

# *Utredning for Sandefjord kommune, status og fremtidig behov PLO-tjenester*

*Rapport av 29. mai  
2017*

---

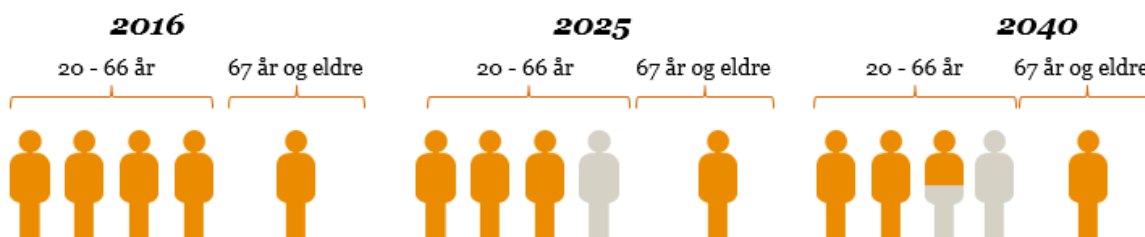
# *Innholdsfortegnelse*

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Innholdsfortegnelse</b>  | <b>2</b>  |
| <b>Innledning</b>   | <b>4</b>  |
| <b>Sammendrag</b>   | <b>5</b>  |
| Dagens kapasitet og sammenligning med andre kommuner  | 5         |
| Fremskrevet behov og kostnad  | 6         |
| Fremtidig kostnad   | 7         |
| Behovet for ansatte   | 7         |
| Muligheter og erfaringer  | 8         |
| <b>Definisjoner og begreper</b>   | <b>9</b>  |
| <b>Dagens status</b>  | <b>11</b> |
| Befolkning  | 11        |
| Kapasitet   | 12        |
| KOSTRA-tall - indikatorene  | 13        |
| Kompetanse  | 17        |
| <b>Sammenligning med andre kommuner</b>   | <b>19</b> |
| Utvalgte sammenligningskommuner   | 19        |
| Netto driftsutgifter per innbygger til pleie og omsorg                                      | 21        |
| Andel av netto driftsutgifter til PLO som går til henholdsvis institusjon og hjemmetjeneste | 22        |
| Korrigerede brutto driftsutgifter pr institusjonsplass                                      | 23        |
| Andel beboere i institusjon av antall plasser   | 23        |
| Tre case-kommuner - Hva kan vi lære av dem?   | 24        |
| Spesielt om hver av de tre  | 25        |
| Arendal kommune   | 25        |
| Skien kommune   | 26        |
| Sarpsborg kommune   | 26        |
| Sammenstilling av intervjuene   | 27        |
| Velferdsteknologi - erfaringer, utfordringer og tanker om fremtiden                         | 27        |
| Tilbud til demente  | 28        |
| “Det demensvennlige samfunn”  | 30        |
| Kommune 3.0 - samarbeid med frivillige  | 31        |
| Store forskjeller i hvor langt man er kommet i arbeidet                                     | 32        |
| Store forskjeller i oppfølgingen av omsorgstrappa   | 33        |
| Omfanget av forebyggende arbeid   | 34        |
| <b>Fremtidige behov</b>   | <b>35</b> |
| Institusjon og bofellesskap   | 35        |

|  |           |
|--|-----------|
| Omsorgsboliger (Bo- og servicesentre)  | 36        |
| Hjemmetjenester  | 37        |
| Kompetanse   | 38        |
| <b>Utfordringer og mulighetsrom frem mot 2030</b>                            | <b>40</b> |
| Endret sykdomsbilde og økt ansvarsområde                                     | 40        |
| Økt omfang av pasienter med kognitiv svikt (demens)                          | 41        |
| Endrede forventninger fra brukerne   | 41        |
| Forebyggende arbeid av økende betydning                                      | 42        |
| Uenighet om lokalisering av tjenestetilbudet                                 | 42        |
| Ulik tildelingspraksis og ulik bruk av omsorgstrappa                         | 43        |
| Bistand og samarbeid med frivillige  | 43        |
| Alternative boformer, au-pair-ordning og kollektiver                         | 44        |
| Endring av ordningen med investeringstilskudd til omsorgsboliger og sykehjem | 44        |
| Tilgang på ansatte og strategisk oppgavefordeling                            | 45        |
| Bruk av velferdsteknologi  | 45        |
| Varslings- og lokaliseringsteknologi (GPS)                                   | 46        |
| Elektronisk medisineringsstøtte (elektronisk medisindispenser)               | 46        |
| Elektroniske dørlåser (e-lås)  | 47        |
| Oppgraderte sykesignalanlegg/pasientvarslingssystem                          | 48        |
| Logistikk-løsning for mer optimale kjøreruter og bedre kvalitet på tjenester | 48        |
| <b>Simulering av ulike scenarier</b>   | <b>50</b> |
| Øke andelen hjemmeboende   | 50        |
| Å utsette overføring til institusjon   | 51        |
| Effektivisering av tjenesteleveranse   | 53        |
| Elektroniske dørlåser  | 53        |
| Elektronisk medisineringsstøtte  | 54        |
| Bedre varsling og alarmanlegg  | 54        |
| Samlet oversikt over potensial   | 54        |
| <b>Ansvar</b>  | <b>58</b> |
| <b>Kilder og bakgrunnsmateriale</b>  | <b>59</b> |
| Informanter  | 61        |

# Innledning

Befolkningsframskrivninger fra SSB viser at antall innbyggere over 67 år øker mer enn den resterende delen av befolkningen. Spesielt gjelder det personer over 80 år, og økningen skjer især etter 2022. Fra [www.bedrekommune.no](http://www.bedrekommune.no) henter vi for Sandefjord kommune tall som vist i figuren.



Figuren viser at andelen potensielt yrkesaktive (yngre enn 67 år og eldre enn 20) er fallende i forhold til andelen eldre. Det betyr at dersom alt annet likt blir det, enkelt sagt, færre skattebetalere per pleietrengende. Utviklingen er såpass dramatisk at dagens tjenestemodell ikke vil være bærekraftig i fremtiden.

Sandefjord kommune ønsket derfor å kartlegge hvordan kommunen ligger an i dag i forhold til andre kommuner, hvordan utviklingen i kapasitet og kostnad med dagens tjenestemodell blir, og hvilken kompetanse som kreves i fremtiden. Dette som et faktagrunnlag for å velge veien videre mot en effektiv, kvalitativ og moderne eldreomsorg i takt med forventning, rammer og teknologisk utvikling.

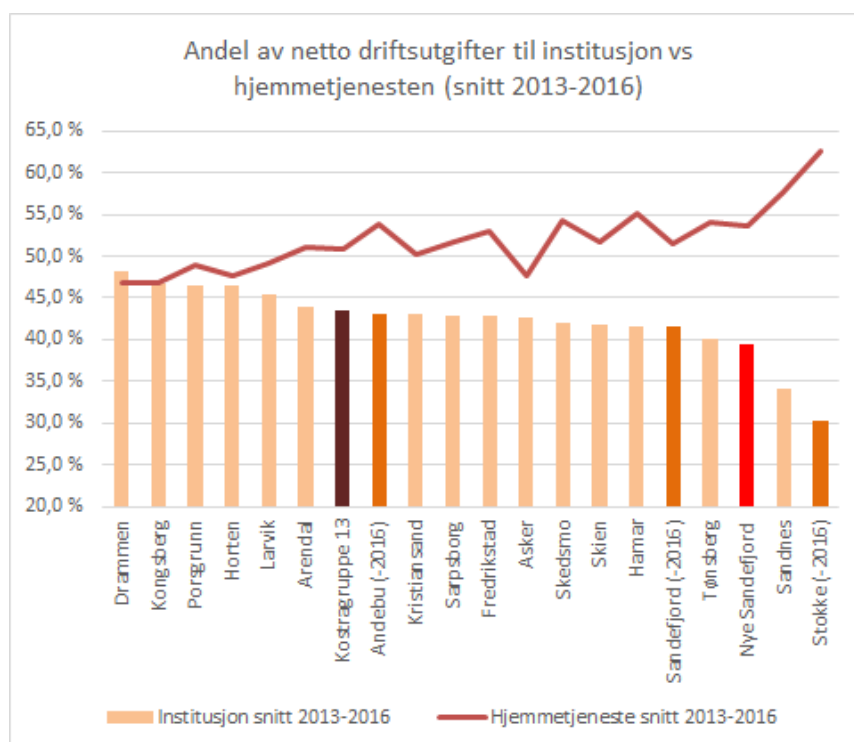
Etter konkurranse vant PwC oppdraget.

Denne rapporten svarer på spørsmålene angitt over. I tillegg ser vi på trender og utvikling innenfor demografi, eldrehelse og teknologisk utvikling (velferdsteknologi). Vi ser på hva andre kommuner har gjort og erfart, og vi simulerer tilsvarende tiltak teoretisk anvendt på Sandefjord kommune for å se potensialet.

# Sammendrag

## Dagens kapasitet og sammenligning med andre kommuner

Den nye kommunen Sandefjord er hva man kan kalle en hjemmetjeneste-kommune. Sammenlignet med 15 andre kommuner i KOSTRA-gruppe 13, er det bare Sandnes kommune som har en større



andel av netto driftsutgifter rettet mot hjemmetjenesten. Av netto driftsutgifter til pleie og omsorg, går ca 39% til institusjoner og ca 53% til hjemmetjeneste. KOSTRA-tallene viser også at en institusjonsplass er over seks ganger så dyr som en gjennomsnittlig mottaker av tjenester i hjemmet. Tallene viser dermed at Sandefjord kommune gir tjenester til langt flere hjemme enn på institusjon. I mange sammenhenger er dette en “win-win” situasjon for omsorgstrengende, pårørende og kommunen.

I forhold til de andre KOSTRA-kommunene er imidlertid Sandefjords institusjonsplasser dyrere. Det er bare Kongsberg og Asker som har høyere kostnader per plass. En institusjonsplass i Sandefjord koster i overkant av 1,3 millioner kroner<sup>1</sup>, mens den i Kristiansand ligger på cirka 970 000 kroner. Noe av forklaringen er at Sandefjord plasserer brukerne med minst ressursbehov i kjøpte plasser i Mosserødhjemmet (privat). Dette gjør at kommunen behandler brukerne med mest omfattende bistandsbehov selv, hvilket presser kostnaden per plass opp. Sandefjord kommune er kjent med at en del andre kommuner kjøper private plasser til sine mest pleietrengende brukere/utagerende demente. Dette gjør at deres kostnader for egne plasser kan være lavere. Likevel kan det ligge et potensial for forbedring her, selv om Sandefjord kommunes egne beregninger viser at kommunen har

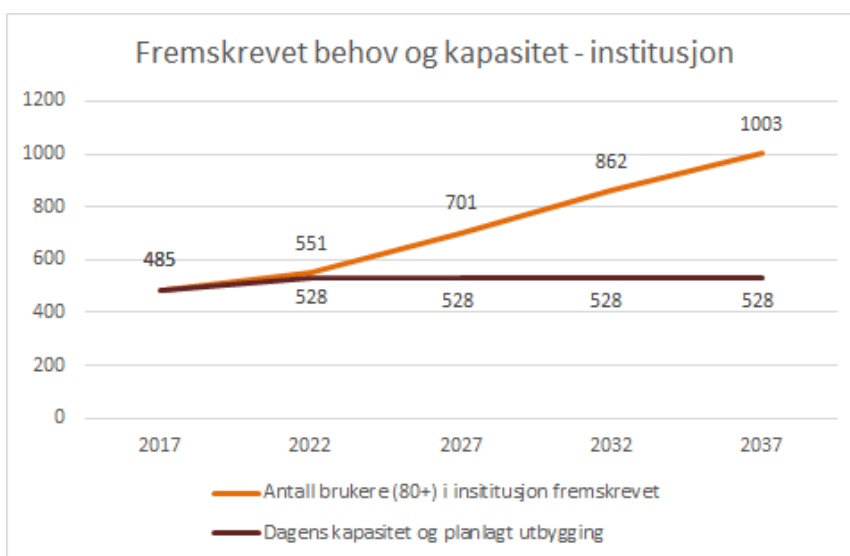
<sup>1</sup> Korrigerede brutto driftsutgifter, institusjon, pr. kommunal plass (F253 og F261)

relativt høy dekningsgrad/utnyttelse av institusjonsplassene. I kapitlene om muligheter og handlingsrom og simuleringer ser vi på forskjellige forbedringstiltak.

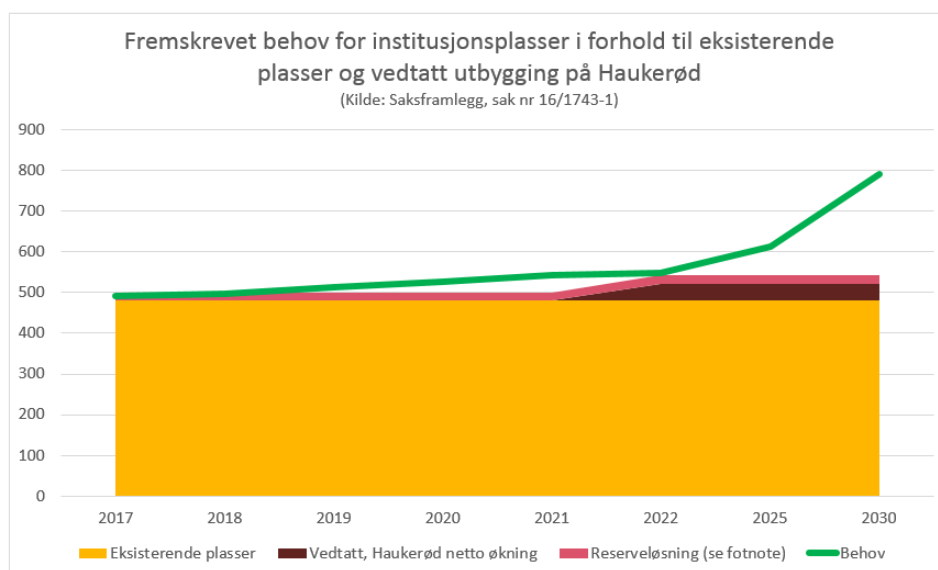
I kapittelet som omhandler sammenligning med andre kommuner analyseres Sandefjord med de samme kommunene på en rekke indikatorer knyttet til pleie og omsorg.

## Fremskrevet behov og kostnad

Figuren under viser kapasitet i dag, 485 institusjonsplasser, sammen med en økning av kapasitet basert på vedtatte utbygginger (Haukerød). Veksten i behov er basert på framskriving tilsvarende veksten i antallet innbyggere over 80 år.



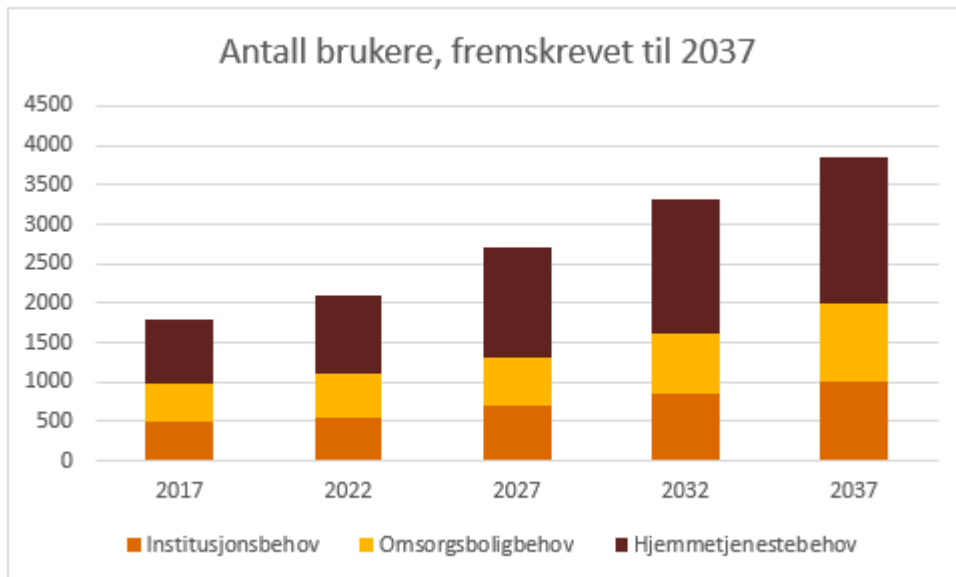
Dersom vi også legger inn den fleksibilitet som finnes i kapasitetsutnyttelse i eksisterende lokaler (ca 20 plasser<sup>2</sup>), ser figuren slik ut:



<sup>2</sup> Benytte 8 tilgjengelig leiligheter i nye omsorgsboliger i Andebu, 3 ledige plasser på Soletunet, Gjenåpne avdeling G på Nygård med 7 plasser, noen flere kjøpte plasser.

Vi ser av grafen at det vil være noe underdekning fra 2019 - 2021 som rettes opp når sykehjemmet på Haukerød er ferdig, men fra 2022 kommer den store veksten i antallet eldre og underdekningen øker betydelig igjen fram til 2030.

Veksten i antallet brukere totalt, fordelt på institusjonsplasser, omsorgsboliger og mottakere av hjemmetjenester er formidabel. Figuren under viser at fra et samlet behov i 2017 på om lag 1 800 brukere, økes antallet til ca 3 000 mottakere i 2030, og det mer enn dobles i 2037 til over 3 800.



### **Fremtidig kostnad**

For 2017 er budsjetterte brutto driftsutgifter til Pleie og omsorg ca 745 millioner<sup>3</sup>. Dersom vi fremskriver dette tilsvarende som vi har fremskrevet behovet for plasser (altså tilsvarende veksten i antall i befolkningen over 80 år), øker kostnadene til ca 1 200 millioner i 2030.

Kostnad for pleie og omsorg vil øke med 61% i 2030. Antallet yrkesaktive i Sandefjord kommune øker med 11%.

Kilde: SSB

### **Behovet for ansatte**

KMDs nykommune.no gjør et anslag på kommunale årsverk innenfor de ulike sektorene og blant annet innenfor pleie og omsorg inkludert alle tjenestene<sup>4</sup>. Pr i dag ligger antall kommunale årsverk per 1000 innbyggere 20-66 år på 56,6. Når SSB har fremskrevet disse tallene til 2025 og 2040 har de tatt utgangspunkt i samme dekningsgrad og standarder som i 2015, samt brukt SSBs mellomalternativ ved befolkningsframskriving

Samlet for Sandefjord kommune beregnes antall årsverk per 1000 innbyggere i aldersgruppe 20-66 å øke fra 56,6 til 81. I tillegg øker antall innbyggere i aldersklassen slik at man dermed får en estimert vekst i årsverk på ca 300 frem mot 2025, ca 600 i 2030 og helt opp til 1300 i 2040.

Lønnskostnadene per årsverk innenfor pleie og omsorg er i følge beregninger i KOSTRA ca 700.000,-

<sup>3</sup> Tjenesteområde 3740 + andel av 3710 + 38 og 39

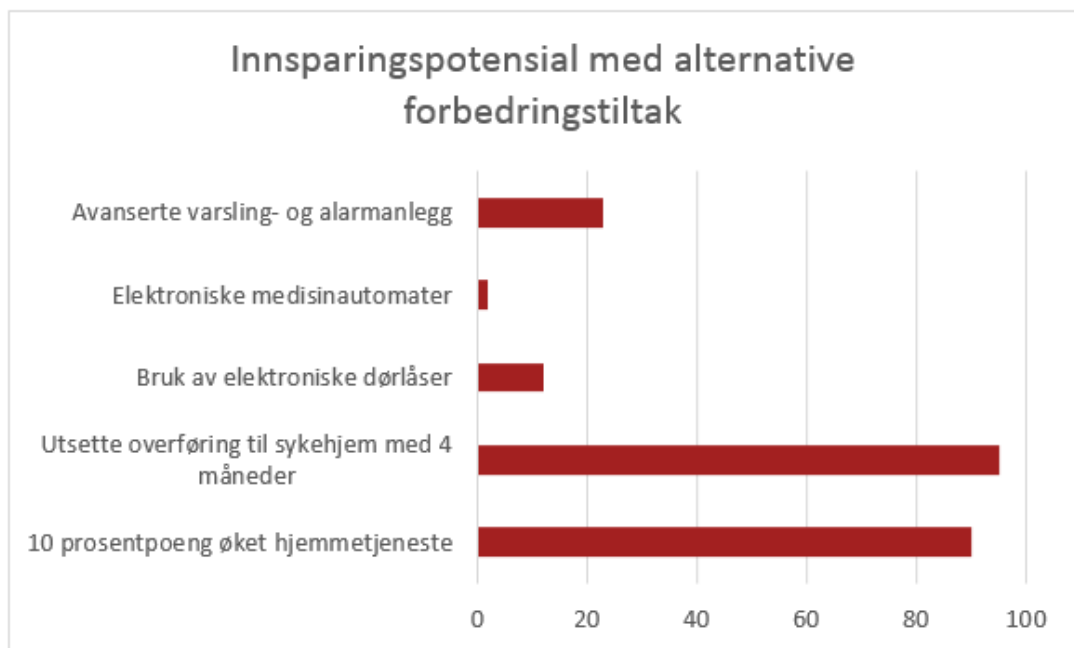
<sup>4</sup> Dette inkluderer funksjonene 234, 253, 254 og 261. Noe under 50% av disse jobber innenfor funksjon 253 institusjon.

inkl sosiale kostnader. En vekst i årsverk tilsvarende 600 årsverk, fra i dag til 2030, vil da koste 420 MNOK.

## Muligheter og erfaringer

Det gjøres svært mye innenfor pleie og omsorg i norske kommuner og internasjonalt. Mange har sett utfordringene som kommer, selv om flere melder at ikke alle tar det innover seg. I kapitlet “Utfordringer og mulighetsrom for innovasjon i tjenestene frem mot 2030” ser vi på trender og forskningsresultater. Vi ser på hva andre kommuner har fått til, og i kapitlet “Simuleringer” forsøker vi å overføre resultatene fra konkrete forskningsprosjekter til potensial for Sandefjord kommune. *Dette er rene matematiske simuleringer som kun indikerer retning for Sandefjord kommune. Effekten av tiltakene vil avhenge av hvor effektive dagens ordninger allerede er, geografisk struktur, demografi osv.*

Figuren under viser potensial på noen utvalgte tiltak med referanse til kommuner som har beregnet effekt.



Tiltakene kan ikke summeres ettersom de er delvis overlappende. Større og mindre effekter vil kunne oppnås dersom man klarer andre tall enn i figuren.



---

# Definisjoner og begreper

## **Heldøgnsbemannet omsorgsbolig**

Tjenesten heldøgnsbemannet omsorgsbolig innebærer at beboeren fortsatt er å betrakte som hjemmeboende, men har bolig i nærhet til helse- og omsorgspersonale som kan gi tilsyn og ellers bistå med tilrettelegging, råd og veiledning i dagliglivets gjøremål. Tjenesten heldøgnsbemannet omsorgsbolig er et lavere omsorgsnivå enn langtidsplass i sykehjem.

## **Omsorgstrappa**

Omtales også som helhetlig pasientforløp. Begge deler benyttes som begreper på en kommunes ulike nivåer av helse- og omsorgstjenestene, der plass på institusjon er øverste trappetrinn.

## **Velferdsteknologi**

Teknologi som kan bidra til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon.<sup>5</sup>

## **Samtykkekompetanse**

Å ha samtykkekompetanse betyr at man har innsikt i og er i stand til å vurdere konsekvensene av de valgene man tar. Dersom brukeren har fysiske eller psykiske forstyrrelser, demens eller psykisk utviklingshemming og åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter kan samtykkekompetansen bortfalle helt eller delvis (Lov om pasient og brukerrettigheter §4-3). Den som gir helsehjelpen avgjør om brukeren mangler kompetanse til å samtykke. Avgjørelsen skal begrunnes skriftlig. Avgjørelser om samtykkekompetanse skal noteres i journal.

## **KOSTRA-gruppe 13**

KOSTRA, Kommune- Stat-Rapportering administrert av SSB, deler kommunene i grupperinger etter folkemengde og økonomiske rammebetingelser. Gjeldende gruppering har vært fast siden 2013 og Sandefjord er i KOSTRA-gruppe 13 (Store kommuner utenom de fire største byene). Samlet er det 49 kommuner i denne gruppen.

## **Kommunebarometeret**

Kommunebarometeret er en måling som publiseres av Kommunal Rapport hvert år. Her rangeres kommunene etter 141 nøkkeltall, på tvers av 12 ulike sektorer. Dette gjøres ved hjelp av offentlig tilgjengelige data. Målingen publiseres første gang i løpet av mars/april, og igjen nærmere sommeren.

## **IPLOS**

IPLOS er betegnelsen på et sentralt helseregister som danner grunnlag for blant annet nasjonal statistikk for pleie- og omsorgssektoren.

## **Sandefjord**

---

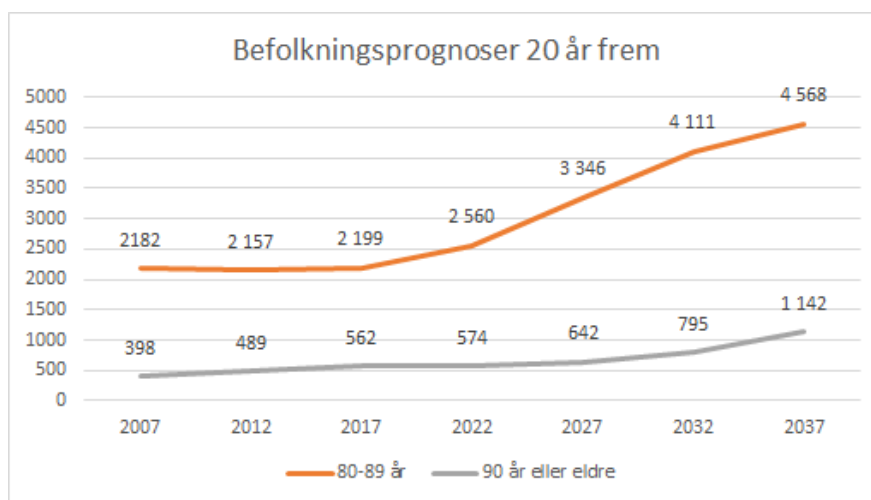
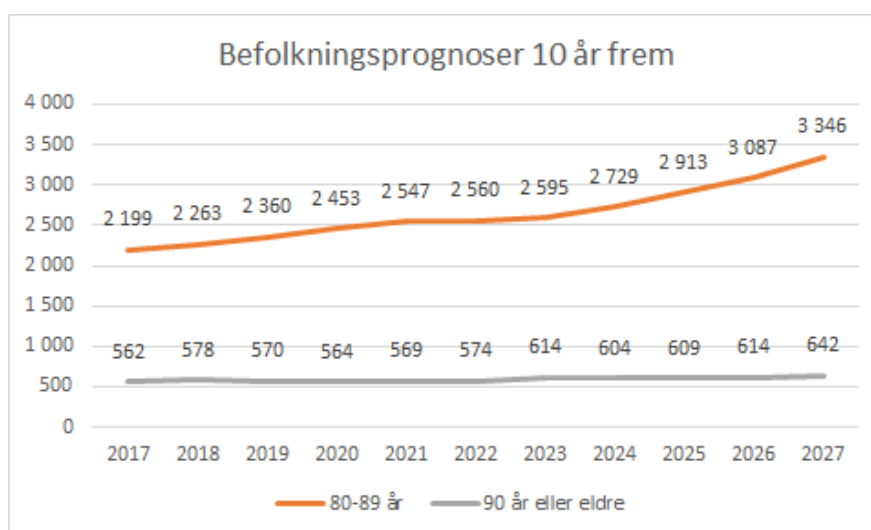
<sup>5</sup> NOU 2011:11 "Innovasjon i omsorg"

Brukes i denne rapporten for den nye, sammenslåtte kommunen. Ved informasjon som gjelder Sandefjord kommune før 1.1.17. omtales kommunen som gamle Sandefjord kommune.

# Dagens status

## Befolkning

Befolkningsprognosene<sup>6</sup> for Sandefjord kommune viser at kommunen vil møte en betydelig vekst av eldre mellom 2022 og 2027. Veksten tiltar ytterligere fra 2027 og utover. Det må fremheves at i tillegg til utfordringene denne veksten medfører opplever kommunen også en betydelig vekst innen omfanget av yngre tjenestemottakere.



**Graf 1 og 2:** \*Befolkningsprognosen: Slått sammen prognoser for gamle Sandefjord, Andebu og Stokke (uten Vear).

| Alder    | 2012   | 2017  | 2022   | 2027   | 2032   | 2037   |
|----------|--------|-------|--------|--------|--------|--------|
| 80-89 år | -1,1 % | 1,9 % | 16,4 % | 30,7 % | 22,9 % | 11,1 % |

<sup>6</sup> Ved utarbeidelse av befolkningsprognosen er det tatt utgangspunkt i SSB middelalternativ (MMMM)

|                   |        |        |        |        |               |               |
|-------------------|--------|--------|--------|--------|---------------|---------------|
| 90 år eller eldre | 22,9 % | 14,9 % | 2,1 %  | 11,8 % | <b>23,8 %</b> | <b>43,6 %</b> |
| Total             | 8,4 %  | 14,9 % | 16,4 % | 13,3 % | 12,5 %        | 13,2 %        |

**Tabell 1:** \*Tabellen viser prosentvis økning per 5 år.

Befolkningsprognosene 25 år frem i tid viser at antall innbyggere i Sandefjord over 80 år vil øke fra 2.800 til rundt 4.500 i 2030 og vil være rundt 5.700 i 2037. Pr 2017 er det ca. 14 innbyggere mellom 20-66 år per innbygger over 80 år, mens dette tallet er forventet å synke til rundt 11,5 i 2035 og 7,1 i 2040<sup>7</sup>. Tabellen viser den prosentvise økningen i de tre aldersgruppene over pensjonsalder frem mot 2037. Befolkningsprognosene 10 år frem i tid viser at økningen i 80-89 åringene allerede har startet og vil fortsette å øke frem mot 2021. Her bremser økningen i en liten periode, før den videre veksten tiltar med økt kraft fra 2023. Ut av tabellen ser vi 5-årig prosentvis endring, der økningen har vært lav frem til 2017, men så øker betydelig fra 2022 til 2027 med 30,7%. Generasjonen som går inn i 80-årene her er innbyggere født rundt krigens slutt. Denne generasjonen viser seg gjeldende igjen i aldersgruppen 90 år og over med 43,6 % økning fra 2032 til 2037. Frem til 2012 ser vi at veksten for de tre aldersgruppene har vært moderat, men det forventes en dobling fremover mot 2030.

## Kapasitet

Med utgangspunkt i tjenestemottakere 80 år og over er det døgnbemannede plasser på institusjon og bofellesskap og omsorgsboliger som antas som pleie- og omsorgskapasitet i Sandefjord kommune. Med omsorgsboliger menes i denne sammenhengen boliger i et bo- og servicesenter med varierende grad av aktivitetstilbud. Kommunen har også brukere 80 år og over som tildeles hjemmetjenester utover de som bor i de nevnte boformene, men denne gruppen er derimot mindre.

### Bemannede plasser i institusjon og bofellesskap

Sandefjord kommune har per 2017 485 plasser på institusjon og sentre, hvorav noen av disse plassene kjøpes fra Mosserødhjemmet. Det er vedtatt bygging av et fremtidsrettet sykehjem som vil stå klar til bruk 2021. Fra 2021 vil derfor kommunen ha 528 slike plasser tilgjengelig.

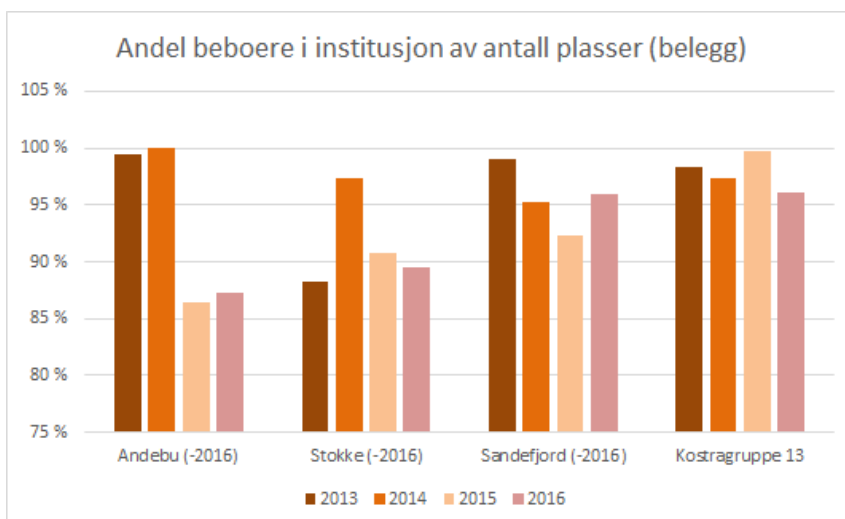
### Omsorgsboligene (Bo- og servicesentre)

Sandefjord kommune har per 2017 435 omsorgsboliger. I henhold til tidligere politisk vedtak vil det stå ferdig et nytt omsorgsbygg i Andebu med 40 plasser i 2018<sup>8</sup>.

Sandefjord kommune opplever press på plasser på institusjon, men at kapasiteten per i dag er tilstrekkelig for å gi et forsvarlig tilbud. Dette kan vi også se ut av grafen under som viser belegg på institusjonsplasser fra KOSTRA i de tre kommunene frem til 2016. Derimot peker kommunen selv på at de har et stort behov for å styrke hjemmetjenesten og øke kapasiteten her.

<sup>7</sup> KMD, nykommune.no og SSB

<sup>8</sup> Hentet fra vedtatt budsjett 2017

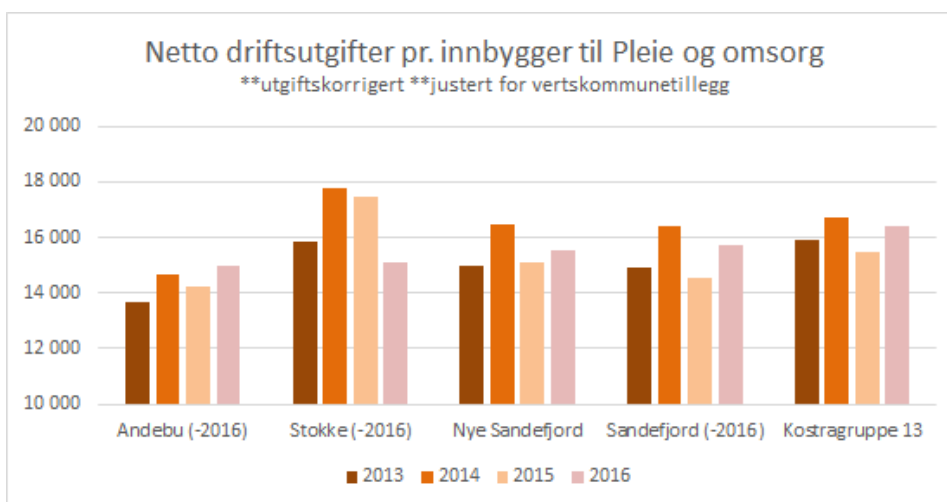


**Graf 3:** Andel beboere på institusjon av antall plasser (belegg)

## KOSTRA-tall - indikatorene <sup>9</sup>

### Netto driftsutgifter per innbygger

Netto driftsutgifter per innbygger til pleie og omsorg, justert for utgiftsbehov og vertskommune-t tillegg<sup>10</sup>, har de siste 4 årene variert for de tre tidligere kommunene i Sandefjord. Variasjonen har derimot fulgt utviklingen i KOSTRA-gruppe 13. Gamle Sandefjord har ligget tett opp mot snittet i KOSTRA-gruppe 13, Andebu har generelt ligget noe under, mens Stokke har ligget noe over. Utgifter til PLO viser seg gjeldende i alle aldersgrupper, ikke bare for personer over pensjonsalder. For hjemmetjenestemottakere er om lag halvparten av mottakere av disse tjenestene under 67 år, og andelen er voksende.



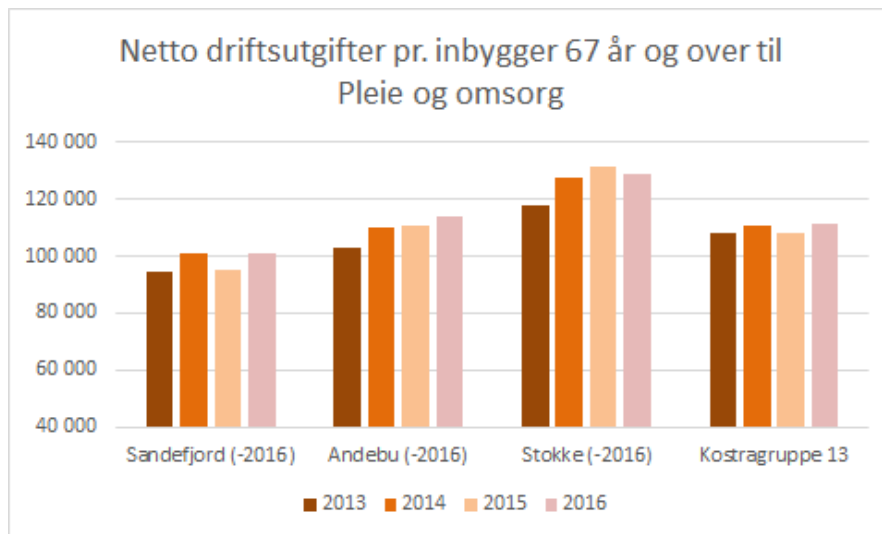
**Graf 4:** Netto driftsutgift pr. innbygger til Pleie og omsorg.

Grafen under viser netto driftsutgifter per innbygger 67 år og over. Fortsatt korrigeret for utgiftsbehov og vertskommunetillegg. Grafen forteller at dersom alle netto driftsutgifter til pleie og omsorg ble

<sup>9</sup> KOSTRA-tall for 2016 baserer seg på de foreløpige KOSTRA-datane er basert på Stokke, Andebu og Sandefjords regnskap per 15.02.17. Regnskapene for Stokke og Sandefjord er i ettertid endret, og endelige regnskapstall vil inngå i de endelige KOSTRA-dataene (juni 2017).

<sup>10</sup> Vertskommunetillegg er et tillegg til kommuner som har ansvaret for en rekke beboere hjemmehørende i andre kommuner.

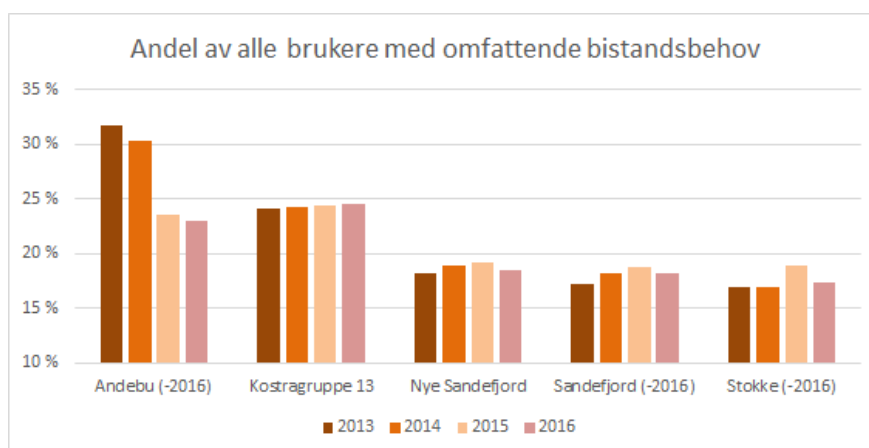
benyttet av de over 67 år, så ville kostnaden per innbygger over 67 vært slik grafen viser. Her ser vi at Andebu som lå over snittet i KOSTRA-gruppa for alle innbyggere, ligger nesten under snittet i gruppa når kostnaden kun fordeles på 67 år over, hvilket kan tyde på at Andebu har en større andel i befolkningen over 67 år enn de andre kommunene.



**Graf 5** Netto driftsutgifter pr. innbygger 67 år og over til pleie og omsorg. Korrigert for utgiftsbehov og vertskommunetillegg.

### Andel brukere med omfattende bistandsbehov

Historisk sett (2013-2016) har gamle Sandefjord<sup>11</sup> og Stokke ligget lavere enn snittet i KOSTRA-gruppe 13 på indikatoren *Andelen brukere med omfattende bistandsbehov*, sett opp mot alle tjenestemottakere med gyldig tjenesteforhold. Andebu har derimot ligget høyere enn snittet, men med en brå nedgang etter 2014. Vær oppmerksom på at denne indikatoren inkluderer også PU og andre brukere med omfattende bistandsbehov, disse gruppene omfattes ikke i denne utredningen. Indikatoren gir likevel et innblikk av omfanget generelt og forskjellene mellom de gamle kommunene i Sandefjord. Tallene for Andebu påvirker i begrenset grad de beregnede tallene for Sandefjord, som fortsatt vil ligge betydelig under gjennomsnittet for KOSTRA-gruppe 13.

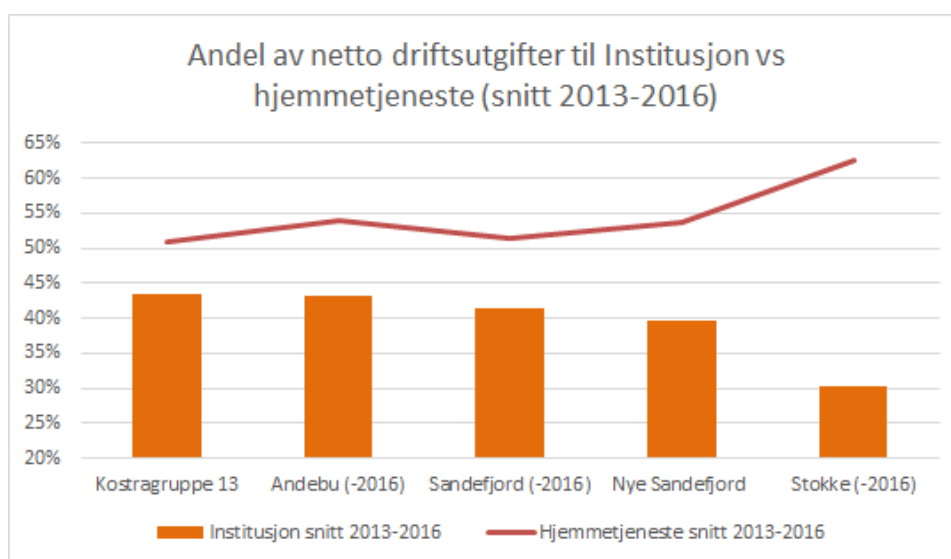


**Graf 6:** Andel av alle brukere med omfattende bistandsbehov.

<sup>11</sup> Sandefjords regnskap er endret etter at tallene ble oversendt til SSB. Tilskudd til ressurskrevende tjenester er redusert med netto 9,5 mill. kr og dette gir økte netto driftsutgifter til helse- og omsorgstjenester for hjemmeboende på 9,9 mill. kr og reduserte utgifter på 0,4 mill. kr til helse- og omsorgstjenester i institusjon. Tallene her er ikke korrigert for dette.

## Andel av netto driftsutgifter til institusjon vs hjemmetjeneste

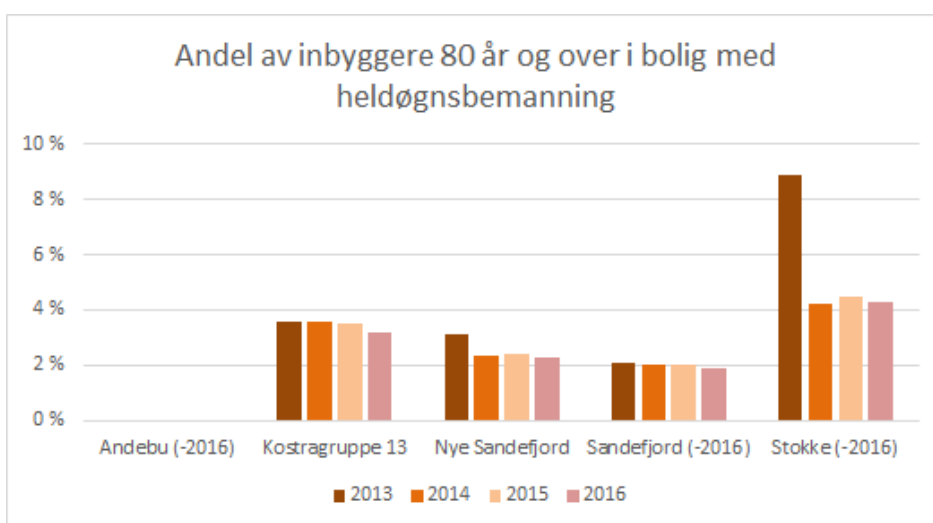
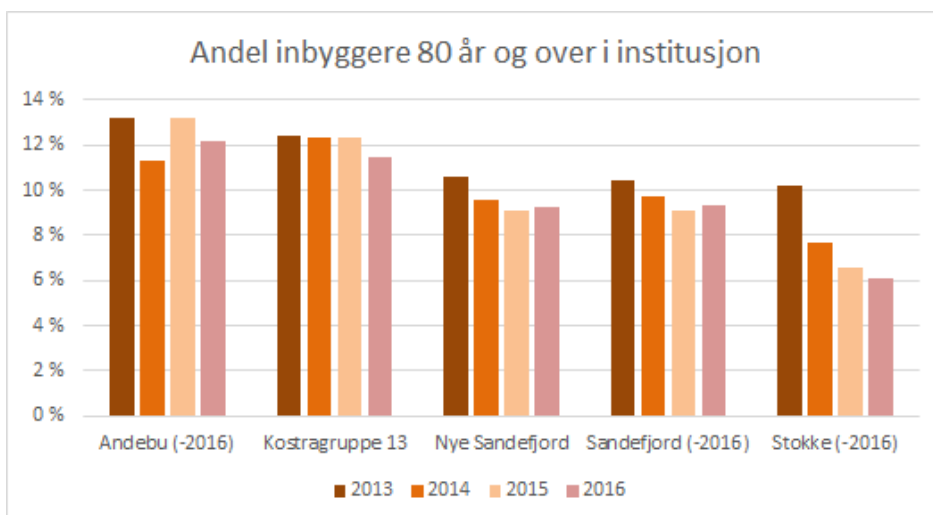
Indikatoren under viser hvor stor andel av netto driftsutgifter til pleie og omsorg som går til institusjon og hvor mye som går til hjemmetjenesten. Grafen viser gjennomsnittet av andelene fra 2013-2016. Indikatoren for Stokke er nok her preget av at kommunen mottar et betydelig beløp som gammel HVPU-vertskommune. Dette er ikke korrigert for i denne grafen. Alle de tidligere kommunene i Sandefjord har en større andel av netto driftsutgifter til hjemmetjeneste enn til institusjon og ligger på snittet, eller noe under, KOSTRA-gruppe 13. Grunnet vertskommunetilskuddet kommer også Sandefjord kommune lavere ut her enn gamle Sandefjord.



**Graf 7:** Andel av netto driftsutgifter til institusjon vs hjemmetjeneste (basert på snittet 2013-2016)

## Andel av innbyggere 80 år og over på institusjon vs heldøgnsbemannede boliger

Andel av innbyggere 80 år og over i institusjon ser vi er høyest i Andebu som ligger rundt gjennomsnittet i KOSTRA-gruppe 13. Stokke og Sandefjord ligger noe under. Trenden for gamle Sandefjord og Andebu har vært nedadgående fra 2013 til 2016, hvilket kan tyde på et større fokus på hjemmetjeneste fremfor institusjonsplass. Heldøgnsbemannede boliger er et alternativ til sykehjemsplasser. For samtlige kommuner og for snittet i KOSTRA-gruppe 13 er andelen av innbyggere 80 år og over i bolig med heldøgns-bemannings betydelig lavere enn andelen av de samme brukeren på institusjon. Eksempelvis så har gamle Sandefjord oppunder 2 % av innbyggere 80 år og over i heldøgns-bemannede boliger, mens rundt 9 % har institusjonsplass.



**Graf 8 og 9:** Andel av innbyggere 80 år og over i institusjon og i bolig med heldøgns-bemanning

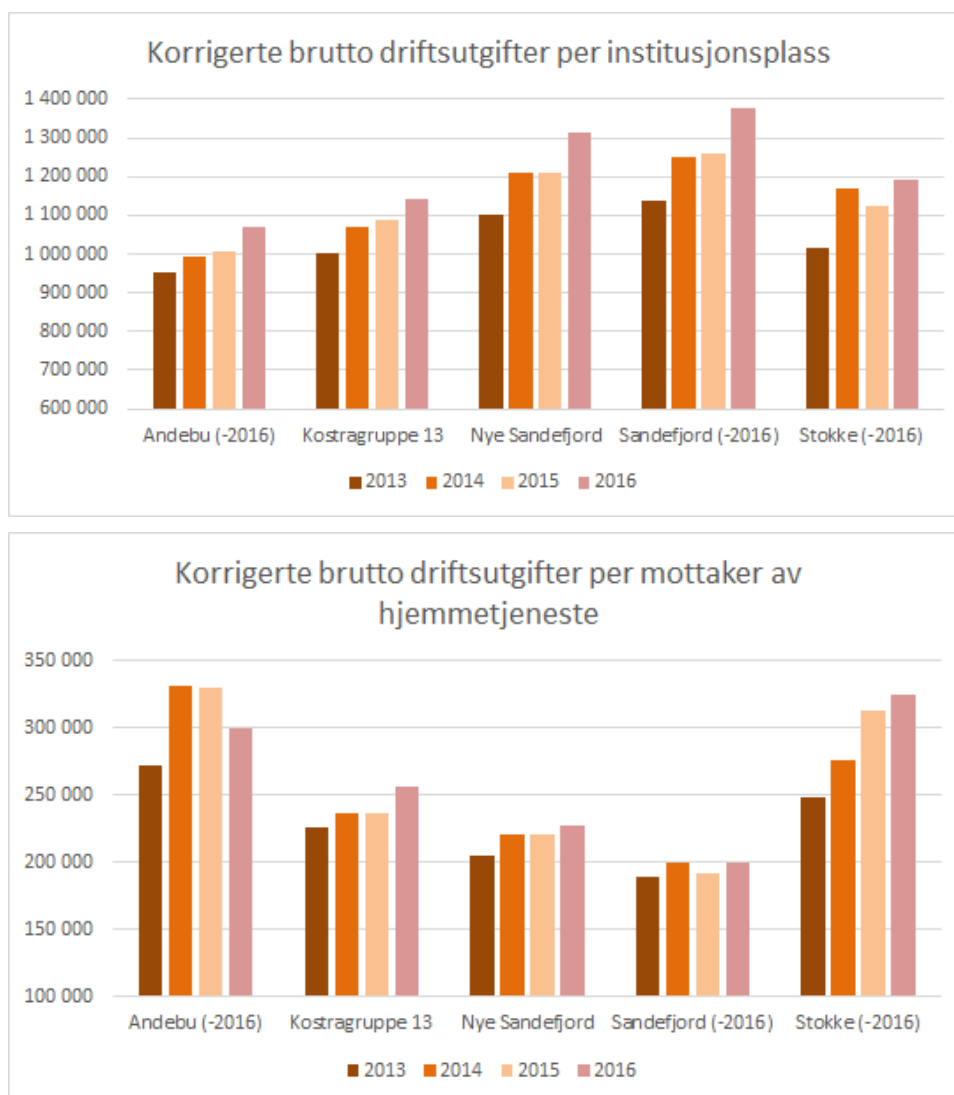
### **Korrigerte brutto driftsutgifter pr institusjonsplass og pr bruker i hjemmetjenesten**

På indikatoren for korrigerte brutto driftsutgifter pr institusjonsplass (se graf under) ser vi at Andebu har de laveste utgiftene og ligger noe under snittet i KOSTRA-gruppe 13. Stokke ligger på nivå med KOSTRA-gruppa, mens gamle Sandefjord ligger et godt stykke over. Noe av forklaringen til at gamle Sandefjord ligger høyere på disse utgiftene er at brukerne med minst ressursbehov får plass på kommunens kjøpte plasser i Mosserødhjemmet. Dette gjør at kommunen behandler brukere med mest omfattende bistandsbehov selv, noe som driver utgiftene opp. Sandefjord er kjent med at en del andre kommuner kjøper plasser av private for sine mest pleietrengende brukere/utagerende demente, noe som trekker kostnaden ned. Historisk kan vi se en trend der samtlige kommuner, også snittet i KOSTRA-gruppe 13, har hatt en vekst i korrigerte brutto driftsutgifter pr institusjonsplass fra 2013 til 2016, hvilket kan tyde på flere brukere med omfattende behov.

Korrigerte brutto driftsutgifter per bruker til hjemmetjenesten ligger naturlig nok betydelig lavere enn kostnadene per institusjonsplass for samtlige kommuner. Derimot er denne indikatoren veldig preget av bistandsbehovet per bruker i hjemmetjenesten. Har kommunen mange brukere med lite bistandsbehov i hjemmetjenesten vil kostnadene gå ned. Andebu og Stokke ligger en god del høyere enn snittet i KOSTRA-gruppe 13 på denne indikatoren, mens Sandefjord ligger lavere. Med forbehold



om riktig KOSTRA-rapportering, kan det se ut som om Andebu og Stokke relativt sett har en høyere andel brukere med omfattende behov.

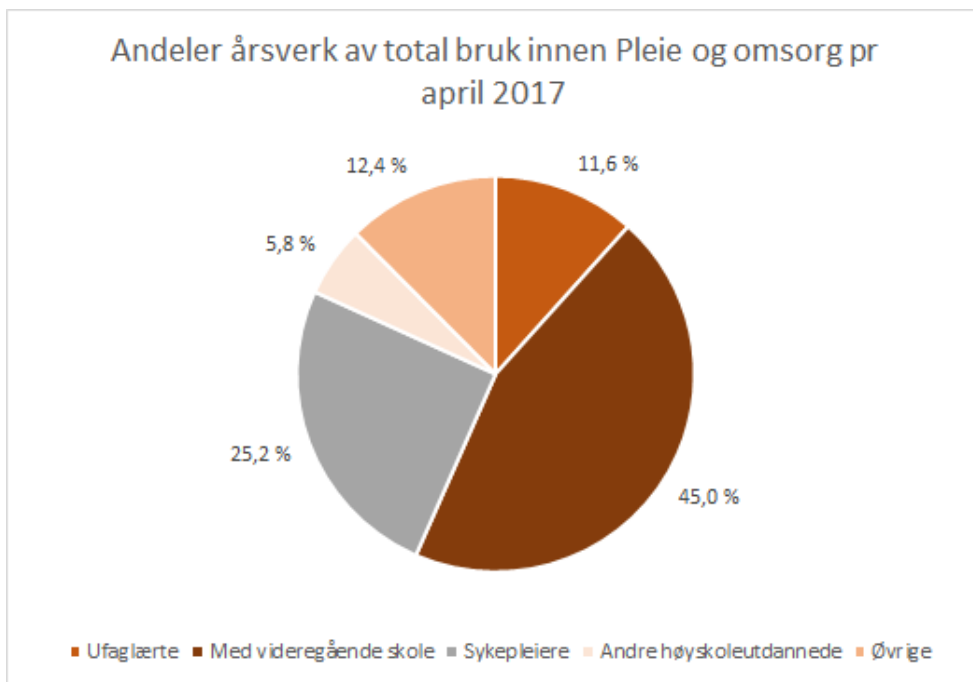


**Graf 10 og 11:** Korrigerede brutto driftsutgifter pr institusjonsplass og per mottaker av hjemmetjenester.

Som grafen over viser har Andebu lavere korrigerede brutto driftsutgifter pr institusjonsplass enn KOSTRA-gruppe 13, Stokke ligger noe over, mens gamle Sandefjord ligger en del over. Vi ser også en sammenheng der høye gjennomsnittskostnader per institusjonsplass delvis kompenseres med lavere gjennomsnittskostnad per mottaker av hjemmetjeneste.

## Kompetanse

Foreløpige KOSTRA-tall for 2016 viser at Sandefjord har noe lavere andel årsverk i brukerrettede tjenester med fagutdanning enn snittet i KOSTRA-gruppe 13. Andel er 72% i Sandefjord, mot 74% i KOSTRA-gruppe 13. Spesielt Andebu kommune har lavere tall på andel årsverk med relevant fagutdanning, enten fra høyskole/universitet eller fagutdanning fra videregående skole.



\*Tilsendt fra Sandefjord kommune.

Som skissert ovenfor er behovet for nye årsverk, så fremt man har en tjeneste-innretning som er lik den kommunen har i dag, betydelig frem mot 2030. Økningen fortsetter videre i årene frem mot 2040.

---

# Sammenligning med andre kommuner

I denne utredningen har vi valgt å sammenligne Sandefjord med totalt 15 andre kommuner, og gjennomført telefonintervjuer med 3 av disse. Utvelgelsen av disse 15 kommunene er gjort basert på innbyggertall, der vi har valgt å se på kommuner som har tilnærmet samme innbyggertall som Sandefjord. Vi har i tillegg valgt ut tre av disse kommunene for et telefonintervju. Vi har her valgt ut tre kommuner som har tilnærmet samme arealmessige omfang eller befolkningsspredning, og som i tillegg betraktes som foregangskommuner innenfor et viktig utviklingsområde innen pleie- og omsorgstjenestene. I telefonintervjuene har temaene i hovedsak vært knyttet til kapasitet, organisering og utnyttelse av velferdsteknologi.

## Uvalgte sammenligningskommuner

Samtlige kommuner tilhører KOSTRA-gruppe 13.

### **Kongsberg kommune (27216 innbyggere per 1.1.2017)**

Kongsberg har en betydelig mer spredt befolkning<sup>12</sup> enn Sandefjord, er vesentlig større i areal og har betydelig færre innbyggere enn Sandefjord. Det er derimot likheter i demografisk sammensetning og utvikling, spesielt med tanke på økningen av antall eldre fremover mot 2030 og 2040.

### **Skien kommune (54316 innbyggere per 1.1.2017)**

Skien har en mer spredt befolkning enn Sandefjord, er vesentlig større i areal, men har relativt likt innbyggertall som Sandefjord. Skien er en foregangskommune på bruk av trygghets- og mestrings teknologi. Kommunen er også relativt lik mtp demografisk sammensetning, spesielt andelen eldre over 80 år og utviklingen av denne andelen frem mot 2040. Samlet sett har vi derfor valgt Skien som en av de kommunene vi ønsket å gjennomføre telefonintervju med.

I kommunebarometeret for henholdsvis 2016 og 2017 er det Skien som kommer best ut av samtlige sammenligningskommuner for begge år. I 2017 kun marginalt bedre enn Kristiansand.

### **Larvik kommune (44082 innbyggere per 1.1.2017)**

Larvik kommune har noe mer spredt bosettingsmønster enn Sandefjord. Larvik er også en foregangskommune på bruk av trygghets- og mestrings teknologi. Kommunen har også en relativt høyere andel eldre enn Sandefjord selv om utviklingen i årene fremover er noe flatere.

### **Hamar kommune (30598 innbyggere per 1.1.2017)**

Hamar ha noe mer spredt bosettingsmønster enn Sandefjord, selv om kommunen er mindre i areal. Betydelig færre innbyggere enn Sandefjord. Det er også den kommunen i sammenligningen som har eldst befolkning, men også den kommunen som har flatest utvikling mtp økning i andel eldre for årene fremover.

---

<sup>12</sup> I vurderingen av dette er det både tatt utgangspunkt i antall innbyggere per kvadratkilometer og KMDs beregninger knyttet til strukturkriteriet. Strukturkriteriet beskriver gjennomsnittlig reiseavstand (i km) for en innbygger i en kommune for å nå 5 000 personer uavhengig av kommunegrensen.

**Sarpsborg kommune (55127 innbyggere per 1.1.2017)**

Sarpsborg kommune har svært likt bosettingsmønster som Sandefjord og er relativt likt areal, men med noen færre innbyggere. Store likheter i demografisk sammensetning og samlet sett er derfor Samlet sett har vi derfor valgt ut Sarpsborg som en av de kommunene vi ønsket å gjennomføre telefonintervju med.

I kommunebarometeret for 2016 og 2017 kommer Sarpsborg noe bedre ut enn Sandefjord (-2016), selv om forskjellene er relativt små.

**Arendal kommune (44574 innbyggere per 1.1.2017)**

Arendal har noe mer spredt bosettingsmønster enn Sandefjord. Arendal har både mindre areal og har færre innbyggere, men har store likheter i demografisk sammensetning. Arendal er ofte nevnt som en foregangskommune på frivillighet. Samlet sett har vi derfor valgt ut Arendal som en av de kommunene vi ønsket å gjennomføre telefonintervju med.

I kommunebarometeret for 2016 kommer Arendal noe dårligere ut enn Sandefjord, mens Arendal kommer noe bedre ut på de foreløpige tallene for 2017.

**Porsgrunn kommune (36198 innbyggere per 1.1.2017)**

Porsgrunn har noe mindre spredt bosettingsmønster enn Sandefjord, og er betydelig mindre i areal. Kommunen har vesentlig færre innbyggere og noe høyere gjennomsnittsalder på befolkningen enn i Sandefjord.

**Sandnes kommune (75531 innbyggere per 1.1.2017)**

Sandnes har noe mindre spredt bosettingsmønster enn Sandefjord. Dette henger sammen med mindre areal og høyere antall innbyggere, men også at beregninger knyttet til strukturkriteriet viser en større opphopning. Sandnes er den kommunen i denne sammenligningen som har desidert lavest andel eldre. Selv om kommunen også vil få en høyere andel eldre fremover, viser befolkningsframskrivningen til SSB at Sandnes vil ha en yngre befolkning i 2040 enn det Hamar kommune (og til dels også Larvik kommune) har i dag (2016).

**Fredrikstad kommune (80121 innbyggere per 1.1.2017)**

Fredrikstad har et relativt likt, men noe mindre spredt, bosettingsmønster som Sandefjord, på tross av vesentlig mindre areal og høyere innbyggertall enn Sandefjord. Andelen eldre er også relativt lik Sandefjord.

**Kristiansand kommune (89268 innbyggere per 1.1.2017)**

Kristiansand har noe mindre spredt bosettingsmønster enn Sandefjord. Kommunen har et høyere innbyggertall og en betydelig yngre befolkning enn Sandefjord.

**Horten kommune (27202 innbyggere per 1.1.2017)**

Horten har vesentlig mindre spredt bosettingsmønster enn Sandefjord, og en brøkdel av arealet. Vesentlig færre innbyggere og også noe eldre snittalder i befolkningen. Foregangskommune på trykks- og mestrings teknologi, samt ruteoptimalisering for hjemmetjenesten.

**Tønsberg kommune (42707 innbyggere per 1.1.2017)**

Tønsberg kommune har noe mindre spredt bosettingsmønster enn Sandefjord, bl.a. grunnet vesentlig mindre areal. Dagens Tønsberg har også vesentlig færre innbyggere enn Sandefjord, men store likheter i demografisk sammensetning.

### **Drammen kommune (68363 innbyggere per 1.1.2017)**

Drammen har betydelig mindre spredt bosettingsmønster enn Sandefjord. Drammen har vesentlig mindre areal og per i dag relativt likt innbyggertall. Drammen har tilnærmet lik demografisk sammensetning, spesielt blant de eldste innbyggerne.

### **Asker kommune (60781 innbyggere per 1.1.2017)**

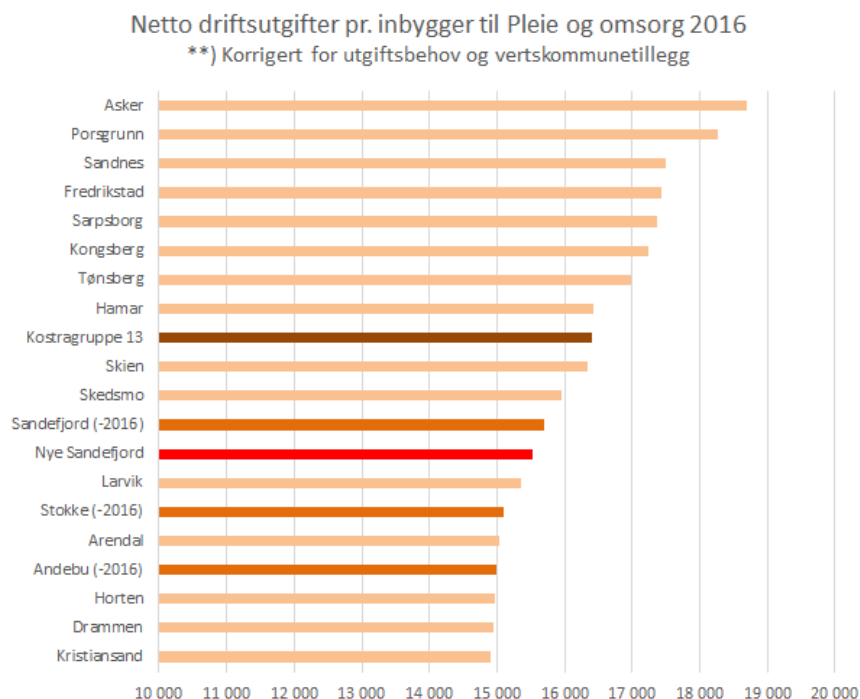
Asker kommune har et noe mindre spredt bosettingsmønster enn Sandefjord, vesentlig mindre areal. Relativt likt innbyggertall og noe yngre befolkning.

### **Skedsmo kommune (53276 innbyggere per 1.1.2017)**

Skedsmo skiller seg fra Sandefjord på flere forhold, både med en langt mer konsentrert bosetting og en yngre befolkning.

I de følgende grafene er Sandefjord, gamle Sandefjord, Andebu og Stokke sammenstilt med alle de 15 sammenligningskommunene for året 2016 på tilsvarende indikatorer som fremvist under dagens status. En del av de forholdene nevnt ovenfor har for enkelte av indikatorene blitt noe utjevnet ved at vi har korrigert for kommunens særskilte utgiftsbehov.

## **Netto driftsutgifter per innbygger til pleie og omsorg**



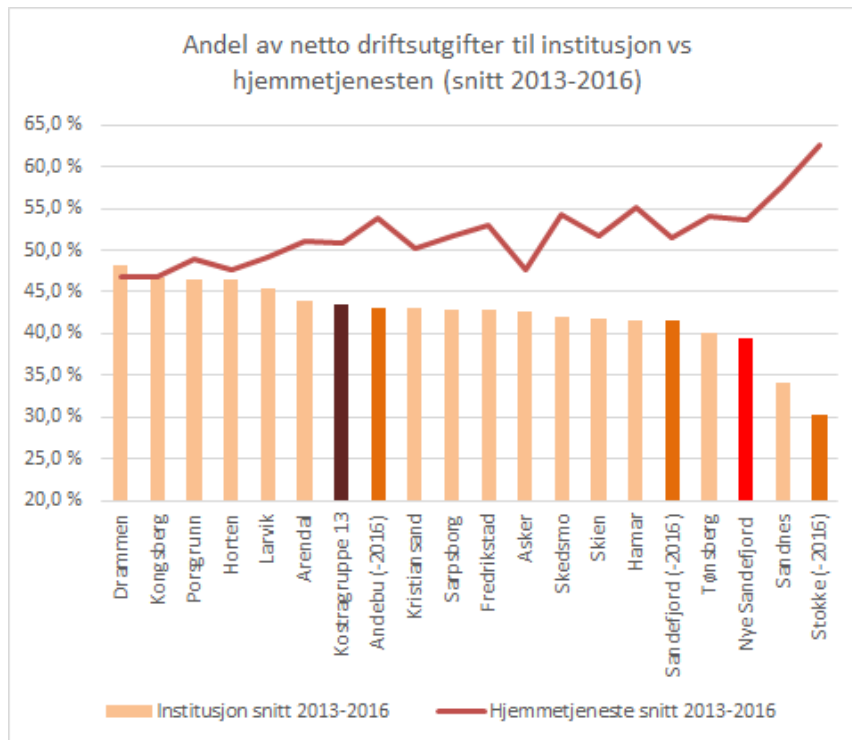
**Graf 12:** Netto driftsutgifter per innbygger til pleie og omsorg korrigert for utgiftsbehov og vertskommunetillegg.

Sandefjord kommune ligger noe under snittet for KOSTRA-gruppe 13 når det gjelder netto driftsutgifter per innbygger. Kristiansand kommune har de laveste utgiftskorrigerte kostnadene. Denne kommunen har et større befolkningsgrunnlag og noe yngre befolkning enn de andre kommunene hvilket har innvirkning på denne indikatoren. Drammen og Horten ligger også lavt på denne indikatoren. Disse kommunene er betydelig mindre i befolkningsspredning enn Sandefjord.

Drammen er derimot demografisk ganske lik Sandefjord. Kommunene Asker, Porsgrunn og Sandnes har de høyeste utgiftskorrigerede kostnadene i dette utvalget av kommuner. Justert for utgiftsbehov har spesielt Porsgrunn betydelig høyere kostnader per innbygger både innenfor hjemmetjenesten og institusjonstjenesten, men noe lavere kostnader knyttet til aktivisering og servicetjenester (F234). For Sandnes kommune er det spesielt kostnader knyttet til hjemmetjenestene som gir høyere driftsutgifter per innbygger enn Sandefjord, mens Asker tydelig prioriterer hele pleie og omsorgsområdet høyt økonomisk sett, noe de også har anledning til gitt at de har betydelig bedre inntektsforutsetninger enn det Sandefjord har. Av case-kommunene ligger både Skien og Sarpsborg høyere enn Sandefjord, mens Arendal har lavere utgiftskorrigerede kostnader.

## Andel av netto driftsutgifter til PLO som går til henholdsvis institusjon og hjemmetjeneste

Grafen nedenfor viser et gjennomsnitt av andelen av samlede kostnader for pleie og omsorg som går til henholdsvis institusjon og hjemmetjeneste.

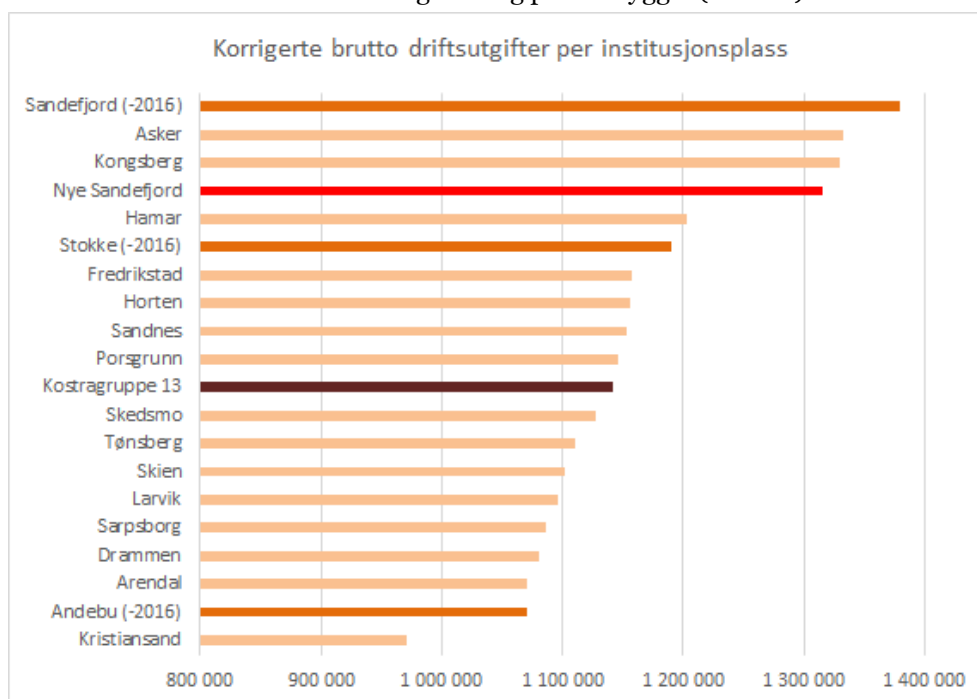


**Graf 13:** Andel av netto driftsutgifter til institusjon vs hjemmetjeneste (snitt 2013-2016).

Det vi ser er at de fleste kommunene i sammenlignings-utvalget bruker en større andel av netto driftsutgifter til hjemmetjeneste fremfor institusjon. Drammen kommune, som hadde noen av de laveste korrigerede kostnader i dette sammenlignings-utvalget, har her en relativt høy andel av kostnadene knyttet mot institusjonene. Kristiansand som har lavest korrigerede kostnader, viser seg å ha en institusjonsandel lavere enn snittet i KOSTRA-gruppen. Det er derfor ikke gitt at en høy andel institusjon kontra hjemmetjeneste gir høye kostnader for pleie og omsorg generelt. Som nevnt ovenfor er tallene for Stokke kommune påvirket av vertskommunetilskuddet, hvilket gjør at kommunen kommer skjevt ut i denne sammenligningen.

## Korrigerede brutto driftsutgifter pr institusjonsplass

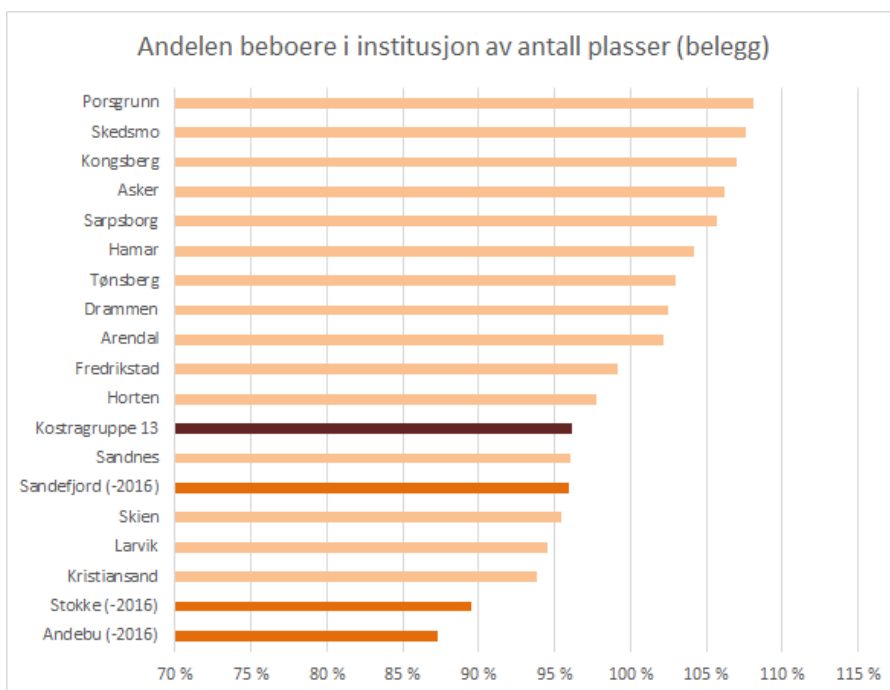
I følge denne indikatoren har gamle Sandefjord de høyeste kostnadene per institusjonsplass. Som nevnt tidligere kan noe av dette forklare med kjøp av private plasser til brukere med lavest bistandsbehov. Kristiansand har de laveste brutto driftsutgiftene per institusjonsplass og er også den kommunen som har lavest korrigerede kostnader til pleie og omsorg per innbygger. Vi ser at kostnader per plass i 2016 i stor grad gjenspeiler hvordan den enkelte kommune kommer ut i oversikten over kostnader innenfor området Pleie og omsorg per innbygger ( se over).



Graf 14: Korrigerede brutto driftsutgifter pr institusjonsplass.

## Andel beboere i institusjon av antall plasser

Grafen under viser hvor godt kommunene er i stand til å utnytte de kommunale institusjonsplassene de har. Kommuner over 100 % har konstant brukere på venteliste. En av casekommunene, Arendal, har en stabil venteliste på 15-20 brukere og dette ser vi her med et belegg på rett over 100 %. Et belegg på under 100 % tyder på at kommunen har flere plasser stående tomme. Av de tre tidligere kommunene i Sandefjord har gamle Sandefjord best utnyttelse av plasser (belegg) i følge indikatoren. Likevel kan vi se at Andebu og Stokke har lavest belegg blant sammenligningskommunene. Dette kan åpne muligheten for salg av plasser som i dag står tomme, uten at vi har gjennomgått potensial og behov for dette. Porsgrunn derimot har et svært høyt belegg og må mest sannsynlig basere seg på kjøp av plasser utenfor egen kommune for å dekke behovet. Av de kommunene vi har intervjuet har både Sarpsborg og Arendal færre plasser enn andel beboere.

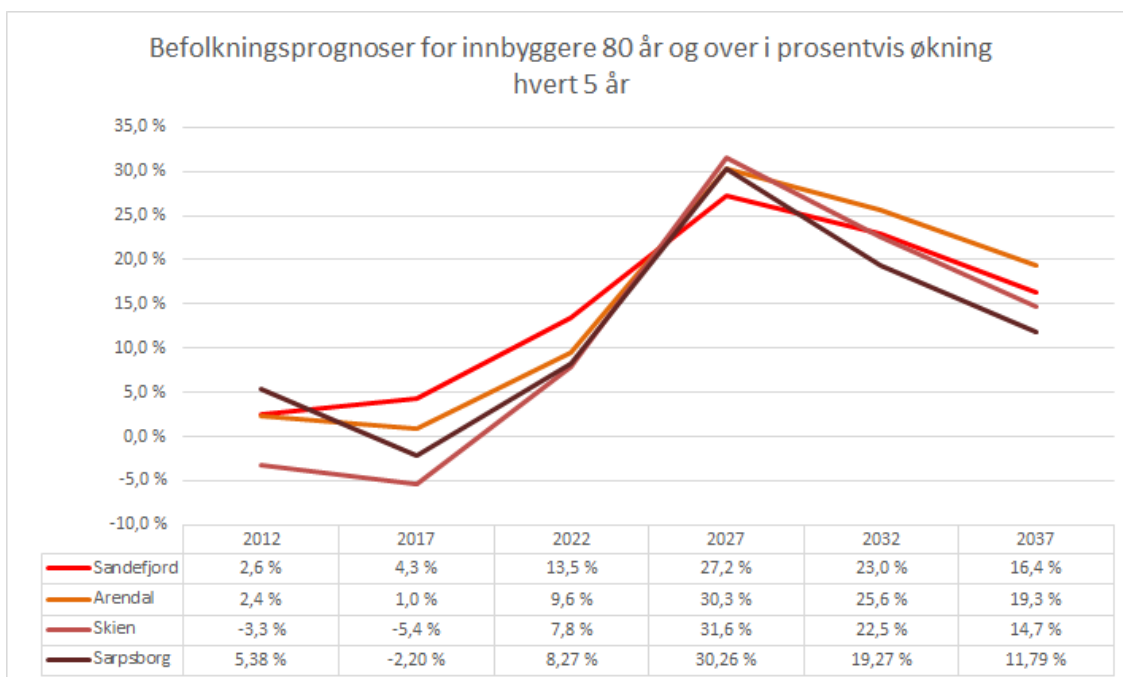


**Graf 15:** Andelen beboere i institusjon av antall plasser (belegg).

### *Tre case-kommuner - Hva kan vi lære av dem?*

I tillegg til de større, kvantitative analysene som vises over har vi i samråd med Sandefjord kommune valgt ut tre kommuner som vi har gjennomført intervjuer med. Kommunene er valgt ut i samråd med oppdragsgiver, basert på noen nøkkeltall. Arendal, Skien og Sarpsborg kommuner har mye til felles med Sandefjord kommune, både i geografisk omfang, befolkningsspredning og demografisk profil. I tillegg er de, på hver sin front, vurdert som foregangskommuner på viktige innsatsområder innen fremtidens pleie- og omsorgstjenester.





**Graf 16:** Befolkningsprognoser i % økning hvert 5 år for innbyggere 80 år og over.

Grafen over viser utviklingen og tidsperspektivet i de demografiske utfordringene som Sandefjord og de tre case-kommunene møter de neste tiårene. Grafen gir den prosentvise økningen for hvert femte år frem i tid. Sandefjord har eksempelvis hatt en økning av innbyggere 80 år og over på 4,3% de siste fem år. Befolkningsutviklingen mellom de fire kommunene er relativt lik. Alle møter de en begynnende vekst fra 2017 til 2022, mens den kraftigste økningen skjer fra 2022 til 2027. Sandefjord har en noe jevnere økning enn de tre andre kommunene, men kommunen er allerede i år inne i startgropa til vekstperioden. Skien har siden 2012 hatt en nedgang i antall innbyggere på 80 år og over, men vil kjenne på veksten fra i år av. Skien har i tillegg til den største økningen blant de fire kommunene i årene frem mot 2027.

### **Spesielt om hver av de tre**

For at sammenligningen mellom kommunene skal bli så korrekt som mulig vil vi trekke frem noen forhold som preger tallene for case-kommunene. Denne informasjonen baserer seg på informasjon gitt fra sentrale ressurser i kommunen og gjengivelsen av informasjonen er gjennomgått av kontaktpersonene før publisering.

### **Arendal kommune**

Arendal kommune ble sammenslått av 5 kommuner i 1992. De gamle kommunegrensene preger fortsatt kommunen, både kulturelt og i pleie- og omsorgstilbudet. Kommunen har en del små sykehjem spredt rundt i de ulike delene av kommunen. Arendal kommune er også en av de få kommunene som fortsatt har et aldershjem. Dette preger kommunens resultater i KOSTRA, da plassene på aldershjemmet benyttes som sykehjemsplasser, men ikke er heltidsbemannet. Kostnaden per plass på institusjon preges av dette.

Kommunen mener at det å ha sykehuset i kommunen bidrar til økt etterspørsel av tjenester, forårsaket av en lavere terskel for utskrivning av pasienter. Informanten i kommunen viser til at man

ofte ser tilsvarende effekt på innskrivningstallene til sykehuset der man flytter legevakten inn i sykehuset.

Arendal har over tid scoret dårlig på levekår. Kommunen har hatt mange industribedrifter, og sykdomsbildet preges av restplager fra dette (KOLS, lungeproblemer, kreft). Kommunen beskriver at de tidligere har hatt en høy andel yngre brukere i hjemmetjenesten. Dette har endret seg de senere årene og over 70% av brukerne som mottar hjemmebaserte tjenester er nå over 67 år.

Kommunen melder at de gjorde endringer i antallet personer som hadde ansvar for innrapportering til KOSTRA i 2014, og at kvaliteten på rapporterte tall til KOSTRA har økt de to siste år som følge av dette.

Arendal kommune er ansett som en foregangskommune på samarbeid med frivillig sektor.

## **Skien kommune**

Skien kommune beskriver seg selv som en lavinntektskommune. Kommunen er preget av et høyt antall brukere med psykiske lidelser, og opplever også en økende utfordring i befolkningen knyttet til "utenforskap".

Kostnadene for helse- og omsorgstjenestene i kommunen ligger rett under gjennomsnittet for KOSTRA-gruppe 13. Det er et kostnadsnivå kommunen er tilfreds med. Kommunen opplever ikke at de har en identitet som utpreget hjemmetjeneste-kommune, ei heller som utpreget institusjonsbasert kommune. Skien kommune opplever en økning i andelen brukere med omfattende bistandsbehov, både i hjemmetjenesten og på institusjon, sammenlignet med IPLOS-statistikk. En medvirkende faktor til dette er at kommunen også har mange unge funksjonshemmede, som trekker tallene for hjemmebaserte tjenester noe opp.

Det beskrives en tydelig trend i at de som mottar tjenester fra kommunen er dårligere enn tidligere. I tillegg øker andelen brukere av helse- og omsorgstjenestene under 67 år. Noe av økningen i denne gruppen kan tilskrives ansvar for nye brukergrupper etter samhandlingsreformen, Kommunen har eksempelvis flere respirator-team som ivaretar nylig utskrevne brukere i respirator som mottar hjemmebaserte tjenester fra kommunen. Kommunen har ingen institusjonsbeboere under 50 år.

Skien kommune er ansett som en foregangskommune på velferdsteknologi.

## **Sarpsborg kommune**

Sarpsborg kommune har over tid hatt preg av å være en institusjonsbasert kommune, og har hatt stort fokus på nødvendigheten av sykehjemsplasser. Kommunen har gjort en bevisst endring på dette de siste årene og har nå bygget opp og styrket hjemmetjenesten for å få brukere til å kunne bo lengre hjemme. Kommunen har også satset en del på omsorgsboliger med heldøgnsbemanning i stede for sykehjemsplasser.

Sarpsborg kommune er ansett som en foregangskommune på arbeidet med det demensvennlige samfunn.

## Sammenstilling av intervjuene

I intervjuene med case-kommunene viser det seg at det er tidvis store variasjoner i hvordan kommunen forholder seg til ulike nøkkelområder innen helse- og omsorgstjenestene. Intervjuene har fokusert på hva kommunene opplever er de viktigste tiltakene for å kunne levere gode tjenester til brukerne i tiden frem til 2030. Vi har bedt om informantenes tanker om dagens status og utfordringer sett opp mot fremtidige utfordringer og muligheter. Case-kommunene har i tillegg fått spørsmål rettet mot det området de selv er å anse som foregangskommune på, så vel som kartleggingsspørsmål på de områdene en av de øvrige case-kommunene er foregangskommune innen. Informasjonen fra intervjuene er deretter sortert etter syv hovedtema som fremstår som av verdi for Sandefjord kommune i sitt planleggingsarbeid på dette området. I sammenstillingen er også informasjon fra forskningsrapporter og lignende inkludert der det gir kontekst til informasjonen.

“Vi kan ikke bygge oss ut av fremtidens utfordringer”

Informant, Sarpsborg kommune

Det beskrives et stort trykk på hjemmetjenestene i samtlige case-kommuner. Samtlige beskriver også et behov for å videreutvikle og styrke hjemmetjenesten videre. Det oppgis to hovedårsaker til dette: For det første oppleves et økende ønske blant brukere, og deres pårørende, om å få bo i egen bolig lenger. For det andre anser samtlige intervjuede kommuner at tiltak og innovasjon innenfor hjemmetjenestens brukergruppe er nøkkelen til å kunne håndtere de framtidige demografiske utfordringene.

### Velferdsteknologi - erfaringer, utfordringer og tanker om fremtiden

Fra forskningen ser vi at oppmerksomheten knyttet til velferdsteknologiske løsninger er stor. Dette inntrykket forsterkes gjennom intervjuene med sammenligningskommunene. Likevel oppleves det at det er store variasjoner i hvor langt kommunene er kommet i arbeidet, og i hvilken grad man har planlagt utrulling av teknologien i nær framtid. Både Sarpsborg, Skien og Arendal har deltatt som utviklingskommuner i nasjonalt velferdsteknologiprogram. I Skien kommune har man høstet mange positive effekter fra pilotprosjektene, både i hjemmebaserte tjenester og på institusjon. I Skien har man også innført en del av den nye teknologien i institusjonsbasert omsorg. Kommunen åpnet allerede i 2014 et nytt sykehjem som baserer seg på nyere, velferdsteknologiske løsninger.

Skien kommune arbeider nå aktivt med å bygge opp et responscenter for systemene lokalt. Meldinger fra sensorer og andre teknologiske hjelpemidler havner i dag hos 110-sentralen i Skien. Fra 2018 samlokaliseres 110-sentralene for Buskerud, Vestfold og Telemark i Tønsberg, og avstanden oppleves da for stor. Kommunen ønsker derfor å utvikle dagens sentral til et responscenter som kan ta imot meldinger fra blant annet trygghetsalarmer, GPS-teknologi og medisinsk overvåkning. Synet på velferdsteknologi er likevel nyansert. Informanten opplever at det i tilnærmingen til velferdsteknologi likevel er viktig å fokusere på at alle tiltak som innføres skal fungere i “driften”. Dette er en tilnærming som går igjen i alle kommunene. I Skien vektlegges det at innføring av velferdsteknologiske løsninger krever vel så mye fokus på utvikling av organisasjon og ansatte. Informanten fremhever at bruk og eierskap til velferdsteknologi hos ansatte er av stor betydning og at innføringen av slike løsninger må anses som et organisasjonsutviklingsprosjekt med fokus på kultur. Dette underbygges av informanten fra Sarpsborg kommune.

I likhet med Skien har Sarpsborg gode erfaringer med ulike typer velferdsteknologi. Kommunen har blant annet deltatt i et prosjekt i regi av Interreg; “eSenior”. Teknologien som ble testet og innført i

prosjektet ble valgt ut basert på arbeid i fokusgrupper i to runder med innbyggere og ansatte i kommunen. Følgende løsninger ble så testet: mobile trygghetsalarmer, digitale legemiddel-dispensere og avstandsoppfølging av pasienter med KOLS. Kommunen opplever at dette viste seg å gi stort eierskap til prosjektet, spesielt blant innbyggerne. Sarpsborg kommune har ikke testet elektroniske dørlåser, men er i gang med å implementere dette direkte til alle brukere i hjemmetjenesten på bakgrunn av andre kommuners erfaringer og Helsedirektoratets anbefalinger. Sarpsborg deltar nå i et regjeringsoppnevnt prosjekt der det er tildelt prosjektmidler over statsbudsjettet, knyttet til avstandsoppfølging av pasientgrupper med kroniske sykdommer (hjerne/kar, lungesykdom og diabetes). Prosjektet løper frem til 2018 og skal teste ut avstandsmåling i stor skala for å se på effekten og gevinsten. 150 brukere deltar i prosjektet, der målinger gjennomføres av brukerne og meldes direkte til et privat responscenter med kvalifisert helsepersonell. Tjenesten er i drift i prosjektet umiddelbart fra rekruttering av brukeren. Både Sarpsborg og Skien trekker frem at å innføre mestrings- og trygghetsteknologi på et tidspunkt der bruker enda er samtykkekompetent bidrar til økt opplevd trygghet og kvalitet for både bruker og pårørende.

I Arendal kommune fremstår det som om prosessene knyttet til velferdsteknologi ikke er kommet like langt som i Skien og Sarpsborg. Informanten beskriver flere utfordringer knyttet til integrasjonen av eksisterende løsninger med Geric, journalsystemet kommunen benytter. I Arendal har man erfart utfordringer med å få integrert sensorer og andre "duppeditter" i eksisterende brukersystem, hvilket medfører at ansatte må benytte dobbelt opp av mobiler etc. Foreløpig oppleves det fra informantens hold som om det er en mismatch mellom forventningene hos politisk ledelse og brukere, sett opp imot systemenes faktisk egenskaper. Informanten uttrykker at denne mismatchen medfører utfordringer for forståelsen av hvilke utfordringer man står overfor de neste tiårene, og i hvilken takt man arbeider med utviklingen av fremtidige helse- og omsorgstjenester. På den andre side opplever ikke Sarpsborg de samme problemene. Sarpsborg kommune benytter også Geric og melder at de har lyktes med integreringen av løsningene. Kommunen har utviklet en integrasjonsløsning med Tieto/Geric (eSense) og Telenor Objects plattform for å overføre digitale medisinske målinger til pasientens elektroniske journal. Målingene vises både som et journalnotat og i brukerens helsekort. Løsningen er vist frem av leverandør i ulike forum for brukerkommuner. Systemet har også funksjonalitet for registrering av sensorteknologi.

På tross av ulike erfaringer og ulikheter i hvor langt kommunene er kommet i arbeidet med innføring og integrasjon av velferdsteknologi i tjenestene ser alle informantene vi har snakket med på velferdsteknologi som et svært viktig tiltak for kvalitet og effektivitet i fremtidens helse- og omsorgstjenester. Økning i oppfattet kvalitet på tjenestene, økt opplevd livskvalitet og trygghet hos brukere og pårørende anses som vel så viktig som de rene ressursbesparelsene. Utvikling av en plattform som sikrer integrasjon mellom gjeldende systemer og de ulike velferdsteknologiske hjelpemidlene, samt gode prosesser knyttet til mottak og respons av meldinger fra disse bør anses som nøkkelelementer å få på plass for å kunne hente ut både kvalitative og kvantitative effekter av velferdsteknologien.

### ***Tilbud til demente***

Det estimeres fra sammenligningskommunene at ca. 80% av brukerne som har heldøgns, institusjonsbasert omsorg per dags dato er pasienter med langt fremskreden kognitiv svikt (demens). Tallgrunnlag fra FHI <sup>13</sup> viser at dersom vi fremskriver med samme forekomst av sykdommen hos innbyggere over 67 år vil den økte forventede levealderen føre til en dobling av antallet med

---

<sup>13</sup> Folkehelseinstituttet, Folkehelse rapporten, 2015

demenssykdom i Norge fra 2006 til 2050. Både Arendal, Skien og Sarpsborg fremhever at de anser det som svært viktig å etablere og utvikle tiltak og aktiviteter som bidrar til å ha demente boende hjemme lengre. Det arbeides derfor mye med tiltak for denne gruppen hos kommunene vi har intervjuet.

"Å gjøre det lettere å være pårørende er et av våre fremste mål. Det er en nøkkel i demensomsorgen, slik vi ser det."

*Informant, Skien kommune*

De tre kommunene har i dag et bredt tilbud til brukere med demens, samt flere løpende prosjekter i utprøving. Både Arendal, Sarpsborg og Skien har i dag flere dagtilbud til brukere med demens og deres pårørende. I likhet med Sandefjord har alle tre kommuner også egne tilbud for yngre

demente. Skien er den eneste av de kommunene vi har snakket med som har opprettet et tilbud utover normal arbeidstid, gjennom et nylig opprettet ettermiddagstilbud for demente. Dette fremheves som et viktig tiltak for å avlaste pårørende også på fritiden. tilbudet er i startgroen, men har fått god respons fra brukere og pårørende. Både Sarpsborg og Arendal kjenner til at det er et behov for avlastning også på kveldene og i helger, men har så langt ikke opprettet noe tilbud. Sarpsborg har derimot startet opp et tilbud for hjemmeavlastning. Dette er et tilbud der det kommer hjelpere (fagpersonell) hjem til den demente for å delta i aktiviteter med den demente i hjemmet, eventuelt tar den demente med ut på aktiviteter. Tilbudet er nyoppstartet og det er foreløpig for tidlig å si noe om effekter og fremtidig omfang.

I Skien vektlegges arbeidet med tilrettelegge situasjonen i egen bolig for å øke andelen med demens som mottar tjenester i hjemmet. Her arbeider kommunens demensteam tett med hjemmetjenesten for å tilrettelegge bolig og behandling til hjemmetjenestens brukere med ulike grader av kognitiv svikt.

Et tett samarbeid med pårørende er ønsket hos alle kommunene og både Skien, Sarpsborg og Arendal har et opplæringstilbud på plass for pårørende. I Sarpsborg har kommunen et samarbeid med demensforeningen, der de blant annet arrangerer demenscafé for både brukere og pårørende. Caféen har en viktig rolle som møteplass, samtale- og informasjonsarena. Programmet varierer fra gang til gang, men det er alltid fagpersonell til stede som kan informere og gi råd. Flere av kommunene fremhever tilgangen på rullerende avlastning som en viktig faktor i å forsinke behovet for heldøgns-plass på institusjon. Det fremstår likevel som det blant de tre kommunene er betydelige forskjeller i tilgangen på korttidsplasser som er disponible for bruk til rullerende avlastning. I Skien har vektlagt å ha en kapasitet på korttidsplasser som gir fleksibilitet nok til å kunne tilby rullerende avlastning innen rimelig tid. Dette vurderes å være av stor verdi for både pårørende og brukere. Kommunen oppgir at de for å redusere trykket på korttidsplasser har opprettet en egen avklaringsenhet i kommunal regi, der blant annet utskrivningsklare pasienter fra sykehuset kan få plass midlertidig - i påvente av tilpasning av egen bolig eller annet tilbud. Sarpsborg kommune opplever også stor etterspørsel etter rullerende avlastning. Sarpsborg planlegger nå en utvidelse av antall korttidsplasser for å øke kapasiteten i avlastningstilbudet. Kommunen mener at dette også er et verdifullt tilbud hva gjelder forebygging. Arendal ser også behovet og nytten i å tilby rullerende avlastning, men har begrenset tilbud av rullerende avlastning per dags dato. Dette skyldes at kapasiteten på sykehjems plasser i kommunen er sprenget, og korttidsplassene som var tiltenkt rullerende avlastning nå blir benyttet av pasienter som venter på langtids plasser. Kommunen er i en avklaringsfase knyttet til hvordan denne utfordringen skal løses, og diskuterer blant annet å etablere flere korttidsplasser ved omgjøring av plasser på kommunens aldershjem. Det er foreløpig ikke gjort noen vedtak. Alle kommunene fremhever behovet for en strategisk tilnærming til antallet korttidsplasser, hvordan de benyttes, samt bruken av rullerende avlastning som tiltak for å utsette plass på institusjon.

## “Det demensvennlige samfunn”

Det demensvennlige samfunn er en kampanje drevet frem av Nasjonalforeningen for folkehelsen, der målet er at mennesker med demens skal møte forståelse, respekt og støtte fra de gruppene i befolkningen som de trenger hjelp fra. Dette skal bidra til at mennesker med demens skal kunne delta i samfunnet og ha et aktivt liv så lenge som mulig. Både Sarpsborg og Arendal kommuner deltar i kampanjen. Sarpsborg har arbeidet med dette i noen år, mens Arendal relativt nylig har gjort vedtaket. Avtalen er forankret på øverste politiske nivå og Sarpsborg har hatt flere møter med Nasjonalforeningen der de blant annet har fått erfaring fra andre kommuner innen området.

“Mennesker med demens trenger ikke bare gode omsorgstjenester og pleie. De trenger også å få hjelp til å leve selvstendig, være trygge når de er ute, gjør ærender eller går tur. Mange kan trenge en hjelpende hånd når det er vanskelig å orientere seg.”

Nasjonalforeningen for folkehelsen

Et viktig poeng i kampanjen er å synliggjøre at demens er en sykdom, fremfor noe “alle” utvikler når de blir eldre. Kampanjen skal bidra til økt oppmerksomhet om sykdommen, og at det er viktig å stille diagnosen tidlig, både for å utelukke andre sykdommer og for å gi det rette helse- og omsorgstilbudet. Både Sarpsborg og Arendal mener kampanjen dermed kan bidra til at brukere med demens kommer i kontakt med kommunens tilbud mens de fortsatt er på et lavt trinn i omsorgstrappa.

I tråd med hva Nasjonalforeningen for folkehelsen anbefaler har det i Sarpsborg blitt satt ned en arbeidsgruppe der representant fra fra kommunen og Demensforeningen i Sarpsborg deltar. Arbeidsgruppa har satt opp en plan og definert målsettinger for hvordan de skal drive opplysningsarbeid. Kommunen er allerede godt i gang med opplysningsarbeidet og har blant annet hatt endel stands på ulike møtepunkter i samfunnet og hatt flere møter med forskjellig lag og foreninger. Kommunen har også jobbet aktivt med informasjon ut mot politiet og andre samfunnssetater som har treffpunkter med demente brukere, eksempelvis ansatte på kommunens servicetorg. Kommunen har i tillegg avholdt flere folkemøter om temaet. I møtene synliggjøres også kommunens tilbud til demente og hvordan man raskt kan opprette kontakt med helsetjenesten eller tildelingskontoret for mer informasjon. Sarpsborg kommune har et eget demensteam som har en viktig rolle i dette arbeidet. Demensteamet bidrar i utredning av pasienter med vurdering av omsorgsbehov, rådgivning og veiledning, og har et godt grunnlag for å svare på spørsmål og gi råd i møte med ulike aktører i samfunnet. Informanten i kommunen mener det er vanskelig å måle effektene av tiltakene, men at arbeidet med demensvennlig samfunn har vært svært betydningsfullt. Kommunen får tilbakemeldinger om at brukere opplever at tjenestetilbudet blir gjort lett tilgjengelig med tiltakene. Sarpsborg kommune vurderer det likevel dithen at behovet for opplysning om demens fortsatt er enormt og at det vil være behov for et kontinuerlig arbeid på feltet.

Arendal kommunes arbeid med et mer demensvennlig samfunn startet i forbindelse med revidering av arealplanene for sentrum. I forbindelse med diskusjonen om hvordan tomter og arealer i sentrum skulle benyttes i fremtiden dukket fokuset på tilpasning til et økende antall demente opp. Kort tid etter signerte Arendal kommune en samarbeidsavtale med Nasjonalforeningen. Det er nedsatt en prosjektgruppe på arbeidet der kommunen har valgt å særlig fokusere på å bygge opp kompetanse om demens hos nøkkelpersonell i et lokalsamfunn, eksempelvis sjåfører, butikkmedarbeidere, politi etc. Arendal kommune er fortsatt i startfasen av arbeidet med prosjektet, og det er derfor for tidlig å si noe om effekter og erfaringer.

### **Kommune 3.0 - samarbeid med frivillige**

Helsedirektoratets analyse av utviklingstrekk i omsorgstjenesten i 2016 viser at omfanget av ulønnet omsorg i Norge er stort, estimert til mellom 90 000 og 100 000 årsverk. Omfanget ser ut til å holde seg relativt stabilt over tid. Alle tre case-kommunene anerkjenner betydningen av frivillige i helse- og omsorgstjenestene, men både Sarpsborg og Skien melder at de opplever utfordringer med å rekruttere nok frivillige. Skien oppgir at de *“gjør mye bra, men altfor lite”* - og ønsker å satse videre på økt grad av samskaping av tilbud sammen med frivillige. I Sarpsborg jobbes det med å rekruttere “aktivitetsvenner”, et aktivitetstilbud til hjemmeboende basert på frivillige hjelpere. Kommunen opplever det vanskelig å rekruttere frivillige til dette, og opplever i likhet med mange andre kommuner at frivillige i mange tilfeller ønsker å delta der egne familiemedlemmer er med. I rapporten “Mot kommune 3.0?” har Agderforskning oppsummert de store linjene i hvordan samarbeidet i Arendal kommune, Med Hjerte For Arendal (MHFA) er organisert, utviklet og driftet. Rapporten er en del av forskningsprosjektet OFFRI: Modeller for samarbeid mellom offentlig og frivillig sektor basert på det frivillige arbeidet slik det er organisert og utviklet i Arendal kommune.

*“En bevegelse i retning av «Kommune 3.0» impliserer ikke en nedskalering av det offentliges rolle i velferdssamfunnet, men fordrer en sterk offentlighet sammen med et sterkt sivilsamfunn. «Kommune 3.0» må dermed betraktes som en videreutvikling av dagens nordiske velferdsstatsmodell, der den mest vesentlige endringen er at det offentlige i enda større grad utvikler fasiliterende, nettverksbyggende tjenester som kan skape brobyggende sosial kapital.”<sup>14</sup>*

Arendal kommune trekkes også i Helsedirektoratets analyse av omsorgstjenestene i 2016 frem som en foregangskommune på samarbeid med frivillig sektor. Kommunen har i mange år arbeidet aktivt med opprettelse og utvikling av et godt samarbeid mellom kommunen og frivilligheten. Arbeidet startet allerede i 2010 med et forprosjekt. Arendal scoret da dårlig på en del indikatorer knyttet til levekår. Utfordringene favnet både barn og unge, innvandrere og eldre. Blant annet ble det gjennom

“Hvis kommunen skal leke mer med frivillige krefter, og føle seg trygg på at det ikke blir uforutsigbart, og frivilligheten ikke skal føle at det blir bestilt - må samarbeidet baseres på tillit og noen grunnleggende metoder for hvordan dette skal funke.”

*Prosjektleder, MHFA*

en kartlegging foretatt av hjemmetjenesten identifisert over 700 eldre i kommunen som var å anse som “ensomme” - definert som uten tilstrekkelig kontaktnett og aktivitetstilbud. Bystyret vedtok å sette igang et samarbeid mellom kommunen og frivillige for å gjøre kommunen til en bedre kommune å bo i for alle, gjennom aktivt medborgerskap. Prosjektet har som mål å styrke samhandlingen mellom det offentlige og de frivillige organisasjoner, og ta grep om de omsorgsutfordringene man felles har ansvar for. Videre skal prosjektet bidra til å styrke

det store frivillige engasjementet som er i kommunen, i tillegg til inspirere og legge til rette for at flere, på en enkel måte, kan være med å gjøre Arendal til en god by å bo i for alle.

Med Hjerte For Arendal (MHFA) ble opprettet i 2012, som et samarbeidsprosjekt mellom fem frivillige organisasjoner, kommunen og KS i Agder. Det ble valgt ut fem innsatsområder basert på forskning sett opp i mot levekårsindikatorerne i kommunen. Ensomme eldre, demente og tilbud for pårørende var blant problemstillingene som ble trukket frem.

Prosjektet har fått nasjonal oppmerksomhet og ble blant annet trukket frem som et pilotprosjekt i stortingsmeldingen “morgendagens omsorg”<sup>15</sup>. Gjennom de fem årene som har gått har man arbeidet konkret og metodisk for å ta store tanker fra papir til handling. Prosjektleder beskriver en metodikk der tillit, eierskap og underbygging av lokalt lederskap står i fokus. MHFA benytter seg av en

<sup>14</sup> Agderforskning, “Mot kommune 3.0”, 2016.

<sup>15</sup> Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg.

tilnærming der et behov som identifiseres av lokale frivillige kan utvikles til et samarbeidsprosjekt ved hjelp av fagkompetanse fra en faglig ressursgruppe. MHFA hjelper også til med veiledning og peke til ressurser som de frivillige kan benytte i den konkrete prosessen. Det nedsettes så en arbeidsgruppe der man sammen lager et design av tilbudet og avklarer organisering. En person fra tilknyttet faginstans i kommunen deltar i arbeidsgruppens arbeid. Man prøver så ut tiltaket i et litt mindre skala enn hva som er målet på sikt, for å teste ut hvordan det fungerer. Organiseringen med en arbeidsgruppe som utvikler tilbudet sikrer at personavhengigheten blir mindre enn i frivillig arbeid som drives frem av ildsjeler alene. Dette bidrar også til å bygge opp kompetanse hos lokal forening eller frivillighetssentral på hvordan man søker, hvordan man bygger opp et årshjul for et prosjekt, hvordan man drifter osv.

MHFA er organisert som et nettverk og ikke som en matriseorganisasjon. Samarbeidet mellom partene er forankret i et samarbeidsråd der også sivilsamfunnets ledere deltar, eksempelvis har både leder av kommunens næringsforening, kulturforening, idrettskrets og idrettsråd og innvandrerråd fast plass i samarbeidsrådet, som samles 3-4 ganger årlig. Forøvrig driftes arbeidet gjennom koordinering fra prosjektleder, med støtte av en faglig ressursgruppe og en rekke oppnevnte arbeidsgrupper. Kommunen bidrar med lønn til en fast ansatt prosjektleder, samt noe midler til drift. Øvrig ressurser får nettverket gjennom tildelt støtte fra Fylkesmannen, Helsedirektoratet og gjennom søknader på ulike forskningsmidler. Forøvrig baseres nettverket på frivillig innsats og gaver, bidrag og delingskultur mellom enkeltindivider, organisasjoner og kommunen. Organisasjonen rapporterer frivillig til bystyret i kommunen. I dag er ca. 100 organisasjoner med i samarbeidet.

### ***Store forskjeller i hvor langt man er kommet i arbeidet***

Det fremstår i intervjuene som det er store forskjeller mellom kommunene hva gjelder kartlegging av fremtidig behov og planlegging for fremtidige utfordringer. Blant case-kommunene fremstår det som Arendal kommune er den av kommunene som foreløpig har færrest konkrete planer og vedtak knyttet til hvordan kommunen skal håndtere de framtidige utfordringene. I Sarpsborg kommune har man nylig satt i gang med en prosess som skal kartlegge kapasitet, kostnader og kompetanse. Prosessen er knyttet opp til revidering av kommuneplanen for helse og omsorg. I Skien kommune er det nylig gjennomført et grundigere arbeid knyttet til fremtidig tjenestebehov og satsningsområder for helse- og omsorg, også her er prosessen igangsatt i sammenheng med revidering av kommuneplanene. Ingen av kommunene har så langt gjennomført en helhetlig kompetansekartlegging. To av kommunene oppgir å ha en oversikt over andelen av ulike profesjoner i pleien, men vi har hittil ikke mottatt denne informasjonen. Skien kommune holder på med en rekrutteringsanalyse. Analysen skal gi et svar på hvilken kompetanse kommunen trenger for å løse det fremtidige behovet, samt hvor mange. Sarpsborg er den eneste av kommunene som beskriver et aktivt arbeid for å øke rekrutteringen av sykepleiere, arbeidet ble igangsatt etter utfordringer med lekkasje av sykepleiere fra kommunen til sykehuset i kommunen.

I Skien kommune har man allerede startet en rekruttering knyttet til fremtidig behov. Det arbeides nå med å rekruttere opp en egen kvalitetsavdeling i seksjon for helse og omsorg. Avdelingen skal rapportere direkte til kommunaldirektør. Kommunen oppretter avdelingen basert på et ønske om å sikre internkontroll, dokumentasjon og tjenestekvalitet i en hverdag der omfanget og kompleksiteten av tjenestene er noe helt annet enn for fire år siden. Kommunaldirektør ønsker at den nylig opprettede avdelingen skal arbeide konkret med utviklingen av kvalitetssystemer for helse og omsorgstjenestene og håndtere krav til dokumentasjon, systemer og rutiner for pasientjournaler, e-meldinger til sykehus, avviksrapportering etc. I rekrutteringsprosessene har man søkt etter kandidater med data- og systemkompetanse, som også har erfaring fra internkontroll, informasjons- og kvalitetssystemer fra privat sektor.



Det fremstår som det er store forskjeller i hvor langt kommunene er kommet også når det gjelder planleggingen av nye sykehjemsplasser, eller tilpasning av eksisterende plasser til nye behov. Eksempelvis har Arendal kommune per dags dato ingen konkrete vedtak om bygging av nye sykehjem, på tross av stort trykk på sykehjemsplasser i kommunen. På tross av at hovedtyngden av brukere på sykehjem i kommunen er demente er heller ikke byggene som benyttes tilpasset i særlig grad for denne brukergruppen. Eksempelvis beskrives det at flere av sykehjemmenes skjermede avdelinger for demente er avskjermet ved hjelp av en gardin. Det fremstår som en stor kontrast til Skien kommunes der det bygges og utvikles sykehjem som baserer seg på velferdsteknologiske verktøy av nyere dato.

### ***Store forskjeller i oppfølgingen av omsorgstrappa***

«Omsorgstrappa» er et begrep som viser det kommunale tilbudet av tjenester som en tiltakskjede. Tanken er at tjenestemottakerne skal starte med å få et tilbud på lavest effektive omsorgsnivå, for så å øke tilbudet dersom det blir behov<sup>16</sup>. Alle tre case-kommuner oppgir at de har en omsorgstrapp, men det fremgår av intervjuene at det er forskjeller mellom kommunene både når det gjelder i hvilken grad den benyttes aktivt i tildeling av tjenestene, hvordan brukerne beveger seg i trappen og hvor langt det er mellom trinnene. Sarpsborg omtaler i liten grad omsorgstrappa, men har tidligere deltatt i et prosjekt hvor det er arbeidet med et helhetlig pasientforløp sammen med blant annet gamle Sandefjord kommune. Sarpsborg kommune er opptatt av å komme i kontakt med brukerne på et tidlig tidspunkt i sykdomsforløpet. Det bidrar til at kommunen kan sette inn tiltak på et tidspunkt som kan bidra til å bremse bevegelsen oppover i trappa. Kommunens satsning på korttidsplasser for rullerende avlastning er også en effektiv måte å bremse, og å følge opp, bevegelsesmønstre i omsorgstrappen på. Kommunen har i tillegg satset på å utvide omsorgsnivået før sykehjem ved å bygge flere omsorgsboliger med heldøgnsbemanning i stedet for sykehjemsplasser. I Skien kommune trekkes ledelsesfokus på pasientstrøm frem som en viktig strategisk respons på behovet for oppfølging av omsorgstrappa. Kommunen mener dette gir god kjennskap til brukerbehov, en helhetlig tildelingspraksis og gir et tett fokus på endringer i brukernes behov - også dersom det er mulighet for å flytte bruker til et lavere omsorgsnivå. Avklaringsenheten i kommunen sikrer at bruker har et tilfredsstillende tilbud i påvente av et vedtak, og at korttidsplasser på institusjon ikke benyttes til dette.

Arendal har ikke revidert omsorgstrappa de siste tre årene. Kommunen har definert trappa delvis etter diagnose. For brukere med mildere grader av kognitiv svikt, samt andre brukere, ønsker kommunen å benytte omsorgsbolig med base, slik at det øverste omsorgsnivået er forbeholdt brukere med langt fremskreden kognitiv svikt. Arendal er den eneste blant case-kommunene som har regnet på hvor mange timer hjemmesykepleie en bruker kan motta før det blir billigere å bygge en heldøgnsbemannet omsorgsbolig-enhet til brukeren. I Arendal er det beregnet at en bruker kan motta 25-26 timer i uken før det lønner seg for kommunen å bygge en bolig til vedkommende. Dette er kalkulert på bakgrunn av ren brukerrettet tid. Tid til administrasjon og andre oppgaver kommer i tillegg. Arendal har et ønske om å kunne tilby rullerende avlastning, men har per dags dato ikke kapasitet til å tilby dette nivået i omsorgstrappa. Kommunen har demens-rådgivere som driver både kartleggings- og oppfølgingsarbeid mot brukere. I kontakten med brukere bistår rådgiverne med hjelp til å definere et behov. Rådgiverne benyttes i liten grad til å oppsøke eller kartlegge brukere som kunne vært flyttet til et lavere omsorgsnivå.

---

<sup>16</sup> Helsedirektoratet, "Helse-, omsorgs- og rehabiliteringsstatistikk, 2016.

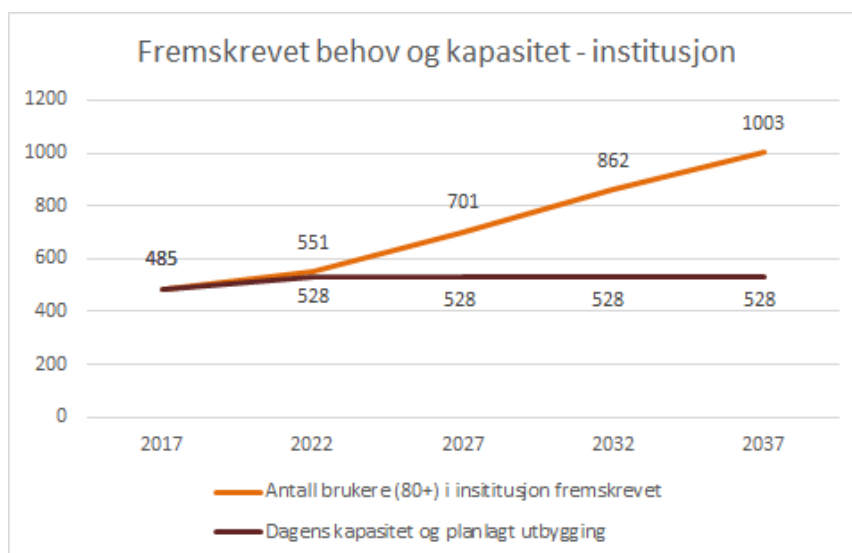
## ***Omfanget av forebyggende arbeid***

Case-kommunene trekker alle frem verdien av forebyggende arbeid som en nøkkel for å løse fremtidens pleie- og omsorgstjenester. Det fremstår likevel som om dette er et område der case-kommunene har potensiale for å videreutvikle omfanget av arbeid rettet konkret mot å forsinke eller forhindre fremtidig behov for pleie og omsorgstjenester. Flere av kommunene beskriver at forebygging snakkes om i så mange sammenhenger at det fort kan oppleves for omfattende og vidt. Informanten fra Skien kommune mener en nøkkel til å lykkes med forebyggende arbeid er å definere noen sentrale grupper eller problemstillinger man ønsker å spisse det forebyggende arbeidet inn mot. Samtlige tre kommuner nevner forebyggende arbeid knyttet til “utenforskap”, og da særlig ensomme eldre, som en prioritert oppgave i fremtiden. I Skien kommune finnes det et forebyggende tilbud rettet mot dette feltet. Tilbudet er rettet mot eldre som fyller 80 år i år. En representant fra kommunen reiser ut til innbyggeren og forklarer hvilket tilbud som finnes, både i kommunal og frivillig regi, både for sosial kontakt og lavterskel aktivitetstilbud. I Arendal kommune jobbes det også forebyggende gjennom kontakt med næringslivet. Eksempelvis ser man at svært mange eldre i kommunen bor i store eneboliger. Det utfordrer muligheten for å bli boende i egen bolig når helsetilstanden svekkes. Ved å jobbe aktivt ut mot eiendomsutviklere ønsker kommunen å bidra til at det bygges boliger som kan tilpasses behovene bruker har, også i livets siste år.

# Fremtidige behov

Med bakgrunn i budsjettallene for 2017 og befolkningsframskrivningene for innbyggere 80 år og over som er omtalt i kapittel om "Dagens status", framskriver vi kapasitetsbehovet og kostnadene tilknyttet dette. I en slik matematisk framskrivning forutsettes det den samme måten å levere tjenester på, og dermed også den samme kompetansen, skalert opp i forhold til befolkningsutvikling (vekst og demografisk sammensetning). Framskrivningene gir svar på hvor mange institusjonsplasser og omsorgsboliger kommunen må ha for å dekke opp fremtidig behov, gitt at drift og tjenestestruktur holdes konstant.

## Institusjon og bofellesskap

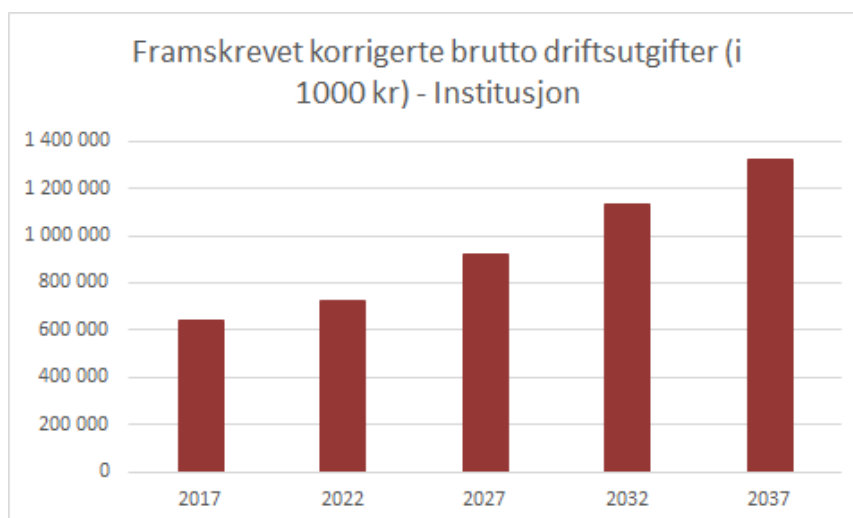


**Graf 17:** Framskrevet behov og kapasitet for institusjonsplasser

Grafen over viser antatt befolkningsvekst for innbyggere 80 år og over med et behov for institusjonsplass fram mot 2037. Framskrivningen tar utgangspunkt i dagens dekningsgrad på 485 plasser og forutsetter at alle disse plassene tilhører brukere som er over 80 år, i tillegg til at dekningsgrader er 100%. Denne dekningsgraden framskrives deretter basert på prosentvis befolkningsøkning for denne aldersgruppen fremover. Vi antar med dette at dagens tjenestestruktur og alle andre faktorer som berører dette forholdet er konstant. Grafen viser også Sandefjord sin planlagte bygging av nytt fremtidsrettet sykehjem som skal stå klart til bruk i 2021 (som nevnt i kapittelet om dagens status). Som vi ser vil veksten i innbyggere 80 år og over med behov for institusjonsplass øke betydelig i årene som kommer.

Kostnader tilknyttet dette vil følge samme trend (se graf under). Kostnadene er basert på KOSTRA-tallet *Brutto driftsutgifter pr institusjonsplass* for (Nye) Sandefjord 2016 på 1 314 832 kr (se kapittel om dagens status) ganget opp med behovet for plasser (kapasitetsbehovet over).

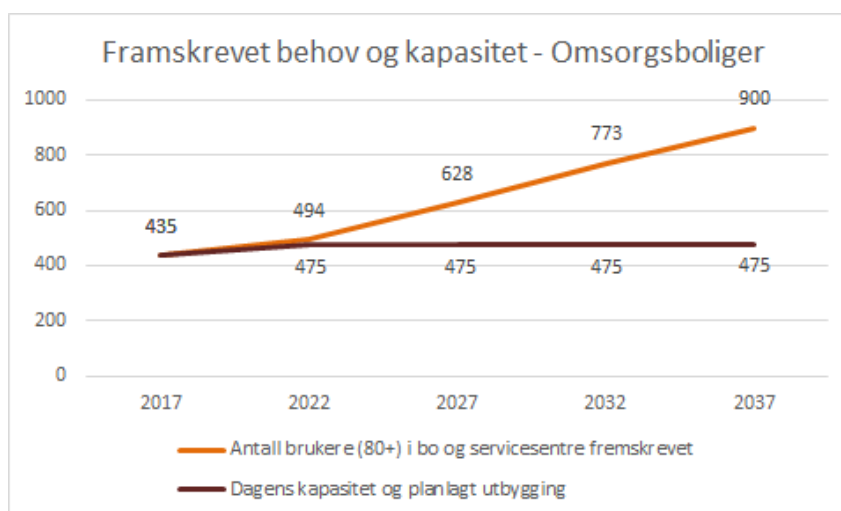
Brutto driftsutgifter til institusjonsplasser vil øke mer enn det dobbelte frem mot 2037. Den største økningen vil forekomme mellom 2022 og 2027, noe som samsvarer med en brattere befolkningsvekst i denne perioden.



**Graf 18:** Framskrevet korrigerede brutto driftsutgifter (i 1000 kr) for Institusjon

## Omsorgsboliger (Bo- og servicesentre)

Omsorgsboligene er forbeholdt personer over 55 år<sup>17</sup>, men Sandefjord kommune opplyser at de fleste i disse boligene er brukere 80 år og over. Grafen under viser samme kapasitet framskrevet, basert på dagens tilgjengelige plasser. Vi forutsetter at alle beboere er 80 år og over, samt 100 % dekningsgrad og framskriver i takt med befolkningsvekst for 80 år og over.

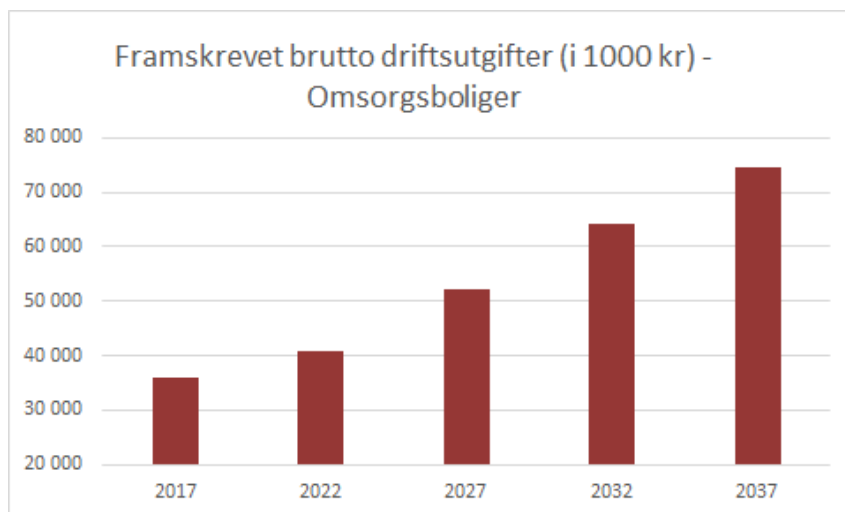


**Graf 19:** Framskrevet behov og kapasitet - Omsorgsboliger (Bo- og servicesentre)

<sup>17</sup> Vedtatt budsjett 2017

Grafen inkluderer også her planlagte bebyggelser av slike boliger. I 2018 øker kommunen kapasiteten med 40 nye omsorgsboliger i Andebu.

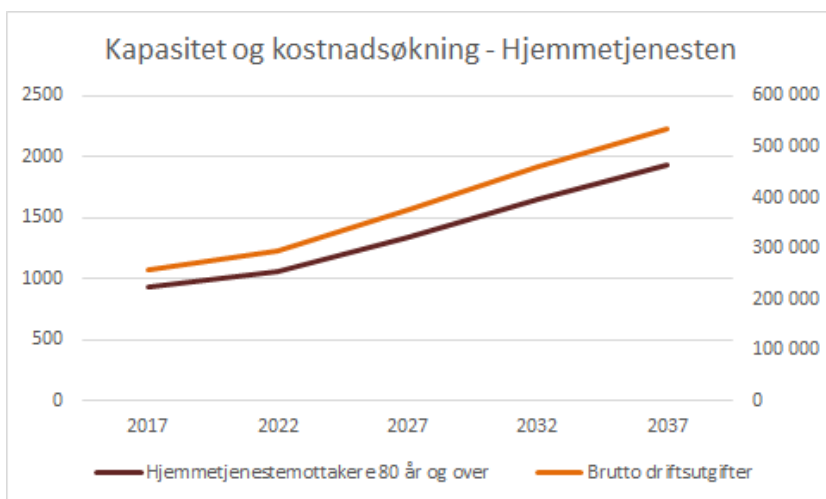
Kostnadene tilknyttet omsorgsboligene stiger i samme takt som befolkningsutviklingen, og øker til mer enn det dobbelte fram mot 2037. Kostnadene tilknyttet omsorgsboligene er likevel kun 5 % av størrelsen på kostnadene tilknyttet institusjonsplasser. Økningen utgjør derfor ikke den aller største kostnadsposten. Antall plasser per i dag er på nivå med antallet institusjonsplasser, men med en betydelig billigere drift da brukeren selv betaler husleie og har mindre bistandsbehov.



**Graf 20:** Framskrevet brutto driftsutgifter (i 1000 kr) - Omsorgsboliger (Bo- og servicesentre)

## Hjemmetjenester

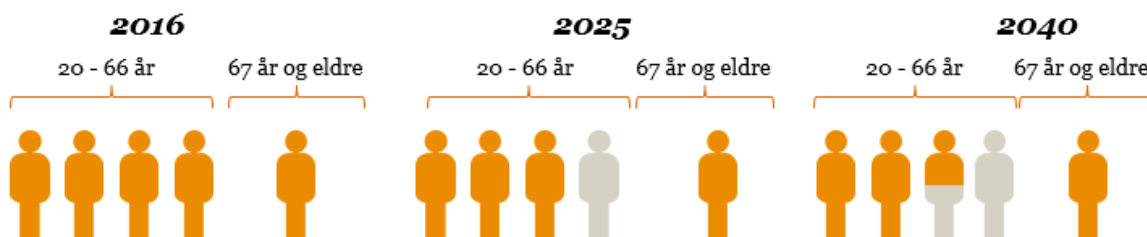
I tillegg til institusjonsplasser og omsorgsboliger så vil det være innbyggere 80 år og over som bor hjemme, og som benytter ulikt omfang av hjemmetjenester. Grafene under viser en framskrivning av antallet hjemmetjenestemottakere 80 år og over. I tillegg viser graf brutto driftsutgifter i tilknytning hjemmetjenesten framskrevet på samme måte som over. Brukerne i denne grafen overlapper nok med noen av boligene tatt med over, men det gir et bilde på kapasitet og kostnadsøkning også i hjemmetjenesten.



**Graf 21:** Framskrevet kapasitet (tjenestemottakere 80 år og over) og kostnader (brutto driftsutgifter)

Det blir altså totalt sett et betydelig press på helsetjenestene i tiden som kommer. Veksten begynner for fullt etter 2022.

Summert viser fremskrivningene av omsorgsbehovet for alle kategorier øker med 62% fram til 2030. En lineær fremskrivning av kostnadene viser tilsvarende utvikling. Fra [www.bedrekommune.no](http://www.bedrekommune.no), henter vi følgende oversikt for Sandefjord kommune:



Figuren viser at i perioden mot 2030 faller antallet yngre og potensielt yrkesaktive bak hver person over 67 år. Det betyr at dagens tjenestemodell for eldreomsorg ikke er bærekraftig i fremtiden. I kapitlet “Utfordringer og mulighetsrom frem mot 2030” trekker vi frem noen sentrale faktorer som både enkeltvis og samlet kan påvirke en kommunes evne til å utvikle en god tjenestemodell for fremtidens pleie- og omsorgstjenester.

## Kompetanse

KMDs nykommune.no gjør et anslag på kommunale årsverk innenfor de ulike sektorene og blant annet innenfor pleie og omsorg inkludert alle tjenestene<sup>18</sup>. Pr i dag ligger antall kommunale årsverk per 1000 innbyggere 20-66 år på 56,6. Når SSB har fremskrevet disse tallene til 2025 og 2040 har de tatt utgangspunkt i samme dekningsgrad og standarder som i 2015, samt brukt SSBs mellomalternativ ved befolkningsframskriving

Samlet for Sandefjord kommune beregnes antall årsverk per 1000 innbyggere i aldersgruppe 20-66 å øke fra 56,6 til 81. I tillegg øker antall innbyggere i aldersklassen slik at man dermed får en estimert vekst i årsverk på ca 300 frem mot 2025, ca 600 i 2030 og helt opp til 1300 i 2040.

<sup>18</sup> Dette inkluderer funksjonene 234, 253, 254 og 261. Noe under 50% av disse jobber innenfor funksjon 253 institusjon.

Lønnskostnadene per årsverk innenfor pleie og omsorg er i følge beregninger i KOSTRA ca 700.000,- inkl sosiale kostnader. En vekst i årsverk på 600 fra i dag til 2030 vil da koste 420 MNOK.

En intern sammenstilling av de største kommunale institusjonene viser følgende:

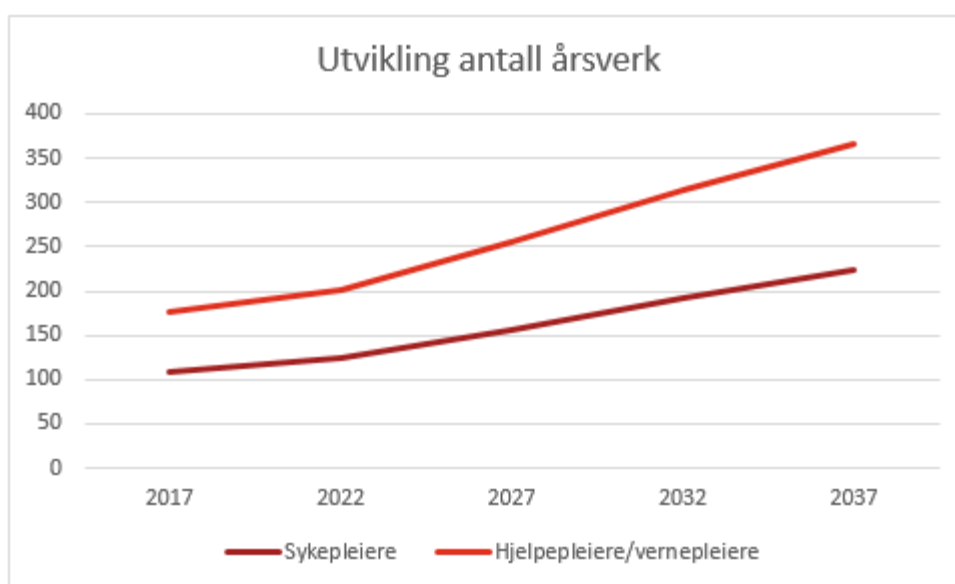
| Enhet                              | Antall plasser | Antall årsverk | Årsverk per plass | Netto kostnad pr plass | Snitt stillingsstørrelse | Andel sykepl | Andel hjelpepl/vernepl |
|------------------------------------|----------------|----------------|-------------------|------------------------|--------------------------|--------------|------------------------|
| Nygård Bo- og behandling           | 126            | 139,8          | 1,1               | 744 889                | 62,8 %                   | 19,5 %       | 42,9 %                 |
| Kamfjordhjemmet                    | 64             | 88,8           | 1,4               | 777 750                | 60,9 %                   | 21,8 %       | 38,3 %                 |
| Sandefjord Medisinske senter (SMS) | 61             | 93,8           | 1,5               | 1 012 443              | 63,8 %                   | 29,6 %       | 31,1 %                 |
| Soletunet                          | 46             | 48,6           | 1,1               | 634 674                | 55,9 %                   | 31,6 %       | 38,3 %                 |
| Andebu sykehjem                    | 39             | 40,6           | 1,0               | 598 436                | 58,8 %                   | 25,6 %       | 37,9 %                 |
| Bofelleskap demens                 | 48             | 41,9           | 0,9               | 699 042                | 54,4 %                   | 19,6 %       | 44,7 %                 |
| Sum/Snitt                          | 384,0          | 453,5          | 1,2               | 744 539                | 59,4 %                   | 24,6 %       | 38,9 %                 |

Sammenlignet med kostnader per plass som brukes i KOSTRA er det her kun tatt med de direkte kostnadene til enheten, hvilket gjør tallene noe lavere.

Tabellen viser at disse institusjonene samlet har 450 årsverk eller rundt 735 ansatte. Gjennomsnittlig stillingsstørrelse er 61,6%. Andelen sykepleiere (inkl spesialsykepleiere) spenner fra rett under 20% av antall årsverk, til over 30% for Soletunet. Antall hjelpepleier/spesialhjelpepleiere og vernepleiere varierer også fra ned mot 30% til neste 45 % for "bofelleskap demens".

Isolerer man behov for nye årsverk frem mot 2025 og 2030 ser man tydelig, basert på fremskrivningene av veksten av antall over 80 åringer, at behovet for flere sykepleiere og andre fagarbeidere ikke virker skremmende frem mot 2025, men øker betydelig etter det. Skal man opprettholde tjenestenivået disse institusjonene representerer i dag vil man trenge 74 nye årsverk sykepleiere og over 107 nye årsverk hjelpepleiere og vernepleiere i 2030, gitt at man leverer tjenestene etter samme modell som i dag.

Utviklingen kan leses ut fra grafen under. Som beskrevet over er veksten fremskrevet med veksten i antall eldre over 80 år. Utgangspunktet er kommunens budsjett for 2017 og basert på ovenstående tabell, utregnet antall sykepleierårsverk (108) og hjelpepleier/vernepleier-årsverk (176).

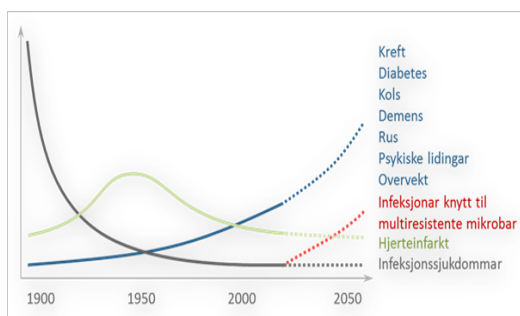


**Graf 22:** Fremskrevet behov for kompetanse. Her sykepleiere og hjelpepleiere/vernepleiere

# Utfordringer og mulighetsrom frem mot 2030

I Helsedirektoratets analyse av utviklingstrekk for helse- og omsorgstjenestene pekes det på tre trender som preger fremtidsbildet; En ny kvalitetsforståelse som baseres på realistiske mål i tråd med “det som er viktigst” for pasienten<sup>19</sup>, en helsetjeneste der alle brukers tjenester skal jobbe sammen som et team for å oppnå brukers mål, samt ny teknologi. Det vektlegges tre ulike aspekter for teknologisk utvikling; verktøy som støtter den aktivt informerte pasient, verktøy for virtuelle team som muliggjør felles mål, plan og rolleforståelse, og verktøy for proaktiv avstandsoppfølging. Disse tre trendene tegner de store linjene for hvordan tjenestene må samhandle og formes for å sikre kvalitet og effektivitet i det kommunale tilbudet. En kommunes evne til å levere dette vil påvirkes av en rekke faktorer som både hver for seg og samlet kan hemme eller fremme innovasjon og effektivisering av tjenestene. I dette kapitlet oppsummerer vi sentrale utfordringer og muligheter for fremtidig innovasjon. Samtidig gjøres det en vurdering av hvordan disse faktorene kan påvirke behov for, og fordeling av, kostnader, kompetanse og kapasitet frem til 2030.

## Endret sykdomsbilde og økt ansvarsområde



Fremtidens helseutfordringer vil i større grad være knyttet til livsstilssykdommer. Mens man ser at færre dør av hjerte og karsykdommer vil diagnoser som demens, kreft, diabetes og rus- og psykiske lidelser være fremtredende. Dette stiller krav til kompetanse, bygningsutforming for bo- og behandlingssenheter og utfordrer rammene for hjemmetjenesten.

I tillegg til at sykdomsbildet blir mer komplekst ser flere kommuner en tydelig vekst i flere yngre tjenestemottakere. Selv om mye fokus blir rettet mot veksten i de eldre gruppene, må kommunen også ta innover seg at flere yngre blir syke og oftere med mer sammensatte behov<sup>19</sup>.

Det er ikke bare sykdomsbildet som har endret seg de siste årene. Samhandlingsreformen har som mål at en større del av tjenestene skal utføres i kommunene. Et av de sentrale virkemidlene er at kommunene skal betale for sykehuspasienter som er klare til utskrivning. Meningen er at kommunene dermed får et incentiv til å gi disse pasientene et tilbud om sykehjemsplass eller hjemmetjenester<sup>20</sup>.

**Betydning for fremtidig kapasitet:** Mindre forutsigbarhet i kapasitetsbehov, grunnet større spenn i brukermassen både hva gjelder alder, sykdomsbilde og sykdomsforløp. I tillegg økt kapasitetsbehov for å hurtig kunne ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehusene for ikke å måtte betale for liggedøgn

**Betydning for fremtidig kompetanse:** Økt behov for tilgang på breddekompetanse i pleie- og

<sup>19</sup> Helsedirektoratet; “Analyse av utviklingstrekk i omsorgstjenesten 2016”

<sup>20</sup> Forskningsrådet, Ser på konsekvenser av Samhandlingsreformen, <http://www.forskningsradet.no>



omsorgstjenestene for å behandle et bredt spekter av brukere.

**Betydning for fremtidige kostnader:** Potensielt svært kostnadsdrivende for kommunen.

### **Økt omfang av pasienter med kognitiv svikt (demens)**

Omfanget av pasienter med demenssykdom øker. Beregninger FHI har gjort, basert på et stort antall studier i Vest-Europa, viser en utbredelse av demens på 6,9 prosent blant personer over 59 år. Utbredelsen stiger fra 1,6 prosent i aldersgruppen 60-64 år til 43 prosent i gruppen over 89 år. Når disse tallene sammenholdes med statistikk for aldersfordeling i Norge, viser de at omtrent 1,5 prosent av hele befolkningen lider av demens<sup>21</sup>. Fremskriver vi med samme forekomst av sykdommen i disse gruppene vil den økte forventede levealderen føre til en dobling av antallet med demenssykdom i Norge fra 2006 til 2050. Å utvikle gode og tilrettelagte tilbud for demente og deres pårørende på lavere trinn i omsorgstrappen vil dermed kunne gi stor samfunnsmessig gevinst, både økonomisk og kvalitetsmessig. Helsedirektoratets analyse av omsorgstilbudet viser eksempelvis til at demenspasienter i liten grad har fått tjenester i hjemmet. Undersøkelser viste at denne gruppen i snitt hadde 4 timer hjemmesykepleie pr uke før innleggelse i sykehjem/institusjon<sup>19</sup>. I Skien kommune har man nylig opprettet et aktivitetstilbud for demente på ettermiddagen. Tilbudet skal bidra til å avlaste pårørende slik at man ikke bare som et tiltak for å avlaste pårørende mer også utenom arbeidstid. Det viser seg også at det er stor variasjon på omfang og tilstedeværelse av dagtilbud for pasienter med demens.

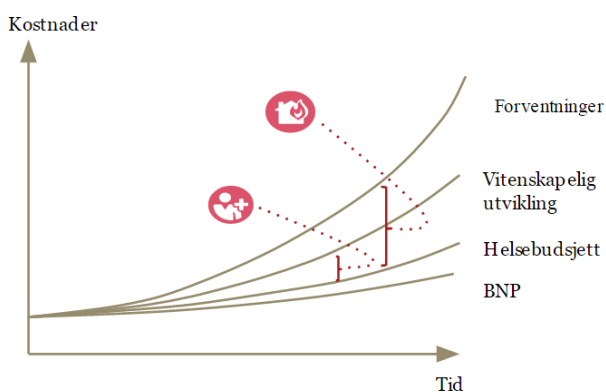
**Betydning for fremtidig kapasitet:** Mindre forutsigbarhet i kapasitetsbehov gitt større spenn i brukermassen både hva gjelder alder, sykdomsbilde og sykdomsforløp.

**Betydning for fremtidig kompetanse:** Økt behov for tilgang på breddekompetanse i pleie- og omsorgstjenestene for å behandle et bredt spekter av brukere.

**Betydning for fremtidige kostnader:** Potensielt svært kostnadsdrivende for kommunen.

### **Endrede forventninger fra brukerne**

Kommunens innbyggere blir stadig mer krevende kjøpere av kommunens tjenester. Deres



forventninger vil øke inn i fremtiden. Fremtidens eldre vil ønske seg en annet nivå på teknologi, omgivelser og tilbud enn dagens eldre. Den vitenskapelige og teknologiske utviklingen vil dekke noe av gapet mellom forventninger og opplevde tjenester, men på langt nær alt. Samtidig vil helsebudsjettene ikke kunne ha den samme utviklingen (se figur).

Noe av den største utfordringen til kommune-Norge fremover er å bygge en forståelse for at kommunene må tenke nytt. Det første skrittet på veien er en endring i tankesett

om hva kommunale helse- og omsorgstjenester er og skal være. Det har tradisjonelt vært praksis, og kanskje en forventning fra både innbyggere og tjenesten, at økt behov for bistand fra kommunen vil lede til en snarlig plass på institusjon. Dette er kostbart og er ikke en bærekraftig praksis for helse- og omsorgssektoren<sup>19</sup>. Dermed opplever det også økte krav til hva slags tilbud man skal ha fra kommunen i henholdsvis eget hjem og på institusjon. Flere ønsker seg bar på sykehjemmet, mer

<sup>21</sup> Folkehelseinstituttet, Folkehelse rapporten, 2015

aktivitet og utflukter, mer ansikt til ansikt-tid med pleier, bedre mat etc.

**Betydning for fremtidig kapasitet:** Et økt forventningsnivå i PLO-tjenestene vil medføre behov for tilpasninger og justeringer av eksisterende bygg og løsninger. Økte krav til aktiviteter osv. vil kunne gå på bekostning av totalkapasitet.

**Betydning for fremtidig kompetansebehov:** Kommunen vil framover også ha behov for å jobbe aktivt med å justere brukernes forventninger til å være realistiske. Dette henger tett sammen med forebyggende arbeid.

**Betydning for fremtidige kostnader:** Stort press på budsjettene for PLO. Økte forventninger til tjenestene står ikke i samsvar med disponibel fremtidig økonomi for tjenestene.

### ***Forebyggende arbeid av økende betydning***

Med en stadig økende andel av befolkningen med en alder over 67 år blir forebyggende arbeid spesielt viktig for å redusere presset på de kommunale tjenestene. Helsedirektoratet<sup>19</sup> fremhever at god helse og funksjonsnivå er en forutsetning for både å kunne stå lenger i arbeid og for å kunne være aktiv og selvhjulpen lenger. Dette tydeliggjøres også fra sentralt hold i det et viktig mål i samhandlingsreformen er å styrke forebygging og bedre folkehelsen. Regjeringen ønsker derfor en mer aktiv tilnærming til personer og grupper som er i risiko for å utvikle sykdom eller som allerede har sykdom, for på den måten å redusere tidlig avgang fra arbeidslivet og for å redusere behovet for helse- og omsorgstjenester<sup>19</sup>. Et eksempel på potensiale for forebygging, der det i dag gjøres lite, er Norges plassering i verdenstoppen i hoftebrudd. I tillegg til høy dødelighet og redusert funksjon og livskvalitet, medfører hoftebruddene høye kostnader for helse- og omsorgstjenesten<sup>19</sup>. Trondheim kommune har i samarbeid med NTNU jobbet med et treningsprogram for eldre for å forebygge hoftebrudd<sup>19</sup>. Dette er et eksempel på et spisset, forebyggende arbeid som kan gi stor uttelling både i livskvalitet og ressursbruk for kommunene.

**Betydning for fremtidig kapasitet:** Forebyggende arbeid som lykkes med å bidra til utsettelse av tidspunktet der bruker har behov for helse- og omsorgstjenester gir økt livskvalitet for bruker og kan redusere behovet for kapasitet i høyere nivåer av omsorgstrappa.

**Betydning for fremtidig kompetansebehov:** Et fokus på forebyggende arbeid vil trolig gi behov for å rekruttere opp ansatte med kompetanse innen feltet.

**Betydning for fremtidige kostnader:** En forsinkelse i behov for PLO-tjenester, eller færre hoftebrudd vil kunne gi store besparelser i ressursbruk.

### ***Uenighet om lokalisering av tjenestetilbudet***

En sentral utfordring for Sandefjord kommune kommer som en følge av sammenslåingen av tre kommuner med ulik tjenesteprofil, ulik kultur og sterk lokal identitet. Kort tid etter sammenslåingen slo lokalavisene opp en sak om en bruker som reagerte på å bli plassert bort fra "sin" del av den nye kommunen. Erfaringer fra andre kommuner tilsier at de tidligere kommunegrensene kan prege identitet og tilhørighetsfølelse hos brukere av tjenestene i lang tid fremover. I Arendal kommune opplever man fremdeles at innbyggere forventer å få tilbud innenfor de tidligere kommunegrensene, på tross av at kommunen ble sammenslått i 1992. Lokal identitet og innbyggernes holdning til å få tjenester i "sin" del av kommunen kan vanskeliggjøre utarbeidelsen av et helhetlig tilbud for Sandefjord kommune, og slik være av betydning for kostnadsbildet, samt for optimal utnyttelse av kompetanse og kapasitet.

**Betydning for fremtidig kapasitet:** Manglende aksept for å flyttes utenfor “sin” del av kommunen når man har behov for institusjonsplass eller omsorgsbolig kan gi utfordringer for en utbygging av tilbudet i tråd med kommunens helhetlige behov.

**Betydning for fremtidig kompetansebehov:** Et tilbud tilpasset tidligere kommunestruktur vil kreve flere ansatte.

**Betydning for fremtidige kostnader:** Et tilbud tilpasset tidligere kommunestruktur vil være dyrere å drifte.

### ***Ulik tildelingspraksis og ulik bruk av omsorgstrappa***

Sammenslåingen av de tre tidligere kommunene medfører også et behov for en standardisering av tildelingskriterier og tilnærming til omsorgstrappen. Ulikhetene i tjenesteprofil i de tidligere kommunene vil trolig gi behov for en gjennomgang av terskelen for tildeling av tjenester i den nye storkommunen. God utnyttelse av de lavere trinnene i omsorgstrappen beskrives som et av de viktigste tiltakene for å forsinke behovet for heldøgns institusjonsplass. Å få på plass en helhetlig praksis knyttet til tildelingskriterier og tiltak for oppfølging av endringer i tjenestebehov vil være av betydning for både fremtidig kompetanse, kostnader og kapasitet.

**Betydning for fremtidig kapasitet:** Manglende standardisering i tjenestetildeling og bruk av nivåene kan medføre mismatch mellom planlagt behov og reelt tildelte plasser.

**Betydning for fremtidig kompetansebehov:** I hvilken grad de lavere trinnene i omsorgstrappen utnyttes godt vil påvirke behovet for ansatte.

**Betydning for fremtidige kostnader:** Ulik tildelingspraksis gir utfordringer i budsjettering og oppfølging av kostnader, lav utnyttelse av lavere trinn i omsorgstrappen er kostnadsdrivende.

### ***Bistand og samarbeid med frivillige***

I arbeidet med innovasjon og utvikling av tjenestetilbudet har fokus på frivillige i omsorgstjenesten vært i fokus, både på lokalt og nasjonalt hold. Det ble nylig gjennomført en analyse av omfanget av ulønnet omsorg i en analyserapport av omsorgstjenestene i 2016. Analysen viser at omfanget av ulønnet omsorg er stort, estimert til mellom 90 000 og 100 000 årsverk, og det ser ut til å holde seg relativt stabilt<sup>19</sup>. Omfanget av frivillig innsats i Norge viser seg stabilt høyt, også blant de eldste aldersgruppene. Samtidig ser man en tendens til at de eldre trapper ned den frivillige innsatsen med alderen<sup>19</sup>. Den demografiske endringen vi møter vil også påvirke antallet potensielle frivillige. I Sandefjord kommune bidrar frivillige med mye innen pleie- og omsorg, blant annet får bo- og servicesentrene i Sandefjord i dag mye bistand fra frivillige i sitt arbeid, særlig tilknyttet servering og bistand ifm mat. Mange pårørende bidrar også aktivt inn i tjenestetilbudet knyttet til tjenesten deres familiemedlem benytter. Pårørendeomsorg er definert inn som frivillig arbeid. Det vil være behov for en betydelig innsats fra frivillige omsorgsyttere framover. I SSBs fremskrivning av behov for årsverk i omsorgssektoren er det påpekt at en økning av det ulønnede omsorgsarbeidet kan føre til en lavere etterspørsel etter formelle omsorgstjenester<sup>22</sup>. For å lykkes med samarbeid med frivillig sektor må det jobbes strategisk og helhetlig, over tid.

**Betydning for fremtidig kapasitet:** En økning i det ulønnede omsorgsarbeidet kan føre til en lavere etterspørsel etter formelle omsorgstjenester.

**Betydning for fremtidig kompetansebehov:** Koordinering og samarbeid mot frivillig sektor krever tilgjengelige ressurser i kommunen.

**Betydning for fremtidige kostnader:** Økt andel av ulønnet omsorgsarbeid kan redusere

---

<sup>22</sup> Holmøy, Erling, Fatima Valdes Haugstveit og Berit Otnes (2016). SSB Rapport 2016/20. Behovet for arbeidskraft og omsorgsboliger i pleie- og omsorgssektoren mot 2060.

kostnadsnivået noe. Avhengig av organisering og samarbeidsform kan det kreves noe ressurser fra kommunen for å koordinere og drifte tilbudet.

### **Alternative boformer, au-pair-ordning og kollektiver**

Vi ønsker å bli boende hjemme lenger. Kommunene har dermed et viktig oppdrag i å muliggjøre dette, både for opplevd kvalitet i tjenesten og for å redusere kostnader på sykehjemsplasser/institusjon. Et alternativ er å endre måter å bo på. Nasjonalt og internasjonalt ser man eksempelvis på ordninger med subsidierte studentleiligheter samlokalisert med eldreboliger, der studentene i gjengjeld bidrar med praktisk bistand til de eldre. Flere vurderer også muligheten for bruk av au-pair-ordningen for eldre<sup>23</sup>.

Dette er i tråd med innbyggernes holdninger slik den reflekteres i en undersøkelse fra noen år tilbake. Så mange som tre av fire ønsket seg en omsorgsbolig, primært en selvstendig omsorgsbolig, dersom de ikke lenger klarte seg i sin vanlige bolig når de ble gamle. En av seks ønsket å flytte i bofellesskap, og bare en av ti ønsket seg sykehjemsplass<sup>19</sup>. Undersøkelser viser også at en økende andel eldre i dag ønsker å dø hjemme. I Norge dør ca. 15 prosent i hjemmet, de fleste dør på institusjon, og nærmere 50 prosent på sykehjem. Det er et mål at helsetjenesten skal legge til rette for at det er mulig for pasienten å få mest mulig tid hjemme på tross av sin sykdom, og også mulighet for å dø i hjemmet<sup>19</sup>. Dette er en utfordring for kommunene. Det er dyrt med hjemmetjeneste når brukernes bistandsbehov tilsvarer mange besøk om dagen.

**Betydning for fremtidig kapasitet:** Å legge til rette for nye boformer, som muliggjør at brukere kan bo hjemme så lenge som mulig, gir et redusert behov for kapasitet på institusjon.

**Betydning for fremtidig kompetanse:** Nye og alternative boformer vil kreve tilføring av tilleggskompetanse i en innføringsperiode.

**Betydning for fremtidig kostnader:** Potensiale for store kostnadsbesparelser.

### **Endring av ordningen med investeringstilskudd til omsorgsboliger og sykehjem**

Investeringstilskuddene skal stimulere kommunene til å fornye og øke tilbudet av plasser i sykehjem og omsorgsboliger for personer med behov for heldøgns pleie og tilsyn. Fra og med 2017 er det gjort endringer i denne ordningen og iløpet av 5 år (innen 2021) vil det være et krav om at tilskudd kun gis til boliger og sykehjem som gir netto tilvekst av plasser. Det betyr at det fra 2021 ikke gis støtte til fornying av dagens omsorgsboliger eller sykehjem, såfremt ikke dette gir en tilvekst av plasser. Kommuner som skal motta tilskudd kan ikke avvikle gamle plasser i takt med at nye, tilskudds-finansierte plasser tas i bruk. Det betyr likevel at det i perioden fra 2017 til 2021 fortsatt gis delvis støtte til fornyingsprosjekter.

Begrunnelsen er at man ønsker å motivere for utbygging av flere sykehjemsplasser og at man antar at kommunene generelt har vært gjennom en modernisering og kvalitetsforbedring ved bruk av den gamle ordningen. Ordningen har vært etablert siden 2008.

Vi forutsetter at Sandefjord kommune er godt kjent med kriterier for å få investeringstilskudd, hvem som er målgruppe for tilskuddet og hva tilskuddet kan brukes til.

**Betydning for fremtidig kapasitet:** Ordningen innrettes mer og mer mot å motivere kommunene til å investere i økt kapasitet. Plasser som kommer i tillegg til dagens kapasitetsnivå vil bli betydelig

---

<sup>23</sup> CIVITA; Nr.6 2013: Fremtidens eldre: Lever lenger – jobber mer – bor hjemme

finansiert via tilskuddssystemet.

**Betydning for fremtidig kompetanse:** Kommunen kan velge å øke antall sykehjemsplasser og eller omsorgsboliger. Innretningen vil kunne ha betydning på hvilken kompetanse kommunen trenger å rekruttere.

**Betydning for fremtidige kostnader:** Selv om byggingen er finansiert ved tilskudd vil etableringen av flere plasser medføre økte driftskostnader, spesielt hvis man på denne måten øker andelen beboere på institusjon kontra bruk av hjemmetjenester.

## ***Tilgang på ansatte og strategisk oppgavefordeling***

Trygge og sikre tjenester kjennetegnes av personell med tilstrekkelig kompetanse til å gi individuelt tilpassede tjenester<sup>24</sup>. KS har beregnet at for å opprettholde dagens nivå på kommunale tjenester vil behovet for arbeidskraft i kommunene allerede i 2022 øke i en høyere takt enn befolkningsveksten<sup>24</sup>. Flere kommuner opplever det utfordrende å rekruttere sykepleiere allerede i dagens arbeidsmarked. Med veksten i andelen pensjonister per arbeidstaker vil behovet øke betydelig i årene fremover, samtidig som antallet i arbeidsfør alder faller. Dette kan gi utfordringer for kvaliteten i tjenesten. Samtidig øker antallet innbyggere med omfattende bistandsbehov, utskrevet fra spesialisthelsetjenesten på bakgrunn av innføring av samhandlingsreformen. I Danmark ser man at utfordringen gripes an ved å gjennomgå grensesnittene for den enkelte profesjons oppgaver, blant annet ved å avlaste høyt utdannet personell med administrative oppgaver for å gi rom til å ivareta kjerneoppgavene. <sup>25</sup> I en rapport om oppgavefordeling mellom personellgrupper<sup>25</sup> fremheves det at mangel på planlegging kan føre til at delegering og kompetansebygging skjer tilfeldig og som et svar på akutte utfordringer. Dette kan skape utfordringer når det gjelder forsvarlighet og kvalitet i tjenesteytingen. Utvikling av kommunale helse- og omsorgsplaner og kompetanseplaner er derfor viktige verktøy for å innføre ny oppgavefordeling som et strategisk virkemiddel.

**Betydning for fremtidig kapasitet:** Lav tilgang på ansatte kan skape utfordringer når det gjelder kapasitet, forsvarlighet og kvalitet i tjenestene.

**Betydning for fremtidig kompetansebehov:** Manglende delegering av oppgaver mellom personellgrupper vil kunne gi behov for rekruttering av flere høyt utdannede.

**Betydning for fremtidige kostnader:** Manglende delegering av oppgaver mellom personellgrupper gir økte lønnskostnader grunnet behov for flere faglærte. Samtidig vil lav tilgang på ansatte kunne gi behov for heving av lønnsnivået.

## ***Bruk av velferdsteknologi***

Nye resultat viser at velferdsteknologi gir store gevinster både for tjenestemottaker og samfunn når den er tilpasset sluttbrukers behov og brukes riktig <sup>26</sup>. Tilbakemeldingene er entydige og gjennomgående; "Velferdsteknologi gir store gevinster i form av spart tid, unngåtte kostnader og økt kvalitet på tjenesten for tjenestemottaker, pårørende og ansatte". <sup>26</sup> Helsedirektoratet anbefaler at kommunene

"Velferdsteknologi handler ikke om teknologi – men om mennesker"

*Nils Peter Nissen, direktør i den danske alzheimerforeningen*

<sup>24</sup> KS - Rekrutteringsbehov i kommunesektoren frem mot 2026

<sup>25</sup> KS FOU, Uni Research, Rokkansenteret. Ny oppgavefordeling mellom personellgrupper i helse- og omsorgssektoren: veien å gå for å sikre fremtidens velferdstjenester?

<sup>26</sup> Helsedirektoratet - andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger - nasjonalt program for velferdsteknologi, 2017.

integrerer følgende teknologiområder i kommunenes ordinære helse- og omsorgstjenester:

### ***Varslings- og lokaliseringsteknologi (GPS)***

I omtalen av GPS-løsninger menes det her varslings- og lokaliseringsteknologi som gjør det mulig å lokalisere bærer av GPS-enheten ved behov. Løsningene benyttes mye i behandling og oppfølging av brukere med ulike grader av kognitiv svikt.

I Helsedirektoratets rapport vises det til at det fortsatt er flest dokumenterte erfaringer fra bruk av lokaliseringsteknologi for personer med kognitiv svikt i omsorgsbolig, sykehjem og hos hjemmeboende eldre. Erfaringene fra nasjonalt velferdsteknologiprogram viser betydelig gevinst på tross av at bruksperioden for den enkelte bruker er begrenset. I Larvik og Bærum kommuner har de erfart at gjennomsnittlig brukstid er ca. 8 måneder<sup>26</sup>. De hyppigst nevnte kvalitative gevinstene er økt trygghets- og frihetsfølelse både for tjenestemottaker, pårørende og ansatte i omsorgstjenesten<sup>26</sup>. Piloteringen av GPS i Larvik kommune har også gitt mindre behov for bruk av tvang. I en undersøkelse kommunen gjennomførte oppgis det at nesten 70 % av brukerne opplever at GPS bidrar til at pårørende eller personale ikke behøver å avlede eller forhindre at person med demens eller kognitiv svikt går ut<sup>26</sup>.

Et flertall av kommunene som har gjennomført piloter på lokaliseringsteknologi har opplevd at brukere kan bo lengre hjemme eller utsette behov for andre tjenester. Skien anslår at 15-20 % av brukerne vil ha gevinst i form av utsatt behov for opptrapping av tjeneste eller institusjonsplass<sup>26</sup>. Det er komplekst å beregne den kvantitative effekten av lokaliseringsteknologien, men flere kommuner har gjort regnestykker basert på eksempeltilfeller i sine kommuner. På et generelt nivå kan man beskrive betydelig effekter også i utnyttede ressurser eller tid ved for eksempel å kunne unngå leteaksjoner etter brukere, kunne utsette overføringen av brukere til skjermet avdeling, muliggjøre rullerende avlastning etc.

### ***Elektronisk medisineringsstøtte (elektronisk medisindispenser)***

Elektronisk medisineringsstøtte innebærer bruk av elektroniske medisindispensere som varsler via lys og lyd etter forhåndsinnstilte tidspunkt når medisinen skal tas. De registrerer om brukeren tar medisinen ut av dispenseren og sender varsel til helsepersonell via mobilnettet dersom medisinen ikke tas ut.

Kommunene som har deltatt i nasjonalt velferdsteknologiprogram kan vise til store gevinster i form av både spart tid og unngåtte kostnader ved innføring av elektronisk medisineringsstøtte. Eksempelvis har Bergen kommune redusert antall hjemmebesøk med 38% og total vedtakstid med 59% for 18 hjemmeboende etter at de tok i bruk denne teknologien<sup>26</sup>. Bærum kommune har beregnet at de har spart tid på medisinbehandling tilsvarende 2,3 årsverk i 2016. Frigjort tid har gitt økt kapasitet, ved at de kunne gi tjenester til flere med samme ressurser<sup>26</sup>. Larvik kommune mener det er større potensiell gevinst å hente hos brukere som enda ikke har vedtak om hjemmebesøk, da de opplever at det kan være vanskelig å ta bort hjemmebesøk som allerede har blitt en vane<sup>26</sup>. Kommunene melder også om gode, kvalitative effekter av løsningen. Hele 89 % av tjenestemottakerne i Bergen er enige i at løsningen gir økt selvstendighet og mestringfølelse. I Bærum kommune opplever man at løsningen gir verdi i form av økt verdighet for brukere, ved at tjenestemottaker er påkledd og klare når tjenesten først kommer. Ansatte i

Bærum fremhevet også økt aktivitetsnivå og innhold i hverdagen hos brukerne som følge av løsningen, ved at tjenestemottaker ikke lenger sitter hjemme og venter på medisin. Til sist vises det til økt kvalitet rent medisinsk, knyttet til økt presisjon i tidspunktet for medisinerings. Gjennom elektroniske medisindispensere får man færre avvik på tidspunkt for medisinerings hos brukerne. Ved innføringen av medisindispensere ser man også effekt i form av økt fleksibilitet i planlegging av hjemmebesøk, ved at færre ansatte bindes opp til besøk på faste tidspunkt

### ***Elektroniske dørlåser (e-lås)***

Elektroniske dørlåser er et nøkkelfritt låsesystem som installeres på ytterdøren hos hjemmetjenestens brukere. Låsen betjenes gjennom en app, tilgjengelig for tilknyttede ansatte i hjemmetjenesten.

Kommunene som gjennom nasjonalt velferdsteknologiprogram har innført elektroniske nøkkelsystem har oppnådd gevinster i form av både unngåtte kostnader, spart tid og økt kvalitet i tjenesten<sup>26</sup>. Fredrikstad kommune har ikke satt i gang full utrulling av systemet enda, men har gjort et estimat på bakgrunn av tidsmålinger. I sin gevinstrealiseringsrapport estimerer kommunen at den potensielle besparelsen for 1000 brukere med nøkkelhåndtering tilsvarer 8 sykepleiestillinger, eller 5,6 millioner kroner per år. Det presiseres likevel at det kan ta flere år å hente ut og omdisponere denne tiden. I Bærum kommune er det gjennomført en kost-nytteanalyse som viser at så lenge tjenesten utnytter 12% eller mer av den tiden som blir frigjort gjennom elektroniske låser vil innføring av løsningen være økonomisk lønnsomt<sup>26</sup>. I tillegg erfarer kommunen at de ansatte har en gjennomgående positiv opplevelse av de elektroniske låsesystemene og mener at de som følge av det opplever mindre stress og bedre samarbeid i hverdagen. Både Fredrikstad og Bærum kommune vektlegger også økningen i opplevd trygghet hos brukere og pårørende. Gjennom det elektroniske låsesystemet forsvinner muligheten for at ansatte mister nøkler, samtidig som man kan rykke ut på utløste alarmer hos en bruker uten å ha nøkkelen tilgjengelig i bilen. Dersom man i fremtiden også kan koble nødstatene til systemet vil man kunne høste store gevinster gjennom raskere tilgang til brukere i nødtilfeller. Det fremheves i rapporten fra nasjonalt velferdsteknologiprogram at effekten av å innføre elektronisk dørlås vil variere basert på hvor effektivt dagens system for nøkkelhåndtering er.

### ***Digitalt tilsyn***

Digitalt tilsyn omtales også som sensorteknologi eller passiv varsling, og benyttes som et samlebegrep på ulike typer sensorer som registrerer avvik fra normalsituasjon. Eksempelvis sengematter som registrerer avvik fra seng, døralarm som varsler ved passering og falldetektorer som registrerer brå bevegelser etterfulgt av inaktivitet. Dette er teknologiske løsninger som er særlig aktuelt for pasienter med kognitiv svikt, både i institusjoner og i hjemmetjenesten. Slike tilsynstjenester inngår gjerne i trygghetspakker der varsler/alarmer går til tjenestens responsenter.

Sensorteknologi er fortsatt relativt nytt innen helse- og omsorgstjenestene, men flere kommuner i nasjonalt velferdsteknologiprogram har gjennom 2016 høstet gevinster av denne teknologien. Både Farsund og Risør kommuner melder at innføringen av digitalt tilsyn har muliggjort å redusere den tildelte tjenestetiden og gjøre tjenestene mer målrettede<sup>26</sup>. Ved at

brukere får besøk ved behov for hjelp fremfor på faste tilsyn kan man benytte ressursene mer effektivt, samtidig som bruker og pårørende kan føle seg trygg på at hjelpen kommer ved behov. Effekten styrkes der det digitale tilsynet inkluderer kamera, slik at tjenesten kan logge seg på og "se" tilstanden. I Bergen kommune oppgir pårørende i intervjuer at det digitale tilsynet er en avgjørende faktor for mindre stress og bekymring. Både brukere, pårørende og ansatte mener at det digitale tilsynet bidrar til at brukere kan bo lengre hjemme med redusert tjenestetilbud<sup>26</sup>. Erfaringer fra andre kommuner bekrefter dette, og flere melder også at antallet døgn på sykehus eller avklarende enhet kan reduseres hos brukere som har slik teknologi installert i egen bolig.

### **Oppgraderte sykesignalanlegg/pasientvarslingssystem**

Dette er en løsning for bruk i institusjonsbasert omsorg. Her er beboerrommene utstyrt med en kombinasjon av løsninger for passiv og aktiv varsling fra bruker, eksempelvis sensorteknologi for oppdagelse av fall og alarmknapp eller trykkgjennomtrykksalarm som bruker selv kan utløse ved behov. Sykehjemmene som har oppgradert til bruk av slike løsninger benytter seg også av lokaliseringsteknologi og smarthusteknologi som automatisk lystenning, røykdetektorer etc. på rommene.

Tre kommuner i det nasjonale velferdsteknologiprogrammet har oppgradert en eller flere institusjoner med slike pasientvarslingssystemer. Samtlige melder om både kvalitative og kvantitative gevinster i tjenestene. I både Skien og Bærum kommuner er et sentralt funn at det nye varslingssystemet gir mer ro og samtidig stimulerer til økt fysisk aktivitet. I tillegg er medisinerbruken redusert betydelig - Skien kommune har opplevd en reduksjon i medisinerbruken med 40% sammenlignet med november 2015<sup>26</sup>. Løsningene har også vist seg effektive i reduksjonen av antall fall, blant annet gjennom at ansatte raskt kan bistå, og dermed avverge fall, når sensorene varsler at en pasient er oppe av seng på natt. I Bærum kommune har man gjennom logging av fall i en periode før og etter innføring av nytt pasientvarslingssystem regnet seg frem til at antall fall med skade er redusert med 40% etter innføring av systemet<sup>26</sup>. I tillegg ser flere kommuner at løsningene gir stor merverdi i form av fleksibilitet og trygghet for både ansatte og brukere, ved at tilsyn blir presise og basert på brukers behov. I Skien kommune har man også sett positiv effekt på korttidsfraværet hos ansatte i et bofellesskap for demente, reduksjonen i fravær tilskrives mindre stress for ansatte<sup>26</sup>.

Både Fredrikstad, Skien og Bærum har også høstet effekter knyttet til redusert bemanning. Gjennom det nye varslingssystemet har eksempelvis Østsiden sykehjem i Fredrikstad unngått oppbemanning tilsvarende to stillinger på natt og 0,5 stilling på dag. Stabekk bo- og behandlingssenter i Bærum har unngått oppbemanning av 1 nattevakt (sykepleier), som utgjør en årlig besparelse på 1,7 mill.kr<sup>26</sup>.

### **Logistikk-løsning for mer optimale kjøreruter og bedre kvalitet på tjenester**

Logistikk-løsninger for å optimalisere kjøreruter mellom to punkter er brukt mye i andre tjenester, men har hittil vært lite utbredt innen helse- og omsorgstjenestene. Det er først relativt



nylig at systemene har hatt kapasitet til å håndtere den kompleksiteten som må håndteres i utarbeidelse av kjørelister for hjemmesykepleien.

Horten kommune har vært en foregangskommune i denne sammenheng. I tett samarbeid med SINTEF har kommunen gjort seg mange erfaringer etter ett års ordinær tjenstedrift<sup>26</sup>. I rapporten fra nasjonalt velferdsteknologiprogram fremheves det gevinster både knyttet til økt andel brukerrettet tid i hjemmetjenesten, tidsbesparelser i planleggingsarbeidet, samt økt personkontinuitet for brukere. Det er fortsatt tidlig å konkludere på effektene, men tjenesteleder i Horten kommune uttalte i forbindelse med implementeringen av logistikk-løsningen at den innebærer “*så mange mulige gevinster at vi ikke har lov til å la være*”. Horten kommune viser til at de har “*spart tid på alle andre oppgaver enn tiden som brukes på å yte tjenester i hjemmene*”. Det gir mer kontakt med ansvarspersonene, og bidrar til at endringer i brukers behov fanges opp på et tidlig tidspunkt. Det muliggjør tidlig innsats for å forebygge funksjonsfall.

**Betydning for fremtidig kapasitet:** Integrering av velferdsteknologiske hjelpemidler i hjemmetjenesten har vist seg å bidra til at brukere kan bo hjemme lengre.

**Betydning for fremtidig kompetanse:** Integrering av velferdsteknologiske hjelpemidler i både hjemmebaserte tjenester og institusjon har vist seg å bidra til bedre ressursutnyttelse og innsparte årsverk.

**Betydning for fremtidige kostnader:** Kostnadene øker ettersom brukeren beveger seg oppover i omsorgstrappa. Velferdsteknologi kan forsinke behovet for opptrapping av tjenester, samtidig som det bidrar til bedre ressursutnyttelse.

# Simulering av ulike scenarier

I kapitlet om framskrivning ser vi at kostnadene for pleie og omsorg, på grunn av økt andel eldre blant befolkningen, nærmest doubles i løpet av de neste 20 årene. Dersom tjenestene leveres på den samme måten som i dag, og de eldre har omtrent den samme helsen, vil kostnadene bli så høye at de vil knekke de kommunale budsjettene.

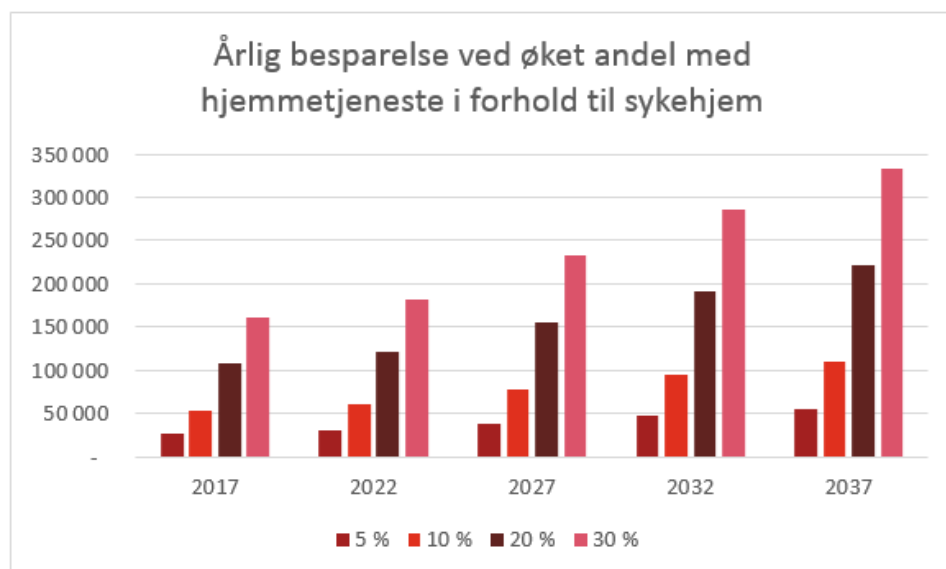
Vi har sett på hva som kan gjøres og hva som kan oppnås dersom man lykkes.

Simuleringene under er gjort med flere forbehold, for eksempel er eventuelle investeringskostnader ikke medberegnet. Beregningen under er derfor ikke en garanti for innsparing, men heller en indikasjon på hvor det kan være hensiktsmessig å søke besparelser.

Simuleringene er også gjort med forbehold om en helsemessig uendret eldregruppe.

## Øke andelen hjemmeboende

Fra nøkkeltallene i KOSTRA ser vi at kostnaden for en institusjonsplass i Sandefjord er ca 1,3 millioner, mens kostnaden per person som mottar hjemmetjenester er ca 0,2 millioner. Det betyr at dersom man kan øke andelen som bor hjemme vil kostnadene kunne reduseres. I kapitlet under drøfter vi hvordan man kan gå fram for å få til dette. Figuren under viser det årlige innsparingspotensialet, gitt ulike endringer i andelen. Estimaten er beregnet i 2016-kroner og det er ikke hensyntatt eventuelle investeringer som må til for å kunne øke andelen som mottar hjemmetjenester.



**Graf 22:** Årlig besparelser ved økt andel med hjemmetjeneste i forhold til sykehjem/institusjon

De tre kommunene hadde i 2016 et snitt i fordeling mellom institusjon og hjemmetjeneste på hhv 53% og 40%. De manglende 7% er mottak av andre former for tjenester innenfor pleie og omsorg. En

økning av antallet på hjemmetjeneste til 45% på bekostning av antallet i institusjon til 48%, tilsvarer en 5% forskyvning. I figuren over har vi simulert 5%, 10% osv.

Figuren viser at bare med 5% forskyvning vil det være betydelige, årlige besparelser å hente. Ettersom en institusjonsplass er mer enn 6 ganger så dyr som kostnaden knyttet til en bruker i hjemmetjenesten vil selv små forskyvninger gi store besparelser. For eksempel viser figuren over at en forskyvning på 5% mot hjemmetjeneste ville gi en innsparing i 2017 på 25 millioner. I et 2017 perspektiv blir dette en ren teoretisk øvelse ettersom eldreomsorgen er dimensjonert slik den er. Antallet institusjonsplasser blir ikke borte. Dette blir først relevant i det lange planleggingsperspektivet: Da har man mulighet for å planlegge, bygge og investere med en annen fordeling hjemmetjeneste/institusjon enn det man har i dag.

En forskyvning fra institusjon til hjemmetjeneste på 10% vil i 2030 potensielt bety en årlig innsparing i forhold til dagens modell på ca 90 millioner kroner.

### ***Hvordan?***

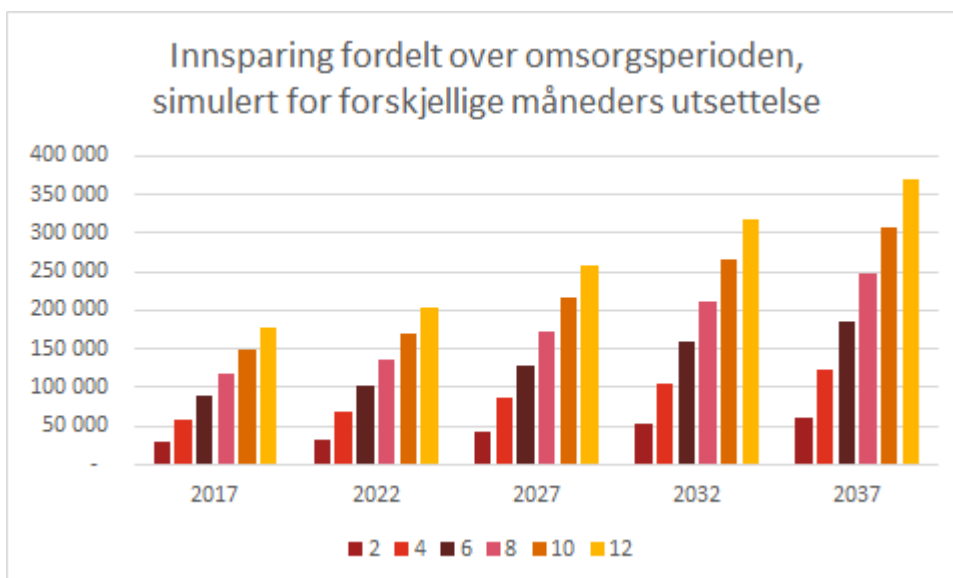
Undersøkelser viser at mange eldre ønsker å bo hjemme så lenge som mulig. Ettersom dette også er rimeligere for kommunen vil dette være en gevinst både for de eldre, deres pårørende og for kommunen. Dette dersom tilstrekkelig trygghet og kvalitet opprettholdes.

Vi har drøftet de ulike mulighetsrommene under kapitlet "Utfordringer og mulighetsrom for innovasjon i tjenestene frem mot 2030". Vi gjentar ikke her, men peker på forhold som kan vurderes for å ha mulighet for å øke andelen hjemmetjenestemottakere:

- Tettere samarbeid med og bistand fra frivillige organisasjoner
- Alternative boformer, som kollektiver, der de eldre kan hjelpe hverandre
- Subsidiering av studentboliger mot at studentene bidrar med enkle hverdagsoppgaver
- Digitalt tilsyn/sensortechnologi som bedrer tryggheten (fallsensorer, lokaliseringsteknologi og annet. (Se kapittel om temaet).

## ***Å utsette overføring til institusjon***

Fra de innrapporterte KOSTRA-tallene for Sandefjord ser vi at en institusjonsplass er mer enn seks ganger så dyr som kostnaden for en gjennomsnittlig bruker i hjemmetjenesten. Et potensiale for innsparinger er derfor å legge til rette for at behovet for overføring til institusjon kan utsettes. Dersom én person var så frisk at han kunne utsette overføring til institusjon med ett år, ville det gi en innsparing på ca 1,1 millioner (1,3 - 0,2). Dersom alle eldre med omsorgsbehov kunne utsette overføringen vil det gi betydelige innsparinger. Dette altså gitt at tryggheten hjemme er slik man ønsker. Figuren under viser besparelse over den gjennomsnittlige omsorgsperioden. Vi har i våre simuleringer satt den tiden til 3 år. Vi har simulert for henholdsvis 2, 4, 6, 10 og 12 måneders utsettelse. Utsettelsen er definert som den gjennomsnittlige utsettelsen for hele gruppen som trenger institusjonsplass.



**Graf 23:** Innsparing fordelt over omsorgsperioden, simulert for forskjellige måneders utsettelse.

Figuren viser at dersom man i snitt over hele gruppen institusjonsbeboere klarer å utsette overføring til institusjon med fire måneder vil man i 2030 kunne spare inn i underkant av 100 millioner årlig, dersom man antar at gjennomsnittlig tid på institusjon er 3 år.

### **Hvordan?**

Mange av de samme tiltakene som angitt i kapitlet over vil også gjelde her: Å utsette behov for overføring til institusjon vil også medføre at andelen hjemmeboende i forhold til institusjonsplasser, vil øke, slik vi oppnådde over.

Å utsette behovet for institusjon vil ha nær sammenheng med hvor godt fungerende og frisk den gamle er. På dette området er det også gjort forskning slik vi har pekt på i kapitlet "Utfordringer og mulighetsrom for innovasjon i tjenestene frem mot 2030". I første rekke vil godt forebyggende arbeid mot de eldre, tidlig, kunne gi gode muligheter for utsettelse:

- Tilgang på god og næringsrik mat: Undersøkelser viser at eldre, aleneboende nedprioriterer dette. Med dette kommer svekket helse og tidligere behov for overføring.
- Sosiale aktiviteter: Flere kommuner tilbyr alene eller i samarbeid med andre organisasjoner turer og samlingsarenaer for eldre som gjør at de kan opprettholde en sosial omgang som bedrer livskvaliteten og reduseres byrden for pårørende og behov for andre og mer krevende tiltak fra kommunens side.
- Fysiske aktiviteter: Flere kommuner har vellykkede forsøk med fysiske aktiviteter og trim som blant annet forebygger lårhalsbrudd, men som også bidrar til bedret livskvalitet og allmenntilstand.

Dersom man i 2030, ved hjelp av velferdsteknologi og friskere eldre, i snitt kan utsette overføring til sykehjem med fire måneder har denne effekten et potensial på i underkant av 100 millioner kroner.

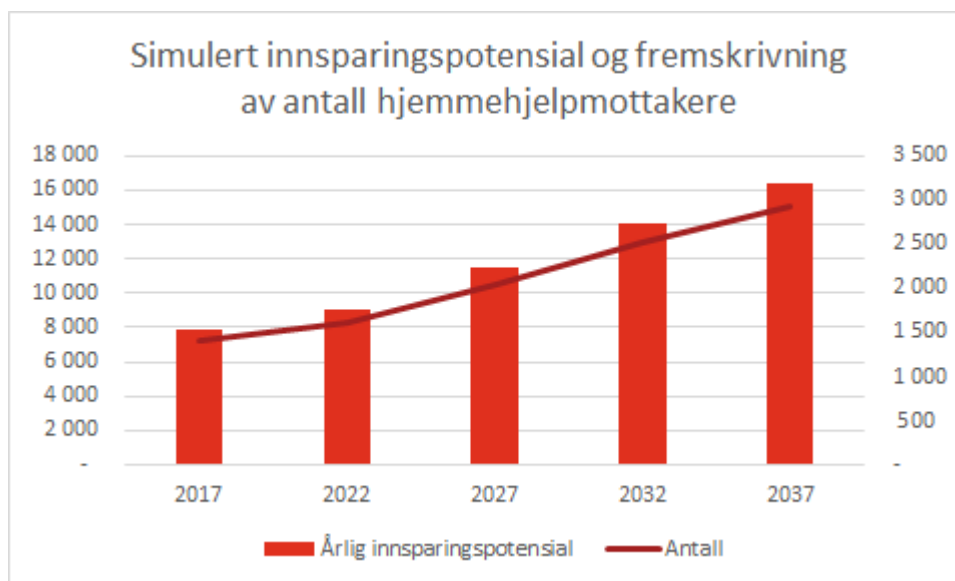
## Effektivisering av tjenesteleveranse

Selv om kostnaden for hjemmetjenester er langt rimeligere enn en institusjonsplass, vil også en effektivisering av hjemmetjenesten gi gode innsparingsmuligheter.

Effektivisering av tjenesten vil alltid måtte avstemmes mot kvaliteten i tjenesten og direkte brukertid. En mer effektiv medisinerings med elektronisk støtte kan gi en tryggere medisinerings, men i de tilfellene der medisinerings også oppleves som en positiv, sosial kontakt, vil en slik løsning oppleves som en dårlige tjeneste. Slike løsninger vil derfor ofte være lettere å innføre for brukere som ikke allerede har et tjenestetilbud per i dag.

### Elektroniske dørlåser

Helsedirektoratet<sup>26</sup> viser til at Fredrikstad kommune har beregnet at med 1 000 brukere, vil innføring av elektroniske dørlåser kunne en gi innsparing på 8 sykepleierstillinger eller 5,6 millioner kroner årlig. Allerede i 2016 var antallet mottakere av hjemmetjenester mer enn 1400. Det betyr at allerede nå vil det være et stort innsparingspotensial. En ren oppskalering i forhold til antall brukere gir et potensial på 7,8 millioner. Gevinsten vil selvfølgelig avhenge av hvor effektiv dagens nøkkelløsning er. Dersom vi antar at veksten i antall innbyggere over 80 år gir en indikasjon slik de fremskrives hos SSB øker antall brukere til mer enn det dobbelte i 2037, og ca 2 200 i 2030.



Graf 24: Simulert innsparingspotensial og fremskrivning av antall mottakere av hjemmehjelp.

Potensiell innsparing i 2030, gitt de samme forutsetningene som i Fredrikstad, kan være ca 12 millioner kroner.

## ***Elektronisk medisineringsstøtte***

I den tidligere omtalte gevinstrealiseringsrapporten<sup>26</sup> omtales erfaringene fra flere kommuner, blant annet Bergen, Lindås og flere bydeler i Oslo. De peker alle på gode effekter, selv om kostnaden øker noe i implementeringsperioden.

I Bærum har man kalkulert en besparelse på 2,3 årsverk knyttet til elektronisk medisineringsstøtte. Dette kan benyttes på annen tjeneste eller til å øke kapasiteten. Bærum er en kommune med omlag dobbelt så mange innbyggere som Sandefjord, og effekten må dimensjoneres med dette for øyet. Samtidig viser våre tidligere prognoser at i 2030 vil det antakelig være nesten dobbelt så mange innbyggere over 80 år i Sandefjord, som i dag. Tallet 2,3 årsverk indikerer dermed et potensial i nærheten av dette.

Dersom Sandefjord klarer å ta ut de samme effektene som Bærum gjør i dag, vil elektronisk medisineringsstøtte ha et innsparingspotensial i 2030 på omlag 2 millioner kroner.

## ***Bedre varsling og alarmanlegg***

Både Fredrikstad, Skien og Bærum har også høstet effekter knyttet til redusert bemanning med bedre varslings- og alarmanlegg. Gjennom det nye varslingssystemet har eksempelvis Østsiden sykehjem i Fredrikstad unngått oppbemanning tilsvarende to stillinger på natt og 0,5 stilling på dag. Stabekk bo- og behandlingssenter i Bærum har unngått oppbemanning av 1 nattevakt (sykepleier). Dette utgjør en årlig besparelse på 1,7 mill.kr. De nevnte sykehjemmene er sykehjem med henholdsvis 65 og 58 plasser. Selv om det kan synes som om Fredrikstad har oppnådd best effekt, simulerer vi med Bærums kvantifiserte gevinst med 1,7 millioner kroner årlig, for et sykehjem med 58 plasser.

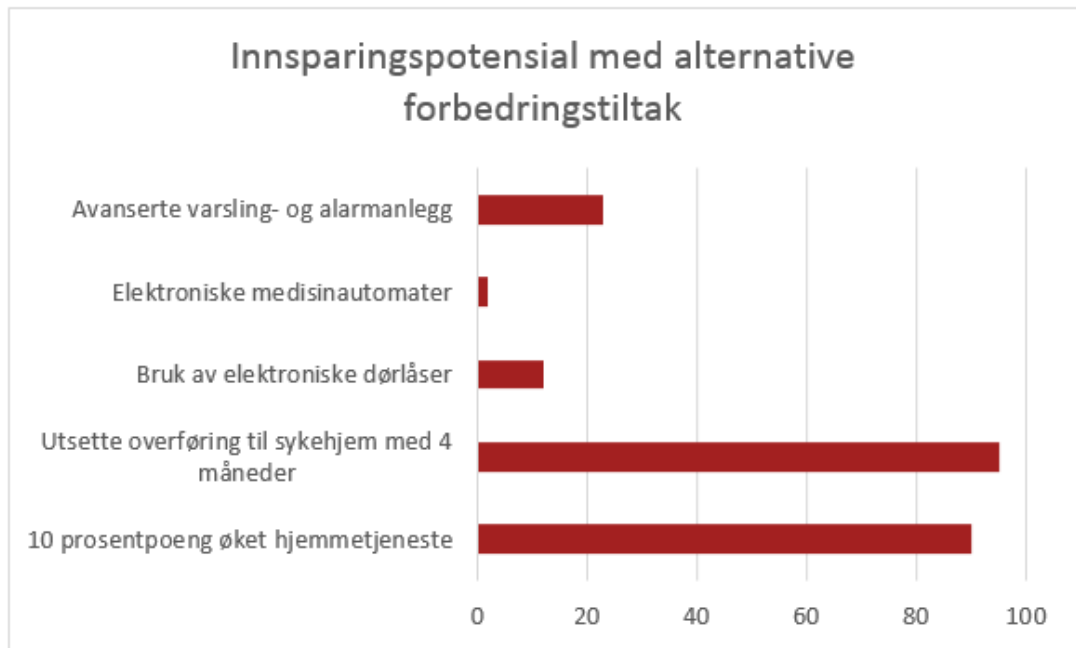
I 2030 vil Sandefjord ha behov for ca 800 plasser. Dersom vi antar at det er lineær sammenheng mellom antall plasser og behov for manuell overvåking, har Sandefjord innsparingspotensial på 23 millioner kroner i 2030 med bruk av ulike former for alarm og varslingssystemer på sykehjem.

Dersom Bærum kommunes innsparinger også kan realiseres på alle Sandefjords sykehjem i 2030, har teknologien et teoretisk potensial på ca 23 millioner kroner.

## ***Samlet oversikt over potensial***

Innsparingspotensialene kan ikke summeres, ettersom noen av dem er delvis overlappende. Estimaten under er anslag og peker på retning hvor det kan være innsparingsmuligheter. Det er ikke en eksakt beregning av innsparing. Kommunene er ulike i struktur, demografi og tjenesteinnhold. Innsparingspotensialet vil også avhenge av hvor effektive kommunene er i dag.

I figuren under peker vi på områder med potensiale. Sandefjord kommune må selv ta tak i interessante områder og kartlegge det konkrete potensialet i egen kommune.

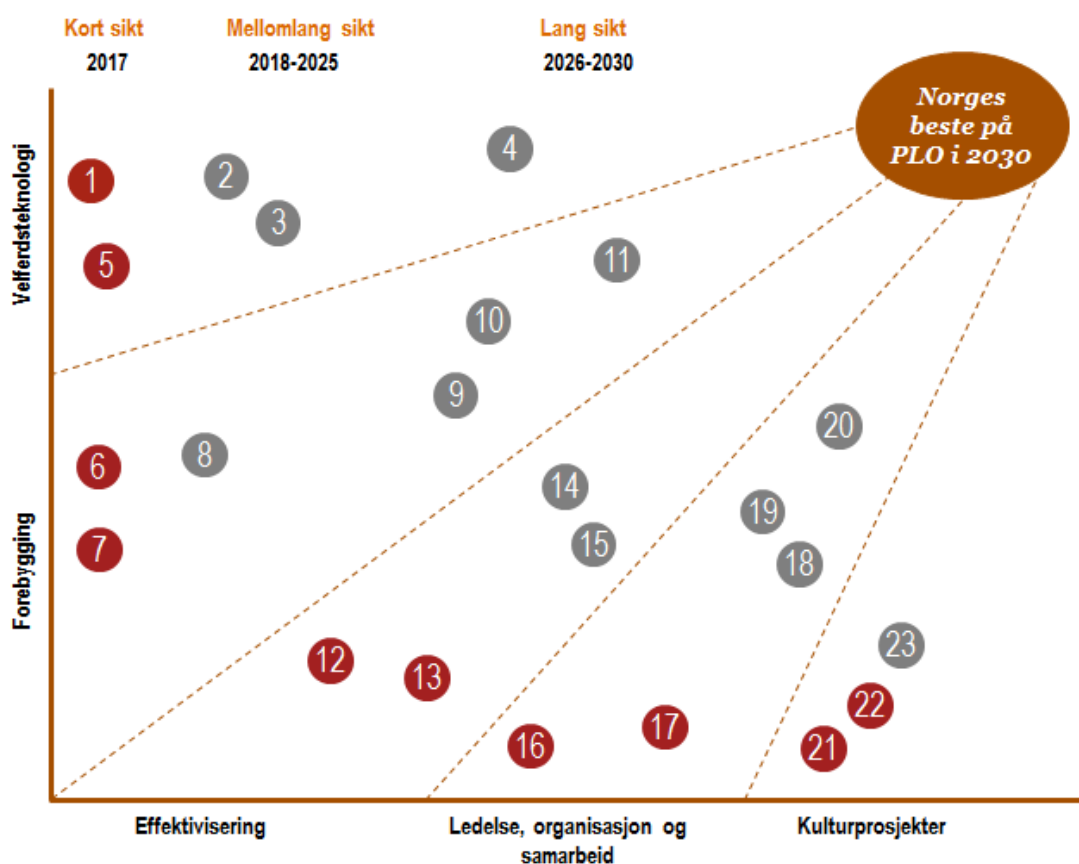


**Graf 24:** Årlig innsparingspotensial i 2030 med alternative forbedringstiltak.

# Veien videre

Rapporten peker på en rekke veier å gå i forhold til å skape et moderne, kvalitativt og effektivt tjenestetilbud innenfor pleie og omsorg. Veien er åpenbar mot å hjelpe stadig større andel i hjemmet eller i felles boformer. Dette kan realiseres med ulike former for tiltak. Vi har pekt på noen i rapporten og sett på hvilken effekt de potensielt kan ha. Sandefjord kommune må selv analysere nærmere hva som vil gi best effekt og velge sine prosjekter.

Veikartet under har vi benyttet i flere kommuner. Det gir en god oversikt over alle aktiviteter som er igangsatt på et litt overordnet nivå.



Eksempler på prosjekter kan, i den grad de ikke allerede er gjennomført, være:

## Område

Velferdsteknologi

## Eksempel på prosjekter

Innføring av elektronisk medisineringsstøtte  
Smarte alarmer og signalsystemer  
Sensorer og smarthusteknologi  
Lokaliseringsteknologi og digitalt tilsyn



|  |  |
|--|--|
| Forebygging                              | Opprettelse av eldrekafe<br>Matombringing<br>Trim for eldre<br>Ergometersykkel med video av gamle trakter                      |
| Effektivisering                          | Tjenestedesign, brukeren i fokus<br>Effektivisering av ruteplaner (f.eks. Spider)<br>Innføring av elektroniske dørlåser        |
| Ledelse,<br>organisasjon og<br>samarbeid | Samarbeidsprosjekter med idrettslag og andre<br>Utvikling av smart målstyring for bedre måloppnåelse og<br>kvalitetsforbedring |
| Kulturprosjekter                         | Arbeide på tvers og med ulike bakgrunn<br>Kulturprosjekt tre kommuner blir til en  |

---

# Ansvar

Denne rapporten er utarbeidet for Sandefjord kommune til bruk i forbindelse med "Utredning Pleie og omsorg", i samsvar med avtale datert 19. april 2017. Våre vurderinger bygger på faktainformasjon som har fremkommet i datainnsamling, gjennom samtaler med nøkkelpersoner og som på annen måte er gjort tilgjengelig for oss. PricewaterhouseCoopers (PwC) har ikke foretatt noen selvstendig verifisering av informasjonen som har fremkommet, og vi innestår ikke for at den er fullstendig, korrekt og presis. PwC har ikke utført noen form for revisjon eller kontrollhandlinger av mottatt eller innhentet informasjon.

Sandefjord kommune har rett til å benytte informasjonen i denne rapporten i sin virksomhet, i samsvar med forretningsvilkårene som er nedfelt i nevnte avtale. Denne rapporten og/eller informasjon fra rapporten skal ikke benyttes for andre formål eller distribueres til andre uten skriftlig samtykke fra PwC eller som en følge av "Lov om rett til innsyn i dokument i offentlig verksemd (offentleglova)". PwC påtar seg ikke noe ansvar for tap som er lidt av at kommunene eller andre som følge av at vår rapport eller utkast til rapport er distribuert, gjengitt eller på annen måte benyttet i strid med disse bestemmelsene eller avtalen. PwC beholder opphavsrett og alle andre immaterielle rettigheter til rapporten samt ideer, konsepter, modeller, informasjon og know-how som er utviklet i forbindelse med vårt arbeid.

# Kilder og bakgrunnsmateriale

Kilder som er benyttet i rapporten er oppgitt ved fotnote. I tillegg til kilder henviser vi også her til en rekke artikler og rapporter som kan benyttes for videre fordypning i aktuelle utfordringer. For hver rapport er det i tillegg oppgitt noen nøkkelord som gir en indikasjon på hvilken tematikk som berøres i den enkelte rapport.

| Tittel og link   | Omhandler  |
|--|--|
| CIVITA; Nr.6 2013: FREMTIDENS ELDRE: Lever lenger – jobber mer – bor hjemme<br><a href="https://www.civita.no/publikasjon/nr-6-2013-fremtidens-eldre-lever-lenger-jobber-mer-bor-hjemme">https://www.civita.no/publikasjon/nr-6-2013-fremtidens-eldre-lever-lenger-jobber-mer-bor-hjemme</a>   | Mulighetsrommet knyttet til nye boformer, au-pair for eldre og alternative tiltak for forebygging av ensomhet. Til inspirasjon for utvikling av innovative boløsninger.  |
| DIFI - Tjenstedesign<br><a href="https://www.difi.no/artikkel/2016/03/tjenstedesign">https://www.difi.no/artikkel/2016/03/tjenstedesign</a>  | Definisjon og forklaring av begrepet tjenstedesign. Hvordan designe og utvikle brukerrettede tjenester?  |
| KS FOU, Uni Research, Rokkansenteret. Ny oppgavefordeling mellom personellgrupper i helse- og omsorgssektoren: veien å gå for å sikre fremtidens velferdstjenester?<br><a href="http://www.ks.no/globalassets/blokker-til-hvert-fagomrade/ny-mappe/ny-oppgavefordeling-nellom-personellgrupper-i-helse-og-omsorgssektoren.pdf">http://www.ks.no/globalassets/blokker-til-hvert-fagomrade/ny-mappe/ny-oppgavefordeling-nellom-personellgrupper-i-helse-og-omsorgssektoren.pdf</a> | Hvordan løse fremtidens rekrutteringsutfordringer? Hvilke tiltak kan gjøres for å frigjøre tid hos sykepleiere og andre profesjonsutdannede? Hvilke konsekvenser kan det gi dersom man ikke omfordeler ansvar mellom kompetansegrupperinger? |
| KS: Rekrutteringsbehov i kommunesektoren frem mot 2026<br><a href="http://www.ks.no/fagomrader/Arbeidsgiver/analyse-og-statistikk/rekrutteringsmodell/rekrutteringsbehov-i-kommunesektoren-fram-mot-2026/">http://www.ks.no/fagomrader/Arbeidsgiver/analyse-og-statistikk/rekrutteringsmodell/rekrutteringsbehov-i-kommunesektoren-fram-mot-2026/</a>  | Beregninger fra KS om rekrutteringsbehov i kommunal sektor frem til 2026, både totalt og for helse- og omsorgssektoren.  |
| Teknologirådet: Fremtidens omsorg og ny teknologi<br><a href="https://teknologiradet.no/wp-content/uploads">https://teknologiradet.no/wp-content/uploads</a>   | Rapporten beskriver hva som skiller fremtidens eldre fra dagens, og gjennomgår så de mulighetene og utfordringene som følger av ny   |

|  |  |
|--|--|
| <p><a href="/sites/19/2013/08/Rapport-Fremtidens-alderdom-og-ny-teknologi.pdf">/sites/19/2013/08/Rapport-Fremtidens-alderom-og-ny-teknologi.pdf</a></p>  | <p>teknologi, spesifisert ned på ulike kategorier av teknologiske løsninger. Rapporten synliggjør også viktige faktorer for vellykket implementering i kommunene. Rapporten ble utgitt i 2009, beskrivelsene av utviklingsnivået på de ulike teknologitypene må derfor sees opp imot nyere rapporter på dette feltet (eksempelvis gevinstrealiseringsrapporten fra Helsedirektoratet).</p> |
| <p>Helsedirektoratet - Analyse av utviklingstrekk i omsorgstjenesten 2016<br/> <a href="https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1340/2016_Analyse%20av%20utviklingstrekk%20i%20omsorgssektoren%20.pdf">https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1340/2016_Analyse%20av%20utviklingstrekk%20i%20omsorgssektoren%20.pdf</a></p> | <p>Gjennomgang av utviklingstrekk i omsorgstjenestene i foregående år. Rapporten tar for seg en rekke temaer og beskriver sentrale trender og muligheter ved bruk av eksempler. Synliggjør mulighetsrom og utviklingspotensiale, og vektlegger hvilke anbefalinger helsedirektoratet har til fremtidig helse- og omsorgstilbud i kommunene.</p>  |
| <p>Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.<br/> <a href="https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/">https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/</a></p>  | <p>Nasjonal melding med regjeringens forslag til hvordan den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan utvikles for å møte dagens og fremtidens utfordringer. Forslagene omhandler tiltak som skal legge til rette for en flerfaglig og helhetlig kommunal helse- og omsorgstjeneste, med god kvalitet og kompetanse.</p>   |
| <p>Meld. St. 27 (2015-2016) Digital agenda for Norge - IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet;<br/> <a href="https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-27-20152016/id2483795/">https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-27-20152016/id2483795/</a></p>   | <p>Nasjonal melding om regjeringens hovedmål og hovedprioriteringer i IKT-politikken. Meldingen beskriver også hvordan IKT kan benyttes for å fornye, forenkle og forbedre offentlig sektor og varsler økt innsats på dette området.</p>   |
| <p>Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg;<br/> <a href="https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/">https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/</a></p>  | <p>En nasjonal melding om nye muligheter og innovasjonsrommet for fremtidens helse- og omsorgstjenester. Følges opp og henvises til i mange av de andre rapportene som det henvises til i denne utredningen.</p>   |
| <p>Helsedirektoratet: SAMDATA kommune. Rapport IS-2575. Mars 2017.<br/> <a href="https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1300/Samdata%20kommune%20IS-2575.pdf">https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1300/Samdata%20kommune%20IS-2575.pdf</a></p>  | <p>Nasjonal sammenligning av utgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester, deriblant variasjonen i ressursbruk og prioritering, samt variasjonen i fordeling hjemmetjeneste/institusjon osv.</p>  |

|  |   |
|--|---|
| Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse: Nasjonal kartlegging av tilbud til personer med demens, 2015<br><a href="http://aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=7603">http://aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=7603</a>  | Nasjonal gjennomgang av tilbudet til demente i kommune-Norge.   |
| Helsedirektoratet: Nasjonalt velferdsteknologiprogram; Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger.<br><a href="https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1277/Andre%20gevinstrealiseringsrapport%20-%20Nasjonalt%20velferdsteknologiprogram.pdf">https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1277/Andre%20gevinstrealiseringsrapport%20-%20Nasjonalt%20velferdsteknologiprogram.pdf</a>   | Dokumentasjon av uthentede gevinster fra kommunene som deltar i nasjonalt velferdsteknologiprogram. Rapporten synliggjør også opplevde utfordringer.                          |
| MHFA; "Kokebok i inkludering"- en beskrivelse av 40 løpende prosjekt i samarbeidet Med Hjerte For Arendal.<br><a href="http://medhjerteforarendal.no/kokebok-i-inkludering/">http://medhjerteforarendal.no/kokebok-i-inkludering/</a>  | Eksempler på prosjekter man kan skape i samarbeid med frivillig sektor - medvirkning fra enkeltindivider, lag- organisasjoner, kommunen, næringsliv og kulturliv              |
| Agderforskning, "Mot kommune 3.0?", 2016<br><a href="https://www.agderforskning.no/wp-content/uploads/2016/10/FoU-rapport-3-2016-endelig.pdf">https://www.agderforskning.no/wp-content/uploads/2016/10/FoU-rapport-3-2016-endelig.pdf</a>  | Dybdegjennomgang av Med Hjerte For Arendal, organisering, metodikk og prosessen fra opprettelse til drift.  |
| Helsedirektoratet; "Helse-, omsorgs- og rehabiliteringsstatistikk", 2016.<br><a href="https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1155/Helse,-omsorgs,-%20og%20rehabiliteringsstatistikk.%20Eldres%20helse%20og%20bruk%20av%20kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester.%20IS-2375.pdf">https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1155/Helse,-omsorgs,-%20og%20rehabiliteringsstatistikk.%20Eldres%20helse%20og%20bruk%20av%20kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester.%20IS-2375.pdf</a> | Statistikk om eldres bruk av helse-, omsorg og rehabiliteringstjenestene. Særlig relevant er kapittelet som tar for seg bruken av omsorgstrappa og bevegelsesmønster i denne. |

## **Informanter**

I tillegg til rapportene over har vi innhentet informasjon fra følgende personer;

Guro Winsvold - kommunalsjef, helse og omsorg, Skien kommune  
 Øivind Werner Johansen - helsesjef, Sarpsborg kommune  
 Marie Dahl - prosjektleder, avstandsoppfølging, Sarpsborg kommune  
 Geir Evensen - rådgiver, Arendal kommune  
 Lisbeth Iversen - prosjektleder, Med Hjerte For Arendal.  
 Bjørn Larsen - prosjektleder, velferdsteknologi, Sandefjord kommune.

