er ikke et uttrykk for en vurdering av de ulike produksjonsmetoder, kjøkken eller dets personale. Planen finner at begge produksjonsmetoder har fordeler og ulemper i forhold til ernæring, kvalitet, logistikk og bemanning i forhold til selve kjøkkenet. Det er imidlertid en



produksjonsmetode som har bedre forutsetninger for å oppfylle ambisjonen om å minimere bruk av helsepersonell til oppgaver relatert til mat.

#### **8.4 Overgang til en produksjonsmetodikk - "kok/server"**

Produksjonsmetodikken krever mindre tilberedning på de avdelinger og plasser som maten skal serveres og inntas. Dette vil redusere belastningen på helsepersonell. Anbefalingen krever turnusbemanning på kjøkkenet for å sikre produksjon på kveldstid, helg og helligdager, men det har ikke vist seg å være tilsvarende rekrutteringsutfordringer i denne sektoren som for helsepersonell. Planen legger derfor til grunn at slik bemanning vil være mulig å beholde og vedlikeholde i fremtiden. Overgang til slik produksjonsmetodikk krever ikke økt bemanning i forhold til dagens nivå.

Det er kjøkkenet på Rørvik som har denne produksjonsmetodikk nå og det er derfor naturlig at dette kjøkkenet overtar all matproduksjon etter hvert. Kjøkkenet har tilstrekkelig produksjonskapasitet for å produsere all mat, men må sannsynligvis utvide lagerkapasiteten noe. Kjøkkensjef bekrefter at det finnes muligheter for dette i nåværende lokaliteter. Kommunen må finne en løsning for effektiv frakt av varm mat mellom Rørvik og Kolvereid slik at den beholder tilstrekkelig temperatur, men med 22 km avstand er dette er overkommelig problem.

Anbefalingen er også den minst kostnadskrevene da den ikke trenger utbygging av anretningskjøkken på Rørvik eller omlegging av elektrisk anlegg. Institusjonene på Kolvereid har utvidete anretningskjøkken med kapasitet til å varme opp og tilberede avkjølt mat. Institusjoner på Rørvik har ikke dette og oppgradering av slike kjøkken ville vært kostnadskrevene.

I tillegg er 400 V (som på Rørvik) mer fremtidsrettet enn 230V (Kolvereid) på et storkjøkken av flere grunner:

- Effektivitet: 400V-systemer er mer effektive når det gjelder energioverføring, noe som kan redusere energitap og dermed kostnader
- Kapasitet: De kan håndtere større belastninger, noe som er viktig for storkjøkkenet som bruker mye elektrisk utstyr samtidig
- Flexibilitet: 400V-systemer gir større fleksibilitet for fremtidig utvidelse og oppgradering av kjøkkenutstyr
- Redusert kabeltykkelse: Med 400V kan man bruke tynnere kabler, noe som kan redusere installasjonskostnadene

Det er derfor grunn til å tro at et kjøkken med 400V kapasitet installert vil være mer fremtidsrettet og ha et større utvalg av utstyr å velge mellom ved fremtidige anskaffelser.

## 8.5 Matombringing 5 dager i uka

I denne planens omsorgstrapp er matombringing inkludert som et lavterskel-tilbud uten saksbehandling. Planen anbefaler at flere innbyggere benytter seg av slike tilbud. I dag produseres det allerede mat til ca. 250 brukere og det er all grunn til å forvente at behovet vil øke.

I dag er det ulik distribusjon av mat på Kolvereid og Rørvik. På Kolvereid distribueres kald mat 5 dager i uka av Steam (ikke helsepersonell) og i deler av Rørvik distribueres varm mat 7 dager i uka.

I tråd med anbefalingene i punkt 8.3 anbefaler planen å bruke den distribusjonsmetode som gir minst mulig belastning for helsepersonell. Ved ombringing til adresser som ligger under 30 minutter fra produksjonskjøkken vil måltidet være varmt ved ankomst. Ved større avstand vil temperaturen være lavere, og det vil være behov for å varme maten på nytt. For å unngå distribusjon av mat i helg og helligdager bør måltider distribueres kald på nærmeste hverdag. Da kan kjøkkenet benytte produksjonsmetoden «kok/kjøl». Det viktigste er at kommunen ikke selv tar ansvaret for måltidets temperatur. Når det er rasjonelt kan måltider distribueres varm, men en erfarer i dag at mottaker av måltidet ikke alltid er hjemme på mottakstidspunktet. En annen erfaring er at mottaker deler opp måltidet og spiser siste halvpart dagen etter eller senere på dagen. Det er derfor liten grunn til at kommunen skal bruke ressurser på å garantere måltidets temperatur ved servering.

Distribusjon av måltider til privatadresser kan løses av andre enn helsepersonell og kommunen bør benytte logistikkmarkedet for å sikre distribusjon over hele kommunen.

Anbefalingen krever at bruker selv henter mater ved inngangsdør og varmer den. I mange tilfeller vil bruker ha behov for assistanse til dette. Planen legger til grunn at slike brukere allerede har vedtak om praktisk bistand og/eller hjemmesykepleie og derfor kan få slik assistanse. Å hente og varme mat vil også være et naturlig tema for hverdagsmestring. Kommunen bør ikke utstede vedtak om assistanse på å hente og varme mat.

Ved ombringing av mat til måltidsfellesskap bør kommunen og organisator av fellesskapet ha et felles ansvar for at maten serveres varm. Det er i dag eksempelvis slike fellesskap på Viknatunet (Blåkklokketua) og på Bjørkåstunet. Denne planen argumenterer for flere slike fellesskap og kjøkkenets kapasitet bør dimensjoneres i tråd med dette.



## **8.6 Anskaffelse av digitalt administrert abonnement for matombringing levert av kjøkkenet**

I kapittel 9 under overskrift 9.5 anbefaler denne planen at kommunen avslutter en praksis hvor matombringing ytes som en helsetjeneste etter vedtak. I stedet bør kommunen opprette en månedlig abonnementsordning administrert av kjøkkenet. Innbyggere som tegner abonnement, bør fylle ut en egenerklæring hvor det dokumenteres at den tegner abonnement av helsemessige årsaker.

Ved tegning av abonnement bør bruker opplyses om at den selv har ansvar for at maten er varmet opp til riktig temperatur ved inntak. Kommunen bør ikke påta seg ansvar for at maten er tilstrekkelig varm ved servering.

Tegning av abonnement uten ansvar for temperatur øker også brukerens valgfrihet og den er fritatt for en følt forpliktelse om å være hjemme når maten blir levert. Kommunen har også erfaring med at brukere ønsker å dele opp porsjoner og spise dem over 2 dager.

Abonnementet bør tegnes og forhåndsbetales månedsvis, men være fleksibelt i forhold til antall retter og gi valgfrihet for retter de fleste dager.

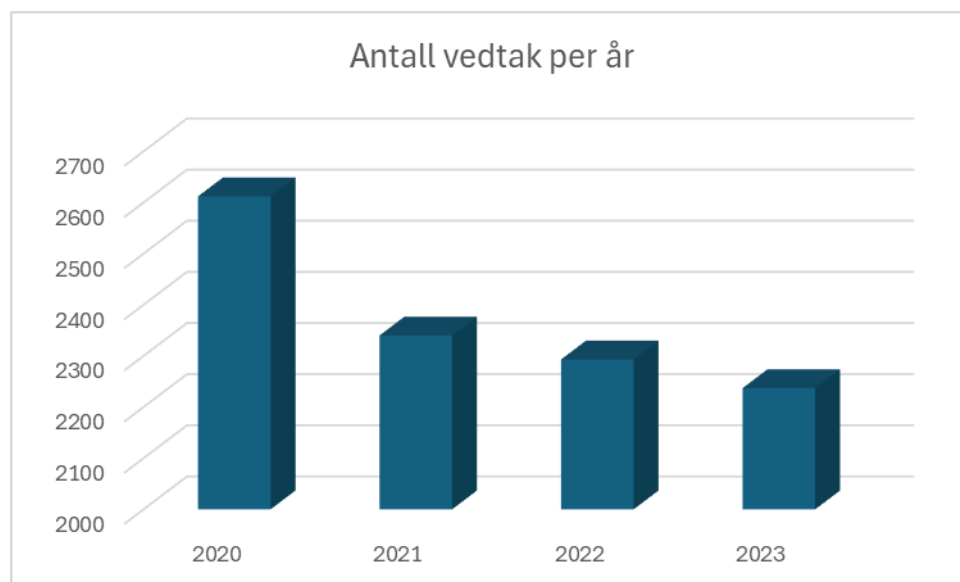
Kjøkkenet bør anskaffe en egnet programvare for å muliggjøre slik administrasjon.

## 9.0 Tildeling av tjenester – mer hverdagsmestring

Med delvis unntak av nivå “lavterskel” i omsorgstrappen ytes alle tjenester i pleie- og omsorgssektoren etter søknad og enkeltvedtak. Brukerkontoret tar imot henvendelser og søknader om helse og omsorgstjenester.

Tildeling av tjenester skjer etter politisk vedtatte kriterier. Slike kriterier ble sist behandlet i 2020.

### 9.1 Harmonisering har ført til reduksjon av vedtak



Diagrammet ovenfor viser at antallet vedtak har blitt redusert i perioden fra 2020 – 2023. Hovedårsaken er en harmonisering av tildelingspraksis fra de to opprinnelige kommuner. Det er ikke grunn til å forvente at reduksjon vil fortsette de kommende år da harmoniseringseffekten er i ferd med å avta og antallet pleietrengende er forventet å stige med 35% i planperioden. Det er ikke realistisk å øke bemanningen på brukerkontoret i denne perioden fordi en da må forvente at denne kompetansen må hentes fra andre områder i PLO-sektoren og at kommunens økonomi vanskelig vil tillate økt bemanning. Denne planen inkluderer derfor tiltak som vil effektivisere tildeling av helsetjenester.

### 9.2 Revidering av tildelingskriterier for Nærøysund kommune

Alle henvendelser om helsetjenester fra kommunen blir håndtert av brukerkontoret i tråd med lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og forvaltningsloven. Helsedirektoratet har også publisert en omfattende



veileder, "Veileder for saksbehandling - Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8", som kommunen benytter.

Gitt et omfattende antall av søknader og henvendelser fra brukere som ofte har behov for flere tjenester samtidig, og over lang tid, har kommunen vedtatt tildelingskriterier. Slike kriterier er viktige for å skape en felles forståelse for tildeling av tjenester og gi forutsigbarhet i hva som kan forventes av tjenester. Målet er å sikre at innbyggere med behov for helse- og omsorgstjenester får rett tjeneste til rett tid. Tildelingskriterier bidrar til rettsikkerhet for enkeltindividet.

De nåværende kriterier ble vedtatt i 2020 for å sikre at den sammenslåtte kommunen hadde samme kriterier. Det er nå behov for å revidere disse kriteriene. Basert på erfaringer de siste 4 år er det behov for kriterier som er mer konkrete og gir beslutningsstøtte når enkeltvedtak skal fattes. Denne planen beskriver en krevende ressursituasjon i hele planperioden som vil gjøre det vanskeligere å finne de rette prioriteringer og da er det hensiktsmessig med kriterier som tydeliggjør slike prioriteringer.

Denne planen foreslår også endringer i tjenestetilbudet og har tiltak som får konsekvenser for etablert praksis. Det er derfor rasjonelt å endre tildelingskriteriene etter at planen er vedtatt.

### **9.3 Hverdagsmestring som en grunnleggende forutsetning for all søknadsbehandling**

Et av tiltakene som denne planen foreslår er at hverdagsmestring etableres som en grunnleggende forutsetning for all søknadsbehandling (se kapittel 7). I praksis betyr det at enkeltvedtak som hovedregel ikke fattes før det er gjennomført en kartlegging av brukers mestringsevne. På bakgrunn av denne kartleggingen vil det vurderes om enkeltvedtak om helsetjenester skal fattes, hvilke tjenester som skal ytes, i hvilket omfang og med hvilken varighet.

Tiltakets målsetning er å unngå produksjon av vedtak i tilfeller hvor opplæring og deltakelse i aktiviteter i kategorien "hverdagsmestring" eller andre lavterskel-tilbud (tilbud uten vedtak) kan være tilstrekkelig for å opprettholde eller gjenopprette brukerens mestringsevne. I noen tilfeller vil det bety mindre helsehjelp enn tidligere, men i andre tilfeller mer helsehjelp.

### **9.4 Samlet vurdering av nytte, ressurs og alvorlighet skal styre prioritering og tildeling**

Helsedirektoratet har utarbeidet en nasjonal veileder for i kommunale helse- og omsorgstjenester. Denne er på høring og Nærøysund kommune bør inkludere den endelige veilederen i sine reviderte tildelingskriterier.





Høringsutkastet legger til grunn nytte, ressurs og alvorlighet som styrende for prioritering og tildeling av tjenester. Utkastet oppsummerer vurderingen slik:

*“Først bør **alvorligheten** av tjenestemottakerens tilstand vurderes, blant annet*

- *risiko for død, smerter og ubehag her og nå, og frem i tid*
- *risiko for tap av funksjon og mestring her og nå, og frem i tid*
- *konsekvensen av å utsette tiltaket*

*Deretter bør **nytt**en tjenestemottakeren har av tiltaket vurderes. Det gjøres gjennom vurdering av hvordan tiltaket påvirker tjenestemottakerens livskvalitet og livslengde. Nytt med hensyn til livskvalitet, vurderes gjennom mestring, funksjon, smerter og ubehag. Nyttvurderingen bør ses i sammenheng med tjenestemottakers egen målsetting og nyttvurdering dersom tjenestemottaker har anledning til å gi uttrykk for det.*

*Dernest bør det vurderes hvilke **ressurser** med hensyn til personell, tid og utstyr tiltaket legger beslag på og om disse ressursene er tilgjengelige for helsepersonellet.*

*Til slutt bør det gjøres en helhetlig og samlet vurdering av nytte, ressurs og alvorlighet, i tillegg til å vektlegge de hensyn og vilkår som følger av pasient- og brukerrettighetsloven (lovdata.no), herunder krav til forsvarlighet og medvirkning fra tjenestemottakeren. Om barn er berørt, skal det vurderes hva som vil være til barnets beste.*

Veilederen vil gi mer beslutningsstøtte for kommunen når slike vurderinger skal gjøres. Samtidig er det viktig å få en bedre og løpende vurdering av ressursituasjonen når vurderingen skal gjøres. Kommunen har i dag ikke tilstrekkelige styringsdata for å foreta konkrete vurderinger foran hvert enkelt vedtak og risikerer derfor å fatte enkeltvedtak om den ikke har tilstrekkelige ressurser til å gjennomføre.

## **9.5 Avslutte praksis med enkeltvedtak om matombringing**

Matombringing er et viktig tilbud på et lavt nivå i omsorgstrappen (se kapittel 7). Slik ombringing er ikke helsehjelp, men kommunen ønsker å sikre at slik ombringing er tilgjengelig til brukere som har en helsemessig begrunnelse for å få levert mat til egen bolig. I dag fattes det ca. 250 enkeltvedtak i året om slik ombringing.

Kommunen bør avslutte denne praksisen og erstatte den med en månedlig abonnementsordning administrert av andre enn brukerkontoret. Brukere som tegner slikt abonnement, bør fylle ut en egenerklæring hvor det dokumenteres at den tegner abonnement av helsemessige årsaker.



## **9.6 Avslutte praksis med enkeltvedtak om legemiddeladministrasjon hvor multidose på apotek er et alternativ**

Kommunen fatter i dag enkeltvedtak hvor bruker får bistand til å administrere legemidler av hjemmesykepleien. I tilfeller hvor slikt vedtak krever dedikerte besøk av hjemmesykepleie foreslår denne planen at praksisen opphører.

Årsaken er at apotek tilbyr slik administrasjon i såkalt multidose. Multidose er kvalitetssikrede legemiddeldoser som pakkes i påfølgende poser og merkes med innhold, dato og tidspunkt for når tablettene skal tas. Bruker velger selv hvor ofte en skreddersydd multidoserull hentes på apoteket, enten hver uke, hver 2. uke eller 1 gang i måneden.

Legemidlene blir pakket i multidoseposer som er skreddersydd til bruker og det som legen har forskrevet på resepter. Apotekene krever et mindre gebyr for pakking og forsendelse av multidoserull. Frikort vil ikke inkludere slik pakking.

## **9.7 Automatisert behandling av søknad om trygghetsalarm**

Trygghetsalarm er et viktig tilbud på et lavt nivå i omsorgstrappen (se kapittel 7) som kommunen ønsker at flere tar i bruk. Utstedelse av slik alarm er ikke helsehjelp i seg selv, men kommunen ønsker å sikre at trygghetsalarmer blir tatt i bruk under riktige forutsetninger. Slike forutsetninger er enkle å kommunisere og forutsatt at bruker svarer "JA" på disse bør utfallet alltid være at trygghetsalarm blir utstedt. Eksempler på forutsetninger for å få trygghetsalarm:

- Har du en sykdom eller tilstand som medfører akutt behov for hjelp?
- Er det fare for at du kan falle og skade deg?
- Har du problemer knyttet til utrygghet eller engstelse?

Kommunen bør derfor etablere en digital løsning for slik utstedelse og unngå individuell saksbehandling for hver enkelt alarm.

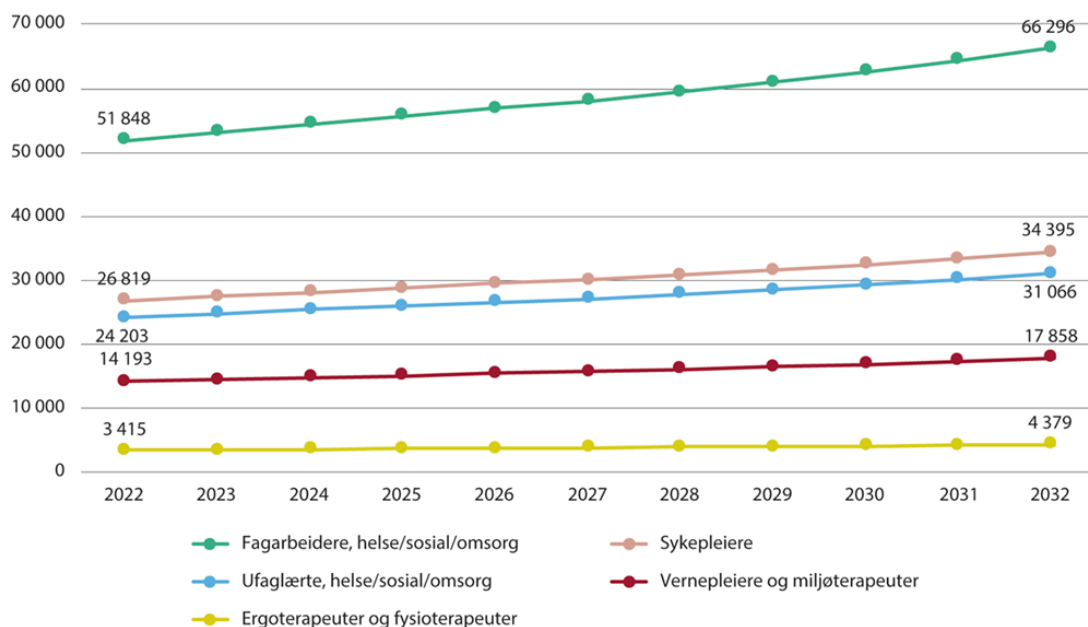
## 10.0 Økt produksjon uten vesentlig økt bemanning

Helsepersonellkomisjonen 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.

### 10.1 Ikke mulig å møte vekst i behov for årsverk frem mot 2032 - må drifte tjenestene annerledes

KS har utviklet en framskrivingsmodell 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 befolkningsframskrivinger fra SSB.

Helsepersonellkomisjonen har fått framskrivinger av KS fordelt på de ulike yrkesgruppene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. KS framskriver at antallet årsverk for de fem gruppene i figuren vil øke med mellom 26–28 prosent gitt dagens organisering av tjenestetilbud i primærhelsetjenesten.



KS har levert en framskrivning for Nærøysund kommune som viser tilsvarende utvikling for kommune som nasjonalt. Framskrivningen er basert på at tjenestene fortsatt driftes som i dag.



Helsepersonellkommisjonen slår fast at det ikke vil være mulig å møte denne etterspørselen:

*Demografiutviklingen øker etterspørselen etter helsepersonell og stopper samtidig personellveksten*

*Det har lenge vært kjent at antallet eldre vil øke sterkt og føre til sterk økning i etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester. Selv om antallet eldre over 80 år har økt jevnt og trutt siden andre verdenskrig, vil veksttakten fremover føre til utfordringer uten sidestykke for de kommunale omsorgstjenestene. Aldersgruppen 80 år og eldre økte med 40 000 personer mellom 2000 til 2020, da var det rundt 230 000 personer over 80 år i Norge. Mellom 2020 til 2040 vil denne gruppen øke med over 250 000 personer.*

*Parallelt med denne utviklingen, bremses veksten i tilgjengelig arbeidskraft før den stopper helt opp. For første gang i moderne tid, fra midten av 2030-tallet, vil antallet personer i yrkesaktiv alder falle i absolutte tall. Denne utviklingen vil forsterke seg ytterligere etter 2040. Demografiutviklingen betyr altså både en økning i antallet eldre og en reduksjon i antallet i arbeidsfør alder – samtidig.*

*Om kort tid, vil ikke øvrige næringer og sektorer lengre akseptere en videre økning i sysselsettingen i helse- og omsorgstjenesten. Det er fordi den samtidig vil redusere tilgjengelig arbeidskraft for dem. Det er en rekke høyt prioriterte samfunnsutfordringer. Klima, miljø og naturmangfold, fornybar energi og forsvar er alle eksempler på andre sektorer som trenger mer arbeidskraft og økonomiske ressurser i årene fremover. Norsk industri og næringsliv trenger også mye arbeidskraft for å utvikle seg og være konkurransedyktig i årene fremover.*

*Helsepersonellkommisjonen vurderer at helse- og omsorgstjenestenes andel av samfunnets totale arbeidsstyrke ikke kan øke vesentlig. Fordi personell allerede er et knapphetsgode, og i enda større grad vil være det fremover, må helse- og omsorgstjenesten bruke personellet og deres kompetanse mye mer effektivt enn før. Det blir færre ansatte per pasient.*

Denne planen legger kommisjonens konklusjon til grunn og inneholder derfor ikke tiltak for å vesentlig øke bemanningen.

## **10.2 Utføre og løpende utvikle egen kompetanseplan - økt satsning på demensomsorg**

Nærøysund kommune har en egen kompetanseplan for helse og velferd som gir en helhetlig oversikt over tilgjengelige kompetansetiltak, deltakelse og målsetninger.

Kompetanseplanen er "retningsgivende for hvilke grunn- og videreutdanninger enheten ønsker å støtte og i hvilket omfang (antall)."

Arbeidet med å løpende oppdatere kompetanseplanen bør fortsette, men denne planen foreslår planens også inkluderer avsatt ressursbruk for å gjennomføre den nødvendige kompetanseheving.

### **10.3 Økt bemanning i hjemmetjenesten – reduksjon på institusjon**

Denne planen foreslår å redusere antallet institusjonsplasser til et nivå der antallet plasser tilsvarer 10% dekningsgrad. Dette vil gi en mulighet til å redusere bemanning på institusjon og flytte denne bemanningen til tjenester i hjemmet.

Planen foreslåtte tiltak vil øke produksjonen av helsetjenester til brukere i egen bolig, inkludert omsorgsboliger eid av kommunen. Da må bemanningen styrkes i den grad det er tilgjengelig arbeidskraft. Som en hovedregel bør helsepersonell som søker arbeid i kommunen de neste 10 år bli tilsatt for å yte tjenester i hjemmetjenesten.

Ansatte som i dag arbeider på institusjon, bør få tilført nødvendig kompetanse for å omstille seg til nye arbeidsoppgaver. I mange tilfeller vil omstillingen være begrenset. Eksempelvis kan en økning i antall omsorgshybler skje ved å ta i bruk ledige rom på NBBS. Personalet som tidligere har vært tilknyttet NBBS som institusjon vil da fortsette sin tilknytning, men yte tjenester som en del av hjemmetjenesten. Utførelsen av arbeidsoppgaver vil være lik, men med annen organisering.

### **10.4 Delta i KS TØRN**

KS Tørn er et landsomfattende utviklingsprogram initiert av KS (Kommunesektorens organisasjon) som setter søkelys på å forbedre helse- og omsorgstjenestene i norske kommuner. Programmet eksperimenterer med nye arbeids- og organisasjonsformer for å skape en mer bærekraftig sektor. Dette inkluderer å øke andelen heltidsansatte og ansatte med formell helsefaglig kompetanse.

Tørn-programmet er delt inn i flere nettverk, hver bestående av mellom 10 og 30 kommuner, og det tilbyr forskningsbasert undervisning og veiledning. Målet er å sikre at kommunene kan møte fremtidens utfordringer med tilstrekkelig kompetanse og ressurser.

Deltakelse i KS Tørn har ført til flere positive resultater for kommunene som er med i programmet. En rapport fra Fafo<sup>7</sup> viser at Tørn-programmet har motivert og støttet kommunene i deres utviklingsarbeid, og evalueringen av programmet er generelt positiv. Kommunene har eksperimentert med nye måter å organisere arbeid og oppgaver på, noe som har ført til mer effektive og bærekraftige løsninger.

Nærøysund kommune har blitt godkjent som deltaker i prosjektet av KS. Det er viktig å understreke at deltakelse i programmet KS Tørn ikke alene fører til nye organisasjonsformer og det krever stor samarbeidsvilje mellom ledelse, tillitsvalgte og de ulike fagprofesjoner for å lykkes og etablere endret tjenesteorganisering.

### **10.5 Utvidet bemanning knyttet til hverdagsmestring**

Denne planen anbefaler en kraftig satsning på hverdagsmestring (se punkt 7.4 og punkt 9.3). Da er det naturlig at gruppen av ansatte som arbeider med temaet styrkes, både i form av spesialisert kompetanse som ergoterapi og fysioterapi, men også gruppens evne til å tilføre kompetanse til større grupper av ansatte innen institusjon og hjemmetjenester.

En forutsetning for at hverdagsmestring skal ha den ønskede effekt er at hele PLO-sektoren erkjenner at ansvar for å gjennomføre tiltaket. Ansvarer kan ikke plasseres på en enkelt gruppe av ansatte. For at et tilstrekkelig antall ansatte skal kunne få tilført kompetanse, forstå effekten av tiltaket og gjennomføre hverdagsmestring sammen med brukerne må PLO-sektoren ha flere ansatte med veiledningskompetanse (hjemmetrenere).

Planens anbefaling er derfor at bemanningen i dagens team innen hverdagsmestring styrkes kraftig og dimensjoneres i forhold til en økt arbeidsmengde. Planen vil ikke detaljere sammensetningen av kompetanse, men vektlegge at et høyt antall ansatte i PLO-sektoren jevnlig må eksponeres for veiledning og inspirasjon for at tiltaket skal få tilstrekkelig effekt.

### **10.6 Ansette klinisk farmasøyt**

En klinisk farmasøyt i primærhelsetjenesten kan ha en viktig rolle i å sikre trygg og effektiv legemiddelbruk. Her er noen av oppgavene som en klinisk farmasøyt kan ivareta:

---

<sup>7</sup> FAFO-forsker Leif E. Moland har gjennomført følgeforskning på et utvalg av kommuner i 2023 som gjennomførte KS TØRN. Forskningen viser store forskjeller i kommunens evne til å få resultater, men gjennomsnittet gjorde forbedringer innen økte stillingsstørrelser, andel av ansatte som har heltidsstilling og andel innleide vikarer. Kommuner som Alstahaug og Bodø opplevde store forbedringer mens Kvam og Froland hadde liten effekt av KS TØRN. Årsaken er forskjeller i forankring hos ledelse, samarbeid med tillitsvalgte og generell omstillingsevne.



- Legemiddelgjennomgang: De vurderer pasientens legemidler for å identifisere og løse legemiddelrelaterte problemer, som bivirkninger, interaksjoner og feil dosering.
- Legemiddelsamstemming: De sørger for at pasientens legemiddelliste er korrekt og oppdatert, spesielt ved overganger mellom ulike helsetjenester
- Rådgivning: De gir råd til pasienter, leger og annet helsepersonell om riktig bruk av legemidler, inkludert dosering, administrasjonsmåte og mulige bivirkninger
- Tverrfaglig samarbeid: De jobber i team med leger, sykepleiere og andre helsearbeidere for å optimalisere pasientens legemiddelbehandling
- Pasientopplæring: De informerer og utdanner pasienter om deres legemiddelbehandling for å sikre at de forstår hvordan og hvorfor de skal ta sine medisiner

Nærøysund kommune bør søke å få tilført denne kompetansen av flere årsaker:

- En klinisk farmasøyt bidrar til å forbedre pasientsikkerheten og behandlingsresultatene ved å sikre at legemidler brukes på en trygg og effektiv måte.
- En klinisk farmasøyt vil kunne redusere antall avvik knyttet til medikamenthåndtering. Det er flest meldte avvik innen denne kategorien generelt i PLO-sektoren i Nærøysund og mye arbeidsressurser blir brukt til å undersøke og lukke avvik.
- En klinisk farmasøyt vil kunne redusere hjemmesykepleiens behov for kontakt med fastlege ved spørsmål om pasientens medikamentbruk

### **10.7 Systematisere fagutvikling og oppnevne sykepleiere med særskilt ansvar for fagutvikling**

Denne planen anbefaler en fortsatt satsning på ulike kompetansetiltak som detaljert i kommunens egen kompetanseplan. Denne planen inkluderer kurs, videreutdanning og fagsamlinger.

Det er likevel en kjensgjerning at den viktigste fagutviklingen skjer i daglig samspill med kolleger i utførelse av rutinemessige arbeidsoppgaver. Denne planen slår fast at tjenesteproduksjonen må økes med 30% uten en tilsvarende økning i bemanning. For at dette skal kunne oppnås er må det skje en utvikling i hvordan de oppgaver som tar mye tid kan løses.

Da vil det ikke være tilstrekkelig å sende 15 – 20 medarbeidere på kurs en gang i året. Det må skje massive og raske endringer i utførelsen av sentrale arbeidsoppgaver. Slike endringer krever systematisk fagutvikling i et relativt finmasket nettverk av ansatte. Denne planen foreslår derfor flere tiltak:



- Opprettelse av et nettverk for fagutvikling med deltakelse fra hver avdeling
- Identifikasjon av en sykepleier i hver enkelt avdeling som har minimum 20% av sin stilling dedikert til fagutvikling og deltakelse i PLO-sektorens nettverk for fagutvikling
- Opprettelse av en 100% stilling som ansvarlig for driften av nettverket

Nettverket bør være fritatt personal- og budsjettansvar, men ha et sterkt faglig fokus.

Nettverket bør ha flere fokus:

- Kartlegge utførelse av sentrale oppgaver som hygiene, ernæring, observasjon og vurdering, medisinsk behandling og dokumentasjon.
- Sørge for at slike sentrale oppgaver alltid blir utført på beste måte og hindre etablering av "ultralokale" prosedyrer og kultur
- Ha et kontinuerlig søkelys på demonstrasjon, opplæring og trygging av ansatte på utførelse av slike oppgaver (såkalt mikro- eller nanolæring)
- Fortløpende vurdere nye metoder og teknologi basert på personalbesparende effekt

Arbeidsoppgavene til leder for nettverket vil være å legge til rette for møtepunkter, innhente ekstern kompetanse og delta i de mange kompetanse- og teknologinettverk som eksponerer kommunen for nye mulighet. Leder i nettverket bør også ha kjennskap til anskaffelsesprosesser.



## 11.0 Kraftfull satsning på teknologi

Nærøysund har anskaffet digitale pasientvarslingsanlegg og digitale trygghetsalarmer. I tillegg har helsebygg i kommunen digital adgangskontroll. Denne teknologien er i utstrakt bruk og godt etablert. Det finnes en rekke, anekdotiske eksempler på gevinst ved teknologien, men kommunen har ikke etablert en plan for å realisere gevinster og fortløpende måle om slike gevinster er oppnådd.

Det er imidlertid et hinder for systematisk gevinstrealisering at kommunen benytter to ulike leverandører av denne teknologien; Phoniro og Hepro. Det er historiske årsaker til dette og de to leverandører leverer relativ lik teknologi, men det er unødig ressurskrevende å forholde seg til to ulike leverandører.

### 11.1 Digital hjemmeoppfølging (DHO)

Helsedirektoratet definerer digital hjemmeoppfølging slik:

*“aktiviteter/handlinger som muliggjør at pasienten, utenfor de tradisjonelle arenaer hvor pasienter møter helsepersonell, kan tilegne seg, registrere og dele klinisk relevant informasjon om sin helsetilstand elektronisk, med formål om å gi informasjon eller veiledning til pasientens egenmestring, og/eller gi beslutningsstøtte til diagnostisering, behandling eller oppfølging for helsepersonell»*

Nærøysund bruker i dag slik teknologi i liten grad. Kommunen bruker elektroniske medisindispensere, men har ikke annet utstyr i bruk. Helsedirektoratet har gjennomført utprøving av digital hjemmeoppfølging (DHO) i perioden 2018 – 2021 og konkluderer slik i forhold til gevinst:

*“Felles for prosjektene er at pasientene rapporterer om økt trygghet og mestring. De har fått/utviklet mer kunnskap om egen sykdom og opplever økt livskvalitet. Flere pasienter rapporterer at de har færre innleggelse på sykehus og færre besøk hos fastlegen, i tillegg mener mange at egenbehandlingsplanen gir god støtte i å leve best mulig med sykdom og plager. Sykepleiere og leger opplever at digital hjemmeoppfølging er en effektiv måte å følge opp pasienter på, det fanger opp tegn til forverring, gir innsikt i egen sykdom og en bedre dialog i konsultasjon hos fastlegen. Egenbehandlingsplanen oppleves som et godt verktøy for å involvere og ansvarliggjøre pasienter når det er tilpasset den enkelte, og tverrfaglige møter der pasienten deltar er sett som verdifulle.*

*Helsepersonell opplever at digital hjemmeoppfølging har bidratt til bedre samhandling. Emnekurs for fastleger og helsepersonell med søkelys på samhandling om DHO, er godt evaluert og vil være viktig i et spredningsprosjekt. **Når det gjelder forbruk av helsetjenester rapporterer prosjektene noe reduksjon på kommunale helse- og omsorgstjenester.***

På bakgrunn av rapporten fra Helsedirektoratet bør kommunen ta i bruk teknologi som muliggjør DHO.

### **11.2 Oppgaver der personellet ikke har direkte kontakt med pasienter, brukere eller pårørende, automatiseres i størst mulig grad**

Det er en rekke løsninger som har potensial for å forenkle og automatisere arbeidsoppgaver for de ansatte. Med unntak av ulike former for pasientheiser er slik teknologi i liten grad i bruk i Nærøysund kommune. Denne planen vil, i likhet med Helsepersonellkommisjonen, legge til grunn *“prinsippet om at oppgaver der personellet ikke har direkte kontakt med pasienter, brukere eller pårørende, automatiseres i størst mulig grad.”*

Det er en rekke slike oppgaver hvor det finnes teknologi som automatiserer slike oppgaver:

- Lagerstyring og bestilling av medisinsk forbruksmateriell
- Oppføring, formidling og organisering av informasjonsflyt knyttet til pasient
- Føring av narkotikaregnskap, medikamentlager, bestilling av medikamenter og distribusjon av medikamenter til pasient (lukket medikamentsløyfe)

Alle disse løsningene er i bruk av kommuner og kan anses som utprøvde og modne teknologier. Nærøysund bør anskaffe slik teknologi og kontinuerlig overvåke markedet for andre løsninger som tilfredsstillende det ovennevnte prinsipp om automatisering.



### **11.3 Digitalisering av søknader**

All søknad om helsetjenester skjer i dag i papirformat. Skjemaet er tilgjengelig på kommunens nettsider i pdf-format og kan utfylles elektronisk, men må deretter skrives ut av bruker/pårørende og sendes fysisk til brukerkontoret. Dette er lite hensiktsmessig for både

saksbehandler og søker. Nærøysund bør snarest ta i bruk digitale søknadsskjema og integrere data fra disse skjema inn i sine verktøy for saksbehandling.

#### **11.4 Digital dialog med brukerne**

Etter vedtak er det en omfattende utveksling av informasjon mellom aktuelle tjenesteyter og bruker. I dag organiseres denne informasjonsflyten gjennom fysiske avtalebøker, muntlige beskjeder og andre prosesser med stor risiko for feil.

KS har utviklet en dialogløsning kalt DigiHelse som blir beskrevet slik:

*“Med meldinger og kalendervisning på helsenorge.no kan innbyggerne kommunisere med den kommunale helsetjenesten. Meldingene kommer direkte inn i den elektroniske pasientjournalen (EPJ).”*

Funksjonaliteten tillater brukerne å

- sende og motta meldinger fra helse- og omsorgstjenestene i kommunen
- se avtaler om hjemmebesøk og avbestille besøk
- få varsler om utførte hjemmebesøk på tekstmelding eller e-post

Løsningen brukes i første omgang til kommunikasjon med hjemmetjenesten, men kan også utvides lokalt til å benyttes for andre kommunale helse- og omsorgstjenester som dokumenterer i kommunenes journalsystem.

Nærøysund bør snarest ta i bruk DigiHelse og vurdere en utvidet bruk av lignende dialogtjenester når hensiktsmessig. Eksempelvis finnes det relevante løsninger for organisering av lavterskel-tilbud.

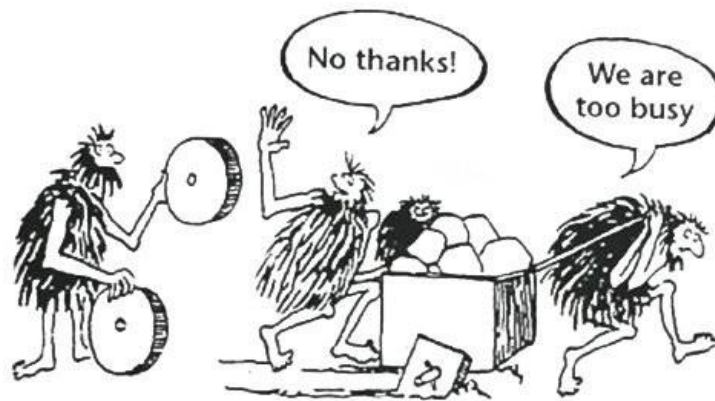
#### **11.5 Faglig og systematisk vurdering av anskaffelse av ny teknologi**

Denne planen peker på noen teknologier som bør anskaffes, men i planperioden vil ny teknologi utvikles kontinuerlig. Kommunen bør derfor systematisere hvordan den innhenter kunnskap om ny teknologi og dens muligheter og hvordan den tar stilling til hvilken teknologi som kommunen skal anskaffe.

Planen vil derfor anbefale følgende tiltak:

- Introduksjon av ny teknologi blir anerkjent som fagutvikling og ansvaret for å vurdere slik teknologi legges til kommunens nettverk for fagutvikling (se punkt 10.7)
- Anskaffelser av ny teknologi bør skje i samarbeid med andre kommuner

- Ansvar for deltakelse i nettverk og samarbeid om anskaffelser blir lagt til en egen stilling (se punkt 10.7)
- Operativ ledelse skal ikke vurdere teknologien i seg selv, men hvordan anskaffelser eventuelt skal finansieres og om teknologien har demonstrert tilstrekkelig gevinst (Kost/nytte)
- Hvis en teknologi kan innføres med demonstrert personalbesparende effekt som overgår kostnad **skal** den anskaffes. Denne planens målsetninger kan ikke oppnås ved at kommunen avstår fra rasjonelle anskaffelser



## 12.0 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
- Reduksjon til 10 % dekningsgrad for langtidsopphold på institusjon i perioden 2024 - 2030

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.

### 12.1 Generelle tiltak

Beskrivelse	Effekt
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.
Utforme egen plan for fastlegetjenesten med formål om å etablere tettere samarbeid med fastlegetjenesten og PLO-sektoren	Redusere tid brukt på avklaringer rundt medikamentbruk og behandling av pasient

### 12.2 Tiltak relatert til kapittel 7 - Omsorgstrappen og tiltak for å endre organisering av tjenestene

Beskrivelse	Effekt
Samle tilbudet innen dagaktivitet på NBBS	Økt fagkompetanse og mer tilpasset tilbud
Utvide tilbudet innen dagaktivitet til 5 dager i uken	Mer avlastning for pårørende, mer kontakt med pasienter og bedre planlegging av sykdomsforløp
Etablere pårørendeskole i tilknytning til dagaktivitet	Øke kompetanse for pårørende og gjør dem i stand til å gjøre en god vurdering av egen omsorgsevne

Omdisponere areal ved Sjøsiden og NBBS til verksteder og annet for dagaktivitet	Økt dagaktivitet krever større areal
Automatisere utstedelse av trygghetsalarm	Økt utbredelse av trygghetsalarm har god effekt da det etablerer god bruk
Fjerne krav om vedtak for å abonnere på matombring og erstatte med egenerklæring om helsetilstand	Senker terskelen for å ta i bruk tilbudet
Øke bruken av elektronisk medisineringsstøtte	Reduserer bruk av helsepersonell og øker personlig frihet hos bruker
Fortløpende øke bruken av varslings- og lokaliseringsteknologi	Reduserer bruk av helsepersonell og øker personlig frihet hos bruker
Legge til rette for flere måltidsfelleskap	Forebygger ensomhet og kognitiv svikt og gir innsikt i brukers ernæringsstatus
Gjennomføre flere forebyggende hjemmebesøk	Veileder innbyggers mulighet til å bo lengre hjemme
Øke antall øyeblikkelig hjelp døgnopphold-plasser fra 2 fleksible til 2 dedikerte plasser i Rørvik	Bruk av øyeblikkelig hjelp døgnopphold-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. Etablerer ett kompetansemiljø innenfor øyeblikkelig hjelp døgnopphold-tilbud
Fase ut Vestbo som enhet for langtidsopphold for demente å vurdere ombygging for å utvikle et mest mulig samlet tilbud	Demente brukere skal samles på NBBS
Etablere kompetansetilbud for sykepleiere med interesse for avansert, klinisk sykepleie	Økt kvalitet på øyeblikkelig hjelp døgnopphold - tilbud gir økt bruk som reduserer antallet sykehusinnleggelseser
Introdusere hverdagsmestring så tidlig som mulig	Kommunen etablerer en forventning og planlegger for at bruker fortsetter å bo i egen bolig
Øke bemanningen i gruppen som arbeider med hverdagsmestring	Bedre bruk av fagkompetanse, øke «fotavtrykket» (flere innbyggere eksponeres for hverdagsmestring) og øke kapasitet slik at den møter reelt behov
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
Kartlegge oppgaver som utføres i hjemmetjenester som ikke krever helsefaglig kompetanse	Etablere kunnskapsgrunnlag og systematisk overføre oppgaver til personell med mer relevant kompetanse



Mer presis og konsentrert bruk av plasser Namdal Rehab IKS for brukere som bor langt unna institusjon og andre tilbud i Rørvik/Kolvereid	God effekt av gjentakende bruk ovenfor brukere i kommunens periferi enn ovenfor brukere i umiddelbar nærhet til kommunens egne tilbud
Konsentrere bruk av institusjonsopphold (korttid) for rehabilitering i Rørvik	Oppnå bedre, samlet ressursbruk
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
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
Samle all demensomsorg utenfor institusjon under en leder:	Styrket demensomsorg vil redusere bruk av institusjon
Utlyse 100% stilling som demenskoordinator	Økt aktivitet krever økt koordinering for å oppnå full effekt
Samle ressursbruk i hukommelsesteam i 100% stilling	Oppnå samlet ressursbruk med større effekt
Utvikle egen tiltakspakke ved diagnose	Oppnå mer forutsigbarhet for pasient og pårørende og etablere realistiske forventninger
Samle demensomsorg i samme bygningsmasse på Kolvereid	Etablere samlet kompetansemiljø og utnytter denne bedre
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 gunstige arbeidsvilkår for ansatte med redusert sykefravær og høyere trivsel som effekt
Øke relativ bruk av institusjonsplasser for pasienter med demens	Vil gi mer målrettet bruk av institusjonsplasser og sikre tilstrekkelig kapasitet for pasienter med demens
Øke antallet omsorgshybler (begrenset kjøkken)	Vil gi bruker større frihet samtidig som kommunen kan yte omsorg på rett nivå
Samle bruk av omsorgshybler på Sjøsidan/NBBS for brukere med demens	Samlokalisering med tilbud innen dagaktivitet og institusjon vil gi tilgang på en bredere og mer kompetent bemanning
Bygningsmessig gjennomgang av Sjøsidan og NBBS	Byggene bør tilpasses og oppgraderes slik at de optimaliseres for en samlet demensomsorg
Bygningsmessig gjennomgang av Rørvik sykestue/Soltoppen	Byggene bør tilpasses og oppgraderes slik at de optimaliseres for en samlet korttidsavdeling inkludert øyeblikkelig hjelp døgnopphold

### 12.3 Tiltak relatert til kapittel 8 - Endret kjøkkenstruktur og samling om en produksjonsmetode

Beskrivelse	Effekt
Bruke produksjonsmetodikken «kok/server» for all mat levert til institusjon, omsorgsboliger og måltidsfellesskap	Klar reduksjon av arbeidsbyrde for helsepersonell
Opprette digital løsning for abonnement for matombringing og la kjøkkenet overta ansvaret for ordningen	Klar reduksjon av arbeidsbyrde for helsepersonell og tildelingskontoret
Øke kapasitet for produksjon av måltider	Antallet eldre vil øke og det er et klart behov for matombringing
Bruke produksjonsmetodikken «kok/kjøp» for matombringing	Klar reduksjon av arbeidsbyrde for helsepersonell
Distribuere måltider i matombringing 5 dager i uken (ikke helg eller helligdager)	Klar reduksjon av arbeidsbyrde for helsepersonell
Utlyse distribusjon av måltider som eget oppdrag	Håndtering av tredjepart på en normal kontrakt fritar kommunen for ansvar og letter administrasjonen av ordningen
Avvikle produksjon av mat på Kolvereid	Samler kompetansemiljøet, reduserer maskinpark og frigjør arealer
Anskaffe egen programvare for planlegging av måltider og abonnement på matombringing	Gjør det mulig for kjøkkenet å overta ansvaret for matombringing, gir bedre lagerstyring og gjør det enklere å planlegge meny

### 12.4 Tiltak relatert til kapittel 9 - Tildeling av tjenester – mer hverdagsmestring

Beskrivelse	Effekt
Etablere hverdagsmestring som en grunnleggende forutsetning for all søknadsbehandling	Ved at hverdagsmestring blir en forutsetning for vedtak og ikke et valg vil kommunen få endret fokus hos mange brukere og få mer effekt av vedtak
Revidere kommunens kriterier for tildeling og ta i bruk nasjonal prioriteringsveileder	Må endre kriterier etter anbefalinger i denne planen og nasjonal veileder (på høring nå)
Fjerne vedtak for matombringing og erstatte dem med et månedlig	Reduserer antallet vedtak med ca. 250 samtidig som brukerne fremdeles får middag



matabonnement som administreres av kjøkken (ca. 250 vedtak i året)	
Unngå enkeltstående vedtak om administrasjon av medisin ved multidose	Reduserer antall oppdrag for hjemmesykepleien for å administrere multidoser
Automatisert behandling av søknad om trygghetsalarm	Reduserer arbeidsbyrden og øker tilgjengeligheten av slike alarmer

### 12.5 Tiltak relatert til kapittel 10 - Økt produksjon uten vesentlig økt bemanning

Beskrivelse	Effekt
Fremheve mål i kompetanseplanen til styringsindikator	Holde ledelsen og organisasjonen ansvarlig for at kompetanseheving faktisk blir gjennomført
Etablere stilling som klinisk farmasøyt	Reduksjon av avvik ved medikamentbruk, avlastning av fastleger og sykehjemslege og mer presis oppfølging av medikamentbruk
Delta i KS TØRN-programmet	Gir en bedre organisering av tjenester og fordeler oppgaver i tråd med kompetanse
Økt bemanning i hjemmetjenesten – reduksjon på institusjon	Må øke bemanning innen det tilbudet som skal økes når antallet institusjonsplasser reduseres
Opprettelse av et nettverk for fagutvikling med deltakelse fra hver avdeling	Økt systematisering av fagutvikling
Identifikasjon av en sykepleier i hver enkelt avdeling som har minimum 20% av sin stilling dedikert til fagutvikling og deltakelse i PLO-sektorens nettverk for fagutvikling	Plasserer ansvaret for fagutvikling i hver enkelt tjeneste
Opprettelse av en 100% stilling som ansvarlig for driften av nettverket	Plasserer et helhetlig ansvar for å levere innhold til nettverket, vurderer behovet for utvikling innen de ulike fagfelt og holder nettverket ansvarlig for å oppnå gevinster ved fagutvikling

## 12.6 Tiltak relatert til kapittel 11 - Kraftfull satsning på teknologi

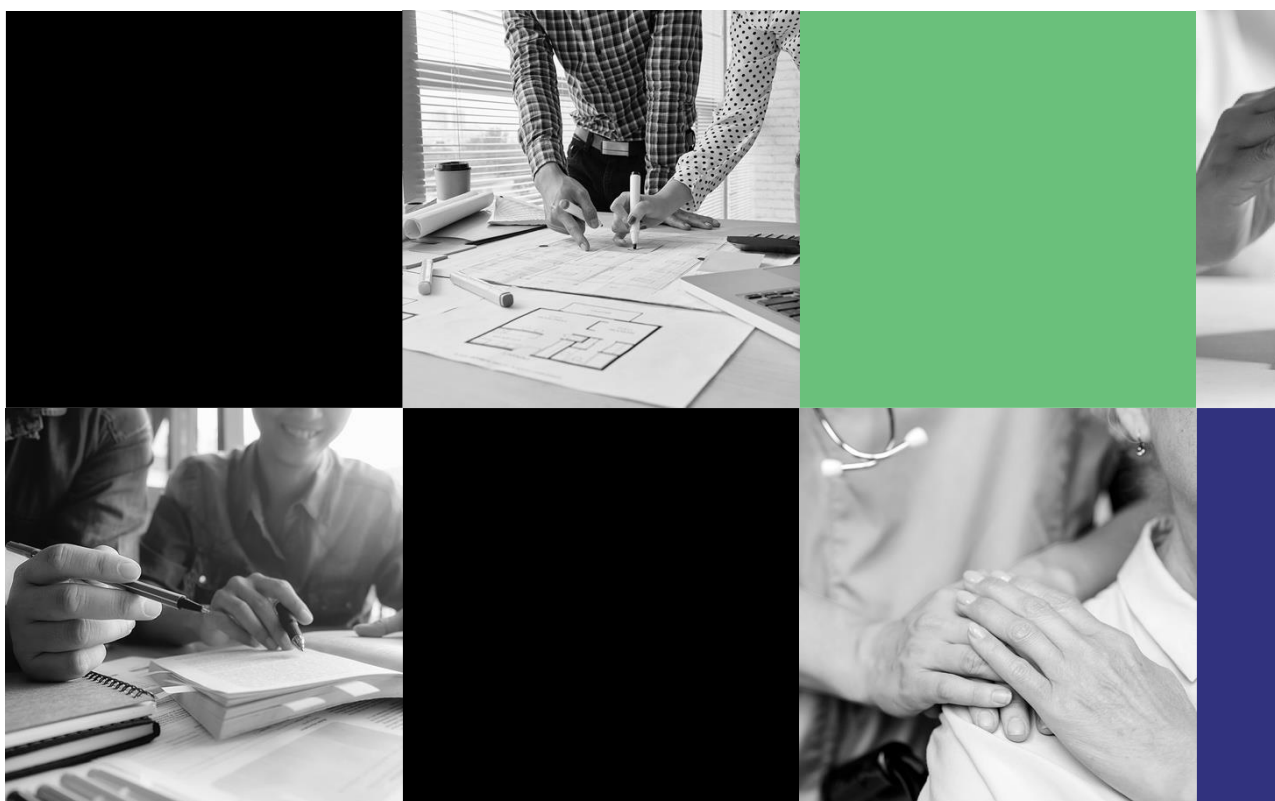
Beskrivelse	Effekt
Anerkjennelse helseteknologi som en del av sektorens generelle fagutvikling	Etablere en systematisk prosess for å identifisere relevant teknologi, anskaffe slik teknologi og realisere gevinster ved teknologi
Anskaffe teknologi for lagerstyring av medisinsk forbruksmateriell	Flere effekter; sparer personell for tidkrevende rutiner knyttet til lagerkontroll og bestilling, reduserer feil bestilling, reduserer sortiment og gir lavere anskaffelseskostnad
Anskaffe teknologi for organisering av informasjonsflyt knyttet til pasient	Redusert tid på for helsepersonell for å holde oversikt over aktiviteter knyttet til bruker
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
Anskaffe ny løsning for elektronisk pasientjournal (EPJ)	Mer tiltaksbasert journalføring, mer struktur rundt pasientopplysninger, tettere integrasjon med nasjonal helseregistre m.m.
Etablere digitalt søknadsskjema for helse- og omsorgstjenester med strukturerte felt	Flere effekter; sparer arbeid ved saksbehandling, veileder søker når skjemaet fylles ut, søker kan søke hjemmefra på den tid som passer best
Etablere løsning for digital dialog med bruker og pårørende - melde Nærøysund på felles innføringsløp i regi av KS. Med meldinger og kalendervisning på helsenorge.no kan innbyggerne kommunisere med den kommunale helsetjenesten. Meldingene kommer direkte inn i den elektroniske pasientjournalen (EPJ).	Flere effekter; sparer tid ved administrasjon av avtaler med innbyggere og sikrer dokumentasjon. Sparer henvendelser om innvilgete tjenester og gir brukeren god oversikt over slike tjenester og avtalte besøk



Nærøysund kommune

**Postadresse:** Nærøysund kommune  
Postboks 133, Sentrum, 7900 Rørvik

**Kontakt:** [post@narøysund.kommune.no](mailto:post@narøysund.kommune.no)  
Tlf.: 909 37 381/ 906 28 700



[narøysund.kommune.no](http://narøysund.kommune.no)