

Ekstern vurdering av intern ressursbruk og framtidig behov for heldøgns omsorgsplasser, omsorgs- og trygghetsboliger

2024

VINDAFJORD KOMMUNE

AGENDA
KAUPANG

OPPDRAGSGIVER: Vindafjord kommune

RAPPORTNUMMER: R1022820

RAPPORTENS TITTEL: Ekstern vurdering av intern ressursbruk og framtidig behov for heldøgns omsorgsplasser, omsorgs- og trygghetsboliger

ANSVARLIG KONSULENT: Lisbet Kjøniksen og Salman Khalil

KVALITETSSIKRET AV: Astrid Nesland

FOTOGRAFI I RAPPORT: Agenda Kaupang

DATO: 03.10.2024

Forord

Agenda Kaupang har bistått Vindafjord kommune med en gjennomgang for vurdering av ressursbruk og fremtidig behov for heldøgns omsorgsplasser, omsorgs- og trygghetsboliger. Gjennomgangen har vært rettet mot tildelingspraksis, dimensjonering, og prioritering av ulike tjenestetilbud, ulike alternativer for framskrivning av behov og strukturelle vurderinger. Strategiutvikling har vært en del av oppdraget.

Arbeidet har blitt utført i samarbeid med kommunen i perioden april til september 2024.

Vi takker for konstruktivt og godt samarbeid underveis. Takk til alle som har bidratt med nyttig informasjon gjennom deltakelse på intervjuer og ved tilrettelegging av informasjon. En særlig takk til ledergruppa som har bistått aktivt i hele prosessen.

Dokumentasjonen står for Agenda Kaupang sin regning. Det gjør og eventuelle feil som ikke har blitt rettet opp. I Agenda Kaupang har arbeidet blitt utført av Lisbet Kjøniksen, Salman Khalil og Astrid Nesland med førstnevnte som ansvarlig konsulent. Astrid Nesland har hatt rollen som kvalitetssikrer.

3. oktober 2024, Skøyen

Agenda Kaupang AS

Innhold

1	Sammendrag	5
2	Bakgrunn og mandat	9
2.1	<i>Formål og mandat</i>	9
3	Metode	10
3.1	<i>Dokumentstudier</i>	10
3.2	<i>Kvantitative metoder</i>	10
3.3	<i>Verifiseringsprosess</i>	10
3.4	<i>Prosjektorganisering</i>	10
3.5	<i>Fase 1 – datainnsamlingsfasen</i>	11
3.6	<i>Fase 2 – ekstern analyse og utarbeidelse av anbefalinger</i>	11
3.7	<i>Fase 3 – rapportering</i>	12
4	Kommunale helse- og omsorgstjenester	14
4.1	<i>Dagens organisering og tjenester</i>	15
5	Boligpolitikk for eldre – hvorfor er det viktig?	16
5.1	<i>Bolig er den enkeltes ansvar, men det er av stor offentlig interesse å stimulere framtidens eldre til å ta gode boligvalg</i>	17
5.2	<i>Behov for utvikling av mer aldersvennlige bomiljø og lokalsamfunn</i>	18
5.3	<i>Behov for nye aldersvennlige boliger og bokonsepter</i>	19
5.4	<i>Behov for å se tjeneste- og boligutvikling mer i sammenheng</i>	20
6	Hva er hovedutfordringene i Vindafjord	25
6.1	<i>Høye utgifter innen pleie- og omsorgstjenestene</i>	25
6.2	<i>Demografiske endringer øker behovet for omstilling</i>	26
6.3	<i>Analyse av tilbudet til tre brukergrupper innen pleie og omsorg</i>	31
6.4	<i>Boligbehov for eldre – boliganalyse for Vindafjord</i>	38
6.5	<i>Boligprofilanalyse</i>	40
6.6	<i>Funn fra befaringer</i>	54
7	Oppsummerende vurderinger og anbefalinger	57
7.1	<i>Vurderinger kommunens pleie- og omsorgstjenester til ulike brukergrupper</i>	57
7.2	<i>Vurderinger kommunens kapasiteter og fremtidige behov for heldøgns omsorgsplasser, omsorgs- og trygghetsboliger</i>	60
7.3	<i>Vurderinger framtidig struktur og drift av hjemmetjenester og dagtilbud av hjemmeboende</i>	62
7.4	<i>Behov for en strategisk dreining for å sikre bærekraftig utvikling</i>	64
7.5	<i>Anbefalte strategiske innsatsområder for videre utvikling</i>	66
7.6	<i>Avsluttende betraktninger – behov for å sikre mer bærekraftige tjenester</i>	79

1 Sammendrag

Kommunen har et omstillingsbehov og hadde behov for et kunnskapsgrunnlag for planlegging og utvikling av kommunens helse- og omsorgstjenester, samt å utvikle forslag til strategier og tiltak for bærekraftig utvikling av Vindafjords helse- og omsorgstjenester. Hovedmål med oppdraget var å bistå ledelsen i arbeidet med omstilling og innovasjon, med mål om å utvikle mer bærekraftige tjenester innenfor rammen av fag, personell og penger. Arbeidet inkluderte en vurdering av kommunens tjenesteprofil, kapasiteter, ressursbruk og fremtidig forventede behov i helse- og omsorgstjenestene. Kunnskapsgrunnlaget skal inngå i kommunens arbeid med revidering av helse- og omsorgsplanen. Arbeidet dokumentert i denne rapporten gir konkrete anbefalinger for omstilling og synliggjøring av gevinster og handlingsrom.

Agenda Kaupang har bistått Vindafjord med en overordnet analyse av helse- og omsorgstjenestene og framskrivninger for framtidig behov for heldøgns omsorgsplasser, omsorgs- og trygghetsboliger som kunnskapsgrunnlag til bruk i kommunens strategiarbeid. Strategi- og tiltaksutvikling har også inngått i oppdraget.

Høye utgifter til pleie og omsorg, prioritering av ulike heldøgnsstilbud

Vindafjord har høyere netto driftsutgifter innen pleie og omsorg enn snittet i sin KOSTRA-gruppe. Tall fra KOSTRA for 2023 viser at Vindafjords utgifter til pleie og omsorg utgjør ca. 27 500 kroner per innbygger korrigeret for behov. Utgiftene har økt fra 2020 til 2023 og KOSTRA-tallene viser at Vindafjord driver tjenestene 19 mill. kr høyere enn tilhørende KOSTRA-gruppe¹. Det er spesielt helse- og omsorgstjenester i institusjon som driftes dyrere, hvor innsparingspotensialet mot KOSTRA-gruppe 1 er på 26 mill. kr.

Kommunens samlede utgifter til pleie- og omsorgstjenester har økt de fire siste årene. Økningen er knyttet til helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende. Mellom 2020 og 2023 har utgiftene økt med over 19 mill. kr. Utgiftene til institusjonstjenester og lokaler har gått ned med 2,4 mill. kr. Utgifter til helsetjenester i hjemmet er økt med 18,6 mill. kr og aktivisering og servicetilbud har økt med 3,6 mill. kr i samme periode. KOSTRA viser at andelen utgifter som går til de ulike tjenestene har endret seg. I 2020 ble 51 % av utgiftene innen pleie- og omsorgstjenestene benyttet til institusjonstjenester, dette var redusert til 46 % i 2023. For hjemmetjenester inkludert service og aktivisering har andelen av de totale utgiftene vokst fra 47 % i 2020 til 53 % i 2023.²

Utredningen inkluderer analyser av brukerdataba, bemanningsdata og regnskap fordelt per brukergruppe, dvs. mennesker med utviklingshemming/nedsatt funksjonsevne 0-17 år og over 18 år, personer med psykiske og/eller rusrelaterte lidelser 0-17 og over 18 år, samt brukergruppen «andre, i hovedsak eldre». Kommunens egne data er benyttet i sammenlikning med andre kommuner. I tillegg viser rapporten ulike scenarioer med framskrivninger på behov for ulike institusjonsplasser, omsorgsboliger og trygghetsboliger (for gruppen andre i hovedsak eldre).

Det er også gjort en analyse av boligbehov med utgangspunkt i en prognosemodell for eldre over 67 år som synliggjør boligmassen i Vindafjord fordelt på bygningstyper.

Det er i tillegg foretatt befaringer ved kommunens to sykehjem, samt i utvalgte boliger med heldøgns tjenester. Dette for å kunne vurdere byggenes egnethet for formålet, samt for å kunne vurdere bo- og tjenestestrukturen i helse og omsorg i Vindafjord.

¹ Innsparingspotensialet er regnet ut ved å ta differansen mellom kommunens utgifter og KOSTRA-gruppens utgifter per innbygger og ganget opp med Vindafjords innbyggertall korrigeret for utgiftsbehovet.

² SSB: Tabell 12367: Detaljerte regnskapstall driftsregnskapet, kommunekonsern og -kasse, etter region, regnskapsomfang, statistikkvariabel, år, funksjon og art

Følgende hovedfunn er de mest fremtredende fra tjenesteprofilanalysen og boligprofilanalysen:

I 2023 ble 69 % av Vindafjord kommunes utgifter til pleie og omsorg brukt på brukergruppen «Andre, i hovedsak eldre». Hovedvekten av utgiftene til denne målgruppen gikk til ulike institusjonstilbud (47 %). Vindafjord har høyere utgifter samlet sett, og kommunen bruker mer på institusjon. Tjenester til hjemmeboende er omtrent på snittet med sammenligningskommunene. Utgiftene til bolig med mulighet for døgntjenester er lavere enn snittet. Utgifter til hjemmeboende omfatter ulike tjenester, herunder tradisjonelle hjemmetjenester, samt ulike aktivitets- og servicetilbud. Vindafjord har en høyere andel innbyggere med tjenester i denne gruppen enn sammenligningskommunene

Vindafjord kommunes nettoutgifter til pleie og omsorgstjenester til mennesker med utviklingshemming/utviklingsforstyrrelser er lavere enn snittet og er hovedsakelig knyttet til voksne tjenestemottakere. Av 19 prosent av de samlede pleie- og omsorgsutgiftene, gikk kun en prosent til barn og unge i denne gruppen. Andel tjenestemottakere over 18 år er lavere enn snittet og hovedvekten av utgiftene er relatert til tjenester i bolig (66 prosent). Det er en lavere andel som mottar tjenester i bolig, og utgiftene er lavere enn snittet.

Analysen av tjenester innenfor psykisk helse og rus, ført under pleie og omsorg i KOSTRA, viser at utgiftene er høyere enn snittet i referansegruppen. Kommunens utgifter omhandler ulike tjenester overfor innbyggere over 18 år. Analysen viser at Vindafjord har flere tjenestemottakere og kommunen har høyere kapasitet (årsverk) innenfor tjenester i bolig, arbeid- og aktivitetstilbudet og forebyggende psykososiale tilbud.

Boligprofilanalysen viser at kommunen, sammenlignet med et utvalg andre kommuner, har en annerledes boligsammensetning med en tydelig høyere andel eneboliger. I tillegg viser kartutsnittene fra SSB at bolig mønsteret preges av spredt bebyggelse og en høyere andel over 80 år som bor utenfor handels- og servicesonene. Statistikk viser også at kommunen har en lavere andel boliger som er rullestoltilpasset. Det kan antas at flere av de eldre bor i uegnede boliger.

Gjennom befaringsene har vi sett at kommunen har sykehjemslokaler ved to lokasjoner; henholdsvis Ølen omsorgssenter i Ølen og Vindafjordtunet, Nedre Vats. Ved Vindafjordtunet er det også omsorgsboliger samlokalisert med sykehjemmet, og som er organisert under hjemmetjenesten. På området der Ølen omsorgssenter er lokalisert finnes det også flere boliger både med og uten tilknyttet heldøgns bemanning. Det er dagsentertilbud ved begge lokasjonene og hjemmetjenesten har base ved begge omsorgssentrene.

Det ligger også en bolig med døgntjenester for personer med psykiske helse- og rusrelaterte sykdommer i Ølen. Boliger for personer med utviklingshemming er lokalisert i Sandeid og Ølen.

Helhetlig boligpolitikk og boligutvikling som strategi og virkemiddel for å møte vekst

Statens eldrepolitikk legger opp til at bolig skal være førstevalget, og at boligutvikling er et viktig virkemiddel for å kunne håndtere vekst i behov og en økende andel eldre. Det innebærer at kommunen må jobbe bredt og planlegge boliger og boformer som eldre både opplever som attraktive, men som samtidig også løser noen av kommunens tjenestebehov. I kapittel 5 har vi derfor gitt en oversikt over sammenhengen mellom boligpolitikk for eldre og helse- og omsorgstjenestene, og hvorfor bolig i denne sammenheng er viktig.

Behov for omstilling

Vindafjord vil, som de andre norske kommunene oppleve større befolkningsendringer i årene som kommer. Det vil bli en kraftig økning i andelen eldre og barnetallene vil avta. Det vil også bli færre yrkesaktive til å dekke arbeidskraftsbehovet.

Til tross for at Vindafjord kommune har gode finanser, vil det allikevel være krevende å finansiere en større vekst i helse og omsorgstjenestene på tilsvarende tjenestenivå. Flere innbyggere over 80 år gir normalt kommunen mer inntekter ved overføringer fra staten. Våre analyser har vist at dagens samlede kostnader, i Vindafjord kommune, er tydelig høyere sammenliknet med andre kommuner. Dette betyr at overføringene sannsynligvis ikke vil dekke dagens tjenestep praksis for nye brukere om denne videreføres, og at dagens praksis ikke er bærekraftig

Endring i demografien medfører en vesentlig forventet økning i behovet for pleie- og omsorgstjenester. Analysene viser at dersom kommunen ivaretar innbyggernes behov for pleie- og omsorgstjenester fremover på samme måte som i dag, vil dette gi om lag 50 % økte kostnader fra dagens nivå i 2040. En slik vekst vil utfordre kommunen som helhet. Staten vil normalt finansiere kommuners behovsvekst. Det er usikkert om denne veksten fullfinansieres i fremtiden. En ting er pengene, en helt annen ting er menneskene man er avhengig av for å kunne utføre tjenestene. Analyser viser at dersom kommunen viderefører dagens dekningsgrad og tjenestep praksis vil det, som følge av demografiske endringer, være behov for 46 % flere årsverk i tjenestene i 2040 sammenliknet med dagens nivå.

Den største utfordringen, slik vi ser det, vil være å dekke behovet for arbeidskraft i tjenestene fremover. Kommunen opplyser at det allerede er vanskelig å rekruttere og beholde ansatte. Dette bildet vil bare forsterkes fremover og konkurransen om arbeidskraften vil være stor.

Dette medfører at kommunen må bruke tiden fremover til både å styrke den enkelte innbyggers mulighet til å ta ansvar for egen helse, i tillegg til å videreutvikle bistanden, tjenester og organisasjonen for å imøtekomme nye og økte behov.

I kapittel 7 i rapporten redegjøres det for vurderinger og anbefalinger knyttet til de tre brukergruppene i pleie- og omsorgsanalysen, vurderinger av kommunens kapasiteter og fremtidig behov for heldøgns omsorgsplasser, omsorgs- og trygghetsboliger, samt fremtidig struktur og drift av hjemmetjenesten og dagtilbudet. Kapasitetsbehovet vurderes gjennom arbeid med alternative scenarioer og må ses i sammenheng med hva kommunen planlegger og gjennomfører av boligutvikling.

Arbeid med alternative scenarioer

Basert på funnene i analysene vurderer vi at det er et handlingsrom (og et behov for) å møte utfordringer i dag og fremover med noen strukturelle grep. Dette gjelder særlig sykehjemsdriften som i dag skjer ved to lokasjoner og dag- og aktivitetstilbudet for eldre. Analysene har vist at det vil være eldreomsorgen som vil utfordre kommunen både på kapasitet, kompetanse og ressurser. Samtidig må kommunen også omstille tjenester innenfor psykisk helse og tilrettelagte tjenester. Prosjektet har utarbeidet tre ulike alternative scenarioer. Formålet med dette arbeidet har vært å få økt innsikt i handlingsalternativer og mulige konsekvenser. Arbeidet med scenarioer bør være et sentralt bidrag til kommunens planleggings- og beslutningsprosess for utvikling av helse- og omsorgstjenestene.

- Scenario 1 – Økning av sykehjems kapasiteten i tre omganger: I dette scenariet holdes antall sykehjemsplasser konstant i de nærmeste årene, med en gradvis økning på 8 plasser i tre omganger frem mot 2050. Dette scenarioet vil kunne gi en kostnadsreduksjon på 15,4 mill. kr i 2040 og 35 mill. kr i 2050. Årsverksbehovet reduseres med 11 årsverk i 2040 og 17 årsverk i 2050.

- ▶ Scenario 2 – Omgjøring av sykehjemsplasser til omsorgsboliger: Her foreslås en omgjøring av sykehjemsplassene ved Ølen omsorgssenter til bemannede omsorgsboliger, med en kapasitetsøkning på 24 plasser i to omganger. Dette scenarioet viser en mer aggressiv strategi for å redusere kostnadene, med en besparelse på 30,8 mill. kr i 2040 og hele 68 mill. kr i 2050. Årsverksbehovet reduseres betraktelig, med 27 årsverk i 2040 og 59 årsverk i 2050.
- ▶ Scenario 3 – Konstante sykehjemsplasser og økning i bolig med mulighet for heldøgns omsorg (HDO) og omsorgsboliger: Dette scenarioet foreslår at antall sykehjemsplasser holdes konstant, mens det økende behovet dekkes gjennom en kombinasjon av flere heldøgns omsorgsboliger og en økning i hjemmesykepleie med 3 timer per uke. Dette gir en kostnadsbesparelse på 22 mill. kr i 2040 og 40,7 mill. kr i 2050, samtidig som årsverksbehovet reduseres med 18 årsverk i 2040 og 29 årsverk i 2050.

Basert på analysen av de tre scenariene, kan kommunen bruke disse framskrivningene som et grunnlag for å ta strategiske beslutninger om fremtidens omsorgstjenester. Det er sentralt å vurdere hvor raskt og hvor mye omsorgsbehovet vil øke, samt hvilke typer omsorgstjenester som vil være mest hensiktsmessige for å møte behovet. Scenarioene illustrerer tydelig at en kombinasjon av institusjonsplasser, heldøgns omsorgsboliger, og økt hjemmebasert omsorg kan bidra til betydelige kostnadsbesparelser og redusert ressursbruk på lang sikt.

Rapporten peker på flere anbefalinger og tiltak for å møte behovet for omstilling. Det er presentert en måltavle med følgende 12 strategiske innsatsområder:

1. Legge til rette for å involvere innbyggerne (brukermedvirkning) og samarbeid og samhandling om behov og løsninger
2. Innføre den helhetlige innsatstrappen som felles strategisk rammeverk for bærekraftig utvikling i hele kommunen
3. Utvikle og praktiser en helhetlig boligpolitikk som sikrer at flere innbyggere bor i egnede private boliger og bomiljø
4. Unngå å møte den demografiske veksten med flere sykehjemsplasser
5. Innfør digitalt førstevalg for å redusere inngripen i innbyggernes liv og bedre bruk av personalressurser
6. Legge til rette for økt samdrift og samlokalisering for å sikre en driftsoptimal struktur som understøtter kostnadseffektive tjenester.
7. Legge til rette for fremtidsrettet sykehjemsdrift.
 - Sykehjemsdriften bør samles på en lokasjon. Frigjort bygningsmasse kan transformeres til boligformål.
8. Tydeliggjøre politisk og blant ansatte hva som er kommunens ansvar og hva som er innbyggerens eget ansvar
9. Etablere en felles prioritering og mestringsorientert og proaktiv praksis i tråd med BEON-prinsippet
10. Styrk hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering for å følge opp målet om at flest mulig kan bo lengst mulig hjemme
11. Tydeliggjøre og følge opp strategiske mål for helse og omsorg i økonomiplan og handlingsprogram
12. Etablere system for å følge opp og sikre størst mulig effekt av igangsatte tiltak (styringsdata og indikatorer)

2 Bakgrunn og mandat

Agenda Kaupang har bistått Vindafjord med en overordnet analyse av helse- og omsorgstjenestene og framtidig behov for heldøgns omsorgsplasser, omsorgs- og trygghetsboliger som kunnskapsgrunnlag til bruk i kommunens strategiarbeid.

2.1 Formål og mandat

Vindafjord kommune ønsket bistand til et kunnskapsgrunnlag til bruk i kommunens strategiarbeid for planlegging av kommunens helse- og omsorgstjenester. Kommunen hadde utpekt noen fokusområder for dette arbeidet:

- ▶ Vurdering av behov for ny kapasitet og investeringer for heldøgns omsorgsplasser i 10- og 20-års perspektiv.
- ▶ Vurdering på behovsvekst for HDO plasser innen demens og somatikk.
- ▶ Innspill til god fordeling mellom institusjonsplasser og heldøgns boliger
- ▶ Innspill på framtidig struktur og drift av hjemmetjenester og dagtilbud for hjemmeboende
- ▶ Vurdering av eksisterende bygningsmasse for institusjon.
- ▶ Sentrale føringer som ligger i «Tid for handling», «Bu trygt heime», «Demensplan 2025, mv. er lagt til grunn

Arbeidet er tilpasset underveis og utført i tett dialog med oppdragsgiver. Oppdraget har ikke innbefattet innhenting av erfaringer og tilbakemeldinger fra innbyggere og tjenestemottakere. Det anbefales at kommunen sikrer dette i det videre arbeidet.

3 Metode

Agenda Kaupang har gjennomført arbeidet i Vindafjord etter kvantitative metoder. Kvantitative metoder kan brukes til å identifisere volumer, kostnader, styrker, svakheter og mulige sammenhenger mellom en rekke ulike forhold.

3.1 Dokumentstudier

Dokumentstudier er benyttet for å få innsikt, samt å supplere data fra samtaler og samlinger med kommunens representanter.³

3.2 Kvantitative metoder

Vi har i dette arbeidet benyttet data fra kommunens fagsystemer og innrapporteringer, i tillegg til regnskapsdata, og data fra KOSTRA/SSB.

Vi har fått tilsendt regnskap fra kommunen som vi har gjennomgått med hensyn til korrekt regnskapsføring i KOSTRA. Det er enkelte feilføringer som vi har korrigert i vårt tallmateriale.

SSBs statistikkbank for KOSTRA-tall er brukt for å kunne sammenlikne driftsnivået, dekningsgrader og økonomi i Vindafjord med kommunen over tid, et utvalg sammenlikningskommuner og tilhørende KOSTRA-gruppe.

3.3 Verifiseringsprosess

Oppsummeringer, funn, analyser og vurderinger er gjennomgått med kommunen. Høringsutkast av rapport er sendt til kommunen.

3.4 Prosjektorganisering

Agenda Kaupang har bistått kommunen med arbeidet. Arbeidet ble utført av Lisbet Kjøniksen, Salman Khalil og Astrid Nesland, og er kvalitetssikret av Astrid Nesland. Lisbet Kjøniksen har vært ansvarlig konsulent. Arbeidet har vært gjennomført i 3 faser og vært organisert som et prosjekt hvor ledere og nøkkelpersoner i tjenestene har deltatt.

³ Eksempel: Kommuneplanen for Vindafjord kommune 2024-2036 (vedtatt juni 2024). Beskriver satsingsområder for Vindafjord kommune med tilhørende arealstrategi



Figur 3-2-1 Modell av faser i prosjektet

Prosjektet har omfattet kartlegging, analyser samt utvikling av anbefalinger.

3.5 Fase 1 – datainnsamlingsfasen

I denne fasen har vi dannet oss et bilde av hvordan Vindafjord har dimensjonert pleie- og omsorgstjenestene til ulike brukergrupper. Vi har i tillegg gjennomført befaringer ved utvalgte bygg til helse og omsorgsformål og innhentet data for boliganalyser.

Registerdata, regnskapstall og nøkkeldata innhentet gjennom samtaler danner grunnlaget for våre vurderinger og anbefalinger.

3.6 Fase 2 – ekstern analyse og utarbeidelse av anbefalinger

Denne delen av arbeidet er gjort som en ekstern ekspertvurdering. Agenda Kaupang har evaluert kommunens pleie- og omsorgstjenester med vekt på kostnadsnivå, organisering og tjenesteprofil.

- ▶ **Kostnadsnivå:** Det er viktig å ha en effektiv helse- og PLO-tjeneste, med nøktern tildeling av tjenester og lave enhetskostnader. Netto driftsutgifter for tjenester innenfor pleie og omsorg er sammenliknet med andre kommuner. Vi har behovskorrigert regnskapene slik staten gjør det ved tildeling av rammetilskudd i statsbudsjettet. Vi har grovsjekket regnskapet før analyse (pensjonsføring, administrasjonsutgifter, tilskudd til ressurskrevende tjenester). Vi har forsøkt å forklare kostnadsforskjeller ved å sammenlikne volum/dekningsgrad, enhetspris og egenbetaling. Nettoutgiftene er fordelt mellom de tre store brukergruppene, for å få et mer presist bilde enn det som framkommer når alle brukerne ses under ett. Tjenestene til eldre, mennesker med utviklingshemming og mennesker med psykiske og/eller rusrelaterte lidelser er i stor grad uavhengige av hverandre og synliggjøres separat i analysen.
- ▶ **Tjenesteprofil:** Kommunen bør ha en profil på tjenestene i tråd med BEON-prinsippet (Beste Effektive Omsorgsnivå). Det vil si hjemmebasert og mestingsorientert tjenesteprofil. Vi har innhentet data som kan belyse kommunenes tildelingspraksis og dimensjonering av tjenester for ulike brukergrupper. Vi har sammenliknet dagens tilbud med de behov kommunen sannsynligvis står overfor i årene framover, spesielt med tanke på endringer i demografien, med sterk vekst i eldre.
- ▶ **Boligprofil:** Når nasjonale føringer ikke legger opp til at sykehjem er løsningen på veksten i behov blant de eldre, blir boligutvikling svaret. Vi har hentet ut data om Vindafjords boligmasse

fordelt etter boligtyper og gjort en sammenstilling av kommunens egenrapporterte tall for tjenestebruk. Disse har vi brukt til å illustrere ulike alternative framskrivningsløp, alle med fokus på å dreie mer av tjenestefokuset og ressurser over i boligløsninger.

- ▶ *Struktur:* Organiseringen av helse- og omsorgstjenesten må legge til rette for effektivitet og nytenkning, samt ivaretagelse av innbyggernes behov på en god måte. Vi har gjennomført befaringer og snakket med ledere i helse og omsorg om styrker og muligheter vedrørende struktur, tjenester, oppgaver og ansvar, kompetanse og kapasitet, samarbeid og samhandling internt.

Basert på innhentede data og analyser er det utarbeidet anbefalinger vi mener vil være av betydning for å sikre en mer bærekraftig pleie- og omsorgstjeneste på kortere og lengre sikt.

3.7 Fase 3 – rapportering

Arbeidet som er gjennomført i Vindafjord kommune har resultert i denne rapporten utviklet i samarbeid med kommunen. Analysen innen pleie- og omsorgstjenesten og boliganalysene følger som vedlegg til rapporten.

Begreper brukt i rapporten

- *PLO*: Samlebetegnelse for kommunale pleie- og omsorgstjenester fordelt på ulike hjemmebaserte tjenester (f.eks. helsehjelp i hjemmet, tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistent mv.), dag- og aktivitetssenter inkludert støttekontakt og institusjonstjenester
- *Heldøgns omsorg*: Statistikken utarbeidet av Statistisk sentralbyrå (SSB) omfatter tilbud i institusjon og boliger med personell hele døgnet. Tilbud gitt i private hjem, av stiftelser og i boliger med én beboer blir ikke regnet med. Statistikken bygger på SSB sine krav til personalbase, som ikke er de samme som tilsvarende krav fra Husbanken. Offisiell statistikk gir altså ikke et utfyllende bilde.
- *Omsorgsboliger*: Boliger hvor kommunene har mottatt tilskudd fra Husbanken. Det finnes ikke offentlig statistikk etter denne definisjonen.
- Boliger med mulighet for heldøgntjenester (HDO): Samlokaliserte boliger med fellesfunksjoner og personalbase. Beboernes tjenestebehov er av omfattende art, boligen er tilrettelagt for å kunne gi døgntkontinuerlige tjenester enten ved at det er mulig å føre tilsyn med bruker(ne) med stedlig bemanning og/eller ambulante tjenester og digitale tilsynsløsninger med kort responstid.
- *BEON (Beste Effektive Omsorgs Nivå)*. BEON-prinsippet er det samme som Laveste Effektive Omsorgs Nivå (LEON). Skal kommunen kunne tildele og yte tjenester etter dette prinsippet må helse- og omsorgstjenesten bestå av ulike nivå på tjenester og tiltak. Man vil da kunne tildele tjenestene/tiltakene ut fra det hjelpebehov den enkelte bruker har. Tilbudene differensieres ved at tjenestetilbudet strekker seg fra lite hjelpebehov (lavterskeltilbud) til stort hjelpebehov (høy terskel). BEON-prinsippet går ut på at tjenestetilbudet gis på et lavest mulig omsorgsnivå med fokus på brukers egne ressurser, og at hjelpen skal være hjelp til selvhjelp. BEON forutsetter en godt dimensjonert innsatstrapp. Prinsippet kan fremstilles som vist i figur 5-1.
- *BPA*: Tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse er en alternativ måte å organisere praktisk bistand og opplæring på for personer med nedsatt funksjonsevne. BPA gir personer større mulighet til å styre tjenestene og hverdagen selv. BPA er først og fremst beregnet for personer med omfattende bistandsbehov.
- *Tjenestetrapp/omsorgstrapp/innsatstrapp*: Dette er benevnelser som viser til at det finnes mange typer tjenester, og at disse må sees i sammenheng. Mennesker har ulike behov, og må vurderes individuelt. Tjenestetilbudet må tilpasses den enkelte. Behovet for hjelp og bistand vil for noen være relativt enkelt og lite, mens det for andre er snakk om omfattende og sammensatte tjenestebehov. Tjenestetilbudet må reflektere den enkeltes behov, og tjeneste-/omsorgstrappen viser til en sammenheng der økende behov møtes med økende tjenestetilbud.
- *KOSTRA (KOMmune-STat-RApportering)*: Et nasjonalt informasjonssystem som gir styringsinformasjon om kommunal og fylkeskommunal virksomhet. KOSTRA er et omfattende rapporteringssystem der kommuner og fylkeskommuner rapporterer til staten ved Statistisk sentralbyrå (SSB). Rapporteringen skjer elektronisk og omfatter alle kommunale og fylkeskommunale funksjoner og ansvarsområder. For kommuner dreier det seg om rapportering fra ca. 90 forskjellige funksjonsområder, f.eks. førskole, grunnskole, helse, pleie og omsorg, barnevern og sosialhjelp.
- KOSTRA-funksjoner for 2023 innen pleie og omsorg som benyttes i denne rapporten omfatter: Funksjon **234** som omfatter dagsenter, støttekontakt, matombringing, trygghetsalarmer mv. Funksjon **253** omfatter bistand i sykehjem, barnebolig og avlastning i institusjon. Funksjon **254** omfatter ulike tjenester i hjemmet. Dette inkluderer også tjenester i f.eks. bemannede boliger og tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Funksjon **261** omfatter utgifter til institusjonslokalene og byggene som benyttes til institusjonsdrift. Funksjon **265** omhandler øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommuner (KAD). Det er i tillegg gjort en analyse av kommunens utgifter ført under Helse på funksjon 241 som omhandler behandling, habilitering og rehabilitering. Mer utfyllende opplysninger om de ulike funksjonene finnes på: <https://www.regjeringen.no/contentassets/bbb36cc4ebcc460b83aedfb68ca95c6d/2023/veileder-til-kontoplanen-i-kostra-for-2023-endelig.pdf>

4 Kommunale helse- og omsorgstjenester

Kommunene skal tilby helhetlige og samordnede tjenester som omfatter forebyggende tiltak, utredning, behandling, pleie og omsorg, akuttberedskap, habilitering og rehabilitering på tvers av sektorer. De kommunale tjenestene må organiseres slik at den enkelte kan fortsette å leve et trygt, meningsfullt og mest mulig selvstendig liv til tross for sosiale og helsemessige problemer eller funksjonssvikt. Kommunale helse- og omsorgstjenester ytes med hjemmel i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2011-06-24-30) med forskrifter. De mest sentrale forskrifter er Kvalitetsforskriften, Verdighetsgarantien og Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.

I tillegg er det en rekke sentrale styringsdokumenter som har stor betydning for kommunene:

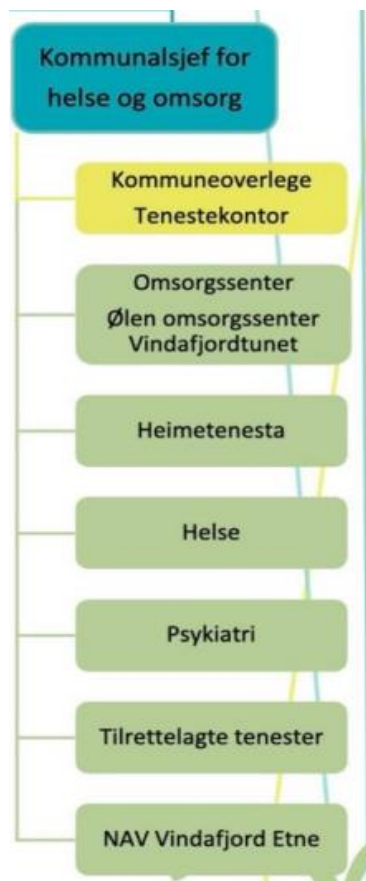
- ▶ Regjeringens «eldrereform» Fellesskap og mestring – Bu trygt heime (Meld. St. 24 (2022–2023))
- ▶ Folkehelsemeldinga - Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar (Meld. St. 15(2022-2023))
- ▶ Opptappingsplanen for psykisk helse, Meld. St. 23 (2023-2033)
- ▶ Reformen Leve hele livet (Meld. St. 15 (2017-2018)), som er avsluttet, retter søkelys på kvalitative sider av tjenestene og hva som kan bidra til en trygg og verdig alderdom.
- ▶ Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)) har medført et utvidet ansvar for kommunene, og medfører at kommunene i større grad må sørge for en mer helhetlig tenkning der forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk og behandling vektlegges.
- ▶ Andre sentrale nasjonale styringsdokumenter er NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg, Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg, og Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste

Kommuneplanens samfunnsdel er et verktøy for kommunens helhetlige planlegging. Samfunnsdelen skal brukes til å forme og gi retning for kommunen i årene fremover. Planen beskriver utfordringer og fastsetter langsiktige mål og strategier. Gjeldende budsjett og økonomiplan inngår i de kommunale styringsdokumentene. Vindafjord kommunes kommuneplanens samfunnsdel beskriver seks gjennomgående temaer som skal gjelde for all planlegging og utvikling, samt seks ulike satsingsområder med tilhørende strategi. Ett satsingsområde er helse og omsorg. Flere av strategiene peker på en dreining over i mer tidlig innsats, forebygging, mestring og tilrettelegging for at flere eldre kan bo hjemme lenger. Flere kommuner har i tillegg egne temaplaner som f.eks. Oppvekstplan, Helse- og omsorgsplan osv. Vindafjord har en egen temaplan for helse og omsorg.



4.1 Dagens organisering og tjenester

Dagens organisering innebærer en hierarkisk struktur med en felles kommunalsjef for Helse og omsorg. Kommunalområdet består av 6 tjenesteenheter og felles tjenstekontor, jf. figuren under. Lederne har overordnet ansvar for fag, personal og økonomi.



Helse og omsorg er den største sektoren i Vindafjord kommune med 295,92 årsverk fordelt på 372 ansatte. Sektoren har et nettobudsjett for 2024 på 341,7 mill. kr. Kommunens netto driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenester utgjorde i 2023 255,8 mill. kr. Nettodriftsutgiftene til pleie- og omsorgstjenesten utgjør rundt 36 prosent av totalutgiftene for kommunen⁴ og er dermed det største tjenesteområdet i kommunen.

Figur 4-1 Organisasjonskart helse og omsorg Vindafjord

⁴ Kilde: SSB tabell 12209, KOSTRA 2023

5 Boligpolitikk for eldre – hvorfor er det viktig?

En forutsetning for at eldre skal bli boende lenger i eget hjem og motta tjenester der, er at de bor i en egnet bolig og egnede nærmiljøer for alderdom og nedsatt funksjonsevne. Strategiske tilpasninger skjer i størst grad ved flytting fra enebolig til en mer lettstelt og tilgjengelig leilighet. Eldre og framtidens eldre foretar også utbedringer av eget hjem, men dette skjer stor sett som en respons på en funksjonsnedsettelse som allerede har manifestert seg eller er forventet å inntreffe i relativt nær framtid (NOVA-rapport 5/20, SSB).

Foruten bolig, handler bokvalitet også om stedskvaliteter. For mange eldre vil nærhet til familie og venner, dagligvareforretninger, tjenestetilbud og friområder være en betingelse for mulighetene til å være selvhjulpne, aktivt deltakende og ha livskvalitet i hverdagen.

Nyere studier har pekt på at eldre i alderen 60 til 75 år i økende grad tilpasser boligsituasjonen sin alderdom og nedsatt funksjonsevne gjennom flytting⁵. Blant dem i alderen 70 til 75 år har omkring én tredjedel flyttet inn i nåværende bolig etter at de fylte 60 år. Videre oppgir omkring halvparten av de som ikke har flyttet i alderen 60 til 75 år at de vurderer å flytte dersom de får store hjelpebehov.

I lys av de demografiske prognosene er boligmarkedsatferden til både dagens og morgendagens eldre av stor samfunnsmessig betydning. Hvis husholdninger foretar strategiske tilpasninger med tanke på en framtidig alderdom med funksjonsnedsettelse, for eksempel ved å utbedre eksisterende bolig eller flytte til en mer tilgjengelig leilighet, kan dette bidra til at de kan bo lenger i eget hjem og bli mer selvhjulpne og aktive. Å foreta strategiske boligvalg kan være positivt for den enkeltes følelse av trygghet og autonomi og gi en gunstig samfunnsøkonomisk effekt i form av redusert ressursbruk på sykehjem, hjemmetjenester og/eller heldøgns omsorgsboliger.

Med utgangspunkt i at dagens og morgendagens eldre har hatt boligkarrierer der flytting har vært en naturlig del av deres boligtilpasning, er det rimelig å forvente at flere vil foreta strategiske boligvalg gjennom flytting i fremtiden. Dette forutsetter imidlertid et eksisterende boligmarked med tilgjengelige egnede boliger og muligheten for å få omsatt egen bolig. Personlig økonomi, helse-tilstand og emosjonell stedstilknytning er eksempler på individuelle faktorer som kan fungere både som drivere og barrierer for boligtilpasning i eldre år.

De fleste distriktskommuner har «tynne boligmarkeder». Det vil si lite omsetning, lave boligpriser og lite nybygging. Dette gir utfordringer både med å finne en egnet bolig og å få solgt nåværende bolig til en pris som gjør det mulig å kjøpe en ny. Byggekostnadene er ofte høyere enn boligverdien, noe som gjør nybygging lite attraktivt. Det kan også være utfordringer med ensartet boligmasse med mange usentralt plasserte eneboliger og mangel på egnede boliger for eksempel for eldre. I slike områder er tilpasning av boliger et ekstra viktig tiltak i boligpolitikken.⁶

Et *ikke* eksisterende marked vil utgjøre en stor utfordring for Eldres boligtilpasning og for kommunen og samfunnet for øvrig. Det er nødvendig å sikre en boligpolitikk som stimulerer til et velfungerende boligmarked gjennom effektive plan- og byggeprosesser. Målet om at en høy andel eldre bor i egnet bolig forutsetter at «markedet/utbyggere» tilbyr det riktige antallet og den riktige sammensetningen av aldersvennlige boliger, samt tiltak som kan bidra til at flere kan bo i egnede

⁵ Sørvoll mfl.; *Mobilitet blant eldre på boligmarkedet – holdninger, drivere og barrierer* (2020);

Sandlie H.C og Gulbrandsen L.: *Boligmarkedets sistegangskjøpere – Hvordan kan private boligformuer bidra til velferdsstatens økonomiske bærekraft?* Tidsskrift for boligforskning. 2021, 4 (2), 130-145

⁶ FHI; *Folkehelseprofilen 2023*

boliger lenger. Et *ikke* fungerende boligmarked (få egnede boliger, høy pris for nybygg, lav verdi av eksisterende bolig mv.) medfører at det lokale boligmarkedet i mindre grad kan bidra med løsninger slik at behovet for offentlige løsninger og støtteordninger er større. Konsekvensen av et *ikke* fungerende boligmarked, med høy andel eldre boende i lite tilgjengelige og spredtbygde eneboliger, samt mangelen på et mer tilgjengelig boligtilbud, kan medføre økt press på de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette vil igjen kunne medføre at kostnadene knyttet til pleie og omsorg kan bli høye for kommunene.

5.1 Bolig er den enkeltes ansvar, men det er av stor offentlig interesse å stimulere framtidens eldre til å ta gode boligvalg

Boligen dekker grunnleggende behov, og i Norge er det et overordnet perspektiv at alle trenger et trygt hjem. Boforholdene blant eldre påvirker både den enkeltes livskvalitet og ressursbruk i helse- og omsorgstjenestene.

Et hovedprinsipp i norsk boligpolitikk er at det primært er et privat ansvar å skaffe seg et sted å bo⁷. Målet er at alle skal kunne skaffe seg og beholde en egnet bolig gjennom velfungerende boligmarkeder. Boligpolitikken handler derfor primært om å stimulere til velfungerende boligmarkeder gjennom effektive plan- og byggeprosesser. Markedet løser imidlertid ikke alles boligutfordringer, slik at det er behov for offentlig tilrettelegging. Boligpolitikken har også som mål å hjelpe de som ikke klarer å skaffe eller opprettholde en egnet bolig.

Hvert fjerde år legger regjeringen frem nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging for å fremme bærekraftig utvikling. I perioden 2024–2027 forventes det at kommunene i større grad tar hensyn til behovene i helse- og omsorgstjenesten i forbindelse med en helhetlig boligpolitikk. Disse forventningene skal følges opp i kommunenes arbeid med planstrategier og overordnede kommunale planer.

Bo trygt hjemme- reformen tar sikte på å skape aldersvennlige samfunn, bedre sammenheng i eldrepolitikken og tilby bedre helsehjelp til eldre i Norge. Eldreboligprogrammet er en del av reformen som har fire satsingsområder:

- ▶ Levende lokalsamfunn som ivaretar aktivitet og fellesskap
- ▶ Tilpassede botilbud, og mulighet for å bo trygt i eget hjem lenger
- ▶ Kompetente medarbeidere
- ▶ Trygghet for brukere og støtte til pårørende

Boligmarkedsatferden til både nåværende og fremtidige eldre har stor samfunnsmessig betydning i lys av demografiske prognoser. Strategiske tilpasninger som å forbedre eksisterende bolig eller flytte til en mer tilgjengelig leilighet med tanke på fremtidig alderdom og funksjonsnedsettelse, kan bidra til at eldre kan bo lenger i eget hjem og bli mer selvstendige og aktive. Dette har positive samfunnsøkonomiske effekter, som redusert ressursbruk på sykehjem, hjemmetjenester og/eller heldøgns omsorgsboliger. Både stat og kommune har derfor interesse av å stimulere fremtidige eldre til å tilpasse sin boligsituasjon (jf. Sørvoll mfl. 2016; Sørvoll mfl. 2018).

⁷ Nasjonal strategi for den boligsosiale politikken 2021–2024. Kommunal- og moderniseringsdepartementet

5.2 Behov for utvikling av mer aldersvennlige bomiljø og lokalsamfunn

Aldersvennlige lokalsamfunn er tilpasset behovene til en aldrende befolkning, inkludert eldre personer. Dette konseptet bygger på inkluderende og støttende samfunn for alle aldre, med fokus på positiv og aktiv aldring. Det er flere grunner til at aldersvennlige samfunn er sentrale:

1. Demografiske endringer: Aldersvennlige samfunn tilpasser seg den økende eldre befolkningen ved å tilby tjenester, infrastruktur og sosiale støttesystemer for et verdig liv for eldre.
2. Helse og velferd: Slike samfunn fremmer helsefremmende tiltak og tilbyr tilpassede helsetjenester for eldre menneskers behov.
3. Sosial inkludering: Aldersvennlige samfunn reduserer isolasjon og ensomhet blant eldre gjennom sosiale aktiviteter og deltakelse i samfunnet.
4. Bærekraftig utvikling: Eldre mennesker ses som verdifulle ressurser i slike samfunn, og deres bidrag bidrar til en bærekraftig utvikling.
5. Menneskerettigheter: Aldersvennlige samfunn fremmer likestilling og menneskerettigheter for alle aldre og motvirker aldersdiskriminering.

Målet med aldersvennlige lokalsamfunn er å skape et inkluderende og rettferdig samfunn der alle kan leve meningsfylte og selvstendige liv, uavhengig av alder. Positivt aldringsperspektiv bidrar til å forbedre samfunnet som helhet. Dette krever samarbeid mellom ulike sektorer og fokus på medvirkning. For å sikre at eldre er aktive, deltar i samfunnet, bidrar og unngår ensomhet og isolasjon, er det behov for en mer samlet og tverrsektoriell tilnærming enn det man ofte har klart å få til tidligere.

Aldersvennlige bomiljøer fokuserer på nærmiljøkvaliteter og inkluderer blant annet:

- ▶ Nærhet til lokalsenter med butikker, kafeer, kulturtilbud og møteplasser.
- ▶ Gode turområder og gang-/sykkelveier som gir tilgang til andre deler av kommunen.
- ▶ Lett orientering og trygghet ved bevegelse til fots.
- ▶ Egnede boliger med ulike fellesskapsløsninger og prisklasser.
- ▶ Mulighet for å flytte innenfor lokalmiljøet for å bevare nettverket.
- ▶ Universell utforming av området for tilgjengelighet.
- ▶ Enkel tilgang til kollektivtransport.
- ▶ Sitemuligheter og offentlige toaletter der det er naturlig å oppholde seg.
- ▶ Tilstrekkelig belysning ute og inne med god fargegjengivelse.
- ▶ Godt vedlikehold, spesielt om vinteren.
- ▶ Prioritering av gang- og sykkeltraseer foran biltrafikk.

Bomiljø var tema for folkehelseprofilen for 2023. Nærhet til hverdagsarenaer og tilgjengelige tilbud og tjenester kan bidra til opplevelse av tilhørighet og god bo-opplevelse i alle faser av livet. God utebelysning, sitteplasser og godt vedlikehold er for eksempel vesentlig for eldre.



Figur 5-1 Nærmiljøkvaliteter som har betydning for helse og livskvalitet, Folkehelsebarometeret 2023

Aldersvennlige boliger tar hensyn til aldersrelaterede begrensninger ved tilpasning, hjelpemidler, teknologi og universell utforming. Dette bidrar til at eldre kan klare seg selv og motta tjenester i eget hjem. Slike boliger og tilgjengelige bomiljøer er til nytte for alle og ivaretar både den enkeltes livskvalitet og behovet for effektive omsorgstilbud fra det offentlige.



Figur 5-2 Modell aldersvennlige lokalsamfunn, inkl. aldersvennlige boliger og bomiljøer. Kilde: Husbanken

5.3 Behov for nye aldersvennlige boliger og bokonsepter

For at kommunen skal lykkes med omstillingen de trenger, er utviklingen av aldersvennlige lokalsamfunn, bomiljøer og boliger avgjørende. Aldersvennlige boliger spiller en vesentlig rolle i dette, da de er designet for å imøtekomme eldre menneskers behov. Slike boliger tar hensyn til fysiske, sosiale og praktiske utfordringer som eldre kan møte i hverdagen, med mål om å skape et trygt, komfortabelt og tilgjengelig hjemmemiljø.

Noen kjennetegn ved aldersvennlige boliger inkluderer:

- ▶ **Tilgjengelighet:** Boligene er utformet med tanke på personer med nedsatt mobilitet. Dette inkluderer tiltak som ramper eller heiser for å erstatte trapper, bredere døråpninger for rullestolpassasje, og praktiske innganger uten hindringer.
- ▶ **Sikkerhet:** Aldersvennlige boliger tar hensyn til sikkerhetsaspekter som er viktige for eldre. Dette omfatter god belysning inne og ute, hånd- og støttehåndtak i trapper og badrom for å redusere fallrisiko, samt røyk- og brannvarslingssystemer.

- **Brukervennlighet:** Boligene er designet for enkel bruk og praktiske behov. Dette inkluderer organiserte lagringsplasser, brukervennlige lysbrytere og stikkontakter, funksjonelle kjøkken og bad, samt strategisk plasserte nødvendigheter.
- **Fellesskapsfasiliteter:** Aldersvennlige boligprosjekter kan ha fellesarealer og fasiliteter for sosialt samvær og aktiviteter. Dette kan omfatte fellesrom, hager, treningsområder, felleskjøkken og aktiviteter som fremmer deltakelse.
- **Nærhet til tjenester:** En viktig faktor er plasseringen nær essensielle tjenester som helsehjelp, apotek, butikker og offentlig transport. Dette letter tilgangen til tjenester og reduserer reisebehov.

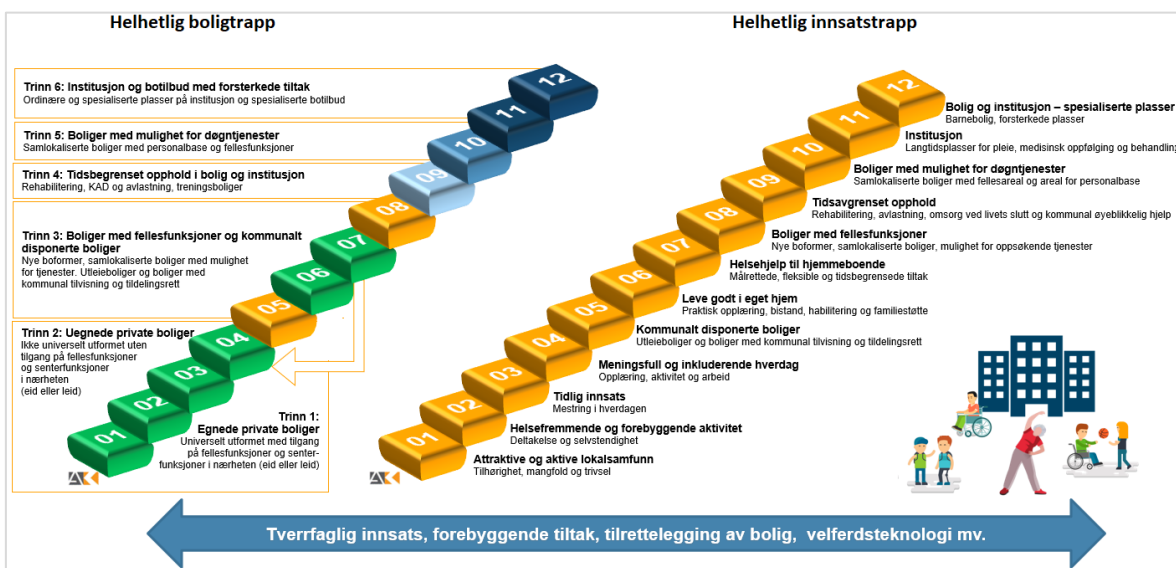
Aldersvennlige boliger spiller en avgjørende rolle i å støtte eldre menneskers uavhengighet, livskvalitet og trivsel. Ved å tilby tilgjengelige boligløsninger kan eldre bo lenger hjemme og delta aktivt i samfunnet. Samtidig kan slike boliger lette byrden på omsorgssystemet og gi en bærekraftig løsning for en aldrende befolkning.

5.4 Behov for å se tjeneste- og boligutvikling mer i sammenheng

Kommunene utfordres til i større grad å se tjenester og boligutvikling i sammenheng. Boligpolitikk er et sentralt virkemiddel og verktøy i planleggingen av helse- og omsorgstjenestene og boligbehovet framover. I denne rapporten viser vi den helhetlige innsatstrappen og boligtrappen som strategisk rammeverk for utvikling av bærekraftige helse- og omsorgstjenester, og hvordan kommunens boligutvikling og tjenester kan ses i sammenheng.

En solid grunnmur for bærekraftige helse- og omsorgstjenester er å etablere en boligpolitikk med tilstrekkelig antall gode og fleksible boligalternativer på alle trinn i innsatstrappen. Dette vil muliggjøre bedre boligvalg for innbyggerne og gi dem muligheten til å eie eller leie egen bolig gjennom hele livet.

I figuren nedenfor illustrerer vi relasjonen mellom den helhetlige innsatstrappen og boligtrappen i seks trinn, hver med unike kjennetegn. Dette gir en oversikt over hvor innbyggerne bor mens de mottar tjenester på de ulike trinnene i innsatstrappen. Hovedmålet har vært å sikre variasjon i boligegenskaper på hvert trinn.



Figur 5-3 Innsatstrappen og boligtrappen, metodikk utviklet av Agenda Kaupang

Sentrale kjennetegn ved de ulike boligtrinnene i boligtrappen

I vårt arbeid med kommunene bruker vi begrepet «boligtrapp». Dette begrepet er utviklet gjennom flere års samarbeid med ulike kommuner og klargjør behov og kvaliteter for ulike boligformer. Boligtrappen tar utgangspunkt i at de aller fleste innbyggerne trives best når de kan mestre livet i sin egen bolig. Derfor er både boligens utforming og det omkringliggende bomiljøet av stor betydning.

Boligtrappen dekker temaer som en sterkere satsing på ambulante tjenester for å muliggjøre lengst mulig opphold i private boliger (helsetjenester utenfor institusjon eller i boliger med heldøgns tjenester), tilbud innenfor aktivitet, ernæring, kultur og støtte, samt bruk av velferdsteknologi. Videre inkluderer den nye arbeidsmetoder (effektiv bruk av variert kompetanse og samarbeid med frivillige). Trappen vektlegger varierte og effektive boligtilbud, inkludert ulike sosiale boformer. Boligtrappen inneholder 6 ulike trinn, fra private boliger til institusjon. Vår «boligtrapp» beskrives i tabellen under.

Tabell 1 Sentrale kjennetegn ved de ulike boligtrinnene i boligtrappen

Boligtrapp (trinn i den helhetlige innsatstrappen)	Anbefalt lokalisering	Bistandsnivå/antatt netto kommunal ressursinnsats	Fellesfunksjoner i bygget og i nrområdet	Eierskap
Trinn 6 Institusjon og botilbud med forsterkede tiltak (trinn 11 og 12)	Lokalsenter med god evne til rekruttering, enkel logistikk for nærstående	Omfattende behov i en lengre periode (1,2–1,5 mill. kr per plass)	Fellesfunksjoner i kommunal regi i bygget	Primært kommunen, kjøp av spesialiserte plasser
Trinn 5 Boliger med mulighet for døgntjenester (trinn 10)	Lokalsenter med god evne til rekruttering, enkel logistikk for nærstående	Omfattende behov, tjenester fra base i samme bygg (0,7 mill. kr per bolig for eldre, andre grupper 1,5 mill. kr)	Fellesfunksjoner i privat eller kommunal regi i bygget	Kommunen
			Krav til private utbyggere om fellesfunksjoner i bygget	Tildelingsavtaler med private utleiere
Trinn 4 Tidsbegrenset opphold i bolig og institusjon (trinn 9)	Lokalsenter med samlokaliserte helsetjenester og servicetilbud	Omfattende behov i en kortere periode (1,3-1,6 mill. kr per plass, avlastningsplass 1,3 mill. kr)	Fellesfunksjoner i kommunal regi i bygget	Kommunen eller private
Trinn 3 Boliger med fellesfunksjoner og kommunalt disponerte boliger (trinn 5 og 8)	Lokalsenter og nærsenter med omfattende felles- og servicefunksjoner	Varierende behov, ambulant hjemmetjeneste (gjennomsnittlige utgifter for hjemmesykepleie per mottaker kr 200 000 - 400 000) Sosiale tiltak fra Husbanken og kommunen	Krav om sentrale fellesfunksjoner i privat eller kommunal regi i nærheten av boligene («5-minutters tettstedet») eller i boligkonseptet (nye sosiale boformer)	Kommunen
				Tilvisnings- og tildelingsavtaler med private utleiere* Utpekingsavtaler for eide private boliger*
Trinn 2 Uegnede private boliger (trinn 1–4 og trinn 6–7)	Lokalsenter og nærsenter med nødvendige felles- og servicefunksjoner	Varierende behov, ambulant hjemmetjeneste (gjennomsnittlige utgifter for hjemmesykepleie per mottaker kr 250 000 – 400 000) Sosiale tiltak fra Husbanken og kommunen	Ikke universelt utformet, uten tilgang på fellesfunksjoner og senterfunksjoner i nærheten	Boliger som eldre eier eller leier
			Ingen særskilte krav til utbyggere om fellesfunksjoner i nærheten eller i boligen	

Trinn 1 Egnede private boliger (trinn 1–4 og trinn 6–7)	Lokalsenter og nærsenter med nødvendige felles- og servicefunksjoner	Varierende behov, ambulant hjemmetjeneste (gjennomsnittlig utgifter for hjemmesykepleie per mottaker kr 200 000 – 400 000)	Universelt utformet med tilgang på fellesfunksjoner og senterfunksjoner i nærheten	Boliger som eldre eier eller leier
	«5-minutters tettstedet» med sosiale og kulturelle møteplasser, butikker, kafeer og andre funksjoner i nærsenter og lokalsenter*	Sosiale tiltak fra Husbanken og kommunen	Krav til utbyggere om fellesfunksjoner i nærheten eller i boligkonseptet	

Boligtrappen er bygd opp fra trinn 1, som krever minst inngripen i folks liv og dermed minst ressurser fra kommunen, til trinn 6, som ofte krever mest ressurser og størst inngripen. Lavest inngripen er det å bo i egen privat bolig med livsløpsstandard på trinn 1 med tjenester når du selv bestemmer at du trenger det. Forutsetningen for lavest mulig inngripen vil være at disse boligene i størst mulig grad er lokalisert i lokalsenter og nærsenter med nødvendige felles- og servicefunksjoner. Vi benytter i denne rapporten begrepet «5-minutters tettstedet» (beskrives i neste underkapittel) som et sentralt suksesskriterium med sosiale og kulturelle møteplasser, butikker, kafeer og andre funksjoner i nærsenter og lokalsenter. Innbyggerne vil på dette laveste trinnet kunne ha varierende behov for hjelp og vil ved behov få tildelt tjenester og bistand fra kommunen som f.eks. ambulant hjemmetjeneste i kommunen hvor gjennomsnittlige utgifter for hjemmesykepleie per mottaker er stipulert til i intervallet kr 200 000 - 400 000 per år, avhengig av kommunes tildelingspraksis. Kommunen bør stille tydelige krav til utbyggere om fellesfunksjoner i nærheten eller i boligkonseptet dersom man vil sikre innbyggerne høyest mulig grad av selvstendighet og minst mulig inngripen fra kommunen ved behov for hjelp. På boligtrinn 1 kan det både være boliger som eldre eier eller leier.

Årsaken til at boliger uten livsløpsstandard og fellesfunksjoner i nærområdet ligger på boligtrinn 2, er at mange innbyggere vil oppleve at de raskere trenger mer hjelp og dermed vil oppleve større grad av inngripen i livet sitt ved behov for hjelp. I en helhetlig boligpolitikk fungerer de seks trinnene i boligtrappen i sammenheng. Behovet for sykehjemsplasser kan reduseres ved å etablere kommunale boliger med og uten døgn tjenester på trinn 3 og 5 i boligtrappen, samt private boliger med tilpasset levestandard som innbyggerne selv kan eie eller leie på trinn 1 i boligtrappen.

I vurderingen av boligens egnethet på boligtrinn 1 og 2 vurderes innbyggernes evne til egenmestring og kommunens evne til tjenesteleveranse. En forutsetning for å sikre at flest mulig innbyggere i kommunen kan bo og leve i private boliger med livsløpsstandard på trinn 1 i boligtrappen, er ressurser, kompetanse og tjenestetilbud på tvers av ulike sektorer i kommunen på trinn 1 til 4 og trinn 6–7 i den helhetlige innsatstrappen.

Begrepsavklaring i boligtrappen:

«5-minutters tettsted»

Et «5-minutters tettsted» er en betegnelse på fremtidens stedsutvikling, og betyr nærhet mellom boliger, arbeidsplasser og daglige gjøremål; alt innenfor 5 minutters gangavstand fra der innbyggerne bor. I begrepet tenker vi at ulike aldersgrupper og innbyggere har ulik rekkevidde innenfor 5 minutters gangavstand. For eldre med rullator antar vi at 300 meter på flat mark er rekkevidden. For de fleste andre innbyggere er 500 meter rekkevidden, og for de aller sprekeste 1 km (jf. Illustrasjonen under).



Figur 5-4 Illustrasjoner av «5-minutters tettstedet» for innbyggere med ulik bevegelse, Nordic og Agenda Kaupang

Universelt utformet og boliger med livsløpsstandard

På trinn 1 i boligtrappen, i private boliger med livsløpsstandard (også kjent som livsløpsboliger), er hensikten at beboerne skal kunne bo der gjennom alle livsfaser, inkludert ved funksjonsnedsettelse og bruk av rullator eller rullestol. Dette betyr at de fleste eldre kan bli boende hjemme inntil et eventuelt behov for tilbud i institusjon oppstår. Livsløpsboliger kan variere fra eneboliger til leiligheter i blokker.

Sentrale krav til boliger med livsløpsstandard er:

- ▶ Trinnfri atkomst til boligens inngangsplan.
- ▶ Stue, kjøkken, ett soverom, bad (med mulighet for klesvask) og privat uteplass skal være på inngangsplanet, uten trinn eller trapper imellom.
- ▶ I disse rommene skal det være mulig å snu en rullestol (fri golv plass mellom møbler, vegger o.l., minst en sirkel med diameter 1,5 m).
- ▶ Dører mellom rommene må ha maks 20 mm høye terskler og minst 80 cm fri åpning (90 cm karmbredde). Døra må ha litt fri plass til siden for låskarmen.

Universell utforming innebærer at boligen og omgivelsene er planlagt slik at de kan brukes av alle uavhengig av funksjonsevne, uten spesielle tilpasninger. Livsløpsboliger tar utgangspunkt i TEK17 § 12-2, som krever tilgjengelige boenheter, men inkluderer også ekstra kvaliteter for å sikre at personer med nedsatt funksjonsevne og eldre kan bo i egen bolig, ha aktive liv og være selvstendige.

For at man skal kunne kalle en bolig universelt utformet, må den:

- ▶ Oppfylle kravene til livsløpsstandard
- ▶ Ha overdekket atkomst fra biloppstillingsplassen til inngangsdøra
- ▶ Ha heis til alle boliger som ikke er på inngangsplanet
- ▶ Ha gode kontraster på golv, vegger, dører og innredninger og ha allergikrictige overflater

Livsløpsboliger⁸ tilrettelegger for mottak av pleie- og omsorgstjenester på en verdig, effektiv måte, slik at bolig og tjenester komplementerer hverandre.

⁸ Se utfyllende informasjon om krav til livsløpsbolig på Husbanken sine nettsider og i Norsk Standard for universell utforming NS11001-2: Bolig.

Nye sosiale boformer

Boliger som har rom for en større grad av deling og nabofelleskap enn i vanlige boliger. Sosiale boformer har typisk større fellesarealer, gode møteplasser og ulike praktiske funksjoner som verksted, treningsrom og felles kjøkken. Det kan være tilknyttet ulike tilbud/tjenester til denne boformen, f.eks. husvert, aktivitetstilbud, vaktmester m.m.

Krav til utbyggere om fellesfunksjoner i nærheten eller i boligkonseptet

Fellesarealer og mulighet for fellesaktiviteter er vesentlig for sosial deltakelse. Redusert familieomsorg vil øke betydningen av andre sosiale nettverk og kommunal bistand. Fellesfunksjoner i og utenfor bygget gir mulighet for sosial deltakelse, som vil kunne få økt betydning når familieomsorgen blir redusert. Det kan være fornuftig å skille mellom funksjoner som finnes i tilknytning til bygget og hva som finnes i nærmiljøet. Det er mulig å stille krav til private utbyggere om fellesfunksjoner i nærheten eller i boligkonseptet gjennom virkemidlene i plan- og bygningsloven.

Tilvisnings- og tildelingsavtaler med private utleiere

Tilvisningsavtale er for husstander som trenger hjelp fra kommunen til å finne egnet bolig. Utleier kan få lån fra Husbanken til hele prosjektet for inntil 85 prosent av godkjente kostnader. Kommunen får tilvisningsrett til inntil 40 prosent av alle utleieboligene i 20 år. Resten av boligene kan leies ut på det ordinære utleiemarkedet.

Tildelingsavtale er for husstander med ulik grad av behov for oppfølging fra kommunen. Utleier kan både få lån fra Husbanken og tilskudd til utleieboliger. Alle boligene i et slikt prosjekt må være for personer som ikke klarer å ivareta egne interesser på boligmarkedet. Avtalene gir kommunen tildelingsrett til boligene i 30 år. For Vindafjord kommune vil bygging av slike boliger være avhengig av en god dialog med en aktuell utleieaktør og med Husbanken. Det kan være fornuftig at samme utbyggingsprosjekt omfatter både boliger med slike avtaler og ordinære leide og eide boliger.

6 Hva er hovedutfordringene i Vindafjord

I vår tilnærming har vi lagt vekt på å få innsikt i hvordan Vindafjord har prioritert og dimensjonert tjenestene. Vi viser innsikt på nivå under det som er tilgjengelig i SSB og KOSTRA. KOSTRA gir ikke tilstrekkelig data for å kunne sammenlikne prioritering og dimensjonering på tjenestenivå. Agenda Kaupang har derfor utviklet modeller som gjør det mulig å få frem data om ulike brukergrupper på tjenestenivå innenfor pleie og omsorg.

Agenda Kaupang har sammenliknet aktuelle tjenesteområder innenfor pleie og omsorg i Vindafjord kommune med andre relevante kommuner. Analysen bygger på data fra Agenda Kaupangs egenutviklede database. Data som presenteres er korrigert for forskjeller i behov i kommunene for å kunne foreta en sammenlikning på tvers av kommuner. Forskjellene kan blant annet omhandle ulik alderssammensetning, størrelse på kommune, beliggenhet, geografi osv.

Vi har sammenstilt kommunens rapporterte datagrunnlag i to utvalgte boliganalyser for å sammenlikne Vindafjords boligsammensetning med andre kommuner, samt for å framskrive behov for heldøgns plasser og boliger til helse- og omsorgsformål.

Formålet med analysene er å få nødvendig innsikt i kostnadsnivå og dimensjoneringen av ulike pleie- og omsorgstjenester i kommunen, samt nødvendig innsikt i kommunens boligprofil som utgangspunkt for videre planlegging og utvikling. Resultater fra analysene er dokumentert i et eget separat vedlegg. Hovedkonklusjoner blir gjengitt i dette kapittelet.

6.1 Høye utgifter innen pleie- og omsorgstjenestene

Vindafjord har høyere netto driftsutgifter innen pleie og omsorg enn snittet i sin KOSTRA-gruppe. Pleie og omsorg omfatter i KOSTRA-sammenheng følgende fem tjenestefunksjoner:

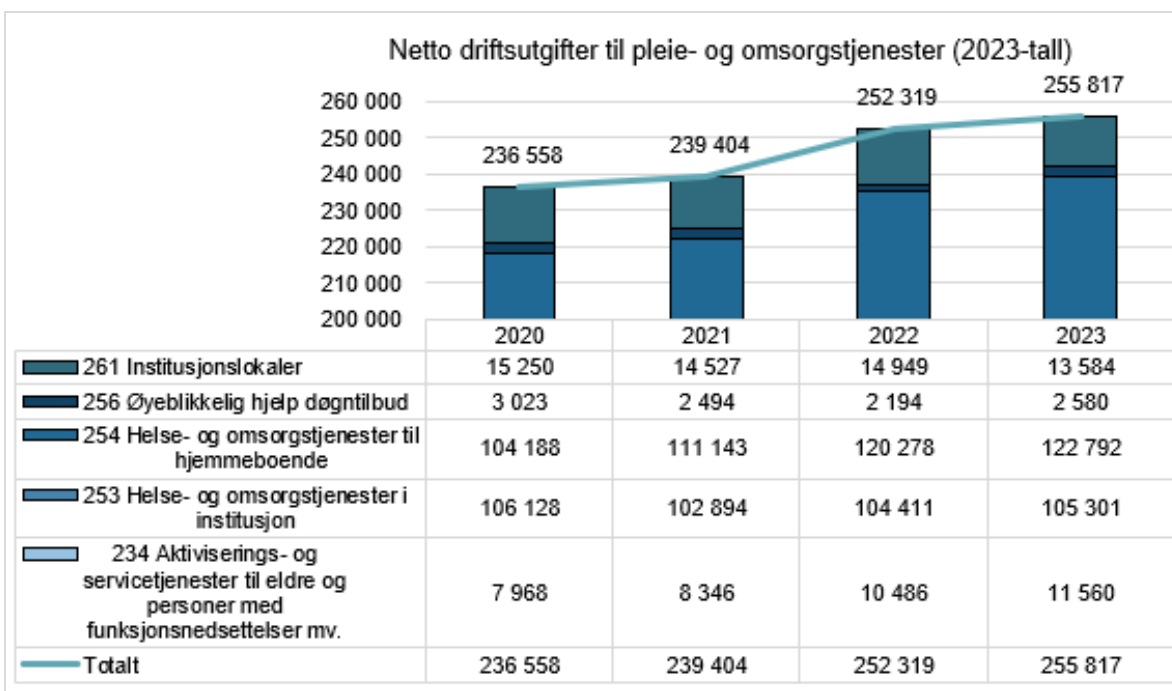
- ▶ 234 Aktiviserings- og servicetjenester til eldre og personer med funksjonsnedsettelse mv.
- ▶ 253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon
- ▶ 254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende
- ▶ 256 Øyeblikkelig hjelp døgntilbud
- ▶ 261 Institusjonslokaler

Behovet for pleie- og omsorgstjenester i inntektssystemet for kommuner viser at Vindafjord har et beregnet utgiftsbehov per innbygger som er ca. 4,6 % høyere enn gjennomsnittet for landet, men lavere enn KOSTRA-gruppen. Sammenliknet med landsgjennomsnittet har kommunen en lavere andel innbyggere 67-79 år, men en høyere andel innbyggere 80 år og eldre. Vindafjord har færre tjenestemottakere innenfor helse- og omsorgstjenesten med diagnosen psykisk utviklingshemmet enn snittet (79,6 %).

Tall fra KOSTRA for 2023 viser at Vindafjord sine utgifter til pleie og omsorg utgjør ca. 27 500 kroner per innbygger korrigert for behov. Utgiftene har økt fra 2020 til 2023. KOSTRA-tall viser at Vindafjord driver tjenestene 19 mill. kr høyere enn tilhørende KOSTRA-gruppe⁹. Det er spesielt helse- og omsorgstjenester i institusjon som driftes dyrere, hvor innsparingspotensialet mot KOSTRA-gruppe 1 er på 26 mill. kr.

⁹ Innsparingspotensialet er regnet ut ved å ta differansen mellom kommunens utgifter og KOSTRA-gruppens utgifter per innbygger og ganget opp med Vindafjords innbyggertall korrigert for utgiftsbehovet.

Figuren nedenfor viser utviklingen de siste fire årene for utgifter ført under pleie og omsorg i KOSTRA. Alle data er omgjort til 2023-tall slik at tallene er direkte sammenliknbare. Tidsserien viser at de totale utgiftene har økt i perioden. Økningen er knyttet til helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende. Utgifter knyttet til tjenester i institusjon har gått svakt nedgang i perioden.



Figur 6-1 Nettoutgifter 2020 til 2023 i faste 2023-priser for pleie og omsorg fordelt på hjemmeboende, aktivisering og institusjon. Kilde: KOSTRA og egne beregninger

Mellom 2020 og 2023 har utgiftene økt med over 19 mill. kr. Utgiftene til institusjonstjenester og lokaler har gått ned med 2,4 mill. kr. Utgifter til helsetjenester i hjemmet er økt med 18,6 mill. kr og aktivisering og servicetilbud har økt med 3,6 mill. kr i samme periode.

KOSTRA viser at andelen utgifter som går til de ulike tjenestene har endret seg. I 2020 ble 51 % av utgiftene innen PLO benyttet til institusjonstjenester, dette var redusert til 46 % i 2023. For hjemmetjenester inkludert service og aktivisering har andelen av de totale utgiftene vokst fra 47 % i 2020 til 53 % i 2023.¹⁰

6.2 Demografiske endringer øker behovet for omstilling

Vindafjord har over tid hatt befolkningsvekst. I andre kvartal 2024 var det i 9007 innbyggere i kommunen. Siste tilgjengelige befolkningsframskrivninger fra SSB viser en fortsatt befolkningsvekst. Samtidig vil Vindafjord, som de fleste andre kommuner, få en endring i innbyggergrunnet med en sterk økning i andel eldre, fallende barnetall og færre voksne i yrkesaktiv alder.

Andel innbyggere over 80 år har hatt noe variasjon siden 2000 og frem til i dag. Økningen vil vedvare. I 2023 var det rundt 460 innbyggere over 80 år i Vindafjord kommune, og fra 2030 viser framskrivningen fra SSB at det vil være i overkant av 560 som er 80 år eller eldre. Antall eldre er forventet å øke utover i perioden. Flere innbyggere over 80 år gir normalt kommunen mer inntekter ved overføringer fra staten. Våre analyser har vist at dagens samlede kostnader, i Vindafjord kommune, er tydelig høyere sammenliknet med andre kommuner. Dette betyr at overføringene

¹⁰ SSB: Tabell 12367: Detaljerte regnskapstall driftsregnskapet, kommunekonsern og -kasse, etter region, regnskapsomfang, statistikkvariabel, år, funksjon og art

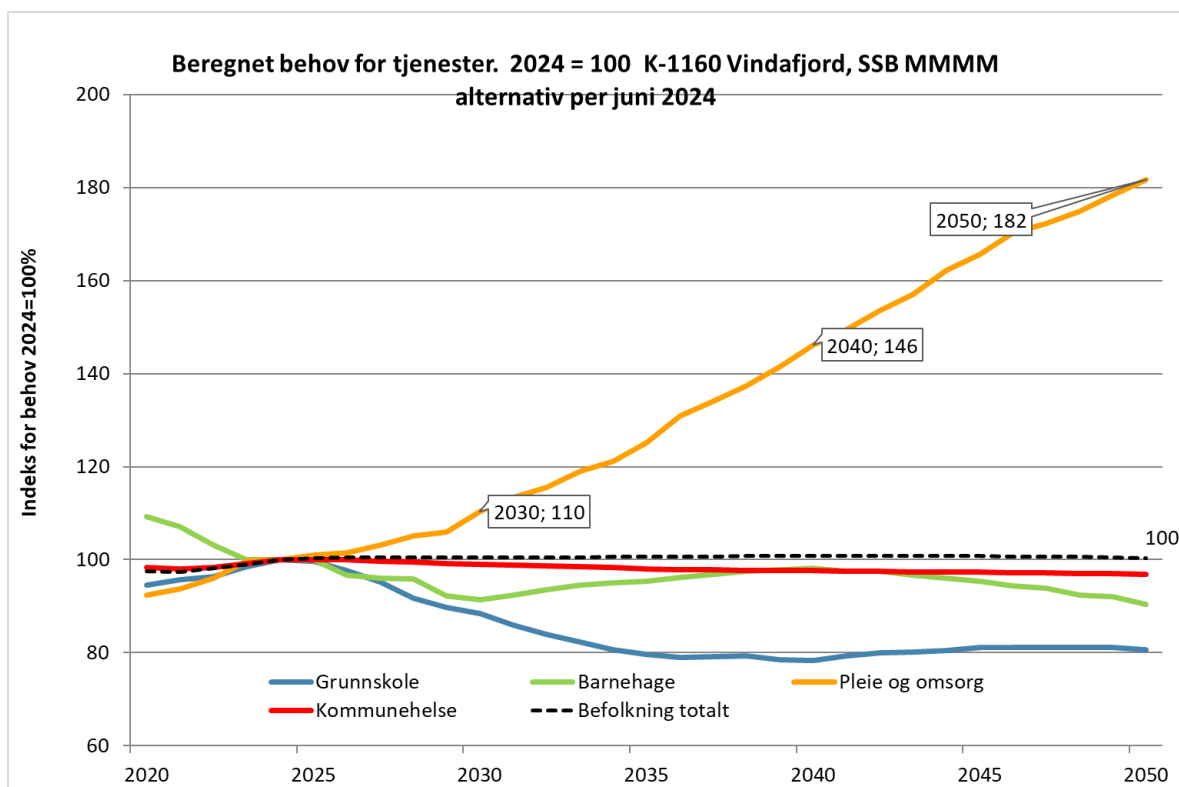
sannsynligvis ikke vil dekke dagens tjenestep praksis for nye brukere om denne videreføres, og at dagens praksis ikke er bærekraftig. Nasjonale tall fra KOSTRA og KS¹¹ viser at utgiftene til yngre brukere har økt, og de utgjør en stor andel av kommunens utgifter innen pleie og omsorg.

Utfordringen er, slik vi ser det, at kommunen ikke vil ha de menneskelige ressursene for å håndtere denne økningen. Dette medfører at kommunen må bruke tiden fremover til både å styrke den enkelte innbyggers mulighet til å ta ansvar for egen helse, i tillegg til å videreutvikle bistanden, tjenester og organisasjonen for å imøtekomme nye og økte behov.

Kommunens behov for pleie- og omsorgstjenester vil kunne øke med 82 % frem mot 2050

Det er foretatt en beregning av framtidig behov for kommunale tjenester i Vindafjord kommune. Beregningene tar utgangspunkt i utviklingen av befolkningen i ulike aldersgrupper, og sammenhengen mellom demografi og behov slik det er beskrevet i de demografiske kriteriene i det statlige inntektssystemet.

Beregningene er et uttrykk for hvordan behovet endrer seg dersom man legger dagens standard til grunn og bare gjør endringer som følge av endringer i befolkningen. Inntektssystemet til kommunene er i endring og i praksis vil utviklingen av de økonomiske rammene også inneholde andre forhold enn demografi. Likevel er demografi per i dag den mest vektete komponenten. For hver av delsektorene grunnskole, barnehage, pleie og omsorg, og befolkningen samlet, er det laget en indeks hvor nivået i 2024 er satt til 100. Det betyr at figuren under gir uttrykk for endringer i det demografiske behovet sammenliknet med 2024.



Figur 6-2 Framskrivning av behov for tjenester. Nivå i 2024 er satt til 100. Kilde: SSB og Agenda Kaupangs egne beregninger basert på inntektssystemet fra KMD

¹¹Årsaker til kostnadsvekst i kommunale pleie- og omsorgstjenester, Nordlandsforskning og UIO 2021

Figuren viser at behovet for pleie- og omsorgstjenester har variert i perioden frem til 2024, men at behovet for pleie- og omsorgstjenester vil øke kraftig i tiden fremover. Hovedårsaken er økning i innbyggere over 80 år. Som følge av dette vil også andel mennesker med demenssykdom øke. I 2023 var det rundt 193 personer med demenssykdom. I 2040 er det forventet en økning til 312 personer.¹²

Framskrivningen som er skissert i figur 4-2 baseres på historiske tall og forventet utvikling i alderssammensetning og befolkning i kommunen. Erfaringen er at behovet for skoler, barnehage og helsetjenester er noe mer komplisert å framskrive enn behovet for pleie og omsorg. Dette henger sammen med større usikkerhet knyttet til ut-/innflytting i yngre alder og familier med barn enn flyttemønsteret til den eldre befolkningen.

Endring i demografien medfører en vesentlig forventet økning i behovet for pleie- og omsorgstjenester. Analysene viser at dersom kommunen ivaretar innbyggernes behov for pleie- og omsorgstjenester fremover på samme måte som i dag, vil dette gi om lag 50 % økte kostnader fra dagens nivå i 2040. En slik vekst vil utfordre kommunen som helhet. Staten vil normalt finansiere kommuners behovsvekst. Det er usikkert om denne veksten fullfinansieres i fremtiden. En ting er pengene, en helt annen ting er menneskene man er avhengig av for å kunne utføre tjenestene. Analyser viser at dersom kommunen viderefører dagens dekningsgrad og tjenestepraktis vil det, som følge av demografiske endringer, være behov for 46 % flere årsverk i tjenestene i 2040 sammenliknet med dagens nivå. Helsepersonellkommissjonen (NOU 2023: 4) viser at det vil bli stor mangel på kvalifiserte helsearbeidere fremover. Kommisjonen understreker at det er nødvendig å intensivere arbeidet med omstilling om vi skal sikre likeverdige helse- og omsorgstjenester til innbyggerne i tiden fremover. Kommunen opplyser at det er krevende å rekruttere og beholde kvalifisert arbeidskraft.

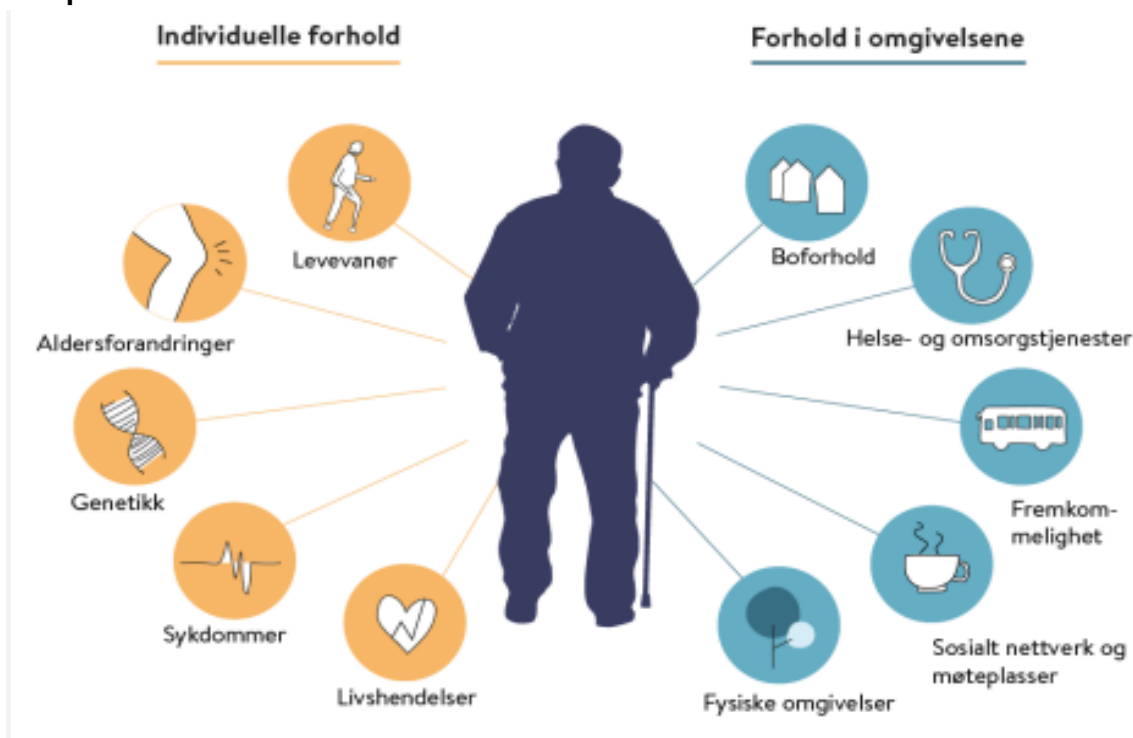
Økt levealder

I Perspektivmeldingen fra 2024 reises det spørsmål om friskere aldring. Litteraturen gir ikke noe entydig svar på sammenhengen mellom økt levealder og behovet for helse- og omsorgstjenester. Det er i hovedsak tre hypoteser (like stor, eller større, økning i antall år med sykkelighet, forkortet sykkelighet og flere «friske» år og flere «syke» år). Data fra Helseundersøkelsen i Trøndelag kombinert med tall fra SSB viser at leveår uten hjelpebehov etter fylte 70 år økte med om lag fire år i perioden 1995-2017, mens år med hjelpebehov gikk litt ned (kilde: FHI). Med andre ord ser det ut til at økningen i forventet levealder følges av flere funksjonsfriske år (begge kjønn). Mange eldre fungerer godt i dagliglivet, og de nye forskningsfunnene tyder på at eldre kan leve selvstendige liv ved stadig høyere alder.

På grunn av den sterke økningen i antall eldre, forventes en økning i utvikling av demenssykdom, men internasjonale studier indikerer at demensinsidens har gått ned innad i aldersgruppene de siste par tiårene (Christensen et al., 2013; Langa et al., 2017).

¹² Beregningene er basert på fjerde runden av datainnsamlingen i Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT4), samt forekomstestimer for en storby (prosjektet HUNT4 Trondheim 70+ ble gjennomført i en bydel i Trondheim kommune) og prosjektet UngDemens i Trøndelag. 2017-2019

Hva påvirker Eldres helse?



Figur 6-3 Hva påvirker Eldres helse? Kilde: <https://www.fhi.no>

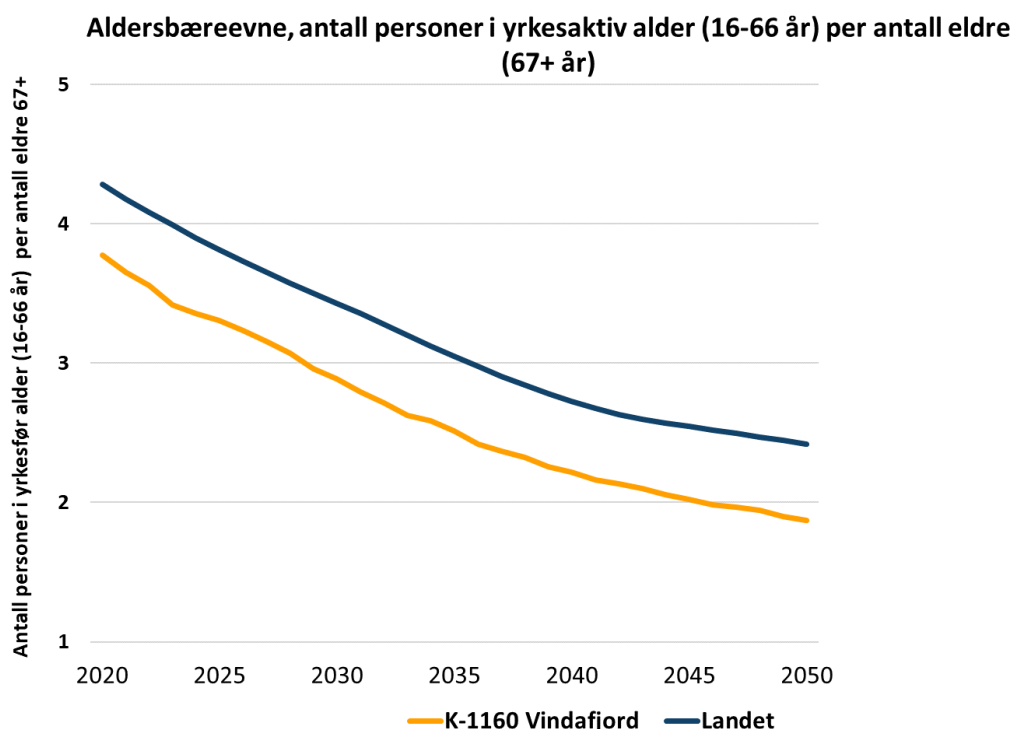
Eldre er friskere og har bedre funksjonsnivå i dag enn tidligere, og de har kunnskap og ressurser som er viktige både i familien og i samfunnet. Mulighet til å bidra styrker opplevelsen av å ha verdi, fremmer fellesskap og gir mening. Det å delta, for eksempel som frivillig, kan ha stor betydning for å forebygge eller redusere isolasjon og ensomhet. Det er mulig å påvirke helse og funksjon gjennom hele livsløpet, også i eldre år. Å legge til rette for helsefremmende levevaner gjennom hele livet, er viktig for en god alderdom. Fysisk aktivitet, et variert kosthold og å opprettholde en sunn kroppsvekt har helsegevinster fordi det forebygger kroniske sykdommer. Det er anslått at så mye som 40 prosent av alle tilfeller av demens kunne vært unngått hvis man hadde forebygget faktorer som høyt blodtrykk, fedme og diabetes, og unngått røyking og høyt alkoholkonsum. På gruppenivå er eldre mindre fysisk aktive enn yngre. Fysisk aktivitet er viktig for å opprettholde fysisk og psykisk helse, og for å forebygge fall og brudd. Selv aktivitet av kort varighet og lav intensitet gir helsegevinst. Eldre som er fysisk aktive og i god fysisk form vil i større grad kunne være selvhjulpne i hverdagen og bo lenger hjemme.

Det er et tverrsektorielt ansvar å legge til rette for et aldersvennlig samfunn. For å gjøre det enklere å leve aktive liv, er fysiske omgivelser og fremkommelighet viktig, for eksempel tydelig skilting, god belysning og at gang- og turveier er tilgjengelig brøytet og strødd. Universell utforming av bygg er et annet eksempel. Det er viktig å ha et variert tilbud av tilpassede aktiviteter for eldre. Figur 6-3 viser de viktigste faktorene som påvirker helse i eldre år. Tilrettelegging for deltakelse på sosiale arenaer er viktig for å ivareta livskvalitet og funksjon. Gode møteplasser i lokalsamfunnet har betydning for evnen til å mestre egen livssituasjon. Her er det gode muligheter for samarbeid mellom kommunen og frivillig sektor¹³

¹³ FHI, folkehelseprofilen 2024, [fhi.no](https://www.fhi.no)

Redusert tilgang på arbeidskraft

Som følge av endringer i alderssammensetningen i befolkningen vil det bli en nedgang i tilgangen på arbeidskraft og mulige frivillige omsorgsytere. Økt vekst i antall eldre og økt antall yngre brukere av omsorgstjenesten, kombinert med nedgang i andelen personer i yrkesaktiv alder, skaper utfordringer både for pleie- og omsorgstjenestene og for familiene. Norge har en høy yrkesaktivitet, men studier viser at det er et potensial i å redusere andel ansatte i deltidstillinger. Dette ser vi og må være mulig for Vindafjord kommune. I figuren under har vi foretatt en framskrivning av aldersbæreevne, det vil si forholdet mellom den yrkesaktive befolkningen og den eldre delen av befolkningen. En slik framskrivning er interessant både med tanke på framtidens økonomiske bæreevne og for utviklingen av velferdstilbud og helse- og omsorgstjenestene.



Figur 6-4 Aldersbæreevnen. Antall personer i yrkesaktiv alder (16-66 år) per antallet eldre (67+ år). Kilde: SSB

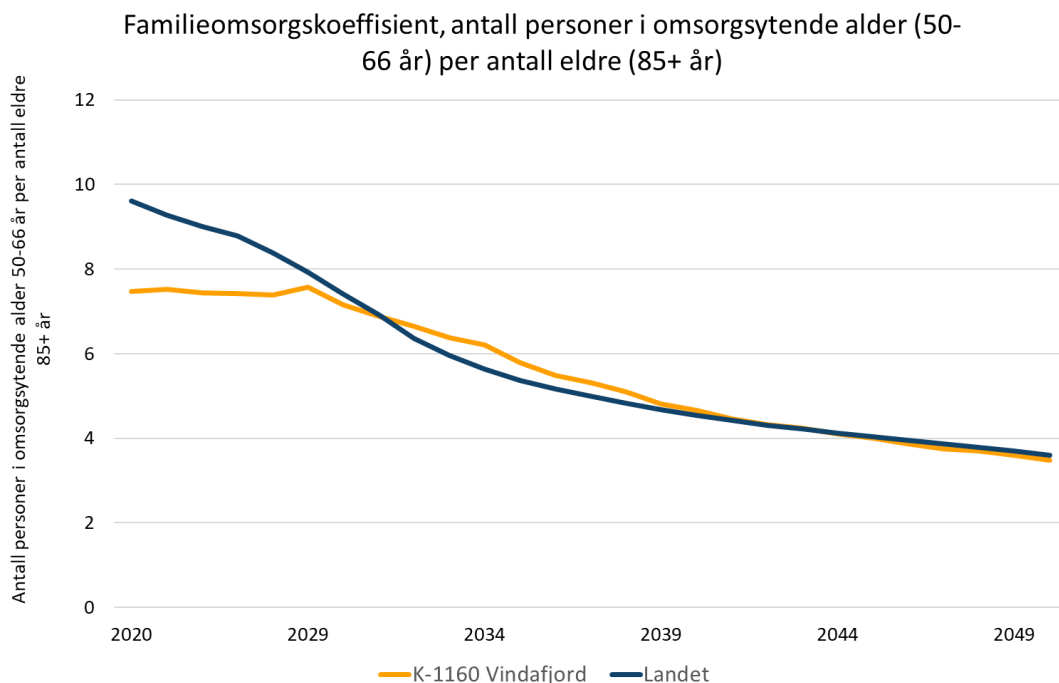
Figuren viser at Vindafjord har færre yrkesaktive per eldre enn snittet for landet, og at dette vil vedvare utover i perioden. I 2020 hadde Vindafjord 3,78 personer i yrkesaktiv alder per eldre. I 2040 vil aldersbæreevnen reduseres til 2,22 med framskriving av den utviklingen som har vært til nå. Aldersbæreevnen i Vindafjord er lavere enn for landet, og denne tendensen vedvarer utover i hele perioden.

Det blir færre yrkesaktive per eldre i hele landet. Dette har betydning for verdiskapingen, for den framtidige finansieringen av pensjoner og velferdstilbud, og for dimensjonering og utforming av framtidens omsorgstjenester. Det er imidlertid forventet at innbyggerne mellom 67 og 80 år vil være mer ressurssterke, ha bedre økonomi, bedre boforhold, høyere utdanning og bedre helse enn tidligere generasjoner og ønsker å ta et større ansvar for egen helse (Ældre/Sagen 2001, Barstad 2006).

Færre potensielle omsorgsytere

Endringene i befolkningens alderssammensetning har betydning for hvor mange familieomsorgsytere de aller eldste kan støtte seg på og vil kunne påvirke framtidige familieomsorgsmønstre.

Familieomsorgskoeffisienten indikerer antall mulige omsorgsytere (innbyggere 50–66 år) per eldre (85+). Grunnen til at de to aldersgruppene inngår i dette målet er at eldre over 85 år har de største omsorgsbehovene i befolkningen, og aldersgruppen 50-66 år er de som i størst grad yter omsorg til eldre i familien¹⁴. I figuren under har vi sett på hvordan dette forholder seg i Vindafjord og landet, og sett på hvordan det vil kunne utvikle seg frem mot 2050.



Figur 6-5 Familieomsorgskoeffisient. Antall omsorgsytere (50-66 år) per antall eldre (85+ år): Kilde: SSB og Agenda Kaupang

I 2020 var det i underkant av 7,5 personer i aldersgruppen 50-66 år per eldre i alderen 85 år og over i Vindafjord. Denne andelen reduseres fremover både i Vindafjord og for landet som helhet. I 2040 vil det være i overkant av 4,5 personer i aldersgruppen 50-66 år per eldre i alderen 85 år og over.

6.3 Analyse av tilbudet til tre brukergrupper innen pleie og omsorg

I Agenda Kaupangs egenutviklede database foreligger det detaljerte oversikter over ulike kommuners prioritering av pleie- og omsorgstjenester. Dette er data som ikke finnes i KOSTRA. Analysen gjennomføres for å få en dypere kunnskap om ulike brukergrupper, tjenesteprofil og ressursbruk for enkelttjenester.

¹⁴ NOU 2011: 17, Når sant skal sies om pårørendeomsorg – Fra usynlig til verdsatt og inkludert

Metode

Brukerne innen pleie og omsorg kan grovt sett deles inn i tre grupper:

- ▶ Mennesker med utviklingshemming og/eller utviklingsforstyrrelser mv.
- ▶ Mennesker med psykiske og/eller rusrelaterte lidelser
- ▶ Andre i hovedsak eldre (inkluderer og somatisk syke mv. yngre med nevrologiske sykdommer mv.)

Analysemodellen bidrar til innsikt i tjenester og kostnader for de tre brukergruppene. Vi sammenlikner tildeling- og tjenestep praksis, samt kostnadsprofiler på tjenestenivå med andre kommuner. Formålet med analysene er å få bedre innsikt i:

- ▶ Prioritering innenfor pleie og omsorg
- ▶ Dimensjoneringen av tjenester for tre brukergupper (innsatstrapp)
- ▶ Utgifter fordelt på ulike brukergupper og tjenester

Sammenlikningene omhandler antall brukere og utgifter per bruker i brukergruppene for likartet tjeneste. Vi har sammenliknet både brutto- og nettodriftsutgifter for kommunene. Analysene er behovskorrigert for ulik demografi, sosiale forhold og geografi. Agenda Kaupang bruker behovsberegningen som staten har beregnet til bruk i inntektssystemet for kommunene. Vindafjord, som øvrige kommuner, har noen kostnader på fellesområder som er ført på ulike KOSTRA-funksjoner innen PLO. Disse utgiftene er fordelt på brukergupper etter profilen på direkteførte pleie- og omsorgskostnader.

For et mest mulig korrekt bilde av den totale ressursinnsatsen i Vindafjord har vi foretatt en sammenlikning med kommuner vi har kjennskap til og hvor vi har gjennomført tilsvarende data-innsamling og analyse. Analysen viser andre sammenlikningskommuner enn det kommunen vanligvis benytter. Årsaken er at det ikke finnes et nasjonalt register hvor disse dataene er tilgjengelige, og at vi da viser kommuner hvor vi har gjort tilsvarende arbeid. I sammenlikningen benytter vi og enkeltkommuner, men hovedsakelig sammenlikner vi Vindafjord med snittet for 13 kommuner¹⁵.

Kommunene, inkl. Vindafjord, har utgifter til tjenester og tiltak til innbyggerne sine som er kostnadsført på andre KOSTRA-funksjoner, f.eks. Helse i KOSTRA. Disse omfattes ikke av denne analysen.

6.3.1 Resultater

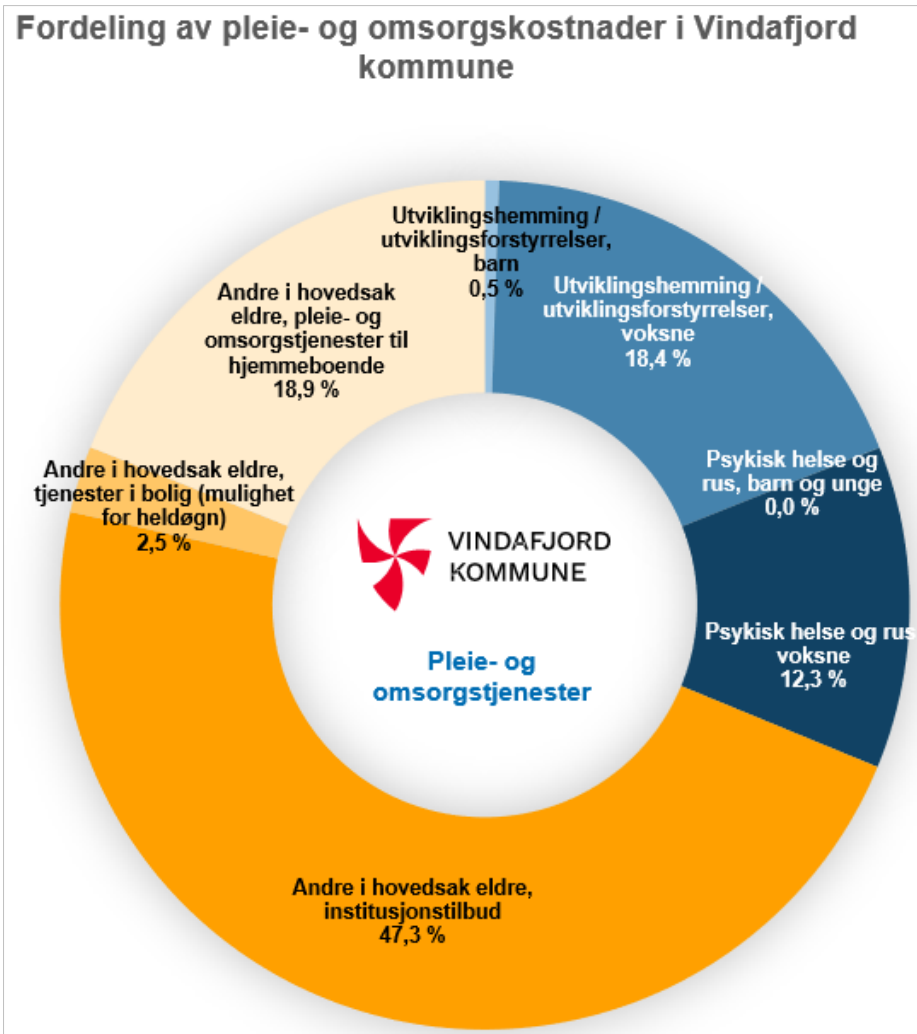
Per 31.12.2023 hadde Vindafjord i overkant av 547 unike tjenestemottakere som mottok en eller flere pleie- og omsorgstjenester fordelt på ulike hjemmetjenester, dag- og aktivitetstilbud, institusjonstjenester mv.¹⁶ De viktigste funnene fra pleie- og omsorgsanalysen oppsummeres i dette kapittelet. Analysen ligger vedlagt i sin helhet som vedlegg til denne rapporten.

Hovedparten av utgiftene innen pleie og omsorg går til brukerguppen «Andre, hovedsakelig eldre»

I 2023 ble 69 % av kommunens netto driftsutgifter innen pleie og omsorg brukt til brukerguppen *Andre brukere, hovedsakelig eldre*. Fordelingen illustreres i figuren på neste side:

¹⁵ Består av store og mellomstore kommuner/bydeler fra Agenda Kaupangs database innen PLO: Halden, Asker, Lier, Lom, Tønsberg, Skien, Fyresdal, Kvinesdal, Kristiansund, Ulstein, Sula, Volda og Verdal fra 2023,

¹⁶ Kilde: Kommunens egen rapportering



Figur 6-6 Netto driftsutgifter i 2023 (PLO) fordelt på ulike brukergrupper

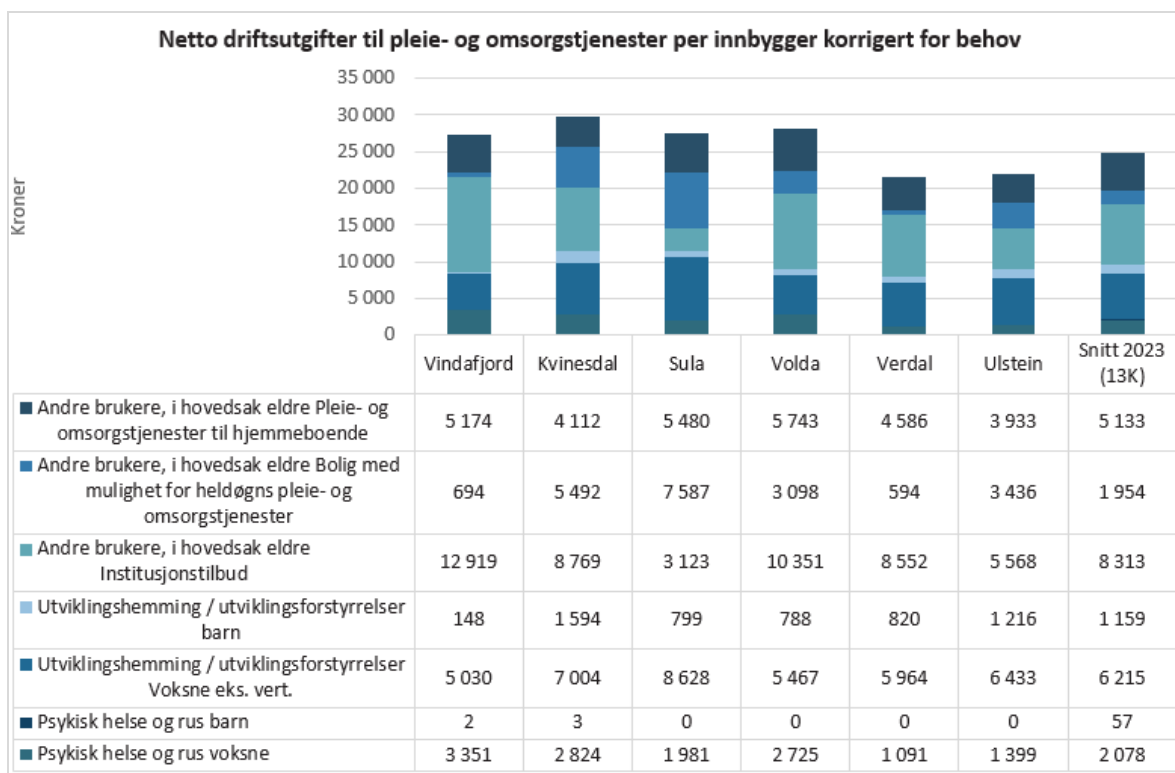
Av totale utgifter til pleie og omsorg ble 47 % benyttet til tjenester i institusjon for brukergruppen omtalt som *Andre, i hovedsak eldre* og ca. 19 % av utgiftene ble benyttet til andre helse- og omsorgstjenester for hjemmeboende (f.eks. utgifter til hjemmesykepleie, dag- og aktivitetstilbud, BPA, støttekontakt mv.). 2,5 % av utgiftene ble benyttet til tjenester i bolig med mulighet for heldøgns omsorg.

18,9 % av utgiftene i 2023 ble brukt for tjenester til mennesker med utviklingshemming/utviklingsforstyrrelser. Hovedvekten ble benyttet til voksne (18,4 %). De resterende 12,3 % ble benyttet på ulike pleie- og omsorgstjenester til innbyggere med psykisk helse- og/eller rusrelaterte helseutfordringer. Vi går nærmere inn på detaljene om ressursbruken i de neste avsnittene.

Vindafjords utgifter til pleie og omsorg er høyere enn snittet i sammenlikningskommunene

Analysene viser at Vindafjords samlede utgifter til pleie- og omsorgstjenester for ulike brukergrupper er høyere enn flere av sammenlikningskommunene i vår analyse, og høyere enn snittet av sammenlikningskommunene (13 kommuner), jf. figuren på neste side.¹⁷

¹⁷ Alle kommuner har kostnader på fellesområder som iht. KOSTRA-veilederen skal kostnadsføres på de ulike tjenestefunksjonene under PLO i KOSTRA. Dette er fordelt ut etter profilen på direkteførte kostnader på lik linje med andre kommuner. Det medfører at når man skal tenke kostnadsreducerende tiltak må «fellesområdet» inkluderes.



Figur 6-7 Netto driftsutgifter 2023 korrigert for behov fordelt på ulike brukergrupper

Figuren over viser at Vindafjords utgifter i 2023 per innbygger korrigert for behov til pleie- og omsorgstjenester til brukergruppen *Andre brukere, i hovedsak eldre* samlet sett er høyere enn snittet. Kommunens utgifter til pleie- og omsorgstjenester til brukergruppene *mennesker med utviklingshemming* er lavere enn snittet for barn og unge og for voksne. Kommunens utgifter til *psykisk helse/rus* var høyere enn snittet og gjelder voksne.

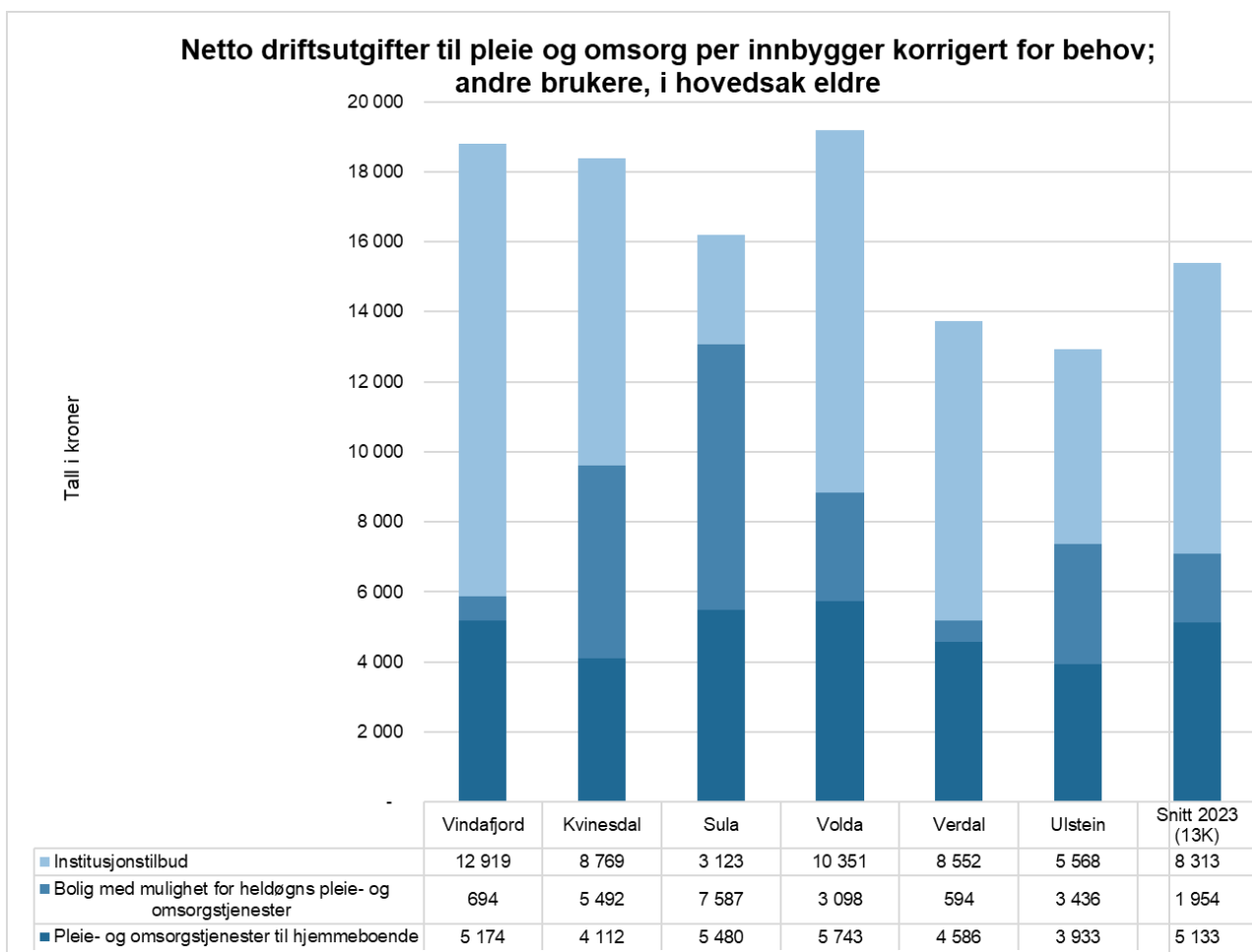
Årsaken til at utgiftene varierer mellom kommunene må sees i sammenheng med volum (antall brukere) og enhetskostnader (brukernes behov, organiseringen av tjenestetilbudene mv). Analysen innebærer ikke en vurdering av brukernes behov. Det presiseres at tjenesteomfanget til den enkelte tjenestemottaker kan variere både i omfang av enkelttjenester og i sum av ulike tjenester.

Høyere andel eldre med pleie- og omsorgstjenester i Vindafjord

Analysene basert på kommunens innrapportering viser at Vindafjord kommune har en høyere andel innbyggere som mottar ulike pleie- og omsorgstjenester enn snittet. Tjenestemottakere med ulike tjenester i hjemmet, og for institusjon i gruppen andre, i hovedsak eldre, er noe høyere enn sammenligningsgruppen.

Utgifter til tjenester for *andre brukere, hovedsakelig eldre* er vesentlig høyere enn snittet

Vi har tidligere vist at utgiftene til brukergruppen *Andre brukere, hovedsakelig eldre* er høyere enn i snittet for sammenligningskommunene. Ser vi nærmere på hva som påvirker utgiftsnivået og hvordan utgiftene fordeler seg på tjenester til denne brukergruppen i 2023, ser vi at kommunens nettoutgifter til hjemmeboende var omtrent på nivå med snittet (0,8 % høyere). For bolig med mulighet for døgn tjenester var utgiftene 64 % lavere enn snittet. Utgiftene til institusjon var 55 % høyere enn snittet. Dataene fremkommer i figuren på neste side.



Figur 6-8 Netto driftsutgifter til pleie og omsorg per 1000 innbygger korrigert for behov – Andre brukere, hovedsakelig eldre

Analysene viser at Vindafjord tildelte hjemmesykepleie til 19 % flere enn snittet. Kommunen har samtidig en høyere dekningsgrad enn sammenlikningskommunene grunnet høy andel plasser i institusjon. Årsak til høyere andel tjenestemottakere med helsehjelp kan dermed ikke forklares ut fra dette.

Av tjenesteprofilen ser vi at Vindafjord har vesentlig høyere andel med matombringing enn det vi ser i øvrige sammenlikningskommuner. Andel med ulike velferdsteknologi er høyere enn snittet, mens praktisk bistand-hjemmehjelp er lavere enn snittet. Kommunen har flere tjenestemottakere med dag- og aktivitetstilbud enn snittet. Andel med støttekontakt er lavere enn snittet. Kommunen har færre tjenestemottakere med tjenester organisert som BPA og omsorgsstønning i 2023. Kommunen tildelte sykehjemstjenester til flere tjenestemottakere enn snittet i sammenlikningskommunene. Kommunens samlede dekningsgrad for heldøgns tjenester er høyere i Vindafjord. Hovedvekten av plassene i institusjon er ulike langtidsplasser, og færre plasser avsatt til ulike korttidstilbud sammenliknet med snittet.

Vindafjord prioriterer årsverk i hjemmetjenesten lavere enn sammenlikningskommunene

Kommuner prioriterer og organiserer de tradisjonelle hjemmetjenestene ulikt. Tilstrekkelig kapasitet og kompetanse er viktig for å kunne ivareta innbyggernes behov for helse- og omsorgstjenester i hjemmet og å unngå institusjonsopphold eller bolig med heldøgns tjenester. Analyser viser at Vindafjord kommune har en lavere prioritering når vi ser på årsverk per innbygger og per tjenestemottaker til helsehjelp utenfor institusjon. For praktisk bistand-hjemmehjelp er bildet at kommunen

har en høyere prioritering av årsverk per innbygger og per tjenestemottaker. Analysene viser at kommunen her har færre årsverk per innbygger og færre årsverk per tjenestemottakere enn snittet for hjemmesykepleie. Vår erfaring er at kommuner som ligger rundt 3,5 årsverk til helsehjelp utenfor institusjon per 1 000 innbyggere bør ha kapasitet til både tidlig innsats og til å kunne ivareta de med omfattende behov slik at flere kan bli boende hjemme i egnede boliger. Anbefalingen er ikke et endelig tall og må sees i sammenheng med kompetanse, organisering, digitalisering og øvrige tjenestetilbud mv. Vindafjord har en prioritering med 2,55 årsverk per 1 000 innbyggere korrigert for behov. Ulik prioritering av årsverk mellom kommunene kan henge sammen med i hvilken grad de boliggjør tilbudene gjennom bolig med mulighet for døgntjenester og institusjon.

Høyere dekningsgrad og lavere andel korttidsplasser

I analysene har vi sett nærmere på dekningsgrader og hvilke tilbud kommunen har. Som vi har sagt tidligere har Vindafjord en samlet dekningsgrad som det vi ser for snittet av sammenlikningskommunene, men høyere for institusjon. Dekningsgraden i sykehjem for Vindafjord var på 16,5 % mot snittet på 15,1 %. Det er relativt store variasjoner mellom enkeltkommuner. Verdal som er en av sammenlikningskommunene har en dekningsgrad på 20,03 % mens Sula har en dekningsgrad på 4,95 %. Ser vi nærmere på hvilke plasser Vindafjord har, viser våre analyser at Vindafjord har prioritert både ulike langtidstilbud og korttidstilbud. Vindafjord har en lavere andel plasser til korttidsopphold enn det vi finner i sammenlikningskommunene.

Høye enhetskostnader per institusjonsplass

Utgifter per sykehjems plass varierer mye mellom kommuner, og kan variere mellom avdelinger og mellom sykehjem/institusjoner i en kommune. En korttids plass og rehabiliteringsplass koster normalt mer enn en ordinær langtidsplass. Det samme gjelder skjermede plasser/tilbud for mennesker med demenssykdom.

Vindafjord har en høy enhetskostnad per sykehjems plass på i overkant av 1,5 mill. kr. Enhetskostnaden er høyere enn snittet for sammenlikningskommunene. Analysene har vist at kommunen har en høyere dekningsgrad, og basert på dette er det forventet at enhetskostnadene skal være noe lavere enn snittet.

De overordnede analysene har vist at kommunens samlede utgifter til institusjon er høyere enn snittet av referansekommunene. Høye eller lave utgifter kan skyldes høye/lave enhetskostnader, og volumet på tjenestene. Årsaken til høyere samlede utgifter til institusjon i Vindafjord er både høyere dekningsgrad og høyere enhetskostnad.

Vindafjord kommune har tydelig lavere nettodriftsutgifter til tjenester for barn og unge i kategorien mennesker med utviklingshemming/utviklingsforstyrrelser

Analysene viser at andel innbyggere i Vindafjord som får tjenester er lavere enn snittet. Ser vi nærmere på kommunens tildelingspraksis viser analysene at kommunen synes å ha færre tjenestemottakere med samtidige tjenester, enn det vi ser i snittet samt mange av sammenlikningskommunene. Kommunens nettodriftsutgifter til denne målgruppen er lavere enn det vi ser for snittet. Kommunen mottok refusjoner for ressurskrevende tjenester for denne målgruppen for 2023, men omfanget er lavt. Det er lav egeninnsats (nettodriftsutgifter) sammenliknet med andre kommuner. Hovedvekten av utgiftene til målgruppen omhandler avlastningstilbud, og utgiftene er vesentlig lavere enn snittet av sammenlikningskommuner. Kommunens utgifter er i hovedsak avlastning i bolig, men har også utgifter til individuell avlastning til denne målgruppen. Lavere utgifter til avlastning i bolig må sees i sammenheng med at kommunen har en vesentlig lavere andel tjenestemottakere. Enhetskostnaden til avlastning i bolig/institusjon er høyere. Analysene viser at kommunen har utgifter til omsorgsstønad (lavere utgifter) og støttekontakt (lavere enn snittet).

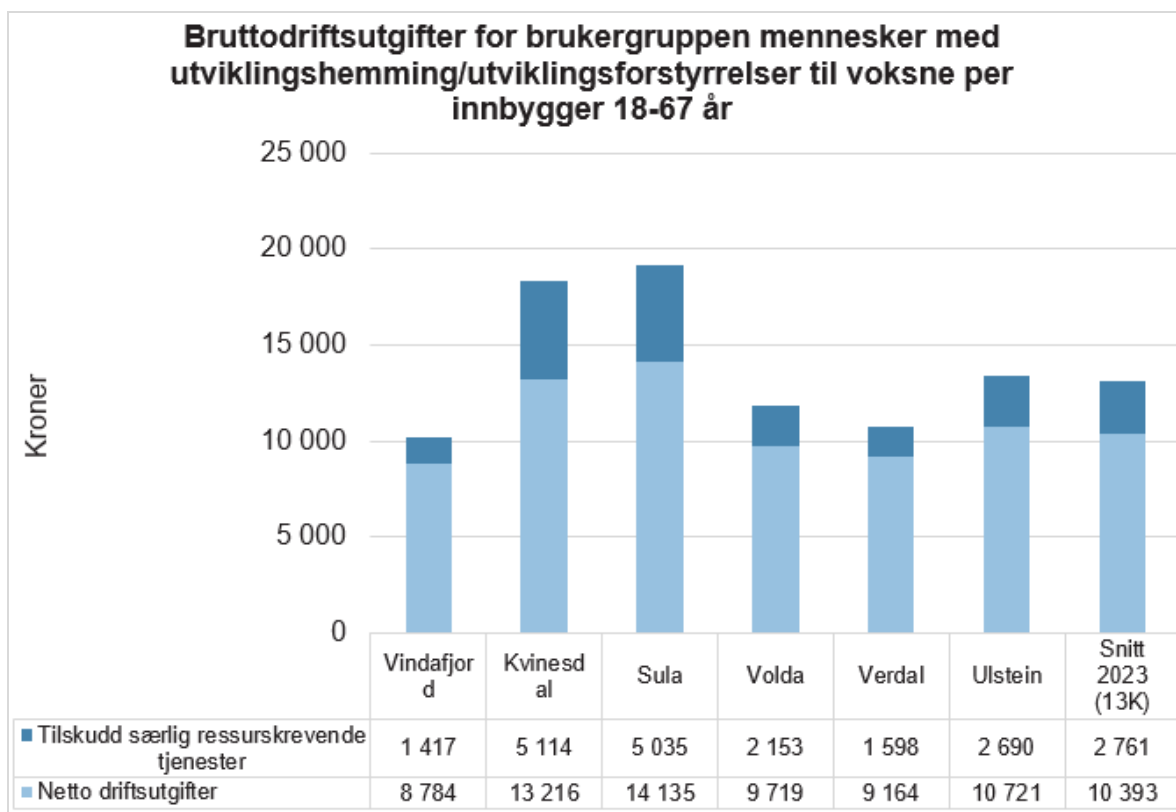
Analysen av enhetskostnader viser at Vindafjord har høye enhetskostnader til avlastning i bolig/institusjon. Kommunen har en lavere andel plasser enn det vi ser i snittet for sammenlikningskommunene. Årsverk per plass er lave. Enhetskostnadene til øvrige tjenester er lavere enn snittet.

De færreste kommunene som har gjennomført PLO-analysen har oppgitt å ha tjenestemottakere med ulike velferdsteknologiske løsninger overfor denne målgruppen. Dette gjelder og for Vindafjord.

Lave utgifter til tjenester for mennesker med utviklingshemming/ utviklingsforstyrrelser over 18 år

Analysen av utgifter og tjenesteprofil innen PLO viser at andel innbyggere innenfor denne målgruppen som har tjenester er lave sammenliknet med snittet for sammenlikningskommunene. Ser vi på antall tjenestemottakere innenfor ulike tjenestetyper kan det synes som om Vindafjord har en tildelingspraksis som innebærer at de som får tjenester får færre samtidige tjenester.

Kommunens bruttoutgifter til pleie- og omsorgstjenester til brukergruppen er lavere enn snittet. Kommunen har noen refusjoner, ref. figuren under.



Figur 6-9 Brutto driftsutgifter for tjenester til mennesker med utviklingshemming/utviklingsforstyrrelse per innbygger 18-67 år

Analysen har vist at hovedvekten av utgiftene i Vindafjord til denne brukergruppen omhandler tjenester i bolig. Utgiften er lavere enn snittet. En variabel som påvirker utgiftene, er andel tjenestemottakere i bolig med slike tjenester. Vindafjord har en lavere andel tjenestemottakere og lavere enhetskostnad enn snittet. Vindafjord kommune har lavere utgifter til ambulerende miljøarbeidertjenester enn snittet. Enhetskosten er lavere enn snittet, men andel tjenestemottaker er høy sammenliknet med det vi ser for snittet av sammenlikningskommunene.

Vindafjord yter tjenester i form av individuell avlastning og støttekontakt til denne målgruppen. Gjennomgående har Vindafjord lavere andel tjenestemottakere enn det vi ser i snittet av

sammenlikningskommunene, samt lavere enn enkeltkommunene vi har med i våre analyser. Utgiftene til individuell avlastning er høyere enn snittet. Utgifter til støttekontakt er lavere enn snittet. Vindafjord har ikke oppgitt å ha tjenestemottakere med omsorgsstønad. Andel tjenestemottakere med arbeids- og aktivitetstilbud gitt etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester er svakt lavere enn snittet, kostnadene er høyere enn snittet. Vindafjord har oppgitt å ha tjenestemottakere med velferdsteknologiske løsninger. Andelen er høyere enn det vi ser for snittet.

Vindafjord har høyere nettodriftsutgifter til psykisk helse og rus og andel tjenestemottakere er høyere enn snittet

Vindafjord har en høyere andel tjenestemottakere innenfor denne målgruppen enn det vi ser i snittet for sammenlikningskommunene. Vindafjords utgifter til ulike pleie- og omsorgstjenester innen psykisk helse/rus er høyere enn snittet for sammenlikningskommunene. Utgiftene omhandler i hovedsak tjenester for de over 18 år.

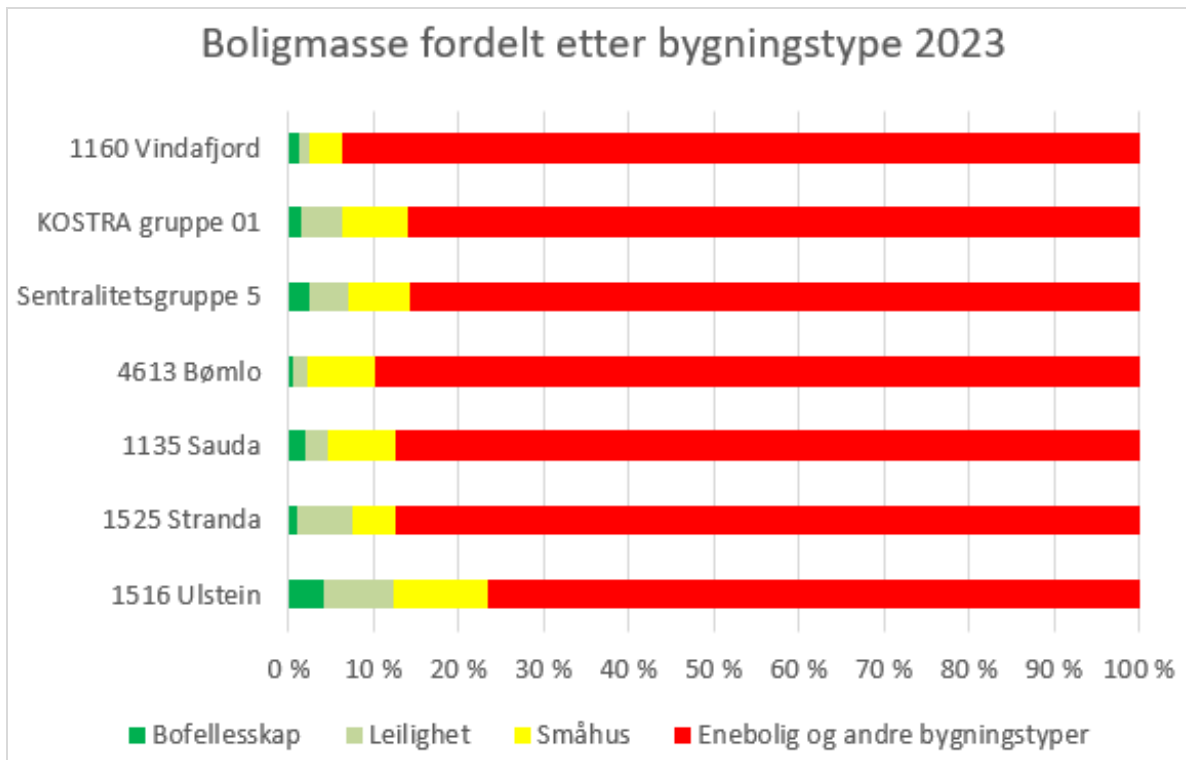
Hovedvekten av utgiftene i Vindafjord er relatert til tjenester i bofellesskap i egenregi og kjøp, samt forebyggende psykososiale tilbud og ambulering helsetjenester til voksne.

Analysene her omhandler det som defineres som pleie og omsorg i KOSTRA. Erfaring fra tilsvarende gjennomganger viser at kommunen kan ha ulik regnspraksis innenfor disse tjenestene. Dette gjelder særlig mellom KOSTRA-funksjon 241 (helse) og 254. I forbindelse med vår analyse i Vindafjord ble det ikke gjort korrigeringer. Gjennomgangen av regnskapet viser at Vindafjord har ført marginale utgifter på funksjon 241. KOSTRA-veilederen er ikke entydig på hvordan kommunene skal føre disse utgiftene. Vi legger KOSTRA-veilederen til grunn i våre gjennomganger i kommunene. I vår gjennomgang med Vindafjord ble det ikke gjort korrigeringer mellom disse tjenestene.

6.4 Boligbehov for eldre – boliganalyse for Vindafjord

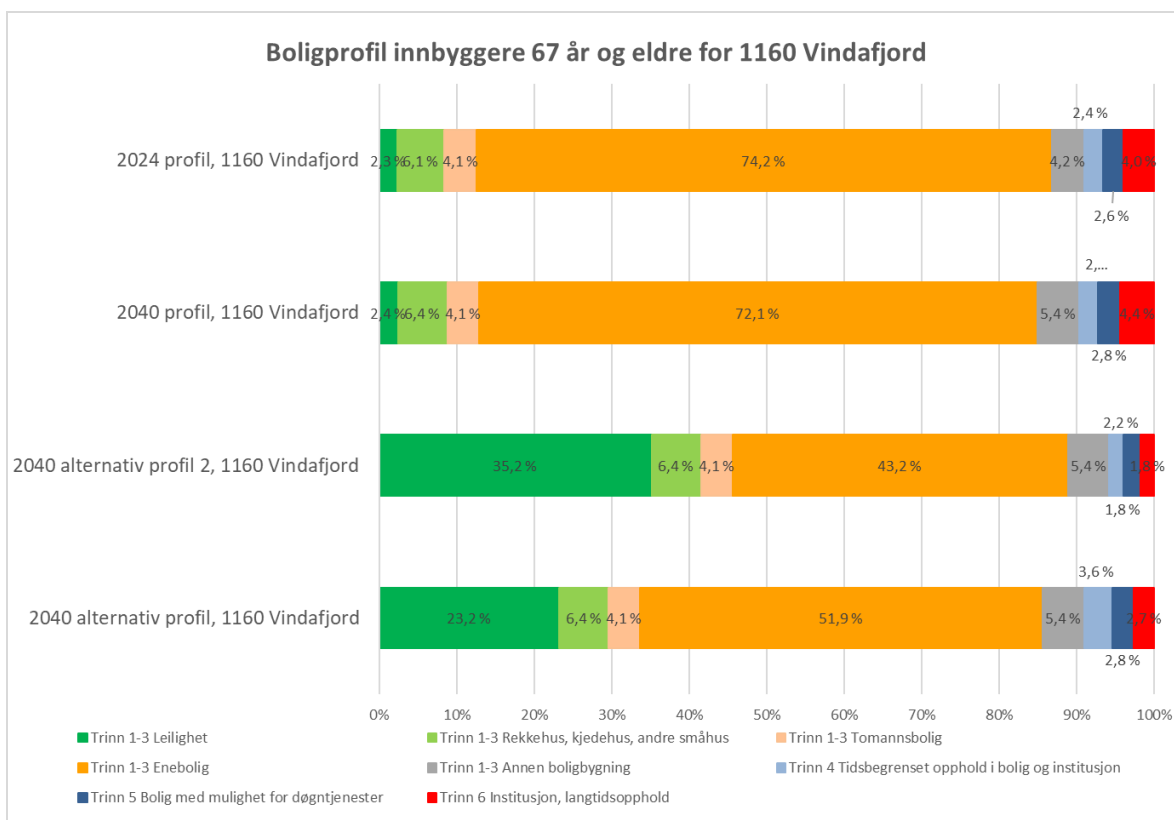
Agenda Kaupang har utviklet en prognosemodell for å planlegge boligbehov for eldre over 67 år i kommunen.

Denne analysen inkluderer de private boligene i kommunen og viser boligsammensetningen fordelt etter boligtype (se figur 4-10). I analysen framskrives behovet for ulike boligtyper basert på demografiutviklingen i kommunen i ulike alternative baner. Formålet med dette er å vise handlingsrommet ved å drive aktiv boligutvikling for å redusere behovet for kostnadskrevede heldøgns omsorgstilbud. Dette kan således danne grunnlag for kommunens videre retningsvalg, planlegging og tjenesteutvikling. Av figur 4-10 ser vi at Vindafjord har en overvekt av eneboliger i boligmassen. Basert på kommunens bosettingsmønster og profil som jordbrukskommune, er det sannsynlig at en vesentlig del av eneboligmassen ligger spredt og er uegnet for eldre med funksjonsnedsettelse. Som diagrammet viser, har Vindafjord en lavere andel bofellesskap, leiligheter og småhus enn de fleste av kommunene i sammenlikningen.



Figur 6-10 Boligmasse fordelt etter bygningstype. Kilde SSB, bearbeidet av Agenda Kaupang.

Basert på kommunens boligprofil har vi framstilt en alternativ framskrevet boligprofil som viser boligmassen med en annen fordeling av bygningstypene. Modellen beregner behovet for ulike type boliger og botilbud framover - kan brukes både nasjonalt, for ulike kommunegrupper og i den enkelte kommune for analyse, planlegging og utvikling av en boligpolitikk og boligforsyningen for eldre. Modellen gir prognoser for bemanningsbehovet og endringer i kostnadene ved valg av ulike type boligprofiler.



Figur 6-11 Alternativ boligprofil for innbyggere 67 år og eldre i Vindafjord. Modell: Agenda Kaupang

I alternativet i Figur 6-11 er det lagt til grunn en framskrivning basert på dagens bemanning på 277 årsverk i 2023. Framskrevet er det forventet en vekst i behov for årsverk med 61 årsverk.

I den alternative profilen i 2040, er årsverksbehovet redusert fra 61 til 51 årsverk. Det er forutsatt 76 ansatte med 67 % gjennomsnittlig stillingsstørrelse i dette alternativet.

Vi har beregnet endringene i kostnader i 2040 (i 2023-kroner). Beregningen viser at de økte kostnadene i den alternative profilen reduseres med 8 mill. kr fra 49 mill. kr til 41 mill. kr.

Analysen har vist behovet for nye boliger i Vindafjord ved å endre boligsammensetningen, slik at flere eldre kan bo i aldersvennlige boliger i generasjonsvennlige bomiljø. Analysen i sin helhet følger som eget vedlegg til denne rapporten.

6.5 Boligprofilanalyse

I tillegg til analysen som viser boligbehov for eldre 67 år og eldre, er det gjennomført en boligprofilanalyse med framskrivninger. Framskrivningsmodellen tar utgangspunkt i dagens praksis for tildeling av plasser, med aldersinndeling basert på kommunens data per 31.12.2023. Denne oversikten inkluderer aldersfordeling og tjenesteomfang. På nasjonalt nivå beregnes dekningsgrader ved å dividere antall tilgjengelige plasser med antall innbyggere over 80 år. Vår erfaring viser at en betydelig andel av plassene, både i institusjoner og boliger med heldøgns tjenester benyttes av personer under 80 år. Derfor mener vi det er nødvendig å skille mellom disse aldersgruppene i våre analyser.

Vi har erfart at det er store variasjoner innad i gruppen over 80 år, noe som gjør det nødvendig å dele opp denne aldersgruppen for å gi en mer presis beskrivelse av dagens situasjon og fremtidige scenarier.

I våre framskrivninger har vi analysert behovet for tjenester for innbyggere over 67 år. Dette inkluderer beregninger av fremtidig behov for sykehjemsplasser, heldøgns omsorgsboliger, og tilrettelagte boliger for eldre. Analysene bygger på kommunens kartlegging av dagens tjenestebehov, samt forventet demografisk utvikling i henhold til Statistisk sentralbyrås framskrivninger.

Alle verdier som framskrives vises i 2023 kroner. Det betyr at når vi skriver at utgiftene vil øke med x-antall millioner fram til 2040 og 2050 så er det i 2023 kroner uten prisstigning, lønnsregulering, inflasjon osv.

For å forstå hvordan ressursene i hjemmetjenesten fordeles, er det viktig å se på hvor mye tid helsepersonell faktisk bruker sammen med pasientene. Kostnadsberegningene for hjemmetjenesten er basert på det som kalles ansikt-til-ansikt (ATA) tid. Dette er et sentralt mål som viser hvor stor andel av arbeidstiden helsepersonell tilbringer direkte med brukerne, og har stor betydning for å kunne vurdere både ressursbruk og fremtidige behov.

ATA-tid refererer spesifikt til den andelen av arbeidstiden hvor helsepersonell har direkte kontakt med pasientene. Denne andelen er beregnet på bakgrunn av en kartlegging kommunen utførte over en to-ukers periode i både Ytre og Indre Sone. Ved å analysere dette forholdet, får vi et bilde av hvor effektivt ressursene brukes, og hvor stor andel av arbeidstiden som går til andre nødvendige oppgaver som administrasjon, reise, eller pauser.

Tabellen nedenfor viser ATA-tiden for de to sonene og tid på døgnet.

Tabell 2: ATA-tid per sone og samlet for kommunen

Område	ATA-tid	Antall kjørte km (uke 2 og 3 i 2024)	Tid	Ytre Sone	Indre Sone	Samlet
Ytre sone	57 %	7 388 km	Dag	57%	57%	56%
Indre sone	46 %	10 009 km	Kveld	65%	48%	56%
Samlet for kommunen	51 %	17 397 km	Natt	49%	35%	42%
			Samlet	57%	46%	51%

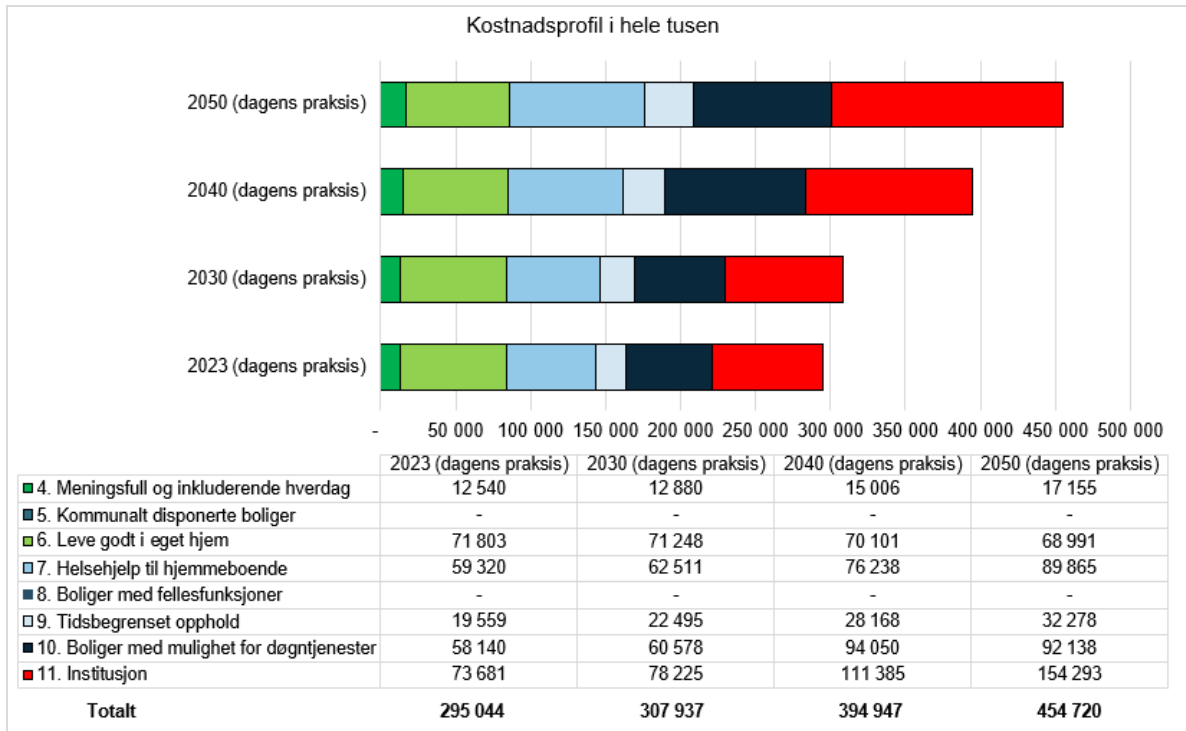
Ytre sone: Vats, Skjold og Vikebygd

Indre sone: Ølen, Ølensvåg, Bjoa, Sandeid, Vikedal og Imsland

6.5.1 Dagens praksis framskrevet til 2030, 2040 og 2050

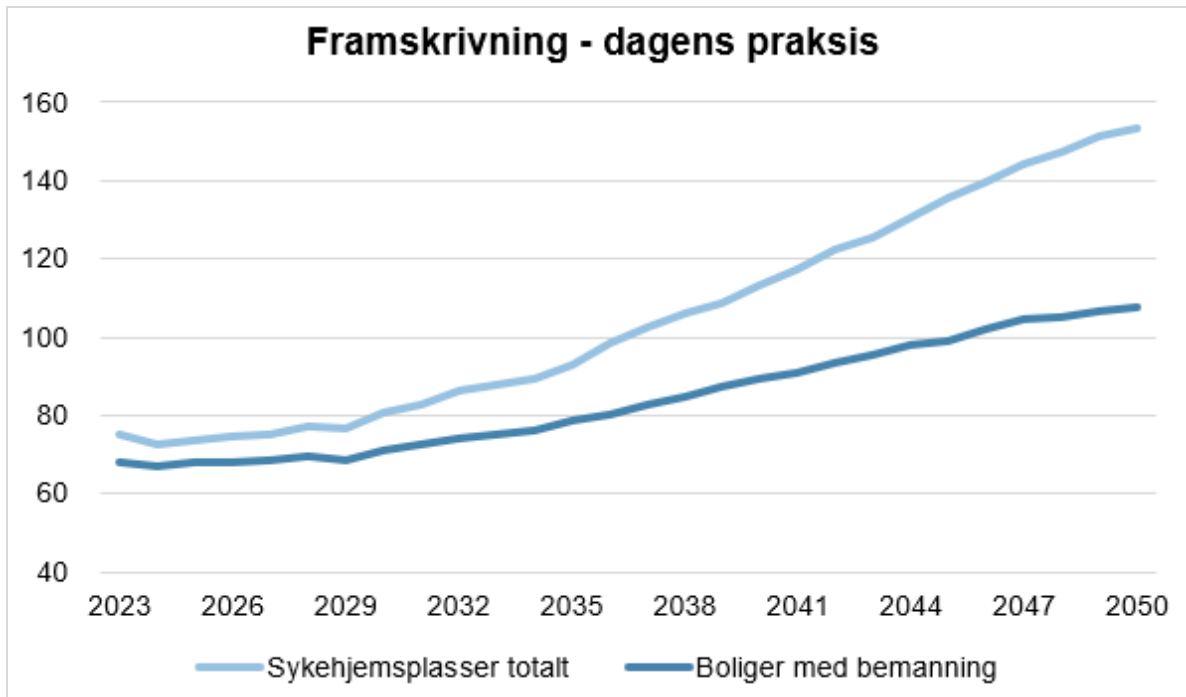
Framskrivningen i figuren nedenfor viser hva kostnadene blir for kommunen om de har tilsvarende tjenesteprofil som i dag. Fra figuren kan vi se kostnadene for de ulike tjenesteprofilene for alle aldersgruppene.

Totalt vil kostnadene øke fra samlet 295 mill. kr i 2023 til 307 mill. kr i 2030 og til 394 mill. kr i 2040.



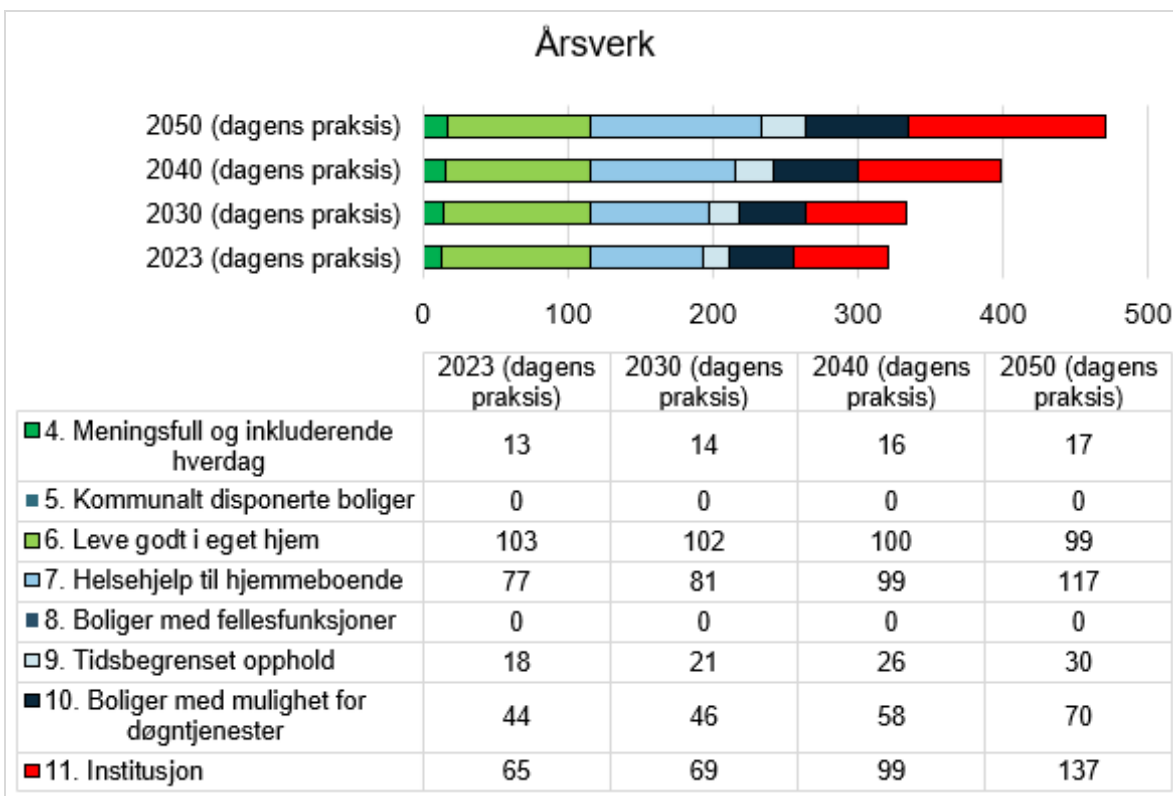
Figur 6-12 Basert på kommunens innrapporterte data, bearbeidet av Agenda Kaupang

Figuren under viser framskrivningen av sykehjemsplasser og boliger med mulighet for døgntjenester. Framskrivningen viser økende behov for sykehjemsplasser og boliger med bemanning frem til 2050, basert på dagens dekningsgrad. Den lyseblå linjen viser at behovet for sykehjemsplasser vil øke markant, spesielt fra 2035, noe som reflekterer den forventede veksten i antall eldre.



Figur 6-13 Sykehjemsplasser og boliger med bemannings, framskrivning basert på dagens praksis. Bearbeidet av Agenda Kaupang

Figuren nedenfor viser framskrivningen av antall årsverk dersom tjenestene leveres på samme måte som i dag. Totalt antall årsverk vil øke fra 321 i 2023 til 334 i 2030 og til 399 i 2040. Frem mot 2050 viser framskrivningen at det vil være behov 149 flere årsverk sammenliknet med 2023.



Figur 6-14: Framskrivning av årsverksbehov for de ulike tjenesteprofilene

For å kunne gi et bedre grunnlag for langsiktig planlegging av helse- og omsorgstjenester i kommunen, har vi utarbeidet tre alternative scenarier for utviklingen frem til 2050. Disse scenariene illustrerer hvordan ulike strategiske valg kan påvirke både kostnadsnivået og bemanningsbehovet i fremtiden, basert på dagens tjenesteprofil og mulige endringer i kapasitets- og omsorgsstrukturen.

Scenarioene gir et detaljert bilde av hvordan kostnadene kan utvikle seg under ulike forutsetninger, samt hvordan tjenestetilbudet kan tilpasses den forventede veksten i antall eldre. Ved å sammenligne dagens praksis med alternative tilpasningsmodeller, synliggjør vi mulige besparelser i både kostnader og årsverksbehov.

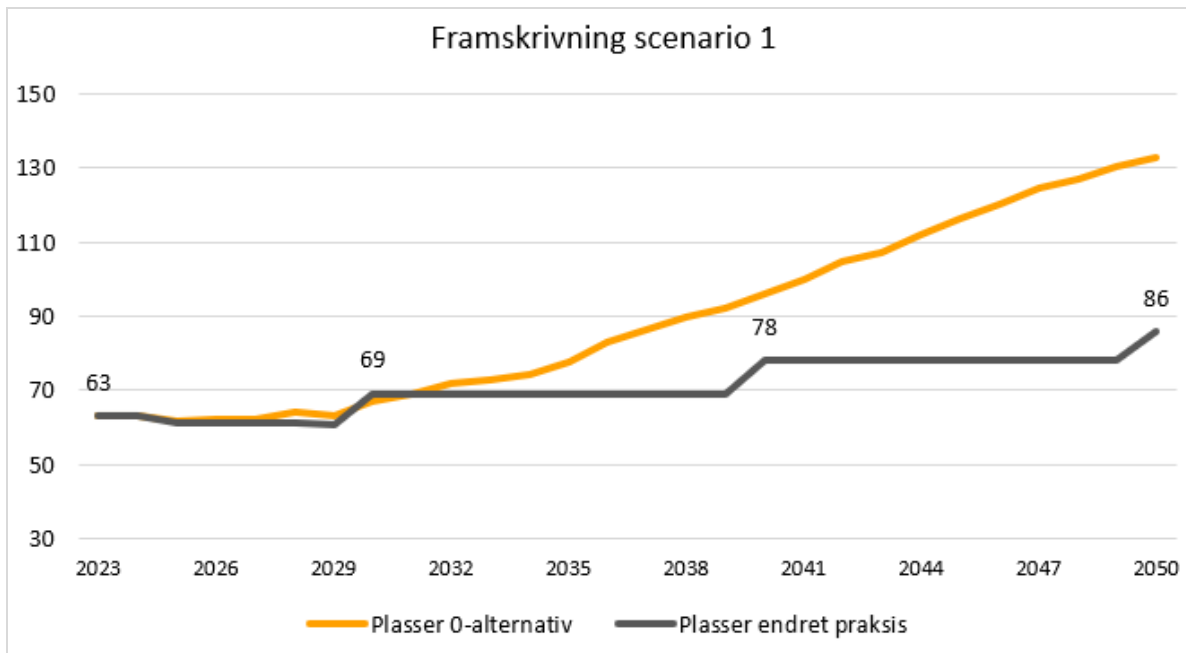
Gjennom disse scenariene presenterer vi konsekvensene av å opprettholde dagens tjenestemodell kontra justeringer som kan gjøres for å møte fremtidige behov på en mer kostnadseffektiv og bærekraftig måte.

6.5.2 Scenario 1 – øke sykehjemskapasiteten i tre omganger

0-alternativ (fortsette dagens praksis)

Scenario 1: Ingen nye sykehjemsplasser (langtid) de nærmeste årene, øker deretter med åtte plasser i tre omganger, i 2030, 2040 og 2050.

Figuren under viser økningen på totalt 24 plasser i tre omganger sammenliknet med en videreføring av dagens dekningsgrad.



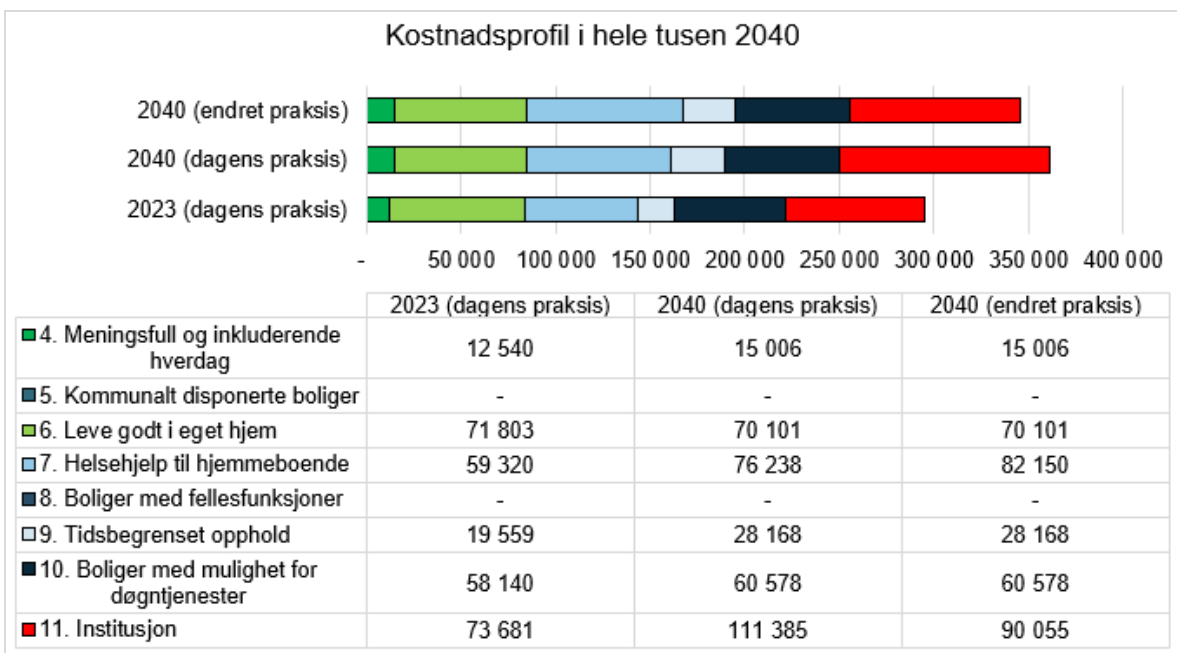
Figur 6-15: Framskrivning scenario 1, ingen nye sykehjemsplasser de nærmeste årene deretter gradvis økning med 24 plasser

Figurene nedenfor viser kostnadsprofilene for årene 2040 og 2050, basert på scenario1: videreføring av dagens praksis og en justert praksis. I scenario 1 opprettholdes antallet plasser på et konstant nivå i de nærmeste årene, med en påfølgende økning på 8 plasser i tre faser. Denne trinnvise økningen er planlagt å skje i tre omganger. Scenario 1 koster totalt 346 mill. kroner i 2040 og 419 mill. kr i 2050 ved endret praksis. Dette gir en kostnadsreduksjon på 15,4 mill. kr innen 2040, og en reduksjon på 35 mill. kr innen 2050 sammenlignet med å fortsette med dagens praksis.

I tillegg viser figurene utviklingen i antall årsverk knyttet til disse tiltakene. Ved å holde antall plasser konstant de nærmeste årene, og deretter øke med 8 + 8 + 8 plasser over tid, forventes behovet for antall årsverk å reduseres. I 2040 vil dette kunne innebære en reduksjon på 11 årsverk, mens det i 2050 vil kunne være en reduksjon på 23 årsverk.

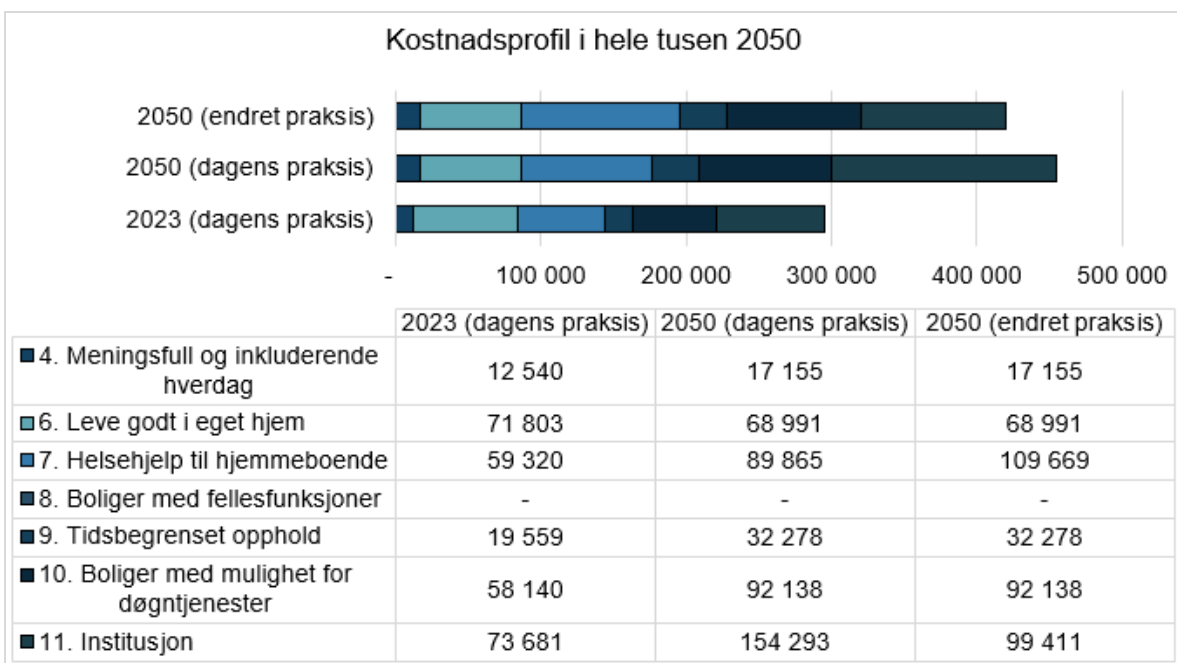
Tiltaket innebærer en tilpasning av kapasiteten over tid for å møte behovet, samtidig som både kostnader og bemanningsbehov reduseres i forhold til dagens praksis. Dette scenarioet gir et langsiktig potensial for både økonomisk besparelse og ressursstyring, og vil kreve nøye planlegging og oppfølging for å sikre at både omsorgsbehov og personalbehov balanseres på en forsvarlig måte.

Kostnadsprofil 2040:



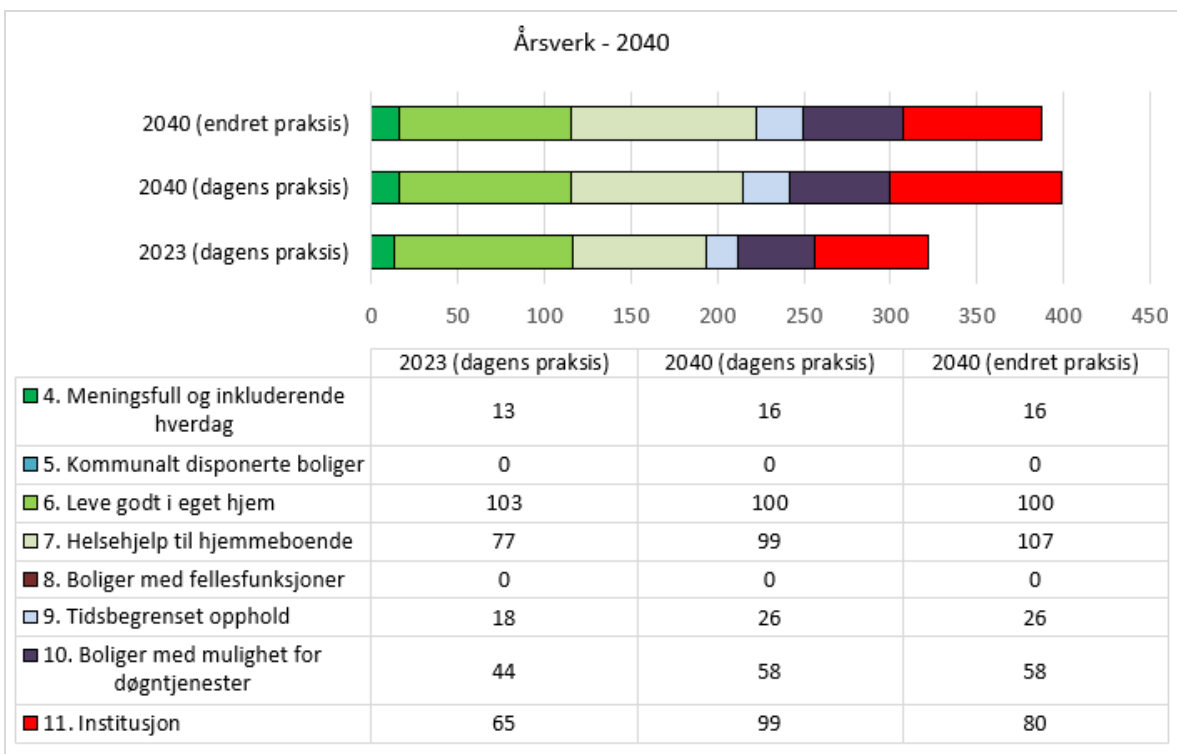
Figur 6-16: Kostnadsprofil 2040 scenario 1, sammenliknet mot dagens praksis, Agenda Kaupang

Kostnadsprofil 2050:



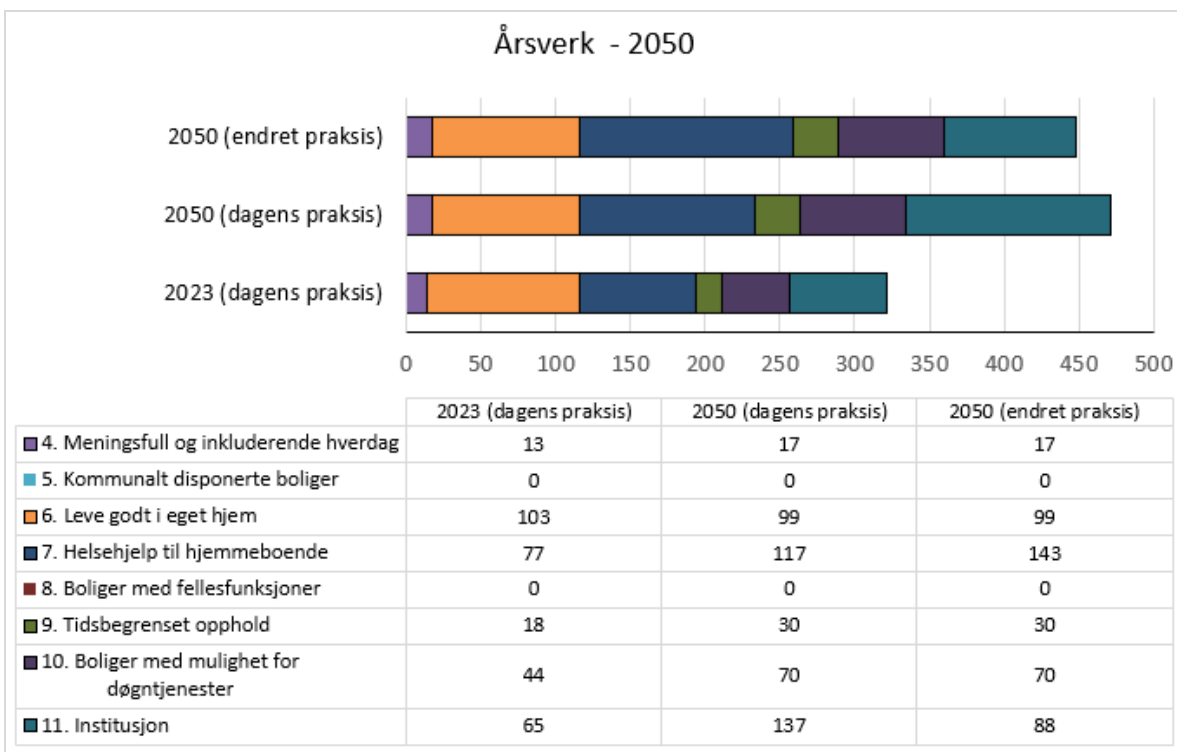
Figur 6-17: Kostnadsprofil 2050 scenario 1, sammenliknet med dagens praksis, Agenda Kaupang

Årsverksprofil 2040:



Figur 6-18: Årsverk 2040 scenario 1, framskrevet, Agenda Kaupang

Årsverksprofil 2050:



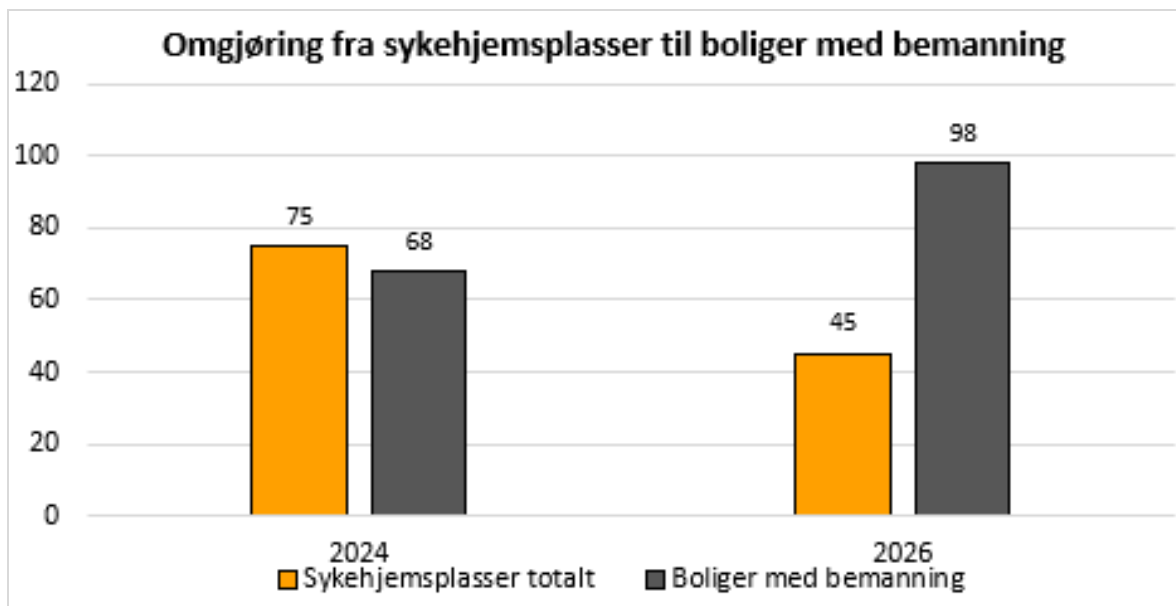
Figur 6-19: Årsverk 2050 scenario 1, framskrevet, Agenda Kaupang

6.5.3 Scenario 2 – omgjøring av sykehjemsplassene ved Ølen til boliger med mulighet for heldøgns omsorg

0-alternativ: Fortsette dagens praksis.

Scenario 2: Omgjøre sykehjemsplassene ved Ølen omsorgssenter til omsorgsboliger med bemanning, og deretter øke kapasiteten med totalt 24 plasser i to omganger (12 + 12). Det legges i tillegg til 5 timer mer hjemmesykepleie per uke for hver sykehjemsplass som omgjøres.

Figuren nedenfor viser antall plasser etter omgjøring av sykehjemsplasser til bemannede omsorgsboliger.



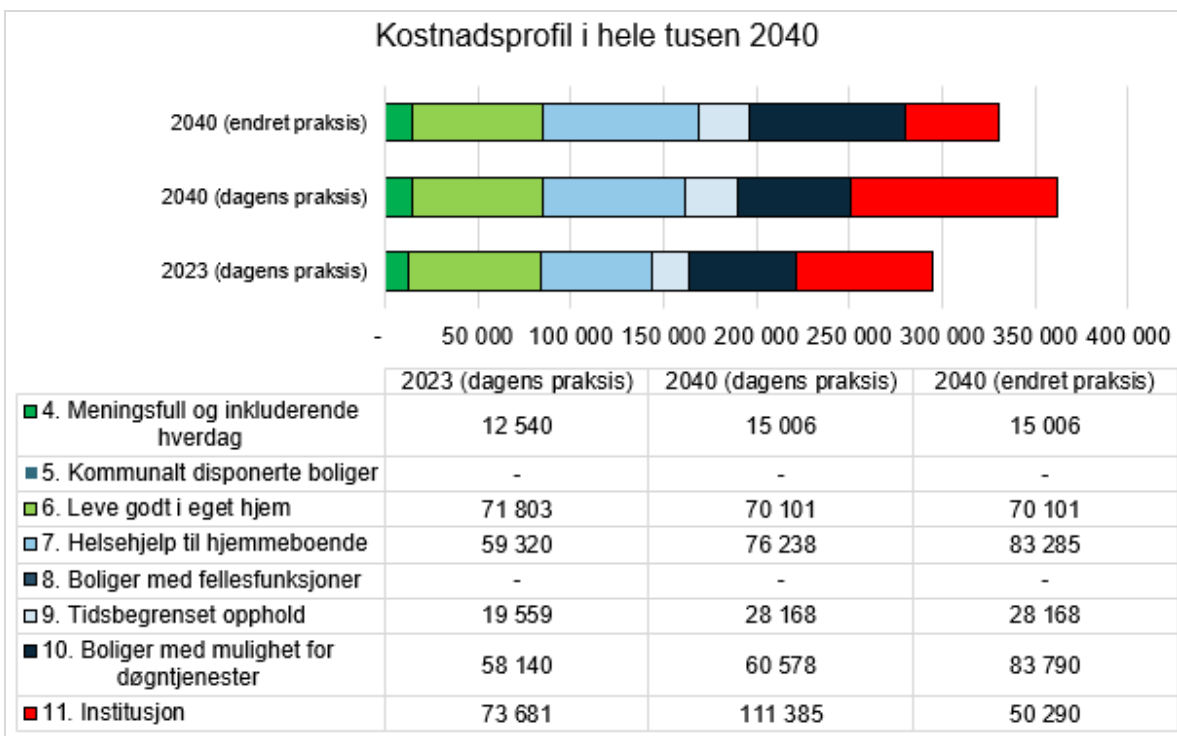
Figur 6-20: Scenario 2, endret sammensetning av sykehjemsplasser og boliger med heldøgns omsorg, bearbeidet av Agenda Kaupang

Ved å omgjøre sykehjemsplassene ved Ølen omsorgssenter til omsorgsboliger med bemanning, og deretter øke kapasiteten med 12 plasser i to omganger (først i perioden 2030-2040 og deretter mellom 2040-2050), viser estimater en mulig kostnadsreduksjon. Scenario 2 koster totalt 330,6 mill. kr i 2040 og 386,5 mill. kr i 2050. Dette gir en reduksjon i kostnadene på 30,8 mill. kr innen 2040, og ytterligere med 68 mill. kr innen 2050 sammenlignet med å fortsette med dagens praksis. Det er verdt å merke seg at disse tallene er estimater og innebærer en viss grad av usikkerhet, avhengig av fremtidige forutsetninger og faktorer som kan påvirke kostnadsutviklingen.

I dette scenarioet vil kostnadene knyttet til institusjonsplasser reduseres, mens kostnader for helsehjelp til hjemmeboende vil øke noe. Omsorgsboliger med heldøgnsbemanning er generelt mer kostnadseffektive enn institusjonsplasser, blant annet på grunn av færre årsverk og lavere kostnad per plass.

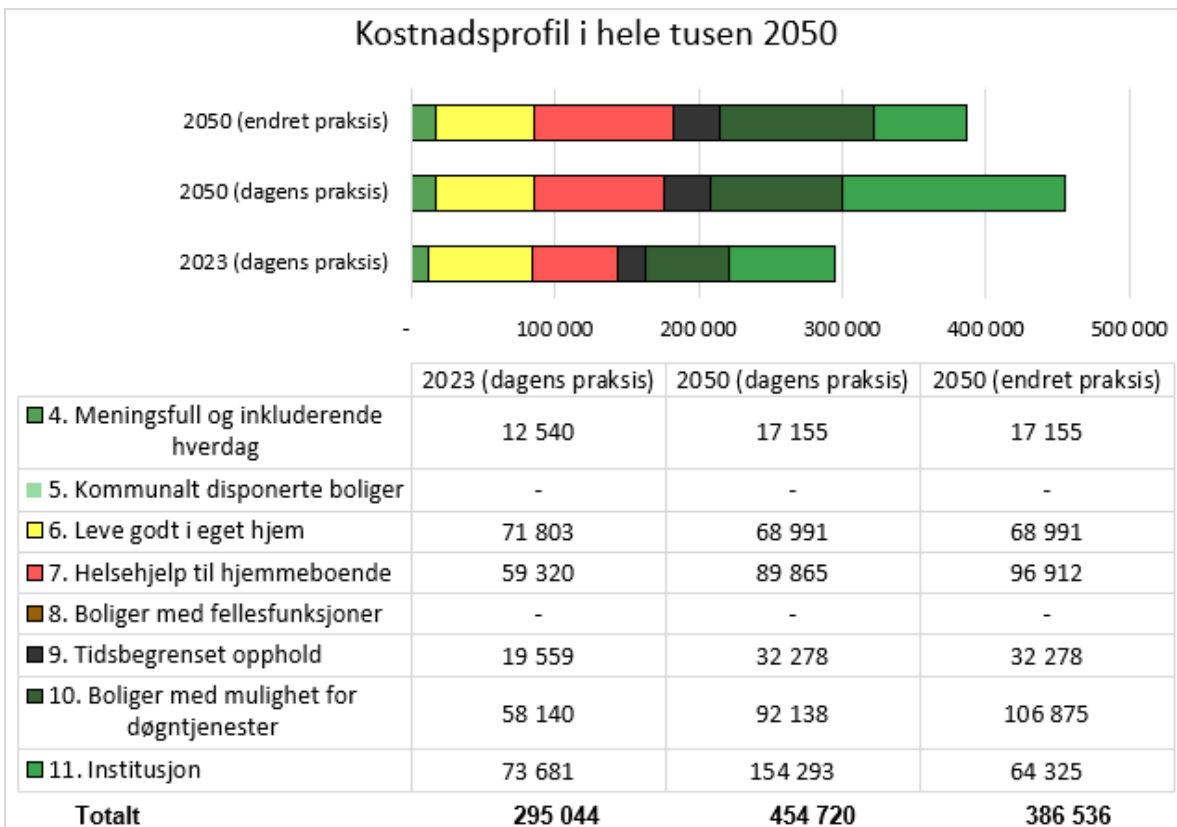
Når sykehjemsplassene ved Ølen omsorgssenter omgjøres til omsorgsboliger, og kapasiteten økes gradvis, vil også behovet for årsverk reduseres. Beregninger indikerer at antall årsverk vil reduseres med 28 innen 2040, og med 59 innen 2050. Disse estimatene er ment å illustrere potensielle effekter av de foreslåtte tiltakene og må ses i lys av den iboende usikkerheten i slike langsiktige prognoser.

Kostnadsprofil 2040:



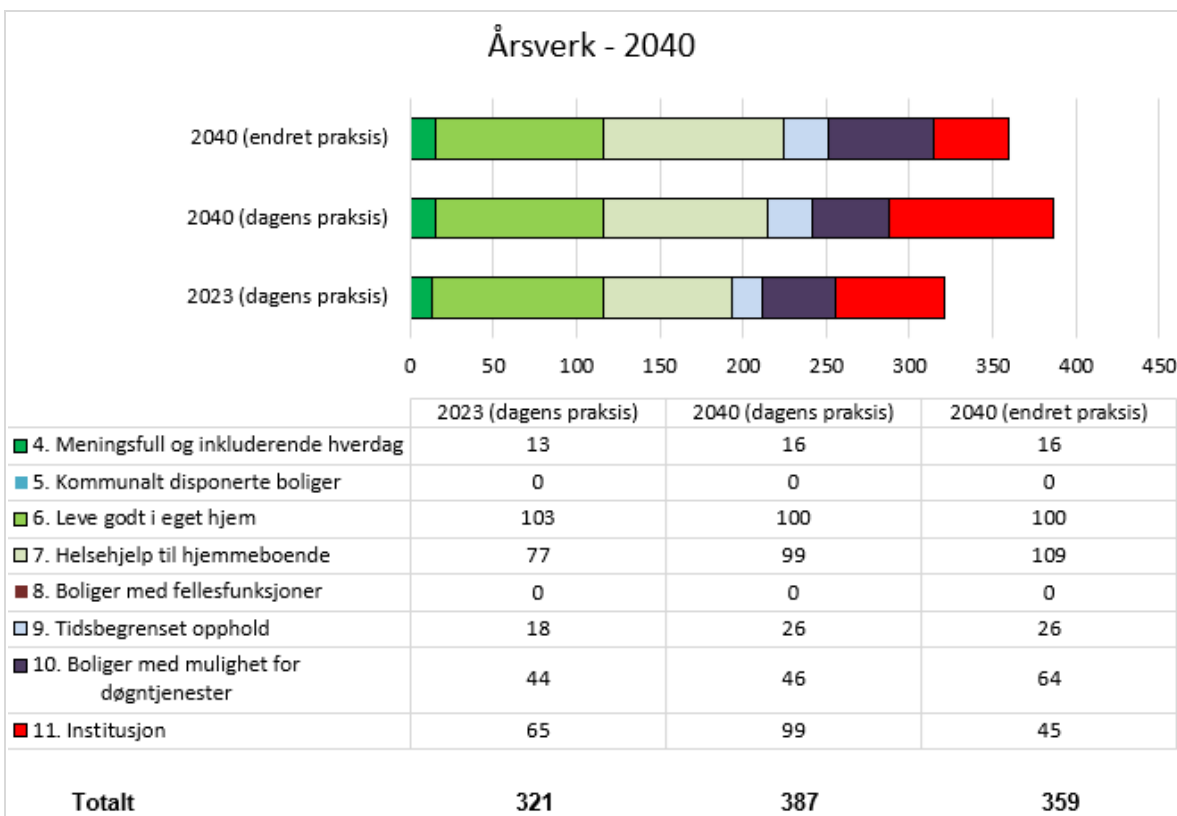
Figur 6-21: Kostnadsprofil 2040 scenario 2, sammenliknet med dagens praksis, Agenda Kaupang

Kostnadsprofil 2050:



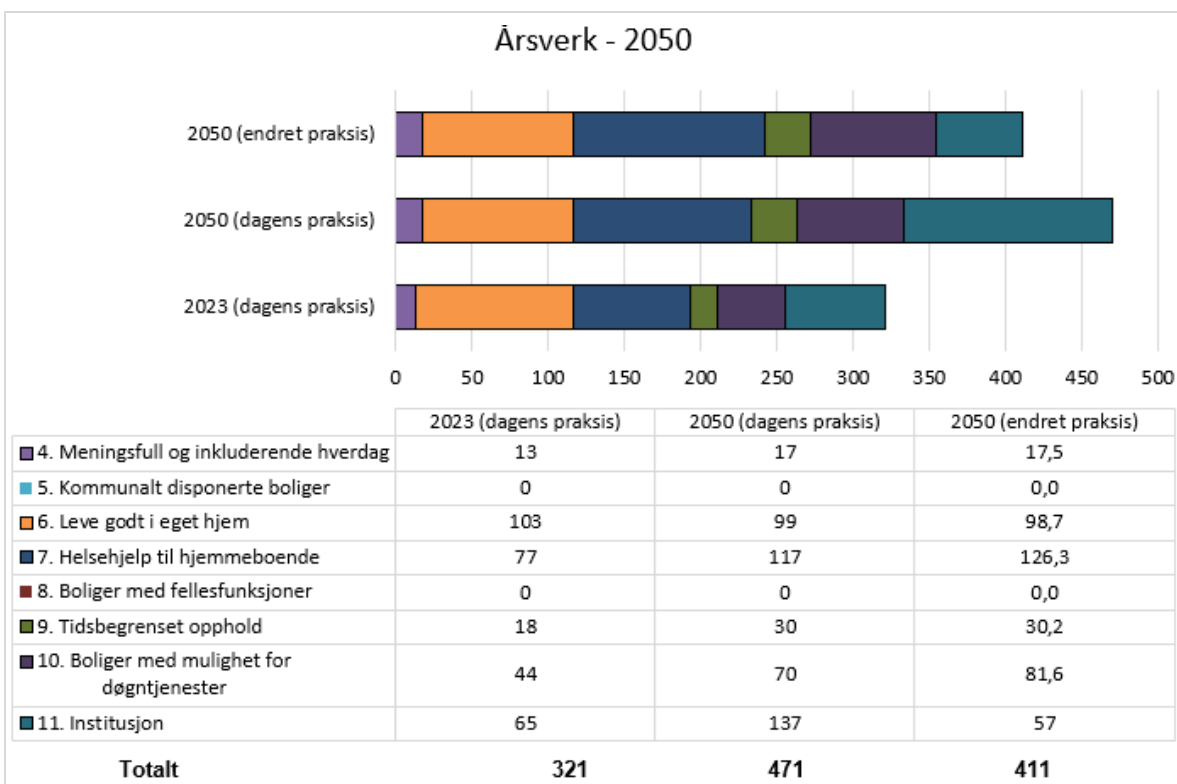
Figur 6-22: Kostnadsprofil 2050 scenario 2, sammenliknet med dagens praksis, Agenda Kaupang

Årsverksprofil 2040



Figur 6-23: Årsverk framskrevet scenario 2, bearbejdet av Agenda Kaupang

Årsverksprofil 2050:



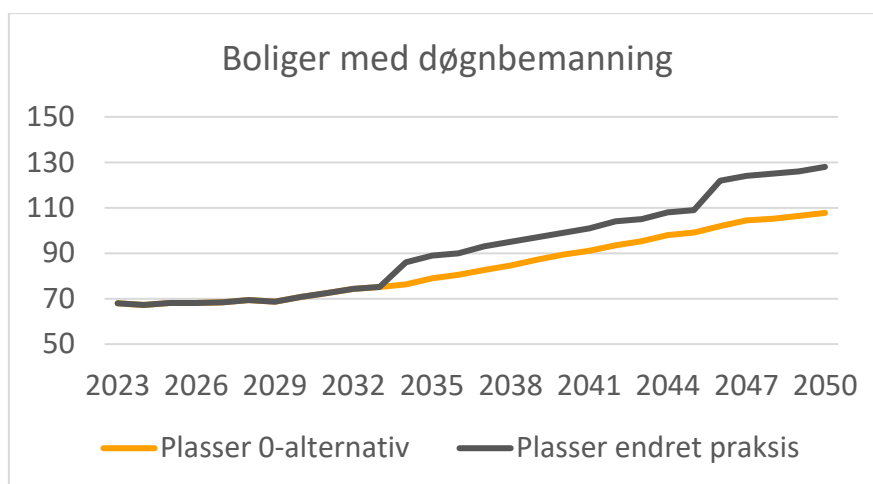
Figur 6-24: Årsverk, framskrevet scenario 2, bearbejdet av Agenda Kaupang

6.5.4 Scenario 3 – antall sykehjemsplasser holdes konstant, øker med HDO og omsorgsboliger

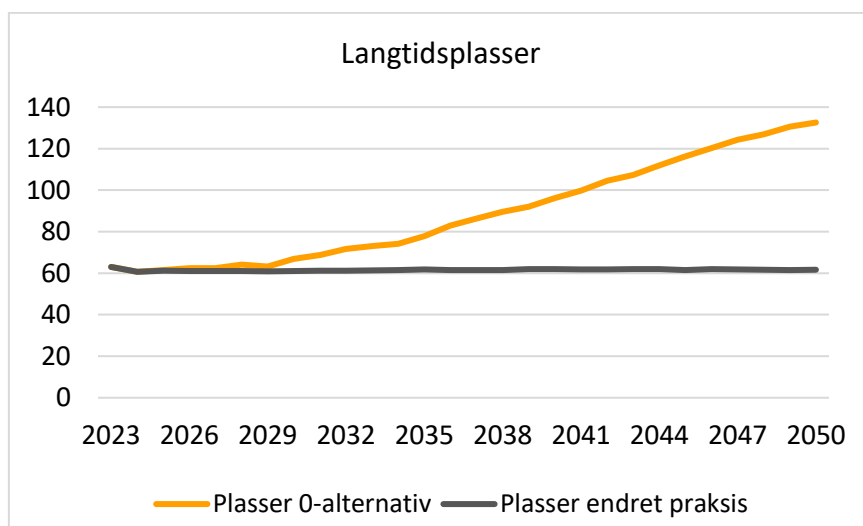
0-alternativ: Fortsette dagens praksis uten endringer. Dette innebærer en videreføring av nåværende kapasitet og tjenestetilbud i helse- og omsorgssektoren, uten å justere for fremtidige behov.

Scenario 3: I dette scenarioet holdes antallet sykehjemsplasser konstant, og det økende behovet for omsorgstjenester møtes ved å bygge flere heldøgns omsorgsboliger og ordinære omsorgsboliger. For å sikre tilstrekkelig helsehjelp legges det i tillegg til grunn en økning i hjemmesykepleie med 3 timer per uke for hver bruker.

Figurene viser framskrivninger for antall plasser i henholdsvis boliger med døgnbemanning og langtidsplasser for de ulike alternativene i dette scenariet. Øverste figur viser en betydelig økning i døgnbemannede boliger ved endret praksis, mens nederste figur viser at langtidsplassene holdes stabile i endret praksis, men øker i 0-alternativet.



Figur 6-25: Behov for boliger med mulighet for heldøgns omsorg, framskrevet, scenario 3



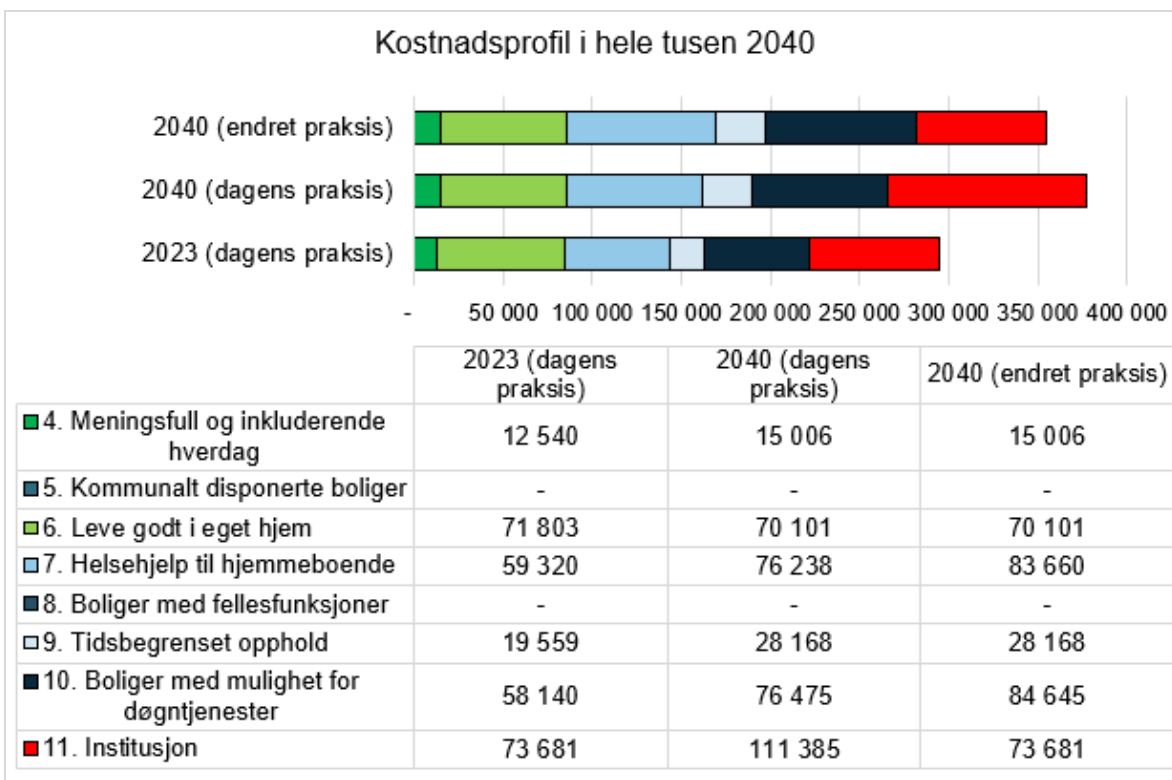
Figur 6-26: Behov for sykehjemsplasser, framskrevet, scenario 3

Scenario 3 koster totalt 355 mill. kr i 2040 og 414 mill. kr i 2050. Figurene nedenfor viser at i 2040 forventes en kostnadsreduksjon på 22 mill. kr, mens besparelsen i 2050 anslås til 40,7 mill. kr.

Denne reduksjonen skyldes primært lavere kostnader knyttet til institusjonsplasser, ettersom boliger med heldøgnsbemanning krever færre årsverk og har lavere driftskostnader per plass. Samtidig vil utgiftene til helsehjelp til hjemmeboende øke noe i dette scenarioet.

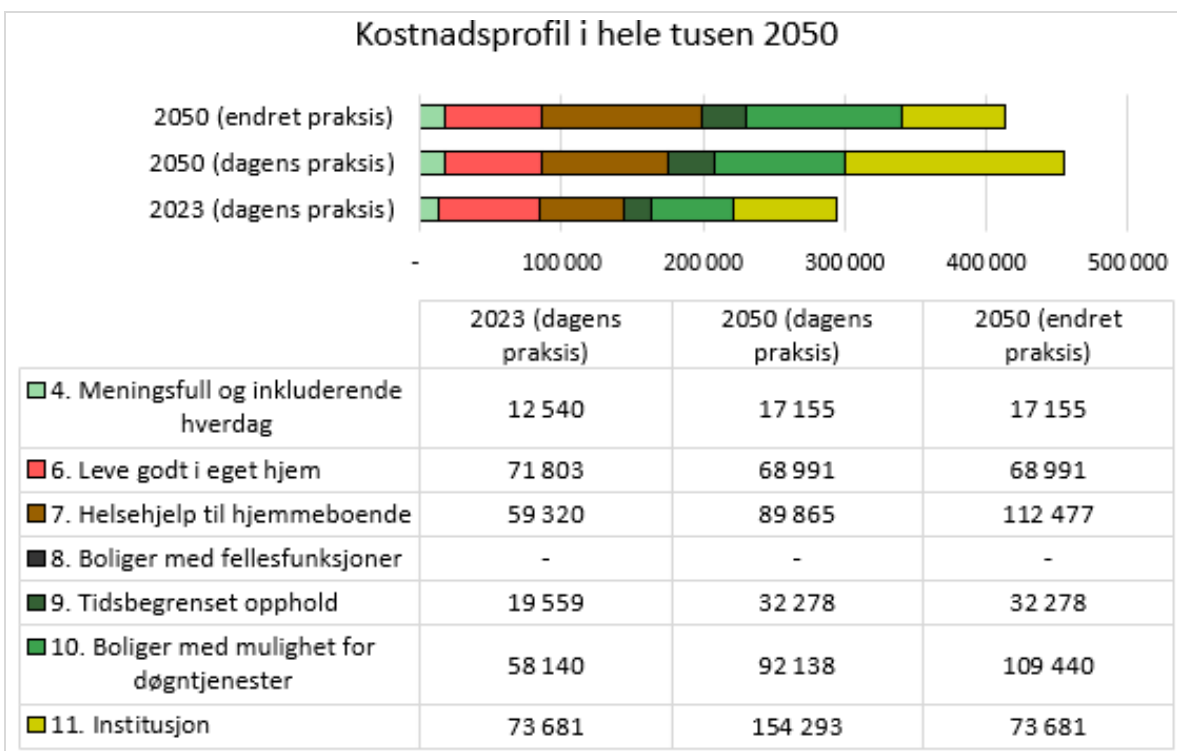
Når det gjelder årsverksbehov, viser estimatene en reduksjon på 18 årsverk innen 2040, med ytterligere reduksjon til 29 årsverk innen 2050. Dette illustrerer hvordan en overgang til mer hjemmebaserte tjenester og omsorgsboliger med bemanning kan gi betydelige besparelser i ressursbruk over tid, samtidig som omsorgstilbudet opprettholdes.

Kostnadsprofil 2040:



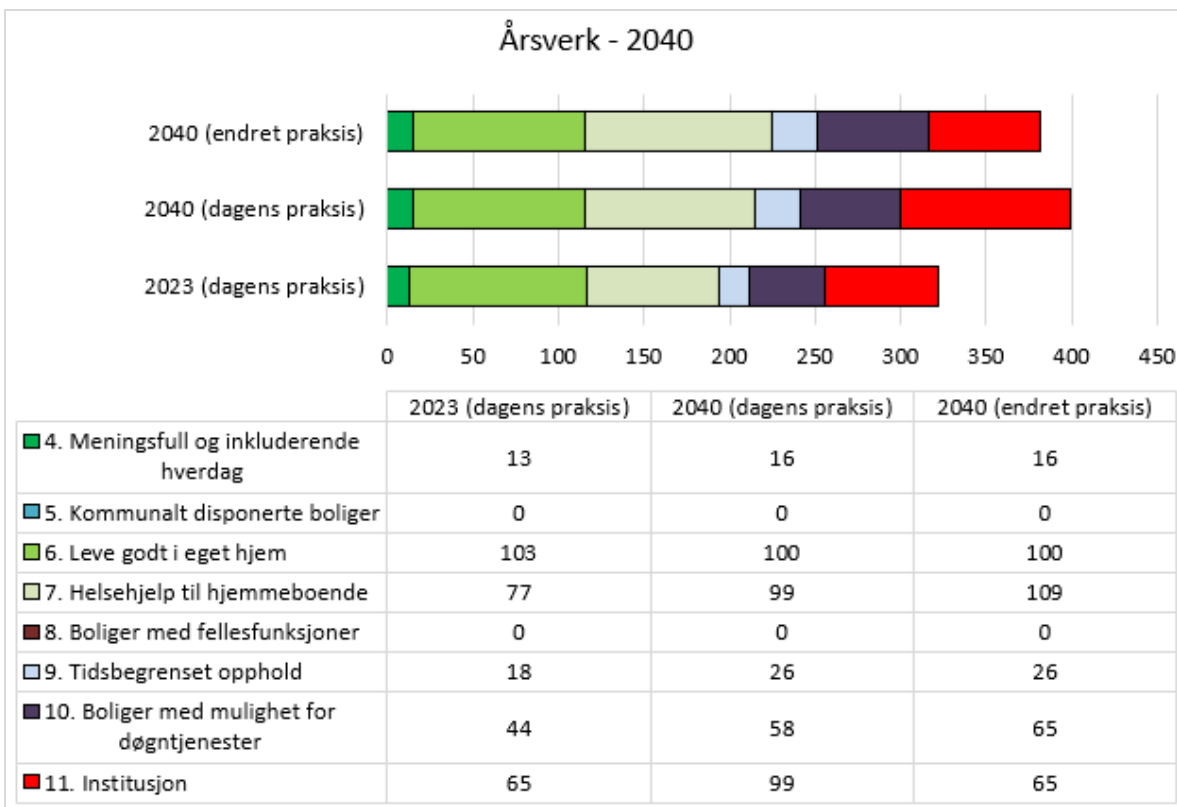
Figur 6-27: Kostnadsprofil 2040 scenario 3, sammenliknet med dagens praksis, Agenda Kaupang

Kostnadsprofil 2050:



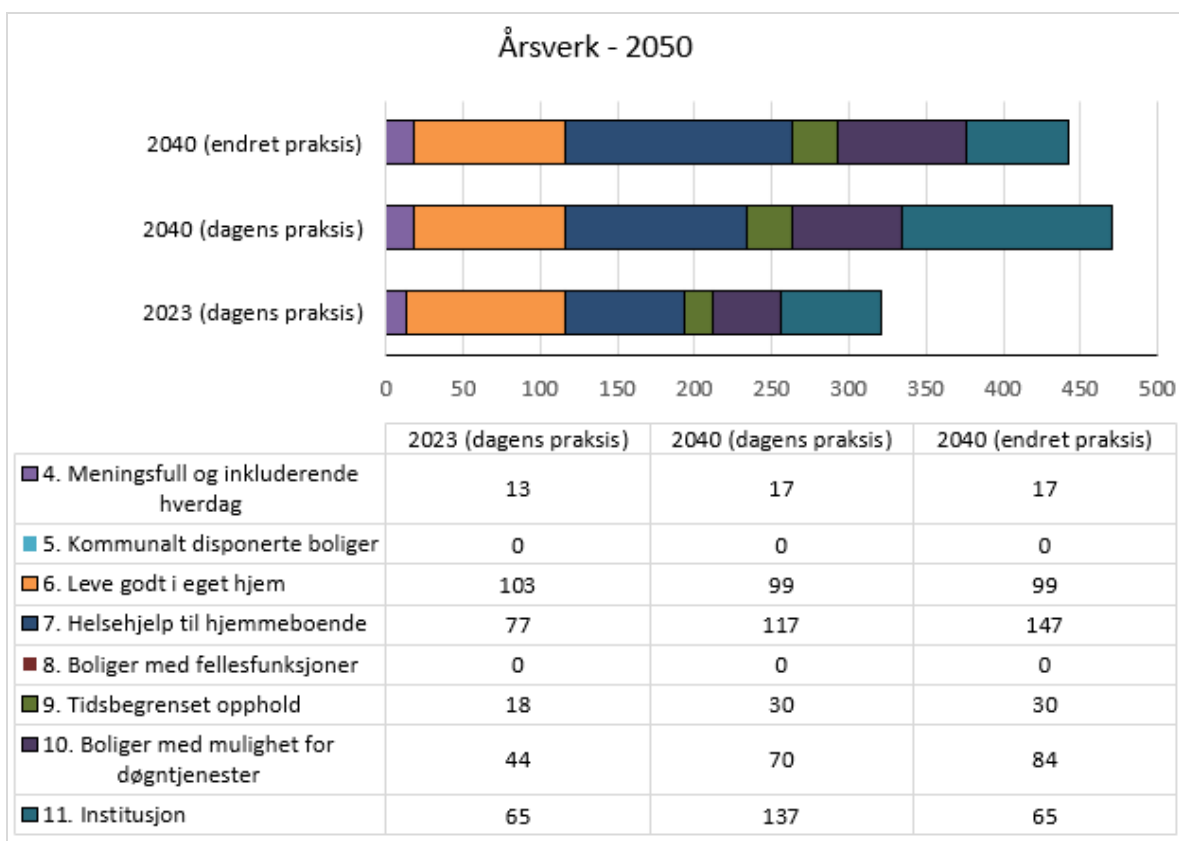
Figur 6-28: Kostnadsprofil 2050, sammenliknet med dagens praksis, Agenda Kaupang

Årsverksprofil 2040:



Figur 6-29: Årsverk 2040 scenario 3, framskrevet, bearbeidet av Agenda Kaupang

Årsverksprofil 2050:



Figur 6-30: Årsverk 2050 scenario 3, framskrevet, bearbeidet av Agenda Kaupang

6.5.5 Oppsummering

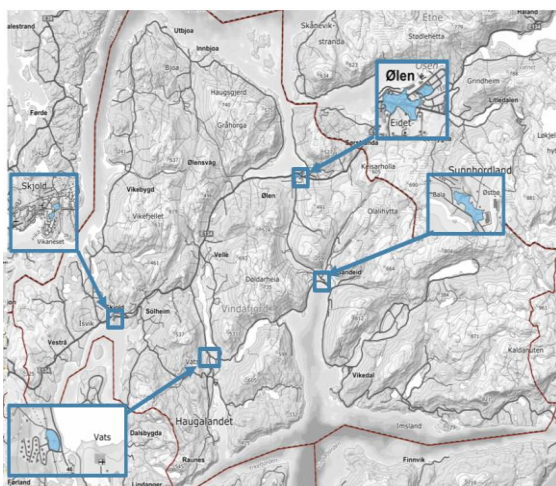
- ▶ **Scenario 1 – Økning av sykehjems kapasiteten i tre omganger:** I dette scenariet holdes antall sykehjemsplasser konstant i de nærmeste årene, med en gradvis økning på 8 plasser i tre omganger frem mot 2050. Dette scenarioet vil kunne gi en kostnadsreduksjon på 15,4 mill. kr i 2040 og 35 mill. kr i 2050. Årsverksbehovet reduseres med 11 årsverk i 2040 og 17 årsverk i 2050. Selv om dette scenarioet gir besparelser både i kostnader og bemanning, er det en forsiktig tilnærming som sikrer at sykehjemskapasiteten økes i takt med behovet. Det kan være et alternativ for kommuner som ønsker å balansere kostnadskutt med en moderat tilpasning av tjenestene.
- ▶ **Scenario 2 – Omgjøring av sykehjemsplasser til omsorgsboliger:** Her foreslås en omgjøring av sykehjemsplassene ved Ølen omsorgssenter til bemannede omsorgsboliger, med en kapasitetsøkning på 24 plasser i to omganger. Dette scenarioet viser en mer aggressiv strategi for å redusere kostnadene, med en besparelse på 30,8 mill. kr i 2040 og hele 68 mill. kr i 2050. Årsverksbehovet reduseres betraktelig, med 27 årsverk i 2040 og 59 årsverk i 2050. Dette scenariet fremhever fordelene ved å redusere bruken av institusjonsplasser til fordel for mer fleksible omsorgsboliger med bemanning. Selv om det gir betydelige økonomiske fordeler, forutsetter det at en større andel av omsorgsbehovene kan dekkes i boliger med heldøgns bemanning, som kan være en utfordring for enkelte brukere med komplekse behov.
- ▶ **Scenario 3 – Konstante sykehjemsplasser og økning i bolig med mulighet for heldøgns omsorg (HDO) og omsorgsboliger:** Dette scenarioet foreslår at antall sykehjemsplasser holdes konstant, mens det økende behovet dekkes gjennom en kombinasjon av flere heldøgns omsorgsboliger og en økning i hjemmesykepleie med 3 timer per uke. Dette gir en kostnadsbesparelse på 22 mill. kr i 2040 og 40,7 mill. kr i 2050, samtidig som årsverksbehovet

reduseres med 18 årsverk i 2040 og 29 årsverk i 2050. Dette scenarioet er et mer moderat alternativ enn scenario 2, men gir fortsatt betydelige besparelser både i kostnader og bemanning. Det legger til rette for mer fleksible og hjemmebaserte omsorgsløsninger, som kan være et mulig grep i å møte fremtidens demografiske utfordringer.

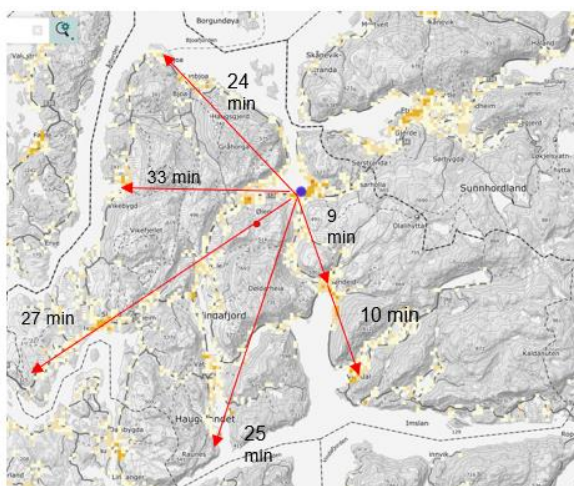
Basert på analysen av de tre scenariene, kan kommunen bruke disse framskrivningene som et grunnlag for å ta strategiske beslutninger om fremtidens omsorgstjenester. Det er sentralt å vurdere hvor raskt og hvor mye omsorgsbehovet vil øke, samt hvilke typer omsorgstjenester som vil være mest hensiktsmessige for å møte behovet. Scenarioene illustrerer tydelig at en kombinasjon av institusjonsplasser, heldøgns omsorgsboliger, og økt hjemmebasert omsorg kan bidra til betydelige kostnadsbesparelser og redusert ressursbruk på lang sikt. Kommunen bør derfor vurdere hvilken balanse mellom tradisjonelle institusjonsplasser og mer fleksible omsorgsboliger som best vil møte fremtidige behov. Ved å ta hensyn til befolkningsvekst, aldring og behov for mer individualiserte omsorgsløsninger, kan kommunen planlegge langsiktige tiltak som er både økonomisk bærekraftige og tilpasset innbyggernes behov.

6.6 Funn fra befaringer

Vindafjord er en langstrakt kommune med bosettinger innerst i fjordarmene og bygdene. Kommunen vil i årene fremover, som resten av kommunene i Norge, få flere og en økende andel eldre. Dette må kommunen planlegge for. Kvaliteter ved boligene og nærmiljøet som gjør det godt å leve i for eldre, er og godt for andre. Å utvikle generasjonsvennlig lokalsamfunn kan derfor være et nyttig prinsipp i samfunnsutviklingen generelt. Det innebærer å legge til rette for egnede boliger og bomiljø det er mulig å leve mest mulig selvstendig i, til tross for mobilitetsvansker og funksjonsnedsettelse. I kapittel 5 har vi redegjort for en rekke nødvendige kvaliteter som kjenner seg ut som aldersvennlige bomiljø og nærmiljøkvaliteter. I de små bygdene som ligger lengst ut i distriktene, vil det sannsynligvis være vanskeligere å legge godt nok til rette for aldersvennlige boliger og bomiljø. En bevisst arealpolitikk og en boligutvikling som ser bolig og tjenester i større sammenheng vil være nødvendig for å legge til rette for at flere eldre skal kunne klare seg lenger i eget hjem i årene som kommer.



Figur 6-31 Oversikt over handels- og servicesoner, Ølen, Skjold, Vats og Sandeid

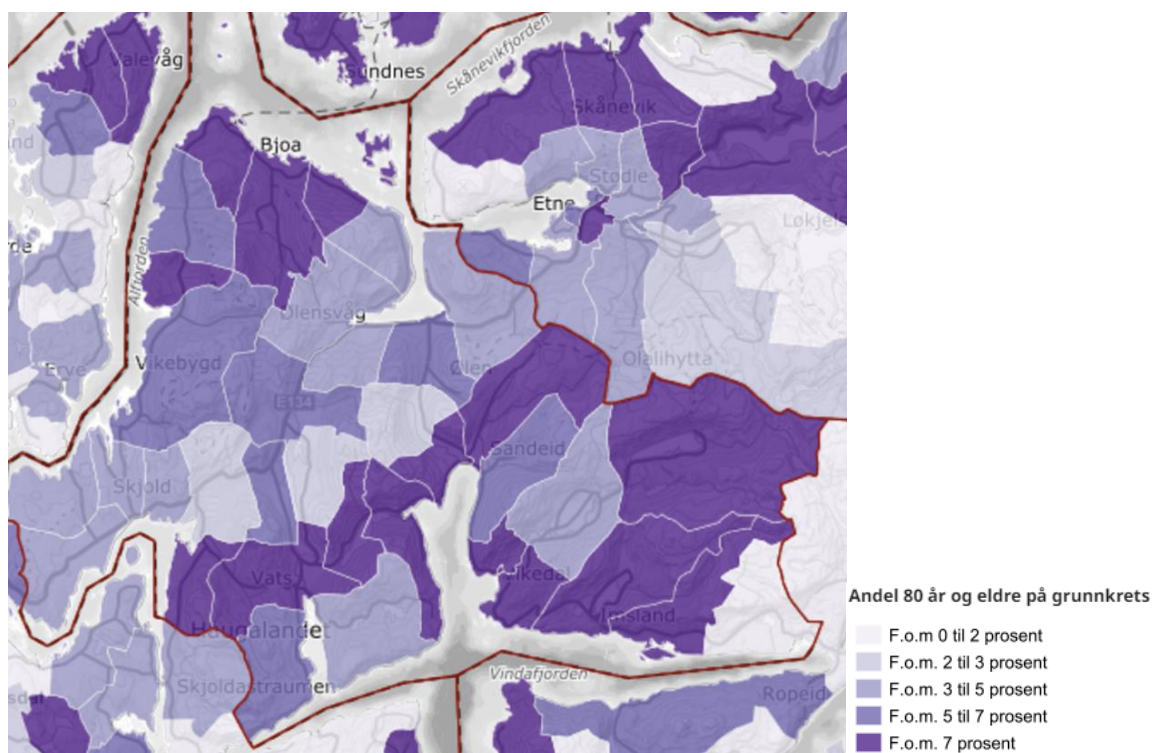


Figur 6-32 Befolkning 250 m Vindafjord

Befolkning 250m 2023



Figuren på foregående side viser de fire handels- og servicesonene i Vindafjord, der Ølen er det største, samt bosettingsmønsteret i kommunen.



Figur 6-33 Befolkning andel 80+ på grunnkrets

Figur 6-33 viser hvor de eldre over 80 år bor (i lilla) fordelt på grunnkrets. Som det fremgår av kartene, bor den største andelen av de eldre utenfor kommunesenteret og en større andel bor også utenfor handels- og servicesonene. Dette kan medføre økte behov for helse- og omsorgstjenester.

I forbindelse med gjennomgangen innen helse og omsorg ble det gjennomført befaringer ved sykehjemmene og utvalgte boliger med heldøgns omsorg i Vindafjord kommune. Vi har ikke gjort vurderinger av teknisk standard da dette faller utenfor vårt kompetanseområde og krever egen gjennomgang.

Formålsbygg i helse- og omsorgstjenestene fyller svært ulike formål og skal dekke ulike behov, alt fra boliger med eller uten mulighet for døgn tjenester, behandling og kurativ virksomhet, institusjonsplasser til midlertidig eller varig opphold og støttetjenester som blant annet kjøkken, vaskeri, vaktmester og renhold til administrasjonsbygg.

Med utgangspunkt i ulike formål og ulike behov disse byggene skal fylle, er det ingen standardkrav for utforming. Kvalitativt gode helsebygg er utformet og utstyrt for å fremme helse, trivsel, sikkerhet, mestring og god livskvalitet for de som bor eller har midlertidig opphold i byggene. For de som jobber i byggene er det av betydning at byggene er tilrettelagt for gode og effektive arbeidsforhold og arbeidsmiljø, tjensteeffektivitet, fremmer samhandling og gir god ressursutnyttelse

For å kunne gjøre vurderinger av bygningsmassene støtter vi oss på en rekke kriterier som sentrale kjennetegn ved egnede og funksjonelle helse- og omsorgsbygg og boliger til helse- og omsorgsformål. Oppsummert er disse kjennetegnene som følger:

- ▶ Tilpasset brukergruppen
- ▶ Utforming og fysiske rammer
- ▶ Universelt utformet
- ▶ Funksjonelle og fleksible romløsninger
- ▶ Fleksibilitet og modularitet
- ▶ Ergonomisk design
- ▶ Teknologiske løsninger
- ▶ Beliggenhet og lokalisering
- ▶ Effektiv logistikk
- ▶ Sikkerhet
- ▶ Bygningsmessige løsninger og arkitektur
- ▶ Forsvarlig kostnadsnivå

Oppsummert viser befaringen at kommunen har variasjoner i boligmassen når det kommer til funksjonell standard, egnethet for målgruppen, teknisk standard og om boligen/bygget er tilrettelagt for kostnadseffektiv drift. Sykehjemsbyggene fremstår relativt godt vedlikeholdt. Det ene sykehjemsbygget er lokalisert til kommunesenteret i Ølen, men er det av byggene som har lavest antall plasser og drift over flere plan. Bygningsmassen er opprinnelig bygget for 40 plasser, men det er 27 plasser i drift. I sykehjemsbygget er en del tidligere beboerrom tatt i bruk til behov i tjenestene, f.eks. kontorer til ambulerende tjenester, pålagte hvilerom for ansatte som går langvakter og skal ha lengre pause i arbeidet. Det medfører en relativt stor arealbruk. En av sonene i hjemmetjenesten og dagsenter er lokalisert til Ølen omsorgssenter. En del av omsorgssenteret rommer i tillegg to midlertidige boliger som betjenes av hjemmetjenesten. 27 plasser gir færre muligheter for en robust og kostnadseffektiv drift og kan særlig gi dyre løsninger på natt.

Det ligger en del kommunalt disponerte boliger på området rundt Ølen omsorgssenter der det er synergier mellom hjemmetjeneste, tilrettelagte tjenester og sykehjemsdriften. Tilrettelagte tjenester har boliger med heldøgns omsorg (avlastning og barnebolig – nybygg) på området. I denne boligen er det for tiden ledig kapasitet. Kommunalt disponerte boliger uten bemanning og med tildeling av hjemmetjenester etter behov ligger og på området.

I forlengelsen av Ølen sentrum ligger det boliger med heldøgns omsorg som benyttes til målgruppen psykisk helse og rus og til tilrettelagte tjenester (midlertidig i forbindelse med oppussing av annen bolig). Alle boligene er utleieboliger. Ingen eier egen bolig. Kommunen oppgir at disse fungerer godt etter formålet. Det er muligheter for samdrift mellom disse to boligene. Noen av bofellesskapene har relativt få boenheter og noen ligger langt unna sentrums- og servicefunksjoner, som kan gi økt bistandsbehov.

Få boenheter i bofellesskapene gir sårbar drift når det kommer til bemanningsgrupper, turnusdrift, kompetanse og fagmiljø og ved fravær.

Kommunens andre omsorgssenter, Vindafjordtunet, er lokalisert til Nedre Vats. Bygget er lokalisert utenfor sentrumsfunksjoner. Bygget rommer både sykehjemsdrift, base for en sone i hjemmetjenesten, boliger med heldøgnsomsorg og dagtilbud og kjøkken. Kommunen oppgir at bygget fungerer godt og med synergier mellom sykehjemsdriften og hjemmetjenesten som betjener boligene. Det er 48 sykehjemsplasser og 25 omsorgsboliger i bygget. Samlet gir dette noen driftsfordeler med tanke på bemanningsstørrelser, gruppedrift og redusert sårbarhet.

7 Oppsummerende vurderinger og anbefalinger

Anbefalingene som presenteres her mener vi er sentrale for at kommunen fortsatt skal kunne yte gode tjenester til innbyggerne og for å oppnå målet om bærekraftige helse- og omsorgstjenester. Det betyr ikke nødvendigvis at tiltakene som presenteres vil være enkle å beslutte eller å gjennomføre. Ikke alt kan gjøres på en gang. Noen tiltak vil være mer kortsiktige, andre krever et mer langsiktig arbeid. Noen tiltak vil være relativt enkle å gjennomføre, andre igjen vil være mer krevende.

De utfordringer velferdssamfunnet står overfor kan vi ikke spare oss ut av. De må vi utvikle oss ut av.
Meld. St. 29 (2012-2013)
Morgendagens omsorg

Hovedbudskapet er at kommunen både må tilrettelegg for mer bærekraftige tjenester, samtidig som man må utvikle gode strukturer og organisering som sikrer effektiv drift, og god utnyttelse av ressursene og en mer fremtidsrettet tjeneste som tar hensyn til demografien og nasjonale føringer.

I forbindelse med gjennomgangen oppfatter vi at kommunen ønsker å dreie ressursbruken i sterkere grad mot tidlig innsats og forebygging, eller det vi omtaler som proaktiv innsats. Dette vil selvfølgelig kunne gi utgifter (investeringer) inntil effektene av innsatsen kommer. Tiltakene presentert her har ikke som mål alene å redusere den totale ressursbruken, men er tiltak vi mener vil kunne bidra til «unngåtte» kostnader, håndtere økt volum, og frigjøre ressurser til å være mer i forkant for å langsiktig skape en mer bærekraftig og framtidrettet tjeneste i tråd med kommunens planverk og målsettinger.

Det er vår vurdering av det er avgjørende at kommunen tar grep for å endre dagens tjenestepraktis. Redusert dekningsgrad i sykehjem, en mer differensiert boligtrapp, samt kapasitet og en godt utbygd innsatstrapp vil være viktig. Kompetanse, digitalisering og bruk av teknologi er faktorer for å få til dette. På dette området er Vindafjord allerede langt fremme og på god vei. Organisering og lokalisering av ulike tjenester er i tillegg sentralt. Mange av endringene kommunen er avhengig av å få til handler ikke om at kommunen ikke yter gode helse- og omsorgstjenester, men om endringer både i samfunnsoppdraget og om endringer i rammevilkår. Det er dette som medfører at kommunen må omstille seg for å kunne håndtere endringene fremover.

Anbefalingene som presenteres i denne rapporten har kommet opp i samtaler med ansatte. Tiltakene er drøftet med kommunen uten at alle i prosjektgruppen nødvendigvis stiller seg bak anbefalingene som presenteres her. Anbefalingene er ikke ferdig utredet, men synliggjør et potensial. Kommunen må eventuelt utrede disse nærmere, og sikre at man i dette involverer berørte parter. Mange av tiltakene må sees i sammenheng, og manglende effektivering innenfor et område vil kunne få konsekvenser for andre temaer/tjenesteområder.

7.1 Vurderinger kommunens pleie- og omsorgstjenester til ulike brukergrupper

I dette delkapittelet legger vi frem våre vurderinger om kommunens innretning, prioritering av kommunes pleie- og omsorgstjenester for de tre brukergruppene som er belyst i vår pleie og omsorgsanalyse og anbefalingene knyttet til boliganalysene og framskrivningene. Til slutt i dette kapittelet kommer vi samlet med våre anbefalinger og sentrale grep for å sikre bærekraftige tjenester fremover.

Pleie- og omsorgstjenester til andre i hovedsak eldre

Analysen har vist at hovedvekten av ressursene innen pleie og omsorg går til brukergruppen *Andre brukere, hovedsakelig eldre* (69 %). Det er innenfor denne målgruppen man forventer den største økningen fremover. Endringer i samfunnsoppdraget, flere eldre, flere eldre som lever lenger med sine helseutfordringer og flere mennesker med demenssykdom. Samtidig som det blir flere eldre er det forventet at det vil være færre yngre bak disse med potensiell «familieomsorg». Det gjør at det blir avgjørende for kommunen å styrke satsingen på tiltak og tjenester som medfører at flere kan klare å ta vare på egen helse med mulighet for å bli boende i egnede hjem. Samtidig vil det være viktig å sikre at de som er i behov av ulike tjenester får dette.

Arbeidet har vist at Vindafjord tildeler tjenester til flere, og at andel innbyggere uten ulike pleie- og omsorgstjenester er lavere i Vindafjord enn KOSTRA-gruppen og sentralitetsgruppe 5. Vindafjord har høyere utgifter til denne målgruppen og dette må sees i sammenheng med både høyt volum (tjenestemottakere, timer, plasser i sykehjem mv.), og høye enhetskostnader. Dekningsgraden for både tjenester i hjemmet og i institusjon er høy. Vurderingen er at kommunen bør tilnærme seg tendensen for landet ved å styrke den enkelte innbygger gjennom både god forebygging, økt egenomsorg og tiltak som forebygger uhelse og redusert livskvalitet. Mye av ressursene til kommunen benyttes på de øverste trinnene i innsatstrappen, og kommunen mangler kapasitet på tiltak som kan være nødvendige for å nå målene de har satt for disse tjenestene. Kommunen bør vurdere tiltak for å redusere dekningsgraden i sykehjem. Lavere dekningsgrad fordrer at innbyggernes behov for omfattende helse- og omsorgstjenester ivaretas av andre tjenester, og at dette er tjenester som er like gode eller bedre, men til en lavere kostnad for kommunen. Korttidsplassene må fungere og dermed blir et ledd i omsorgstrappen for å sikre pasientflyten innenfor pleie- og omsorgstjenesten, og for å dempe behovet for sykehjemsplasser og gi brukerne mulighet til å bo lenger i eget hjem. Tilstrekkelig kapasitet og en godt utbygd innsatstrapp vil understøtte denne strategien. Gjennomgangen har vist at kommunen mangler tilbud om egnede boliger i nærheten av andre servicetilbud i kommunens lokalsenter.

Pårørende er de viktigste «frivillige» for kommunen. Studier fra Sykehuset Innlandet¹⁸ viser at ressursinnsatsen som pårørende legger ned er uunnværlig for både bruker og kommunen. Dette viser betydningen av å tilby tjenester som gjør at «den private omsorgen» i hjemmet kan fortsette. I tillegg til å styrke pårørendesamarbeidet vil det være avgjørende å få til et bedre og tettere samarbeid med frivillige lag og foreninger fremover.

Alternative strukturer for heldøgns omsorgstilbud og ytterligere økt bruk av teknologi og teknologistøtte i hjemmetjenestene supplerer tjenester og reduserer behovet for personintensiv innsats i hjemmetjenesten. Enkelte kommuner prøver nå ut digitale soner i hjemmetjenesten. Dette kan være en aktuell vei å gå for Vindafjord med den infrastrukturen kommunen har.

Pleie- og omsorgstjenester til mennesker med utviklingshemming/ utviklingsforstyrrelser

Vindafjord kommune har ifølge SSB færre brukere med diagnosen psykisk utviklingshemming. Dataene baseres på kommunens egen registrering av innbyggere over 16 år som mottar tjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og som har en fastsatt diagnose iht. gjeldende rundskriv. Registreringen omfatter brukere med svært ulikt behov, fra f.eks. 2 timer støttekontakt per uke til bolig med heldøgns omsorgstilbud.

Analysene våre har vist at kommunen har en lavere andel barn og unge med tjenester enn snittet for sammenlikningskommunen. Det er en lavere andel voksne tjenestemottakere. Netto

¹⁸ Sykehuset Innlandet, Alderspsykiatrisk forskningscenter, *Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC), 2015*

driftsutgifter til tjenester til barn og unge var lavere enn snittet. Det samme gjelder for tjenestene til voksne.

Mange av tjenestene til denne målgruppen er «livslange» og medfører både en vesentlig inngripen i den enkeltes liv, og omfattende ressursinnsats. Personer med utviklingshemming utgjør en stor, men svært uensartet gruppe med store individuelle forskjeller. Noen klarer seg selv i dagliglivets aktiviteter, mens andre trenger omfattende hjelp og støtte hele døgnet, og vil være avhengige av offentlige tjenester for å ha god helse og utvikling. Dette innebærer at kommunene må utvikle ulike tjenester og tiltak for denne målgruppen.

Stadig flere kommuner tar i bruk og har gode erfaringer med velferdsteknologi overfor denne målgruppen med mål om å bidra til trygghet, minst mulig inngripen og muligheter til å mestre eget liv og helse. Samtidig erfarer mange at dagens lovverk og føringer fra Statsforvalter medfører begrensninger og muligheter til å ta dette i bruk. Vindafjord er på god vei med å ta i bruk teknologi til denne gruppen.

Vindafjord har et potensiale i å videreutvikle helse- og omsorgstjenester overfor målgruppen gjennom ytterligere differensiering og fokus på tidlig innsats og lavterskeltilbud. Som vist i vedlagt brukergruppeanalyse, er tjenestetildelingen til denne gruppen smalere enn snittet. Mye av ressursene kommunen besitter er bundet opp i tjenester til enkeltbrukere. Dette gjør at nye og endrede behov kan bli vanskelig å ivareta innenfor rammen av fag, folk og penger.

Pleie og omsorgstjenester innen psykisk helse og rus

Psykiske helseproblemer og rusmiddelproblemer forekommer hos mennesker i alle aldersgrupper og i alle deler av befolkningen. Grad av alvorlighet, kompleksitet og tjenestebehov varierer fra person til person. Mange klarer å håndtere situasjonen ved egen innsats, eller med støtte fra familie og nettverk eller selvhjelpstilbud. Noen får nødvendig støtte og bistand fra frivillige organisasjoner, mens andre har behov for tjenester fra det kommunale og/eller det statlige tjenesteapparatet i en kortere eller lengre periode. Verdens helseorganisasjon forventet at psykiske lidelser vil være den viktigste årsaken til sykdomsbelastning i vestlige land i 2020. En hovedoppgave de kommende årene må derfor være å forebygge og redusere forekomsten av angst, depresjon og rusmiddelproblemer for å sikre enkeltmennesker bedre livskvalitet og redusere totalbelastningen for samfunnet.

Målene for psykisk helse- og rusmiddelpolitikken er beskrevet i «Opptappingsplanen for psykisk helse, Meld. St. 23 (2023-2033)» og stortingsmeldingen «Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk (2011–2012)». Kommunen har ansvar for at innbyggere som har rusmiddelproblemer og/eller psykiske problemer og lidelser får utredning, diagnostisering, behandling og bistand. Ved behov skal kommunen henvise til spesialisthelsetjenesten. Forebygging, behandling, omsorg og rehabilitering er oppgaver for den kommunale helse- og omsorgstjenesten¹⁹ og Helsedirektoratet har utviklet en nasjonal veileder for dette arbeidet, «Sammen om mestring»²⁰. Der legges det særlig vekt på at psykisk helse og rus må sees i sammenheng og at brukeren er den viktigste aktøren.

Veilederen påpeker at det i målgruppen for tjenestene er mange som har vanskeligheter med å oppsøke hjelp. Kommunene må derfor drive aktivt informasjonsarbeid og ha lett tilgjengelige tjenester, ofte i langt større grad enn ved somatiske sykdommer, og tilby et variert utvalg av lavterskeltilbud. Psykologkompetanse bør inngå i kommunens tjenestetilbud og det bør være

¹⁹ <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid#-hva-er-kommunens-ansvar?>

²⁰ <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/sammen-om-mestring-veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>

brukerstyrte tilbud, ambulante og aktivt oppsøkende tjenester. Det påpekes at det psykiske helsefeltet og rusfeltet krever en flerfaglig tilnærming.

Ifølge Folkehelseprofilen for 2023 er det ikke signifikante forskjeller mellom Vindafjord kommune enn landet som helhet når det kommer til forekomst av psykiske plager. Analysene våre viser at andel innbyggere med pleie- og omsorgstjenester er høyere enn snittet. Kommunens utgifter til ulike pleie- og omsorgstjenester er høyere enn det vi ser for snittet av sammenlikningskommunene.

Samhandlingsreformen legger til grunn at kommunene skal ta et større ansvar for behandling og oppfølging av innbyggere med behov for helse- og omsorgstjenester for innbyggere med psykisk helse og rusrelaterte utfordringer. Utfordringsbildet tilsier at det er behov for kapasitets- og kvalitetsheving på alle nivåer; fra forebygging, tidlig innsats gjennom lavterskeltilbud, oppfølging av personer med lettere og moderate lidelser, hevet prioritering og fortsatt omstilling i spesialisthelsetjenesten og bedre oppfølging etter utskrivelse. Endringene innebærer at kommunene har fått ansvar for å levere et bredere tjenestespekter. Et suksesskriterium for få dette til er økt samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste, og innad i kommunene.

Veksten i befolkningen er av betydningen for dimensjonering av tilbudet innen psykisk helse og rusomsorg. Vi har tidligere vist at Vindafjord vil ha en befolkningsvekst, men at demografien endres i retning færre yngre og flere eldre. Endringer i befolkningen betyr at det kan være behov for å justere kapasiteten og satsingen innen psykisk helse og rus noe fremover. Endringer i ulike aldersgrupper kan gi en indikasjon for hvilke aldersgrupper det er behov for å styrke tilbudet til fremover. Det er imidlertid andre forhold enn demografien som er av betydning for det fremtidige behovet for tjenester til disse brukerne. Antall mottakere av helse- og omsorgstjenester innen psykisk helse vil trolig øke til tross for befolkningsutviklingen.²¹

En fremtidsrettet organisering og innretning av ulike tjenester er nødvendig for å få til tjenester med høy kvalitet på et kostnadseffektivt nivå. Vår vurdering er at et sentralt forhold for å få til dette er målstyrt arbeid i tråd med BEON-prinsippet. Det betyr økt fokus og målrettet innsats for forebygging og tidlig innsats (alder og utfordring). Vindafjord har bygget kapasitet til heldøgnsstilbud til denne målgruppen og etablert et differensiert tilbud som gjør at kommunen har forutsetninger for å sikre tjenester på rett nivå til denne gruppen. Imidlertid mangler det en del kapasiteter imellom de mest ressurskrevende og døgnbaserte tjenestene og lavterskeltilbudene til denne gruppen, f.eks. ambulerende tjenester og dag- og aktivitetstilbud. Fremover blir det sentralt å styrke det ambulerende tilbudet til denne gruppen som ligger godt under snittet for sammenlikningskommunene. Nye tilbud som rask psykisk helsehjelp og FACT-team bør være til vurdering. Her kan det være aktuelt å se på samarbeid med nabokommunen(e).

7.2 Vurderinger kommunens kapasiteter og fremtidige behov for heldøgns omsorgsplasser, omsorgs- og trygghetsboliger

I kapittel 6.4 og 6.5 viste vi til Vindafjords ståsted når det gjelder boligbehov for eldre over 67 år, boligsammensetningen etter boligtype og tjenesteprofilen for helse- og omsorgstjenester i 2023 og framskrevet behov for årsverk og kostnadsprofil.

Vindafjord har en samlet dekningsgrad for sykehjem og bolig med mulighet til heldøgns omsorg som snittet av sammenlikningskommunene i PLO-analysen. Dekningsgraden for sykehjem er høyere enn snittet. Vi har synliggjort alternative utviklingsmuligheter ved en alternativ profil på heldøgnsstilbudet, og vil anbefale at Vindafjord reduserer dekningsgraden på sykehjem de kommende årene ved å samle all sykehjemdrift ved Vindafjordtunet og omgjøre plassene ved Ølen helse- og omsorgssenter til boliger med mulighet for heldøgns omsorg. Vanligvis vil vi

²¹ Kilde: «Nøkkeltall Psykisk helse og rus». Helsedirektoratet

anbefale å lokalisere sykehjemmet til kommunesenteret av hensyn til synergier med omgivelsene, men kommunene opplyser at det erfaringsvis er enklere å rekruttere helse- og omsorgspersonell til Vindafjordtunet grunnet nærheten til blant annet Haugesund. I et slikt alternativt vil det være vesentlig å se utviklingen av Vindafjordtunet i en større sammenheng med arealene i omkringliggende nærhet og hvorvidt arealet kan utvikles med enkelte servicefunksjoner. Vår anbefaling bunner først og fremst i å bremse veksten i årsverksbehov, all den tid det allerede er, og det vil bli ytterligere krevende å rekruttere kvalifisert helse- og omsorgspersonell. I boliganalysen som viser boligbehov for eldre over 67 år, viste vi at boligsammensetningen fordelt etter bygningstype i Vindafjord, har en stor overvekt av eneboliger. Sammenholdt med kommunens spredte bosettingsmønster og primærnærings, er det å anta at mange eldre bor i uegnede boliger. Å dreie tjenester til en hjemmeorientert profil, vil også innebære å utvikle mulighetene for eldre å gjøre gode boligvalg og øke tilgangen på egnede boliger og aldersvennlige bomiljø i Vindafjord. De ulike alternativene som er presentert i kapittel 6, må derfor ses i en større sammenheng av utviklingsbehov og utviklingstiltak.

For gruppen personer med utviklingshemming og psykisk helse og rus er det vanskeligere å gjøre gode framskrivninger. Beboernes behov for helse- og omsorgstjenester varierer, det gjør at utgiftene varierer. Vel så viktig som å kunne «treffe» godt med kommunens boligutvikling for denne gruppen, er å tenke hvordan alternative tjenester som f.eks. ambulante tjenester kan hjelpe flere å bo utenfor samlokaliserte boliger, og eventuelt bidra til at flere kan gå sammen om å planlegge samlokaliserte privat eide boliger.

Agenda Kaupang har bistått en rekke kommuner med gjennomgang av boliger hvor det tilrettelegges med heldøgns helse- og omsorgstilbud. Erfaringen er at kommuner med mange små driftsenheter ofte har et høyere kostnadsnivå enn kommuner som søker å etablere noe større driftsenheter. Dette omhandler særlig muligheten for å utnytte kompetanse og ressurser på tvers og tilpasse driften ut fra aktivitet eksempelvis på natt. Størrelser på boliger mv. varierer mellom kommunene. Flere kommuner ser behov for å etablere noe større boliger og andre typer boliger enn det som var vanlig i etterkant av HVPU-reformen. Dette for å sikre mer driftsgunstige enheter samtidig som man sikrer brukerne gode tilbud.

Normalisering og integrering har siden 90-tallet vært overordnede begreper i politikken for personer med nedsatt funksjonsevne her i landet. Ikke minst ble normalisering tatt i bruk som begrep i forbindelse med avvikling av institusjonsomsorgen for utviklingshemmede. Målet for institusjonsavviklingen var gode levekår og et mest mulig vanlig liv i fellesskap med andre. På boligområdet betydde det at en skulle bo i en vanlig bolig i et vanlig bomiljø. Trender innenfor bolig og utbygging etter HVPU-reformen har variert. Nasjonale føringer rundt boligutbygging og tilskudd har vært og er fortsatt særlig knyttet til størrelser og beliggenhet, i tillegg til selve utformingen av boligene.

Når det gjelder samlokaliserte boliger ligger det sentrale føringer for størrelse og antall boenheter som kan bygges. Føringerne bygger hovedsakelig på normaliseringstankegangen og avviklingen av institusjonsomsorgen på 90-tallet. Husbanken anbefaler derfor små bogrupper fra 4 til maksimum 8 boliger sammen. I praksis ser man at Husbanken har gitt tilskudd til etablering av samlokaliserte boliger som er større enn deres anbefalte norm. Agenda Kaupang har gjennomført en rekke analyser av tjenester til utviklingshemmede, herunder boliger. Vår erfaring er at mange kommuner har utfordringer med institusjonalisering, kollektivistiske strukturer, innenfor både små og større boliger og at dette ikke alene kan knyttes opp mot størrelsen på boligen. Gjennomgang i en rekke ulike boliger har vist at boliger hvor det bor 1-2 beboere kan ha større preg av institusjonsomsorg enn boliger hvor det bor 8-12 beboere. Vår erfaring er at det har mest å gjøre med hvordan tilbudene er organisert, kompetansen til ansatte, arbeidsformer samt hvordan behov for ledelse blir ivare tatt.

Boligene som benyttes til denne brukergruppen i Vindafjord kommune varierer i størrelse og utforming. Boligene har varierende alder og lokalisering.

En utfordring som ofte møter oss når vi gjør slike analyser er behovet for tilsyn og beredskap på natt. Tradisjonelt løses dette ofte ved å ha faste nattevakter i hver avdeling, og ofte er det behov for mer enn én våken nattevakt. I Vindafjord er det flere kommunalt disponerte boliger som er samlet rundt Ølen omsorgssenter der det er mulig å yte bistand ambulant utfra boliger med heldøgns bemanning. Kommunen oppgir at dette fungerer godt.

Kommunen bør i sin videreutvikling av helse- og omsorgstjenester overfor denne brukergruppen sikre at de som har behov for ambulante miljøarbeidertjenester får dette. En sterk ambulerende miljøarbeidertjeneste kan medføre at flere kan bo i egen leilighet med noe tilsyn og bistand. Erfaringen er at en slik tjeneste kan dempe presset på etterspørsel etter bolig med stedlig bemanning og tjenester organisert som BPA/PA. Ambulerende miljøarbeidertjeneste er ofte en rimeligere tjeneste enn både stedlig bemanning og tjenester organisert som BPA/PA. I dette arbeidet inngår å se på hvordan kommunen bør organisere tjenestene. Flere kommuner legger ansvar for ambulante tjenester til turnusgrupper i geografisk nærhet. Andre kommuner ser behovet for ambulerende tjenester i sammenheng med f.eks. psykisk helse og lager egne turnusgrupper.

For gruppen psykisk helse og rus har kommunen etablert et tilbud om bolig med heldøgns omsorg for de med størst behov. Kostnadene er høyere enn kommunene i sammenligningsgruppen. Det samme gjelder for de ambulerende tjenestene. Mange kommuner opplever at denne gruppen tjenestemottakere er i økning, og at det er behov for å differensiere tilbudet i større grad. Det kan være lavterskeltilbud med rask igangsettelse for å unngå at problemer får utvikle seg for de milde og moderate og korte forløpene. For de mer alvorlige og langvarige forholdene kan tjenester være omfattende ambulerende behandlings- og støttetilbud (f.eks. FACT-team). Vindafjord har etablert slike tilbud, men oppgir samtidig at særlig FACT-tilbudet har utviklet seg til å være diagnose-spesifikt heller enn mer funksjonsorientert.

Når det gjelder denne brukergruppen, er det vår vurdering at Vindafjord fremover bør vurdere om en styrking av den ambulante virksomheten, gjerne i samarbeid med tjenestene til personer med utviklingshemming, vil kunne redusere presset på bolig med mulighet til heldøgns omsorg for denne gruppen.

7.3 Vurderinger framtidig struktur og drift av hjemmetjenester og dagtilbud av hjemmeboende

Det er et nasjonalt mål at eldre skal kunne bo hjemme lengst mulig. Dette er omtalt i flere av kommunes styrende dokumenter og er et uttalt mål for Vindafjord. Vindafjord kommune har en struktur på hjemmetjenesten med to soner, henholdsvis lokalisert med base til Ølen omsorgssenter og Vindafjordtunet. Ved Vindafjordtunet benyttes hjemmetjenesten til å bistå beboere i omsorgsboligene som er samlokalisert med Vindafjordtunet i tillegg til å ambulere ut til hjemmeboende utenfor Vindafjordtunet i distriktet. I Ølen betjener hjemmetjenesten to korttidsboliger ambulant i tillegg til ambulerende virksomhet i distriktet. Fra 1. september 2024 har Ytre sone etablert framskutt base/kontor på Nageltunet i Skjold for å spare reisetid i løpet av vekten. Videre er det planlagt å starte opp med langvakter for ansatte i Ytre sone som ytterligere vil redusere reisetid, bedre kontinuitet for brukerne og øke ansikt-til ansikt-tiden i Ytre sone.

Vindafjord har tatt i bruk velferdsteknologi i flere av helse- og omsorgstjenestene, og sammenliknet med andre kommuner vi har i utvalget, ligger kommunen langt framme i å ha innført teknologi i hjemmetjenesten. Samtidig opplever tjenestene at driftsbehov som montering, feilretting og drift av teknologien så langt har havnet på helsepersonellet. Mange kommuner har tilsvarende utfordringer med å etablere en driftsmodell for hvordan teknologien skal følges opp i praksis. Dette er

helseteknologi med kritisk drift som vil kreve døgnkontinuerlig driftsstøtte og teknisk og teknologisk kompetanse for å ivareta. Det er vår vurdering at Vindafjord bør avklare en formålstjenlig modell for drift av teknologien. Det finnes ulike vaktordninger med teknisk kompetanse tilgjengelig allerede i kommunene. Dette kan være en mulig start på et utvidet samarbeid rundt teknologi i kommunen.

I tillegg til organisering av hjemmetjenesten og økt satsing på teknologistøtte i tjenestene, vil Vindafjord være avhengig av en helhetlig boligpolitikk for at flere skal kunne bo lenger hjemme. Som tidligere beskrevet ser flere og flere kommuner utviklingen av en boligtrapp, med differensierte boligtilbud som tiltak for å unngå en for kraftig vekst i behovet for sykehjemsplasser. Boligutviklingen sees i sammenheng med proaktive og mestringsorienterte helse- og omsorgstjenester. Arbeidet handler om å utvikle verktøy, virkemidler, planer for strategisk boligutvikling, nye boformer og innovative boligløsninger.

Dagtilbud for hjemmeboende

Vindafjord har dag- og aktivitetstilbud for hjemmeboende lokalisert til henholdsvis Vindafjordtunet og Ølen omsorgssenter. Ved Vindafjordtunet ligger lokalene integrert i omsorgsboligene. Ved Ølen omsorgssenter ligger lokalene i underetasjen. Lokalene er i utgangspunktet ikke bygget for dagsenterdrift, men omdisponert til dette formålet. Byggene har begrensede muligheter til inndeling i smågruppedrift og det er begrensninger i fasiliteter som egnede HC-toalett mm. I tillegg er dag- og aktivitetstilbudet i vesentlig grad tilgjengelig for beboere i omsorgsboligene ved Vindafjordtunet. Dette kan gi begrensninger i kapasiteten til å ta imot innbyggere som bor utenfor omsorgsboligene ved Vindafjordtunet. Kommunen har oppgitt at transport er en utfordring for dag- og aktivitetstilbudet. Det brukes mye tid og ressurser på kjøring, og det er fremkommet behov for å se nærmere på om det er andre måter transport til og fra dagtilbudet kan løses på.

Gjennomgangen har vist at det er behov for å se nærmere på organiseringen av dag- og aktivitets-tilbudet i helse- og omsorg for at dette skal kunne utvikles i tråd med fremtidige behov og vekst. Vi anser det som viktigst at tilbudet er tilpasset og tilgjengelig for de hjemmeboende utenfor de samlokaliserte omsorgsboligene, og at det heller bør finnes alternative løsninger for denne gruppen, for eksempel ved hjelp av frivillighet og i tett samarbeid med institusjonen. Særlig dag- og aktivitetstilbudet ved Vindafjordtunet har lokaler som ikke er egnet til formålet og som begrenser muligheter til gruppedrift, toalettfasiliteter med manglende tilgjengelighet og et tilbud som har et visst institusjonspreg. Her anbefaler vi sterkt at kommunen finner alternativ løsning for dag- og aktivitetstilbudet.

I tillegg til dag- og aktivitetstilbud som tilbys i regi av helse- og omsorgstjenestene, bør Vindafjord sikre et mangfoldig kulturtilbud ved blant annet etablering av sosiale møteplasser og inkludering av eldre i lokalsamfunnet og dets aktiviteter. Kultur og Idrett, frivillige lag og foreninger er være aktuelle aktører inn i dette arbeidet. Dette bidrar til at flere kan benytte tilbud utenfor helse- og omsorgs, styrke eget nettverk og redusere presset på kommunale tjenester. Her finnes det allerede gode løsninger i kommunen, for eksempel gjennom Merkurprogrammet, der lokal dagligvarehandel samarbeider med kommunen for at butikken kan ha en rolle som sosial møteplass.

Kompetanse og rekruttering - oppgaveoverføring og oppgaveglidning

Vindafjord opplever, som mange andre kommuner, økende utfordringer med å beholde og rekruttere kvalifisert arbeidskraft i helse- og omsorgstjenestene. Selv om kommunen jobber aktivt med kompetanseutvikling, rekruttering og attraktive arbeidsplasser, vil kommunen måtte forvente økende mangel på helse- og omsorgspersonell. Det innebærer at kommunen også må gjennomføre andre tiltak for å løse sine oppgaver i årene fremover. En side av dette, er å jobbe med oppgaveoverføring og oppgaveglidning både mellom helsepersonell, men også mellom helsepersonell og andre yrkesgrupper. Med knapphet på kompetanse og kapasitet, er det avgjørende at helsepersonellet brukes til å ivareta helsebehovene hos innbygger. Under befaringen fremkom det at helsepersonell ved omsorgsboligene vasker beboernes tøy, selv når det

finnes eget vaskeri på huset. Dette er en ordning kommunen bør endre for at helsepersonellet får frigjort tid til mer presserende oppgaver.

7.4 Behov for en strategisk dreining for å sikre bærekraftig utvikling

De offentlige helse- og omsorgstjenestene har vært i kontinuerlig vekst i flere tiår. Med bakgrunn i de faglige og demografiske utfordringer som venter må tjenestene i enda større grad gis slik at de støtter opp under og utløser ressurser som ligger hos innbyggeren selv og deres nettverk (familie, sosiale nettverk, nærmiljøet, lokalsamfunnet og ideelle eller kommersielle virksomheter).

Samfunnsoppdraget endres. En større del av de samlede oppgavene overføres til kommunene. Folkehelsearbeidet og de forebyggende tjenestene forventes å styrkes. Endringene i samfunnsoppdrag medfører behov for utvikling av tjenester, arbeidsformer, arbeidsdeling, samhandling og tydeligere brukerinvolvering. For å få til dette er det behov for en felles oppfatning av hva samfunnsoppdraget er.

Store bærekraftsutfordringer. Dagens tjenester er i for liten grad utformet til å møte dagens og morgendagens behov. Veksten i behov for tjenester kan overgå muligheten for å utdanne og rekruttere personell og samfunnets evne til å betale.

Vindafjord har i kommuneplanens samfunnsdel definert en strategi for framtidrettede tjenester. Det er et hovedmål at tjenestetilbudene skal være tilpasset behovet og alderssammensetningen. I strategien er det lagt vekt på at å styrke samarbeidet mellom helse og omsorg, kultur, private og frivillig sektor, styrke hverdagsrehabilitering og gjøre nødvendige omstruktureringer i tjenestene for å møte fremtidige behov. Boligutvikling og boligtilpasning er sentrale temaer i kommunens strategier for at flere eldre skal kunne leve selvstendig og bo lengst mulig hjemme. Dette innebærer prioriteringer, kontinuerlig utvikling av innsatstrappen, tverrsektorielt samarbeid, et perspektivskifte i og dreining av helse- og omsorgstjenestene i Vindafjord.

Målet med den strategiske dreiningen er å hjelpe innbyggerne til å i størst mulig grad mestre egne helseutfordringer og leve selvstendige liv med minst mulig kommunal inngripen. Er det behov for tjenester gis disse med en helhetlig tilnærming på beste effektive omsorgsnivå (BEON-prinsippet).

Det at det blir flere eldre er en ønsket utvikling og et besluttet helsemål. Dagens og fremtidens eldre vil leve flere sunne og aktive år. Som gruppe er eldrebefolkningen svært mangfoldig med hensyn til aldersspenn, bolig og bosted, livssituasjon, helsesituasjon, utdanning, arbeid og økonomi. Eldre i dag har jevnt over **bedre helse** enn tidligere generasjoner, fungerer godt i dagliglivet og er uavhengige ved stadig høyere alder. Sånkalte funksjonsfriske leveår etter 70-årsalder har økt med flere år i løpet av de siste to tiårene både for kvinner og menn. For Vindafjord har vi sett at det er en større andel eldre over 80 år som mottar pleie- og omsorgstjenester enn KOSTRA-gruppen og sentralitetsgruppen. Fremover må kommunen klare å målrette innsatsen, slik at innbyggerne kan nyttiggjøre seg alternativer lenger ned i innsatstrappen og i større grad klare seg uten helse- og omsorgstjenester. **Satsinger og tiltak** som bidrar til at eldre holder seg **friske og selvhjulpne** lenger blir sentrale for å redusere presset på helse- og omsorgstjenestene. Det gjelder også forebygging gjennom hele livsløpet.

Innledningsvis viste vi at 69 % av utgiftene innen pleie- og omsorgstjenesten i 2022 gikk til brukergruppen *Andre brukere, hovedsakelig eldre*. Det er innenfor denne målgruppen man forventer den største økningen fremover. Andel eldre øker drastisk. Det blir helt avgjørende hvordan kommunen rigger seg for å håndtere dette fremover. Løses tjenestetilbudet på samme måte som i dag, vil det være behov for å øke ressursinnsatsen med om lag 50 % frem mot 2040. Dette vil ikke være bærekraftig verken økonomisk eller personalmessig. I NOU 2023: 4 Tid for handling tydeliggjøres

utfordringene med dagens praksis og prioriteringer. Den understreker at kvalifisert personale er avgjørende for at kommuner og andre skal kunne levere god kvalitet. NOU-en slår fast at det må prioriteres sterkere fremover, utvikles bedre oppgaveløsninger, og kompetanse må brukes bedre enn det vi per i dag klarer. Om vi ikke klarer dette mener kommisjonen langt på vei at det er fare for at helsetjenesten bryter sammen.

PLO-analysen har pekt på områder hvor Vindafjord skiller seg fra andre kommuner. Vurderingen er at det er et potensial for en mer helhetlig tilnærming enn det som synes å være praksis per i dag. Agenda Kaupang vurderer at det er potensial for utvikling av mer bærekraftige helse- og omsorgstjenester innenfor alle tjenestene, og for alle brukergrupper. Det understrekes at mange av tiltakene kommunen er avhengig av å få gjennomført vil handle om en vekststrategi. Vindafjord har flere innsatser på plass og har forutsetninger for å møte omstillingsarbeidet. Videreutviklingen må innebære å utvikle mer ressurseffektive tjenester og tjenester som medfører at flere kan bo godt og klare seg selv lenger i egnede boliger.

Vindafjord har mer penger og kan derfor tillate seg å bruke mer enn kommuner med lavere inntekter. Vindafjord har høye utgifter til ulike pleie- og omsorgstjenester sammenliknet med andre kommuner. Målet er ikke å ha lavest mulig kostnad, men at man bruker ressursene man har slik at samfunnsoppdraget ivaretas på en best mulig måte. De fleste kommunene ser i den sammenheng at det er nødvendig å utvikle tjenester og tiltak som i enda større grad bistår innbyggerne til å mestre egne helseutfordringer og leve selvstendige liv med minst mulig kommunal inngripen. Behov for tjenester løses mest effektivt med utgangspunkt i en samlet tilnærming på beste effektive omsorgsnivå (BEON-prinsippet). Prinsippet kan fremstilles som vist i figuren under.



Figur 7-0 Eksempel på en dimensjonert innsatstrapp/mestringstrapp/omsorgstrapp som muliggjør tildeling etter BEON-prinsippet

For å sikre bærekraftige helse- og omsorgstjenester i framtiden er et tiltak å styrke de lavere trinnene i innsatstrappen (på tvers av sektorer) og legge til rette for minst mulig inngripen i innbyggernes liv. Lykkes kommunen med dette arbeidet, vil det kunne bety et redusert behov for et tilbud med døgntjenester på de øverste trinnene. For å oppnå målene om økt andel hjemmeboende eldre og mer bærekraftige tjenester, anbefales det at kommunen øker arbeidet på tidlig innsats og boligutvikling for å styrke innbyggernes evne til å bo i egne egnede boliger. Erfaringen

viser at dette vanskelig lar seg gjøre samtidig som man har en omfattende økning i plasser og boliger med heldøgns tjenester og sykehjem.

Mange av tiltakene i denne gjennomgangen er særlig rettet mot helse- og omsorgssektoren, men for å lykkes med samfunnsoppdraget kreves det at hele kommunen bidrar – i godt samarbeid med næringsliv, kulturliv, frivillige lag/organisasjoner og kommunens innbyggere. Flere av løsningene for å møte veksten i behov ligger utenfor helse- og omsorgstjenestene, og det betyr at øvrige sektorer må kobles tettere på og delta inn i arbeidet. Blant annet areal og plan, eiendom og kultur er sentrale virksomheter som har tjenester og virkemidler som helse- og omsorgstjenestene spesielt og kommunen generelt er avhengige av for å sikre en bærekraftig utvikling og et fortsatt godt velferdstilbud for innbyggerne i Vindafjord.

Oppdraget for Vindafjord har omhandlet både å gi økt innsikt og å komme med anbefalinger for hvordan kommunen fremover kan sikre innbyggerne gode helse- og omsorgstjenester og hvilke kapasiteter kommunen har behov for. Hovedbudskapet er at kommunen må sikre en mer bærekraftig tjenesteprofil og samtidig utvikle gode strukturer og organisering for effektiv drift og ressursutnyttelse.

7.5 Anbefalte strategiske innsatsområder for videre utvikling

Innbyggerperspektivet, bærekraftige tjenester og sunn økonomi er blant forutsetningene for utviklingen, anbefalinger og overordnede målsetninger i helse og omsorg i Vindafjord kommune.

Agenda Kaupang har utviklet en strategisk måltavle som utgangspunkt for utviklingen de kommende årene i Vindafjord ref. figur 7-1. Måltavlen bygger på kommunens tre (fremtidsrettede tjenester fordelt på to områder) gjennomgående satsingsområder for samfunnsdelen (den innerste sirkelen) med tolv tilknyttede innsatsområder (den ytterste sirkelen) for å møte veksten i behov og for utvikling av tjenestene. Måltavlen og innsatsområder kan brukes i arbeidet med å revidere helse- og omsorgsplanen for å konkretisere strategier og fokusområder.







Figur 7-1 Måltavle med kommunens temaer i kommuneplanens samfunnsdel

Som vi har påpekt tidligere kan ikke helse- og omsorgstjenestene alene møte utfordringene med endringer i demografien og sterk økning i andel eldre. Flere av de strategiske hovedgrepene/innsatsområdene peker på andre kommunalområder i Vindafjord som viktige bidragsyttere.

De tolv utvalgte strategiske hovedgrepene vi mener kommunen bør prioritere videre for å kunne møte veksten i behov på en planmessig måte i årene som kommer er:

1. Legge til rette for å involvere innbyggerne (brukermedvirkning) og samarbeid og samhandling om behov og løsninger
2. Innføre den **helhetlige innsatstrappen** som felles strategisk rammeverk for bærekraftig utvikling i **hele kommunen**
3. Utvikle og praktiser en **helhetlig boligpolitikk** som sikrer at flere innbyggere bor i egnede private boliger og bomiljø
4. **Unngå** å møte den demografiske veksten med **flere sykehjemsplasser**
5. Innfør **digitalt førstevalg** for å redusere inngripen i innbyggernes liv og bedre bruk av personalressurser
6. Legge til rette for økt samdrift og samlokalisering for å sikre en **driftsoptimal struktur** som understøtter kostnadseffektive tjenester.
7. Legge til rette for fremtidsrettet sykehjemsdrift.
 - Sykehjemsdriften bør samles på en lokasjon. Frigjort bygningsmasse kan transformeres til boligformål.
8. Tydeliggjøre politisk og blant ansatte hva som er **kommunens ansvar og** hva som er **innbyggerens eget ansvar**
9. Etablere en **felles prioritering** og mestringsorientert og **proaktiv praksis** i tråd med BEON-prinsippet
10. Styrk **hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering** for å følge opp målet om at flest mulig kan bo lengst mulig hjemme
11. Tydeliggjøre og **følge opp strategiske mål** for helse og omsorg i **økonomiplan og handlingsprogram**
12. Etablere system for å **følge opp** og sikre størst mulig **effekt av igangsatte tiltak** (styringsdata og indikatorer)

	Legge til rette for å involvere innbyggerne (brukermedvirkning) og samarbeid og samhandling om behov og løsninger
	Innføre den helhetlige innsatstrappen som felles strategisk rammeverk for bærekraftig utvikling i hele kommunen.
	Tydeliggjøre politisk, blant innbyggere og ansatte hva som er kommunens ansvar og hva som er innbyggerens eget ansvar – skap realistiske forventninger
	Tydeliggjøre og følge opp strategiske mål for helse og omsorg i økonomiplan og handlingsprogram.
	Sikre en driftsoptimal struktur som understøtter kostnadseffektive tjenester og hensiktsmessig bruk av personalressurser
	Legge til rette for fremtidsrettet sykehjemsdrift
	Utvikle og praktiser en helhetlig boligpolitikk som sikrer at flere innbyggere bor i egnede private boliger og bomiljø.
	Etablere en felles prioritering og mestringsorientert og proaktiv praksis i tråd med BEON-prinsippet.
	Etablere system for å følge opp og sikre størst mulig effekt av igangsatte tiltak (styringsdata og indikatorer).
	Innføre digitalt førstevalg for å redusere inngripen i innbyggernes liv og bruk av personalressurser.
	Unngå å møte den demografiske veksten med flere sykehjemsplasser. Tjenesteprofil må endres til mer proaktiv innsats med lavere andel institusjonstilbud og høyere andel tjenester i egnede private boliger.
	Styrke hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering/habilitering for å følge opp satsingen på gode pasientforløp og målet om at flest mulig kan bo lengst mulig hjemme.

Figur 7-2 Anbefalte strategiske innsatsområder, med utgangspunkt i kommunens overordnede planer

I de følgende kapitlene redegjør vi nærmere for hva som ligger i de 12 innsatsområdene nevnt over.

7.5.1 Strategiske innsatsområder

I det følgende er tiltak for kortsiktig, mellomlang og lengre sikt beskrevet. Tiltakene er hensyntatt demografi, lokale og nasjonale føringer.

1. Legg til rette for å involvere innbyggerne (brukermedvirkning) og samarbeid og samhandling om behov og løsninger

Innbyggerinvolvering og samarbeid mellom kommunen og befolkningen er hjørnesteiner i et velfungerende lokalsamfunn. Ved å legge til rette for dialog og medvirkning, åpner kommunen opp for en direkte kanal hvor innbyggernes stemmer og perspektiver blir hørt i beslutningsprosesser. Dette skaper følelse av eierskap og ansvar blant innbyggerne og sikrer at tjenester og tiltak blir utformet på en måte som er relevant og effektiv for lokalsamfunnet.

Brukermedvirkning reguleres i ulike lovverk og slår fast at pasient eller tjenestemottaker har rett til å medvirke og at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med pasient eller tjenestemottaker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten eller tjenestemottaker mener (jf. helse- og omsorgstjenesteloven). Noen ganger kan pasienten/tjenestemottakers ønske komme i konflikt med helsefaglige vurderinger, samt i konflikt med de økonomiske rammene for kommunen. Gode og åpne beslutningsprosesser er særlig viktig for beslutningens legitimitet. Åpenhet bidrar til legitimitet og forståelse som er nødvendig for muligheten til å kunne etterprøve beslutninger og vedtak. Kunnskap kan øke forståelse og aksept for avgjørelser hos tjeneste-mottaker, pårørende og innbyggerne, og være et verktøy i forventningsavklaringsfasen.

Anbefalinger og sentral grep:

- ▶ Innbyggerne (brukerne) er en del av løsningen. Legg til rette for at de kan involveres i saker som angår dem selv. Dette kan konkret følges opp i kartleggingsprosessen og ved utforming av tjenestene – vektlegging og aktivisering av den enkeltes ressurser er sentralt i dette.
- ▶ Samarbeid mellom ulike tjenester og avdelinger i kommunen er avgjørende for å sikre helhetlige og effektive tjenester for innbyggerne. Det er behov for å sikre tiltak som styrker samhandlingen både på system- og individnivå, på tvers av fagområder, tjenester og sektorer.
- ▶ Styrke pårørendesamarbeidet og sikre et fortsatt godt samarbeid med frivillige lag og foreninger fremover.
- ▶ Utforske muligheter til samarbeid med andre aktører i kommunen, eks. handelsstanden om tilbud som kommunen ikke har, eks. lavterskel møteplasser/kaffekrok mv.
- ▶ Etabler systemer for tverrfaglig samarbeid og samhandling med mål om mestringsorienterte tjenester og hensiktsmessig oppgavedeling

2. Innføre den helhetlige innsatstrappen som felles strategisk rammeverk for bærekraftig utvikling i hele kommunen

Innføringen av en helhetlig innsatstrapp som felles strategisk rammeverk for bærekraftig utvikling i kommunen kan være avgjørende av flere grunner. Felles strategi gir en samordnet og målrettet innsats på tvers av sektorer og styrker kommunens evne til å håndtere komplekse utfordringer. Samlet sett gir dette en mer troverdig tilnærming til bærekraftig utvikling ved helhet i tjenestetilbudet, mer sømløse overganger mellom tjenester og styrke evnen til å prioritere ressurser som helhet i kommunen.

Anbefalinger og sentrale grep

- ▶ Utvikle en helhetlig innsatstrapp for kommunen gjennom involverende prosesser og bred deltakelse. Vi anbefaler at det lages en digital versjon på kommunens hjemmeside som er søkbar og som på sikt hjelper innbyggerne til å få god oversikt over tjenestene og formålet med de ulike trinnene.
- ▶ Legg til rette for at strategi for helse og omsorg blir retningsgivende for prioritering, dimensjonering og utvikling av tjenestene de kommende årene – følges opp i økonomiplan og handlingsprogram
- ▶ Sikre ressurser i tidlig innsats slik at innbyggere får dekket sitt behov på beste effektive omsorgsnivå. Erfaring fra kommuner viser at redusert enhetskostnader ev. dekningsgrad i institusjon, og omfordeling av ressurser høyt i innsatstrappen kan være et virkemiddel for å få nødvendig handlingsrom. Kostnadsfordeling på hvert trinn i innsatstrappen gir oversikt over dagens ressursbruk per trinn og dermed til tidlig innsats.
- ▶ Styrke helsekompetansen i befolkningen gjennom f.eks. målrettet informasjon. Informasjon og åpenhet er elementer inn i omstillingsarbeidet og for å skape tillit, oppslutning og legitimitet til beslutninger og endringer.
- ▶ Styrke innbyggere i planlegging for egen alderdom gjennom god informasjon og forebyggende arbeid.
- ▶ Sikre et fortsatt variert og tilgjengelig kulturtilbud til alle ved blant annet etablering av sosiale møteplasser og inkludering i lokalsamfunnet og dets aktiviteter.

3. Tydeliggjøre politisk, blant innbyggere og ansatte hva som er kommunens ansvar og hva som er innbyggerens eget ansvar – skap realistiske forventninger

Innbyggerne i en kommune har både rettigheter og plikter overfor kommunen, inkludert krav på tjenester og deltakelse i samfunnet. Å være informert om rettigheter og plikter er vesentlig for å sikre at innbyggere får det de har krav på. Samtidig må innbyggerne ta ansvar for eget liv, inkludert forebygging og håndtering av helseproblemer, noe som kan redusere behovet for kommunale tjenester. Realistiske forventninger er nødvendige, gitt kommunens begrensede ressurser. Åpen kommunikasjon om hva som tilbys, hva som er realistisk og god informasjon er verktøy for å få til dette.

Endringen vil kreve en helhetlig tilnærming, et tett samarbeid mellom politikk og administrasjonen og informasjon til kommunens innbyggere. Det er avgjørende å tydeliggjøre politisk og blant ansatte hva som er kommunens ansvar og hva som er innbyggerens eget ansvar. Politisk tydeliggjøring av ansvarsfordelingen sikrer at kommunens ressurser og tiltak rettes mot de områdene med størst effekt.

For ansatte er det av betydning å ha en klar forståelse av hva som forventes i deres roller i kommunens tjenesteapparat. Dette fremmer effektivitet og kvalitet i tjenesteleveransen og gir ansatte muligheten til å ta ansvar og bidra til et positivt samspill med innbyggerne.

Anbefalinger og sentrale grep

- ▶ Legg til rette for at strategi for helse og omsorg blir retningsgivende for prioritering, dimensjonering og utvikling av tjenestene de kommende årene
- ▶ Utarbeide og benytt et faktabasert kunnskapsgrunnlag for en felles forståelse av endringsbehovet
- ▶ Endringen vil kreve en helhetlig tilnærming og et tett samarbeid mellom politikk og administrasjonen og kommunens innbyggere.
- ▶ Sikre prosesser og arenaer for involvering og dialog for innsikt og oppfølging av endringsarbeidet

- ▶ Utarbeide en felles historie om behovet for endring som benyttes i kommunikasjonsarbeidet blant ansatte og folkevalgte
- ▶ Tydeliggjør og kommuniser tjenestenivå og tildelingskriterier åpent til innbyggere, politikere og ansatte

4. Tydeliggjøre og følge opp strategiske mål for helse og omsorg i økonomiplanen og handlingsprogram

Kommunen må inkludere og følge opp strategiske mål for helse og omsorg i økonomiplanen og handlingsprogrammet. Mål sikrer effektiv ressursallokering, koordinering av tiltak, måling av fremgang og prioritering av helse- og omsorgsspørsmål. Samlet sett bidrar dette til målrettet og effektiv innsats innen helse- og omsorgssektoren, bygger tillit og demonstrerer kommunens forpliktelse til å sikre innbyggere gode helse- og omsorgstjenester.

Vi mener at Vindafjord har en oversiktlig og konkret kommuneplanens samfunnsdel som peker på de mest sentrale utviklingsområdene i planperioden. Samtidig er det helt avgjørende at kommunens ambisjoner og mål synliggjøres i kommunenes økonomiplan og handlingsprogram. Konkret kan dette innebære at kommunen fremover må flytte ressurser mellom tjenester for å kunne videreutvikle og prioritere tiltak som kommunen ikke har per i dag, men som er nødvendige å utvikle/prioritere for å nå ambisjoner og mål.

Anbefalinger og sentrale grep

- ▶ Utarbeid en felles historie om behovet for endring som benyttes i kommunikasjonsarbeidet i tjenestene
- ▶ Sikre forankring av mål og strategisk dreining
- ▶ Dreie ressursinnsatsen fra de øverste trinnene i innsatstrappen til tjenester på lavere nivå som muliggjør kommunens visjoner og målsettinger (tydelige prioriteringer)
- ▶ Bruk innsikten fra pleie- og omsorgsanalysen i videre utvikling, prioritering og dimensjonering av tjenestene.
- ▶ Sikre felles forståelse for mål og strategier, god forankring blant lederne i helse og omsorg og rapportering på oppfølging av mål og resultater knyttet til omstillingen
- ▶ Gode prosesser for å sikre felles forståelse av omstillingsbehovet og felles eierskap og ansvar til endringsarbeidet
- ▶ Ivareta behov for ledelse i endringene
- ▶ Lag en konkret plan for omstillingsarbeidet som hele ledergruppen følger opp
- ▶ Ledelse er en forutsetning for å kunne yte gode, helhetlige og koordinerte tjenester. Dette stiller krav til både styring og ledelse på alle nivå i kommuneorganisasjonen: fra toppledelsen, via mellomledelsen og til førstelinjeledelsen og videre til medarbeiderne i organisasjonen.
- ▶ Jobb videre med å omsette planverk og strategier i praktiske handlinger og aktiviteter i tjenestene

5. Sikre en driftsgunstig struktur som understøtter kostnadseffektive tjenester og hensiktsmessig bruk av personalressurser

Driftsgunstige boliger og strukturer er en forutsetning for kostnadseffektive tjenester med nødvendig kvalitet. Pleie- og omsorgsanalysen viser at Vindafjord har høyere netto driftsutgifter enn snittet. Hovedvekten av kostnader er knyttet til tjenester i institusjon og bolig.

Større egnede lokasjoner medfører at det er behov for å se på utviklingen av dagens og eventuelt etablering av nye strukturer. Nye investeringer vil kunne være en del av løsningen for å sikre bærekraftige tjenester med tilgang til nødvendig fagpersonell og kostnadseffektive tjenester.

Agenda Kaupang har bistått en rekke kommuner med gjennomganger av boliger hvor det tilrettelegges med heldøgns helse- og omsorgstilbud. Erfaringen er at kommuner med mange små driftsenheter ofte har et høyere kostnadsnivå på sine tjenester enn kommuner som søker å etablere noe større driftsenheter. Årsaken til dette er særlig knyttet til muligheten for å utnytte kompetanse og ressurser på tvers og tilpasse driften mer ut fra aktivitet eksempelvis på natt. Størrelser på boliger mv. varierer mellom kommunene. Flere kommuner ser behov for å etablere større boliger og andre typer boliger enn det som var vanlig i etterkant av HVPU-reformen. Dette for å sikre mer driftsgunstige enheter samtidig som man sikrer tjenestekvalitet.

En annen utfordring i bolig tjenester er behovet for tilsyn og beredskap på natt. Tradisjonelt løses dette ofte ved å ha faste nattevakter i hver avdeling, og ofte er det behov for mer enn én våken nattevakt. Flere kommuner, blant annet Bamble og Lindesnes, ser på alternative måter å ivareta behov for beredskap og tilsyn på natt. Samarbeid mellom tjenester og avdelinger, bruk av ambulante nattevakter og bruk av velferdsteknologi er tiltak som blir vurdert.

Kommunene vi har oppdrag for, rapporterer om stadig større problemer med å beholde og rekruttere kvalifisert personell. Fremover vil kommunene måtte forvente en økende mangel av faglært og høgskolekompetanse. Det betyr at kommunene må sikre strukturer som gjør det mulig å benytte personale og kompetanse på en hensiktsmessig måte. Det å ha mange små boenheter, hvor man ikke klarer å samkjøre personalressursene, vurderes som lite hensiktsmessig. Det er viktig å ha en bolig- og tjenestestruktur som gjør at man ivaretar tjenestemottakernes behov for privatliv, individuell tilrettelegging og bistand samtidig som man sikrer kostnadseffektivitet. Egnede lokaler, kompetent personale og god organisering er en forutsetning for å få dette til.

Anbefalinger og sentrale grep

- ▶ Sikre enheter og avdelinger som muliggjør effektiv ivaretagelse av fag, folk og økonomi. Utforming av arealer, bygg og teknologi i helse- og omsorgstjenestene har stor betydning for effektiv tjenesteyting og ressursbruk.
- ▶ Sykehjemsdriften samles ved en lokasjon. Det synes som Vindafjordtunet er det mest hensiktsmessige alternativet, men vi anbefaler at det gjennomføres en mulighetsstudie for nærmere utredning av alternativene, samt mulig etterbruk av frigjort bygningsmasse.
- ▶ Fristilt sykehjemsbygg kan transformeres til boliger med mulighet til heldøgns omsorg
- ▶ Det legges til rette for at boliger med mulighet for heldøgns omsorg legges i sentrumsstrukturen for å understøtte egenmestring, synergier mellom tjenestene og driftseffektiv tjenesteyting
- ▶ Videreutvikle synergiene mellom tjenestene i og rundt Ølen omsorgssenter og omkringliggende boliger.

6. Legge til rette for fremtidsrettet sykehjemsdrift

Gjennomgangen har vist at Vindafjord kommune opplever økende utfordringer med rekruttering av kvalifisert helse- og omsorgspersonell. Kommunen selv har vært opptatt av å sikre at driften i tjenestene er best mulig tilrettelagt for samdrift, kvalitet for beboerne og kontinuitet i personalgruppene.

Gjennomgangen har fokusert på å lete etter muligheter for å dreie tjenester, planlegge driften for fremtidig vekst og møte personellmangel. Vi mener at strukturelle tiltak er en del av dette løsningen. Boliganalysene viser et mulighetsrom for en alternativ tjenesteprofil der dekningsgraden for sykehjem foreslås redusert og ulike boformer og boligtilbud utvikles og økes. Med et slikt utgangspunkt mener vi at det kan være en løsning å samle sykehjemsdriften på ett sted.

Anbefalinger og sentrale grep

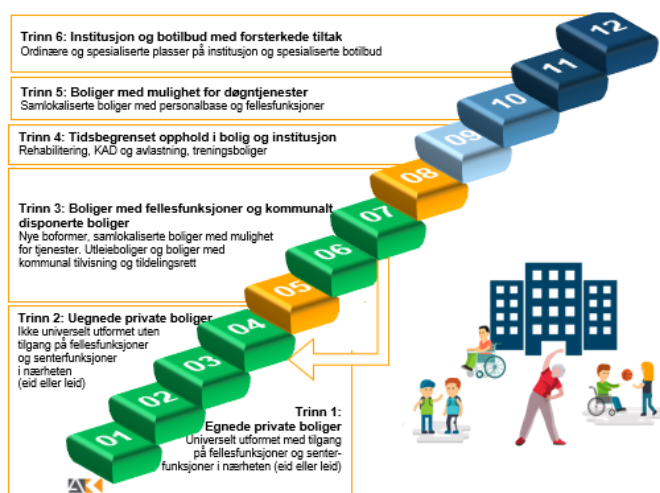
- ▶ Sikre én lokalisering for bemanningsintensive tjenester
- ▶ Sykehjemsdriften bør samles ved en lokasjon. Dette vil øke samdriftsmuligheter, gi mer robuste fagmiljøer og sannsynlig attraktivitet for rekruttering.
- ▶ Det bør gjennomføres en mulighetsstudie for nærmere utredning og vurdering av muligheter ved en samling av sykehjemstilbudet ved én lokasjon, samt mulig etterbruk av eventuell frigjort bygningsmasse
- ▶ Det må gjøres tekniske tilstandsvurderinger av bygningsmassen
- ▶ Fristilt sykehjemsbygg kan transformeres til boliger med mulighet til heldøgns omsorg og/eller boligformål

7. Utvikle og praktisere en helhetlig boligpolitikk som sikrer at flere innbyggere bor i egnede private boliger og bomiljø.

Det er et nasjonalt mål at eldre skal kunne bo hjemme lengst mulig. For at innbyggere skal kunne klare å bo og leve lengst mulig i egen bolig er det helt avgjørende at de bor i egnede boliger som er universelt utformet og med livsløpsstandard. Dette viste vi innledningsvis til i dette kapittelet.

Agenda Kaupang ser helt tydelig at en god boligpolitikk i kommuner er avgjørende for tjenestenes mulighet til å levere gode og effektive tjenester. Dette betyr at en god boligutvikling er en svært sentral forutsetning for kommunens mulighet til å møte de demografiske utfordringene på en bærekraftig måte. Vi erfarer at god boligpolitikk er å sikre tilstrekkelig med egnede boliger som innbyggere velger å flytte til med et tilfredsstillende servicetilbud i umiddelbar nærhet (for innbyggere med rullator vurdert innenfor 300 meter). Eksempler på slike servicetilbud er matbutikker og nødvendige servicetjenester, aktivitetstilbud, offentlig kommunikasjon m.m.

Fundamentet for å sikre bærekraftige helse- og omsorgstjenester er å sikre en boligpolitikk med tilstrekkelige, gode og fleksible boligløsninger på alle nivåer i boligtrappen. Kommunen vil da kunne legge til rette for at flere innbyggere kan ta gode boligvalg og ta ansvar for å eie eller leie egen bolig gjennom hele livet. I en helhetlig boligpolitikk er de seks trinnene i en boligtrapp sett i sammenheng (se figuren under). Behovet for sykehjemsplasser kan reduseres ved å bygge kommunalt disponerte boliger med og uten døgntjenester på trinn 3 og 5 i boligtrappen, og egnede private boliger som innbyggerne selv kan eie eller leie på trinn 1 i boligtrappen.



Figur 7-3 Sammenhengen mellom den helhetlige innsatstrappen og boligtrappen for eldre i seks trinn med ulike kjennetegn, metodikk Agenda Kaupang

Det er nødvendig å sikre en boligpolitikk som stimulerer til et fungerende boligmarked gjennom effektive plan- og byggeprosesser. Kommunen kan med sine virkemidler bidra til at innbyggerne

bor slik at de kan leve gode liv i en egnet bolig i et godt bomiljø. Målet om at en høy andel eldre bor i egnet bolig forutsetter at «markedet/utbyggere» tilbyr det riktige antallet og den riktige sammensetningen av aldersvennlige boliger, samt tiltak som kan bidra til at flere kan bo i egnede boliger lenger.

Et ikke fungerende boligmarked (få egnede boliger, høy pris for nybygg, lav verdi av eksisterende bolig mv.) medfører at det lokale boligmarkedet i mindre grad kan bidra med løsninger slik at behovet for offentlige løsninger og støtteordninger er større. Konsekvensen av et ikke fungerende boligmarked, med høy andel eldre boende i lite tilgjengelige og spredtbygde eneboliger, samt mangelen på et mer tilgjengelig boligtilbud, kan medføre økt press på de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette vil igjen kunne medføre at kostnadene til pleie- og omsorgstjenester kan bli høye.

Aldersvennlige boliger tar hensyn til aldersrelaterte begrensninger ved tilpasning, hjelpemidler, teknologi og universell utforming. Dette bidrar til at eldre kan klare seg selv og motta tjenester i eget hjem. Slike boliger og tilgjengelige bomiljøer er til nytte for alle og ivaretar både den enkeltes livskvalitet og behovet for effektive omsorgstilbud fra det offentlige. I kapittel 5.2 har vi redegjort for hvorfor kommunen bør legge til rette for et aldersvennlig/generasjonsvennlig lokalsamfunn, aldersvennlige boliger og bomiljøer.

Anbefalinger og sentrale grep

- ▶ Utarbeid en helhetlig boligpolitikk for kommunen
- ▶ Bruk Husbankens virkemidler i boligutviklingen i kommunen
- ▶ Utvikle lokalsentrene som generasjonsvennlige samfunn
- ▶ Gå i dialog med næringsaktører som kan bidra til boligutvikling
- ▶ Vurder mulighetene for kombinasjonsbygg (eks. boliger i tilknytning til butikk)
- ▶ Utvikle kommunesenteret med flere egnede private boliger. Flere eldre må i større grad bo i kommunens lokalsenter i egnede private boliger - kommunen må ta lokaliseringsdebatten. Andre brukergrupper kan også ha stor nytte av å bo sentralt.
- ▶ Sikre tiltak som muliggjør at innbyggere bor i egnede boliger (universelt tilpasset/boliger som er egnet for funksjonsfall) og i nærområder hvor innbyggeren kan benytte seg av private og offentlige tjenestetilbud som styrker muligheten til å klare seg selv.
- ▶ Avsett ressurser og kompetanse til boligrådgivning og boligtilpasning. Dette er viktigere i kommuner med tynne boligmarkeder.
- ▶ Jobb med konsepter som virker direkte i markedet og hjelper folk inn i løsningene kommunene ønsker mer av
- ▶ Vurder løsninger for transportbehov

8. Etablere en felles prioritering, mestringsorientert og proaktiv praksis i tråd med BEON-prinsippet.

Skal kommunen lykkes med dreiningen av tjenestene, sikre tildeling og utøvelse av tjenester i tråd med BEON-prinsippet, må saksbehandling av høy kvalitet sikres. Saksbehandlingen må være faglig kompetent og juridisk korrekt. Kommunen er avhengig av å ha tilstrekkelig kapasitet på ulike tjenester og differensierte tjenester på ulike nivå i innsatstrappen. Utgangspunktet for saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenestene er *riktige tjenester til rett tid og i tilstrekkelig omfang*. Saksbehandlere forvalter et stort ansvar på vegne av myndighetene, og tjenestene er av stor betydning for den enkelte tjenestemottaker og pårørende. Saksbehandling av søknader om kommunale helse- og omsorgstjenester er et krevende fagfelt, hvor flere perspektiver skal vektlegges samtidig. Profesjonell saksbehandling er avgjørende for å kunne styre ressursbruken i kommunen og en premissgiver for at dreiningen av tjenestene går i ønsket retning.

Kommunale helse- og omsorgstjenester er et knapphetsgode som skal forvaltes i henhold til gjeldende lover, forskrifter og kommunale standarder.

Vindafjord ønsker å tilrettelegge for at flest mulig skal kunne klare seg lengst mulig i eget hjem. Å møte disse ambisjonene, tildele og utøve tjenestene i henhold til disse prinsippene innebærer et nytt og endret verdimeslig og idémessig utgangspunkt for forvaltningspraksis og tjenesteutøvelse. Det betyr at kommunens saksbehandling, tildelingspraksis og tjenesteutøvelse må tilpasses disse perspektivene. Kartlegging og vurderinger av behov må gjenspeile det «nye» tankesettet. Det fordrer at alle de som skal ivareta dette arbeidet har innsikt og forståelse for de nye perspektivene og kompetanse til å omsette dette i praksis.

Anbefalinger og sentrale grep

- ▶ Videreutvikle kommunens kartleggings- og tildelingspraksis som understøtter kommunens behov for proaktive løsninger med fokus på at den enkelte skal ta ansvar for egen helse og livssituasjon lenger.
- ▶ Utarbeide søknadskjema inkl. kartleggingsmetodikk som gir en mer proaktiv tilnærming
- ▶ Sikre tildeling av tjenester i tråd med BEON-prinsippet for alle brukergrupper
- ▶ Sikre tverrfaglighet i kommunens myndighetsutøvelse (tverrfaglig kompetanse og samhandling mellom tjenester)
- ▶ Sikre at teknologi alltid vurderes før mer tradisjonelle tjenester som f.eks. tilsyn av hjemmetjenesten settes inn.
- ▶ Flere kommuner legger opp til at «alle» nye brukere vurderes med tanke på habilitering og hverdagsrehabilitering før mer tradisjonelle tjenester tilbys. Sterkere kobling mellom re- og habilitering, og de tradisjonelle pleie- og omsorgstjenestene vil være nødvendig for å få til en slik dreining.
- ▶ Sikre behov for koordinering av tjenester og samhandling mellom tjenesteområder for innbyggere med behov for samtidige tjenester. Sikring av koordinatorrollen er et tiltak her.
- ▶ Videreutvikle systemer og arenaer som både sikrer behov for nødvendig samhandling og samarbeid på system-, og på individnivå.
- ▶ Sikre arbeidsprosesser, arbeidsdeling og strukturer som understøtter og muliggjør effektive arbeidsprosesser og ønskede resultater kommunen.
- ▶ Sikre behov for koordinering av tjenester og samhandling mellom tjenesteområder for innbyggere med behov for samtidige tjenester. Sikring av koordinatorrollen er et tiltak her.
- ▶ Videreutvikle systemer og arenaer som både sikrer behov for nødvendig samhandling og samarbeid på system-, og på individnivå.

9. Etablere system for å følge opp og sikre størst mulig effekt av igangsatte tiltak (styringsdata og indikatorer).

Kommunene har mye tilgjengelig informasjon om tjenesteleveranser og ressursbruk og vi anbefaler å samle styringsdata som løpende oppdateres. Styringsdata spiller en avgjørende rolle i utviklingen og forbedringen av kommunale helse- og omsorgstjenester. Ved å samle og analysere data om pasientbehandling, ressursbruk og helsetjenesteprosesser, kan kommunene få verdifull innsikt og mulighet til å identifisere områder for forbedringer, ressursallokering mv. Styringsdata gir innsikt, styrker beslutningsgrunnlaget og på den måten bidra til bedre tjenester for innbyggerne

For å etablere et effektivt styringssystem for helse- og omsorgstjenestene, er det noen forutsetninger som må være på plass. Først og fremst må det være en konkret plan for hvordan systemet skal følges opp og at det er tilstrekkelig med indikatorer til at systemet kan vedlikeholdes på en effektiv måte. Dataene må ha høy kvalitet og hentes ut automatisk.

Anbefalinger og sentral grep:

- ▶ *Økonomisk styringsinformasjon:* Regnskap og avvik mot budsjett, og bruk av variabel lønn
- ▶ *Bemanningsindikatorer:* Løpende kontroll på timer brukt per ansvar fordelt på fastlønn, vikar, ekstrasjelp, forskjøvet arbeidstid og overtid. Andel fagkompetanse på vakt i ukedag og helg. Sykefravær, kort og lang. AML-brudd, totalt og søndager. Turnover. Timer vikar og timer til vikarbyrå. Resultater medarbeiderundersøkelse.
- ▶ *Tjenesteleveranser:* Faktisk leverte tjenester (antall oppdrag/timer i hjemmetjeneste, døgn i institusjon). Effektivitet – ansikt til ansiktstid, kilometer kjørt per oppdrag. Beleggsprosent på institusjonsplasser. Liggetid på institusjonsplasser ved mors. Timer i snitt per tjenestemottaker i hjemmetjeneste og praktisk bistand. Effekt av hverdagsrehabilitering – unngåtte og reduserte tjenestebehov.
- ▶ *Kvalitet:* Kontinuitet i pleiepersonell (andel ansatte med mer enn 80 % stilling og mer enn 12 mnd. arbeidstid, evt. andel 100 % og 80-100%). Antall hjelpere per tjenestemottaker (antall personer til stede i løpet av måneden med over 80 % tilstedeværelse delt på antall plasser, antall personer innom i hjemmet i løpet av måneden). Avvik: fall, medisiner, ernæring og infeksjoner. Lukketid for avvik. Medisiner på institusjonsplasser, andel doser bestilt som multidoser. Utgifter til kompetanseheving per årsverk. Resultater bruker- og pårørendeundersøkelse.

10. Innføre digitalt førstevalg for å redusere inngripen i innbyggernes liv og bedre bruk av personalressurser

Det er av stor betydning å sikre bruk av digitale verktøy og teknologi som bidrar til økt selvstendighet, redusere inngripen i innbyggernes liv og redusere behovet for personalressurser i helse- og omsorgssektoren. Digitalisering og teknologisk innovasjon kan bidra til å øke innbyggernes selvstendighet og kontroll over egen hverdag og livssituasjon. Ved å utnytte digitale verktøy og teknologi kan kommunen frigjøre ressurser som kan brukes mer målrettet og effektivt. Dette igjen kan være virkemidler som bidrar til å skape mer bærekraftig tjenester, bedre kvalitet for bruker og mer effektiv utnyttelse av personalressurser.

Anbefalinger og sentral grep:

- ▶ Som hovedregel vurdere digitale løsninger og teknologi før tjenester som innebærer personbistand
- ▶ Digitalisering av arbeidsprosesser (f.eks. støtteverktøy for optimalisering av hjemmetjenester og transport) og økt bruk av velferdsteknologi (f.eks. digitalt tilsyn).
- ▶ Utarbeid et system for å vurdere og ta ut gevinstene av teknologi og digitale løsninger med mål om økt selvhjelpenhet, redusert personellbehov og kostnader
- ▶ Vurder behovet for en digital sone i hjemmetjenesten. Dette kan redusere behovet for kjøring og kjøretid i de ytre delene av kommunen
- ▶ Få på plass en hensiktsmessig og effektiv driftsmodell for oppfølging av teknologien i helse- og omsorgstjenestene med prioritet på å bruke helsepersonell der det er behov for det og annen nødvendig og relevant kompetanse på oppgaver der det er relevant

11. Unngå å møte den demografiske veksten med flere sykehjemsplasser – tjenesteprofil må endres til mer proaktiv innsats med lavere andel institusjonstilbud og høyere andel tjenester i egnede private boliger

Tjenester i institusjon er et tilbud til personer med omfattende behov for helse- og omsorgstjenester som ikke kan ivaretas i hjemmet. Sykehjemstjenesten reguleres av ulike lover og forskrifter som stiller krav til faglig forsvarlighet, kvalitet og brukervedvirkning. Tilbud i sykehjem omhandler både ulike langtids- og ulike korttidstilbud.

Den samlede dekningsgraden for sykehjem har gått ned nasjonalt de siste årene. Årsaken til at kommuner reduserer dekningsgrader i sykehjem er å kunne utvikle tjenester som gjør det mulig for flere å bo hjemme lenger og å unngå en formidabel kostnadsvekst når andel eldre øker sterkt. Det er særlig langtidsplasser i institusjon som er redusert.

Analysene våre har vist at Vindafjords dekningsgrad i sykehjem er høy sammenliknet med snittet i våre sammenlikningskommuner, og høy sammenliknet med enkeltkommuner. Løsningen alene er ikke å øke andel plasser i sykehjem, men snarere å utvikle en differensiert boligtrapp med tilhørende tjenester som bidrar til å redusere presset på institusjonstjenester.

Vindafjord har høye utgifter til institusjonstjenester og vi har vist at dette skyldes både høye enhetskostnader og høyt antall plasser.

Kommunen bør tilnærme seg tendensen for landet og redusere dekningsgraden i sykehjem. Lavere dekningsgrad fordrer at innbyggernes behov for omfattende helse- og omsorgstjenester ivaretas av andre tjenester, og at dette er tjenester som er like gode eller bedre, men til en lavere kostnad for kommunen. Korttidsplassene må fungere og dermed være et ledd i innsatstrappen for å sikre pasientflyten innenfor pleie- og omsorgstjenesten, og for å dempe behovet for sykehjems plasser, slik at brukerne har mulighet til å bo lenger i eget hjem. Vindafjord har lavere dekningsgrad for boliger med mulighet for heldøgns tjenester. Utvikling av dette vil være sentrale tiltak for å kunne redusere dekningsgraden i sykehjem og for å utvikle flere tjenester i kommunens innsatstrapp. Kommunen har i tillegg sykehjemsdrift ved to lokasjoner uten synergier og bør vurdere å samle institusjonsdriften ved en lokasjon med redusert antall sykehjems plasser. Eventuell frigjort bygningsmasse kan benyttes til boliger med mulighet for heldøgns omsorg med teknologisk støtte.

Anbefalinger og sentral grep:

- ▶ Redusere plasser i sykehjem for å fristille midler for å kunne investere i tjenester og tiltak som muliggjør at flere kan bo hjemme og ta ansvar for egen helse og livssituasjon.
- ▶ Ved reduksjon av dekningsgrad i sykehjem vil dette kunne fristille lokaler i sykehjem. I arbeidet med omlegging av tjenester og ivaretagelse av nye behov for boliger med mulighet for heldøgns tjenester (demografivekst) bør kommunen vurdere om de fristilte lokalene på sykehjemmene kan benyttes til omsorgsboligformål (med og uten mulighet for heldøgns tjenester).
- ▶ Økningen i behov som følge av demografien må hovedsakelig dekket i den ambulante hjemmetjenesten – det vil være nødvendig å omfordele mer av ressursinnsatsen fra institusjon til tjenester lavere i innsatstrappen.

12. Styrk hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering for å følge opp satsingen på gode pasientforløp og målet om at flest mulig kan bo lengst mulig hjemme

Nasjonalt er det forventninger om at innbyggerne i større grad skal ta ansvar for egen helse, og kommunene spiller en rolle i å sikre opplæring, forebygging og bistand. Målet er å hjelpe den enkelte til å opprettholde god helse og funksjonsnivå, slik at de kan bo lengst mulig i eget hjem.

Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering er avgjørende for å støtte satsingen på gode pasientforløp og det overordnede målet om å muliggjøre at flest mulig kan bo hjemme så lenge som mulig. Dette handler om å utruste enkeltpersoner med nødvendige ferdigheter og ressurser for å håndtere utfordringer og oppgaver i dagliglivet på en selvstendig og tilfredsstillende måte.

Ved å prioritere hverdagsmestring og rehabilitering legger man til rette for en helhetlig tilnærming til helse og omsorg. Dette kan bidra til forbedret livskvalitet for den enkelte og avlaste helsevesenet, noe som reduserer behovet for tjenester.

En samordnet og styrket satsing på hverdagsmestring og rehabilitering er avgjørende for at kommunen, og samfunnet som helhet, skal kunne møte demografiske og helsemessige utfordringer i fremtiden. Ved å investere i forebyggende tiltak og tidlig intervensjon kan man redusere behovet for mer omfattende og kostbare omsorgsordninger på lang sikt. Dette vil gi innbyggerne best mulig livskvalitet og selvstendighet, samtidig som samfunnets ressurser utnyttes mest effektivt.

Anbefalinger og sentral grep:

- ▶ Styrke innbyggere i planlegging for egen alderdom gjennom god informasjon og forebyggende arbeid.
- ▶ Sikre en godt organisert, dimensjonert og kompetent hjemmetjeneste hele uken og døgnet. Behov for mer tverrfaglig kompetanse inngår i dette.
- ▶ Økningen i behov som følge av demografien må hovedsakelig dekket i den ambulante hjemmetjenesten – det vil være nødvendig å vri mer av ressursinnsatsen fra institusjon til tjenester lavere i innsatstrappen og tilbud som bidrar til at innbyggerne blir selvhjulpne og mestrer eget hverdagsliv.
- ▶ Øk satsing på forebyggende og helsefremmende tjenester som f.eks. hjemmerehabilitering og hverdagsrehabilitering er tiltak for at flere skal bli boende hjemme.
- ▶ Jobb med kompetansetiltak for felles forståelse av dreiningen i en mestrings- og ressursorientert praksis – hva betyr dette i tjenestene i Vindafjord

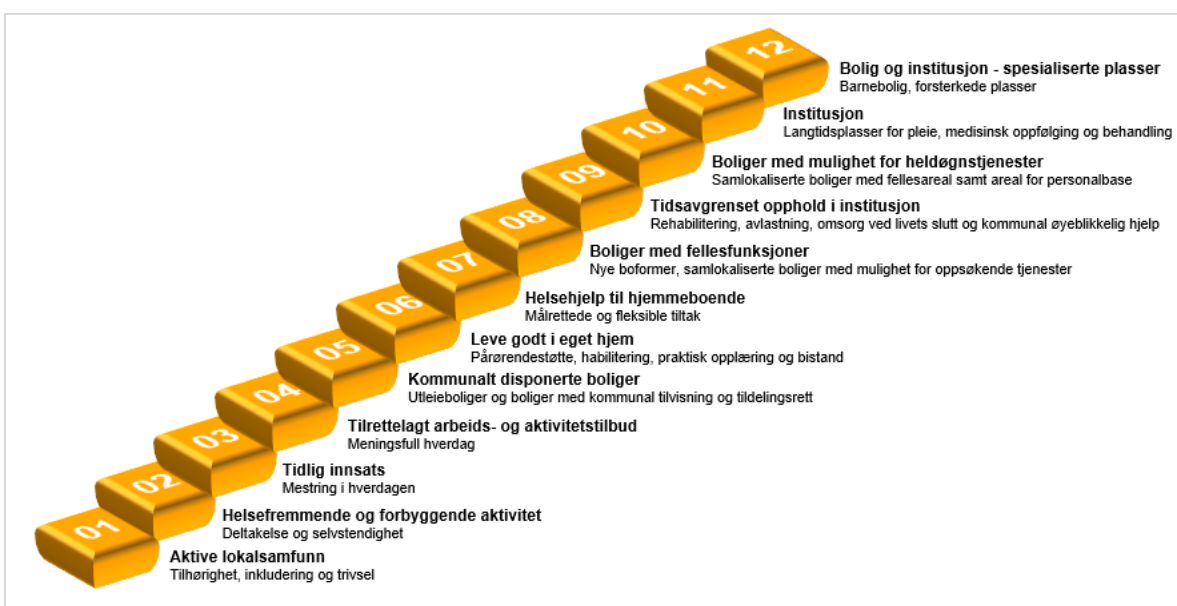
7.6 Avsluttende betraktninger – behov for å sikre mer bærekraftige tjenester

Vurderingen er at flere av anbefalingene og forslagene som vi har presentert her vil være sentrale for at kommunen skal kunne løse samfunnsoppdraget sitt fremover.

De generelle anbefalingene, og de konkrete forslagene til tiltak mener vi vil være av betydning for at kommunen også i fremtiden skal kunne levere gode tjenester innenfor rammen av fag, personal og økonomi. Vindafjord har økonomisk handlingsrom, men må omstille for å møte mangel på arbeidskraft og fremtidig økning i behov.

Kommunen har et uttalt hovedmål at helse- og omsorgstjenestene skal bidra til mestring, trygghet, aktivitet og ressursmessig bærekraft over tid. I sin videreutvikling tenker vi at dette bør operasjonaliseres i større grad enn det som synes å være tilfelle per i dag. Dette må omhandle å se på hva dette betyr for innbyggere, tjenestene og for kommunen som helhet, og at arbeidet og innsatsen innrettes iht. dette. Dreining innebærer en verdimelessig dreining for innbyggerne, for politikere og ansatte.

For å få til nødvendig omstilling må det spilles på lag, og kommunen må utvikle tiltak og tjenester som i enda større grad støtter opp under og som muliggjør målene. Vindafjord har overordnede føringer og planer, samt gode intensjoner, men har ikke, slik vi vurderer det, i tilstrekkelig grad tatt i bruk kommunens samlede virkemiddelapparat og samordnet tjenesteapparatet også utenfor helse- og omsorg. Fremover blir dette noe av det viktigste å få på plass.



Figur 7-4 Modell av den helhetlige innsatstrappen som strategisk og faglig rammeverk for bærekraftig utvikling i kommunen. Agenda Kaupang