



Ressursgjennomgang helse og omsorg  
inkludert behovsanalyse av boformer og  
bygningssmasse i pleie og omsorg

22. september 2021

Kárášjoga gielda/Karasjok kommune



## Ambia AS

Ambia AS

Adresse:

Falkenborgvegen 9, 7044 Trondheim

[post@ambia.no](mailto:post@ambia.no)

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



Org. nr. 825 288 422

Kontaktpersoner for oppdrag:

Øivind Johnsen og Ingvar Rolstad

Mobil: 934 05 281 og 952 65 513

epost: [ovind.johnsen@ambia.no](mailto:ovind.johnsen@ambia.no)

[ingvar.rolstad@ambia.no](mailto:ingvar.rolstad@ambia.no)

Kontorsted: Trondheim

<b>SAMMENDRAG .....</b>	<b>3</b>
<b>1 INNLEDNING .....</b>	<b>4</b>
1.1    KARASJOK KOMMUNES BESTILLING.....	4
1.2    METODISK TILNÆRMING .....	4
1.3    KVANTITATIVE DATA .....	4
1.4    KVALITATIVE DATA.....	5
1.5    BEGREPER.....	5
<b>2 TJENESTETILBUDET I HELSE OG OMSORG.....</b>	<b>6</b>
<b>3 FUNN – KVANTITATIVE DATA.....</b>	<b>7</b>
3.1    OVERORDNEDE FRAMSKRIVINGER .....	7
3.2    NØKKELTALL HELSE OG OMSORG.....	11
3.3    OMSORGSTJENESTENE.....	13
3.4    HELSETJENESTENE.....	16
3.5    OPPSUMMERING FRAMSKRIVINGER OG KOSTRA.....	17
3.6    PLEIE OG OMSORG .....	19
3.7    SYKEFRAVÆR, HELTID/DELTID OG KOMPETANSE .....	26
<b>4 DEMENS.....</b>	<b>28</b>
<b>5 FREMTIDIG BEHOV FOR HELDØGNS OMSORG .....</b>	<b>31</b>
<b>6 OPPSUMMERING KVALITATIVE DATA .....</b>	<b>36</b>
6.1    BYGNINGSMESSIGE FORHOLD.....	36
6.2    HELHETLIG TJENESTETILDELING.....	36
6.3    BEMANNING, KULTUR OG ARBEIDSMILJØ.....	37
6.4    LEDELSE OG STYRING .....	37
6.5    FELLES MÅL, RETNING OG PLANER.....	38
6.6    SWOT PERSONALMØTE 15.06.2021 .....	38
<b>7  AMBIAS VURDERING AV DAGENS OG FRAMTIDIGE BOFORMER OG BYGNINGSMASSE INNEN PLEIE- OG OMSORG .....</b>	<b>38</b>
<b>8  ANBEFALINGER .....</b>	<b>41</b>
8.1    PRIORITERTE INNSATSOMRÅDER .....	41
8.2    ANBEFALING HELDØGNSOMSORG OG ANDRE BOFORMER.....	43

## Sammendrag

Denne rapporten viser at Karasjok kommune har betydelige demografiutfordringer dersom SSB sine prognoser slår til. Mange kommuner i Norge har utfordringer som ikke er helt ulik disse, men det gjør på ingen måte utfordringene mindre alvorlig eller lettere å møte.

Prognosene viser en svært stor økning i antall eldre over 80 år. Videre går antall barn og unge ned og den yrkesaktive delen av befolkningen reduseres kraftig. Det blir svært viktig å bruke ressursene rett i tiden som kommer. De unge som vokser til må motiveres til å bli værende, medarbeiderskapet i de kommunale tjenestene må styrkes, og tjenestetilbudet innen helse og omsorg må innrettes på en annen måte. Blant annet må forebygging og hverdagsmestring prioriteres på alle tiltaksnivå. Den kommunale innsatsen må gis på riktig nivå og med god kvalitet og alltid ha som mål at innbyggeren skal få opprettholde sitt mestringsnivå.

Det er flere veier å gå mht innretning. Det antas at en større andel av befolkningen i framtiden ønsker å bo hjemme framfor på institusjon. Det forutsetter at nødvendig helsehjelp kan gis hjemme. Hvordan hjemmesykepleien utvikler seg vil ha stor betydning for framtidig antall sykehjemsplasser og omsorgsboliger.

Rapporten tar opp flere forhold i dagens tjenestetilbud som enten kan effektiviseres eller forbedres. Dette er helt nødvendig for at tjenestene skal kunne møte de utfordringene som kommer.

Rapporten peker på store utfordringer hva angår dagens drift. For å oppnå bærekraftige tjenester må det ryddes opp i forhold som sykefravær, deltid, turnus/arbeidstid, kompetanse, innleie og overtid. Det understrekes at kommunen må arbeide grundig og målrettet med disse forholdene.

Rapporten vurderer flere mulige senarier mht behov for omsorgsboliger og sykehjemsplasser. Det presiseres at antall boliger og antall sykehjemsplasser må ses i sammenheng med hele tiltakskjeden innen helse og omsorg. Når det skal etableres nye institusjonsplasser og omsorgsboliger må altså innretningen på tjenestene vurderes og prioriteringer tas. Det er en felles oppfatning at forebyggende arbeid bør styrkes i framtiden. Bruk av teknologi, frivillighet og pårørendesamarbeid trekkes også fram. Boligpolitikken i kommunen og innbyggernes eget ansvar for å legge til rette for å bli boende i egen bolig, understrekes også.

Ambia har i denne rapporten lagt fram kvantitative og kvalitative data som skal si noe om ressursbruken i helse og omsorg. Det som er kommet fram skal kunne gi et godt grunnlag for å få utarbeidd en ny helse- og omsorgsplan. Nettopp plan, retning, tydelige mål og prioriteringer er noe som både ledere og medarbeidere sier er nødvendig for komme seg videre med forbedringsarbeid og bærekraft.

Ambia vil takke for samarbeidet med alle i kommunen som har bidratt og vært tålmodig i arbeidet med å fore rådgiveren med synspunkter, vurderinger og harde fakta.

# 1 Innledning

## 1.1 Karasjok kommunes bestilling

Ambia har i tråd med tilbud til kommunen gjennomført en ressursanalyse helse- og omsorg inkludert behovsanalyse innenfor pleie og omsorg av boformer og bygningsmasse.

Arbeidet er gjennomført med en innsiktsfase, møter og intervju med prosjektgruppe, ledere, politikere, medarbeidere og brukerorganisasjoner, samt befaring av bygningsmassen. Ambia har sammenfattet kvantitative og kvalitative data i rapporten. Dette skal også presenteres i kommunen. Oppdraget har som formål å gi kommunen et grunnlag for å ta gode valg for fremtidig innretning, dimensjonering og drift av tjenestene, i en oppgradert og ny bygningsmasse. Rapporten fra Ambia er ment å gi et godt grunnlag for det kommende arbeidet med helse- og omsorgsplan, inkludert boformer og bygningsmasse.

Karasjok kommune har med denne ressurskartleggingen startet et arbeid med å klargjøre kommunens framtidige helse- og omsorgspolitik. Det blir viktig å avklare hvilke konsekvenser den demografiske utviklingen medfører. Det blir flere innbyggere i høy alder og færre barn og unge og innbyggere i yrkesaktiv alder. I forbindelse med videreutvikling av tjenestene er det viktig å ta med seg målene med kvalitetsreformen "Leve hele livet".



## 1.2 Metodisk tilnærming

Ambia har benyttet både en kvantitativ og en kvalitativ analyse. Dette innebærer at Ambia har brukt data som kommunen selv har registrert og rapportert, samt at det er gjennomført intervjuer/samtaler med ledere, tillitsvalgte og andre utvalgte ressurspersoner for å få belyst dagens ressursbruk, utfordringer og synspunkter på mulige forbedringsområder. Det er også avholdt personalmøte med gjennomføring av en begrenset SWOT-analyse<sup>1</sup>.



## 1.3 Kvantitative data

Det er benyttet kvantitative data om Karasjok kommunes ressursbruk på følgende områder:

- Gjennomgang av gjeldende planverk, regnskap, årsrapporter og annen dokumentasjon fra kommunen
- Gjennomgang av KOSTRA-tall for de aktuelle tjenesteområdene<sup>2</sup>, med hovedfokus på produktivitet, dekningsgrad og prioritering
- Befolkningsframskriving (SSB) som blant annet er brukt til å vise aldersbæreevne og familieomsorgskoeffisient
- Dagens ressursbruk i kommunen (økonomi- og personaldata)

De kvantitative dataene gir grunnlag for:

- Ressurs- og driftsanalyse sykehjem der kostnadsbildet ved sykeavdelingen i Karasjok blir sammenliknet med sykehjem i andre kommuner
- Analyse av ressursbruk (bemanning og brukertid) i heldøgns bemannede boliger (omsorgsboligene)
- Analyse av ressursbruk (bemanning og brukertid) i hjemmesykepleien

Sammenstilling og analyse av de kvantitative dataene gir grunnlaget for evaluering av ressursbruk, bruk av kompetanse, dimensjonering og tjenesteeffektivitet på tjenesteområdene innen kommunes helse- og omsorgstjenester. Framskrivning i forhold til forventet befolkningsutvikling gir også indikasjoner på framtidige utfordringer og mulige veivalg mht. dimensjonering og innretning.

<sup>1</sup> SWOT står for Strengths (styrker), Weaknesses (svakheter), Opportunities (muligheter), og Threats (trusler)

<sup>2</sup> Institusjon, omsorgsbolig med fast tilknyttet personale, hjemmesykepleie og kommunale helsetjenester

## 1.4 Kvalitative data

Det er gjennomført i alt 21 intervjuer med ledere, administrasjon, brukerrepresentanter, råd og utvalg, tillitsvalgte og verneombud samt politisk ledelse i kommunen. Intervjuene er gjennomført som gruppeintervju eller individuelle intervju. I alt har 36 personer deltatt i intervjuene. Det er også avholdt personalmøte med ca. 15 medarbeidere tilstede.

Intervjuene har hatt fokus på oppfatninger om tjenestetildeling på ulike nivå i omsorgstrappen, tverrfaglig samarbeid og samarbeid mellom enhetene, ressursbruk (økonomi og bemanning), ledelse, behov for strukturelle endringer, tidstyver og forbedringstiltak. Bygningsmassen og behov for framtidige boformer har også vært et viktig tema.

Fullstendig oversikt over tema tatt opp i intervjuene finnes i **vedlegg 1**.

I kapittel 6 har vi gjengitt de viktigste og mest samstemte synspunktene fra intervjuene og fra personalmøte 15.06.2021.

Ambia gjengir ikke hva den enkelte har sagt, da det ikke skal være mulig i ettertid å si "hvem som sa hva". For oss har det vært viktig å samle inntrykk som utfyller tall og data. Oppsummeringen vektlegger informasjon som beskriver tjenestene og opplysninger som kommer fram gjentatte ganger.

Ambias funn, anbefalinger og forslag til framtidige fokus- og arbeidsområder for kommunen, baseres både på kvantitative og kvalitative funn samt føringer fra lokale og sentrale myndigheter knyttet til organisering, ledelse og drift av den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

## 1.5 Begreper

**En institusjonsplass** er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven og er det vi betegner som en sykehjemsplass. I samsvar med «Forskrift for sykehjem» skal denne typen boform gi heldøgns opphold. I tilknytning til oppholdet skal det være organisert legetjeneste, fysioterapitjeneste og sykepleiertjeneste, i samarbeid med andre deler av den kommunale helse- og sosialtjeneste. Beboerne betaler etter forskrift en egenandel til kommunen etter vedtatte satser.

En langtidsplass i sykehjem er tidsbegrenset, plassene kan være skjermede for demente eller andre med slike behov. Tilbakeholdelse krever vedtak etter kapittel 4A i Lov om pasient- og brukerrettigheter<sup>3</sup>. Korttidsplasser er tidsavgrensede/ikke varige opphold i sykehjem. Plassene kan for eksempel brukes til pasienter som har behov for opptrening eller forsterket bistand etter en sykehusinnleggelse, opphold i påvente av opptrening/rehabilitering, kartlegging, utredning og observasjoner. Korttidsplasser på sykehjem er ofte en nøkkelfaktor for å få kjeden av tjenestetilbud til å fungere. Reelle og tilgjengelige korttidsplasser med kort gjennomløpstid vil innebære at de som trenger hjelp, får det og til rett tid.

Sykeavdelingen med sine 28 plasser er å betrakte som institusjon.

**Boliger til omsorgsformål - omsorgsboliger<sup>4</sup>**, er boliger kommunen stiller til disposisjon for eldre eller personer med funksjonsnedsetting (som ikke bor på institusjon). Dette er selvstendige boenheter der beboeren er leietaker eller deleier. Omsorgsbolig er ikke en lovregulert boform som sykehjem. Det er juridisk å betrakte som beboerens private hjem. Beboeren er beskyttet av husleieloven. Beboerne i omsorgsboliger søker om, og får vedtak om, praktisk bistand og hjemmesykepleie, basert på behov på linje med alle hjemmeboende i kommunen. De betaler for kost, medisiner, helsetjenester mv. som andre hjemmeboende. Boligene kan ha fellesareal som for eksempel felles oppholdsrom. Det er variasjon i hva disse boligene kalles, «bofellesskap», «omsorgsbolig», «servicebolig» eller «bokollektiv» er noe eksempler. I tillegg kommer boliger for utviklingshemmede under kategorien boliger til omsorgsformål.

<sup>3</sup> Lov om pasient- og brukerrettigheter § 4A, [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_4](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_4)

<sup>4</sup> <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie>

Mange kommuner tilbyr omsorgsboliger til personer med store hjelpebehov, bl.a. til personer med demens. I slike tilfeller er det personale til stede hele døgnet, eller tilgjengelig innen 5-10-15 minutter, eller man har «fast» bemanning til stede. Dette omtales som omsorgsbolig med heldøgns omsorg eller omsorgsbolig med fast tilknyttet personale.

Omsorgsboligene i Karasjok med sine 18 plasser er omsorgsboliger med heldøgns omsorg og har fast tilknyttet personale.

**Hjemmetjenester** er benevnelsen på helse- og omsorgstjenester som ytes til personer som bor i eget hjem, også til de som bor i omsorgsboliger herunder omsorgsbolig med heldøgns omsorg. I hovedsak gjelder dette hjemmesykepleie, praktisk bistand i hjemmet og avlastning.

Selv om omsorgsboligene i Karasjok etter ovennevnte definisjoner er å betrakte som omsorgsbolig med heldøgns bemanning, oppgir kommunen at boligene gir tjenester på nivå med sykehjem. Det oppgis at de driftes på tilnærmet samme måte som en institusjon. Men boenhetene er beboernes egen bolig og det betales husleie etter husleieloven<sup>5</sup> mens beboerne på sykeavdelingen (institusjon) betaler etter den såkalte vederlagsforskriften<sup>6</sup>.

Når vi i kapittel 3 går igjennom prioriteringer og ressursbruk i institusjon og hjemmetjenester er det viktig å ha Karasjok kommune sin driftsform av omsorgsboligene klart for seg, når disse tjenestene sammenstilles.

## 2 Tjenestetilbudet i helse og omsorg

*Pleie og omsorg* består av sykeavdelingen, omsorgsboliger, hjemmesykepleie og tjenester for mennesker med utviklingshemming (TMU). Pleie og omsorg har de mest ressurskrevende tjenestene.

*Sykeavdelingen* har 28 beboere (inklusive 3 plasser for korttidsopphold, 3 sykestueplasser, 1 KAD). Kommunens produksjonskjøkken er lokalisert i bygget. De produserer mat til sykeavdelingen, omsorgsboligene og til innbyggere som har bestilt matombringning fra kommunen.

*Omsorgsbolig* består av 18 boliger fordelt på 4 hus. Tre av husene er beregnet på geriatri. Ett av husene er beregnet på psykisk helse/rus. Det er egentlig 6 boenheter her. To enkle leiligheter og to leiligheter som var ment skulle deles av to mennesker. Omsorgsboligene regnes som heldøgns tjeneste, har fast tilknyttet personale. En personalgruppe betjener geriatrien og en personalgruppe betjener bolig for psykisk helse/rus. Beboerne er å betrakte som hjemmeboende og har tilgjengelig hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand hele døgnet.

*Hjemmesykepleien* yter hjemmesykepleie og praktisk bistand/hjemmehjelp til innbyggerne i kommunen som bor hjemme i egen bolig. De hadde pr. april 2021 71 brukere. De administrerer også omsorgslønn, handlehjelp og BPA (brukerstyrt personlig assistanse).

*TMU* har 16 tjenestemottakere. Fire av tjenestemottakerne er samlokalisert og tolv tjenestemottakere bor spredt i bygda. Enheten yter tjenester som praktisk bistand, BPA, støttekontakt og omsorgstønad.

*Helsetjenesten* består av legetjenester m/laboratorium, helsesøstertjeneste, jordmortjeneste, ergoterapitjeneste, fysioterapitjeneste, rus og psykisk helse. Legedekningen er stabil og tilfredsstillende. Helsetjenesten utøver tjenester for alle kommunens innbyggere, både de som har store bistandsbehov og de som ikke har noen. Helsetjenesten skal i stor grad drive forebyggende helsearbeid.

<sup>5</sup> Lov om husleieavtaler (husleieloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-03-26-17>

<sup>6</sup> Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1349>

### 3 Funn – kvantitative data

Når Ambia skal beregne sannsynlig behov, blir det et grovt overslag og vil i stor grad basere seg på utviklingen av befolkningen i ulike aldersgrupper. Størsteparten av kommunens inntekter er også knyttet til befolkningsdata, slik at både forventede behov for tjenester og kommunens inntekter vil henge sammen med befolkningsutviklingen. Innledningsvis må det sies at det ikke nødvendigvis er slik at endringen i demografien og dermed i inntektene gjenspeiler det opplevde behovet for, og etterspørselen etter tjenester.

Dette kan for eksempel knyttes til innbyggernes forventninger til hva som ligger i Karasjok kommunes "sørge for ansvar". Hvordan befolkningen tenker rundt egen situasjon, alderdom, boform og ansvar for egen og familiemedlemmers omsorgsbehov, vil også i stor grad påvirke kommunens registrering av "behov". Dette er generelle faktorer som er med på å beskrive behov for tjenester i alle kommuner. Uansett vil behovet for tjenester likevel i stor grad påvirkes av utviklingen i demografien, særlig av antallet som til enhver tid er i de eldste aldersgruppene. Forskerne (se for eksempel Meld. St. 15, *Leve hele livet* som kom i 2018) har påvist hvordan kommunale helse- og omsorgstjenester i mye større grad enn tidligere gis til yngre brukere. Mens yngre tjenestemottakere kan ha en ordning med statlig medfinansiering av ressurskrevende brukere/tjenester, gjelder denne ordningen ikke for tjenestemottakere som har passert 67 år.

Først skriver vi litt om de overordnede utfordringene og de mest ressurskrevende – den eldre delen av befolkningen.

#### 3.1 Overordnede framskrivinger

For å kunne beregne sannsynlig tjenestebehov for Karasjok kommune har Ambia benyttet framskrivningstabeller fra Statistisk Sentralbyrå (SSB).

Tabell 1. Befolkningsframskrivning Karasjok kommune

Befolkningsframskrivning Kárásjohka - Karasjok kommune 2021-2040							
	2021	2025	2030	2035	2040	Differanse 2021-2030	Differanse 2021-2040
0-19 år	519	479	449	446	442	70	77
20-66 år	1605	1491	1404	1314	1252	201	373
67-79 år	350	393	444	452	446	94	96
80-89 år	94	119	163	223	256	69	162
90+ år	24	29	27	39	59	3	35
<b>Totalt antall innbyggere</b>	<b>2592</b>	<b>2511</b>	<b>2487</b>	<b>2474</b>	<b>2455</b>	<b>105</b>	<b>137</b>
<b>Sum innbyggere 80 år og eldre</b>	<b>118</b>	<b>148</b>	<b>190</b>	<b>262</b>	<b>315</b>	<b>72</b>	<b>197</b>
Kilde: Befolkningsframskrivning (SSB 2020 alternativ MMMM): fruktbarhet, levealder, innenlandsk flytting og innvandring							
	2021	2025	2030	2035	2040	Differanse 2021-2030	Differanse 2021-2040
80-84 år	56	78	106	142	145	50	89
85-89 år	38	41	57	81	111	19	73
90-94 år	20	22	22	33	48	2	28
95-99 år	4	6	5	6	11	1	7
100+ år	0	1	0	0	0	0	0
<b>Sum innbyggere 80 år og eldre</b>	<b>118</b>	<b>148</b>	<b>190</b>	<b>262</b>	<b>315</b>	<b>72</b>	<b>197</b>
Kilde: Befolkningsframskrivning (SSB 2020 alternativ MMMM): fruktbarhet, levealder, innenlandsk flytting og innvandring							

Tabell 1 er todelt. Den ene viser aldersgruppene 0-19 år (barn og unge), 20-66 år (yrkesaktiv befolkning), 67-79 år (yngre alderspensjonister), 80-89 år og 90+ år (eldre alderspensjonister).

I den andre delen av tabellen har vi delt inn de i aldersgruppa 80 år og eldre i 5 års intervall. Vi har gjort dette fordi en grov inndeling, 80-89 år, fort kan være misvisende. Vi må anta at en som har fylt 80 år har mindre behov for kommunale tjenester enn en som er 86 år osv. Vi må også anta at de som er 80 år i 2030

eller i 2040 har andre behov og kanskje forventninger enn de som i dag er 80 år og eldre. Mange vil ha annen utdanning, bedre tilrettelagte boliger, bedre helse, ser på bruk av teknologiske løsninger på en annen måte osv.

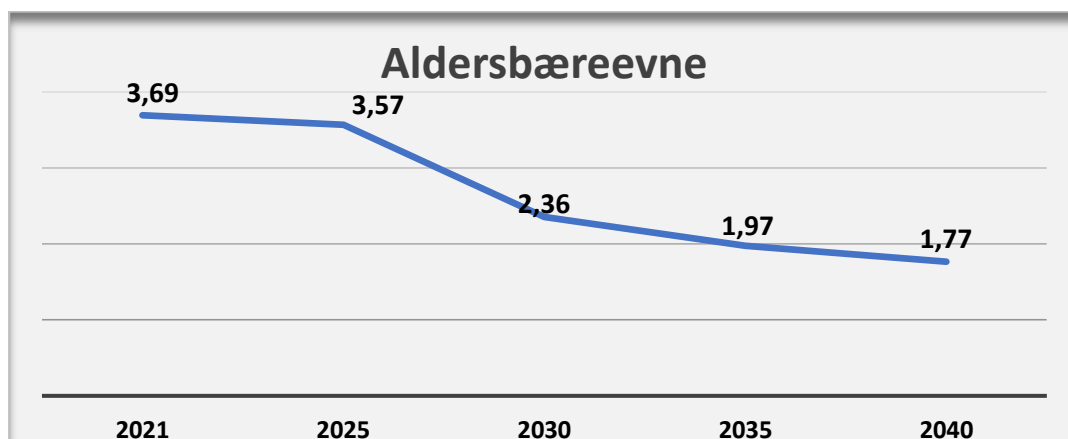
- Aldersgruppa 0-19 år reduseres fram mot 2030 med 70 personer eller vel 13 %. For *hele* perioden fram mot 2040 reduseres gruppen med 77 personer eller nesten 15 %.
- Aldersgruppa 20-66 år reduseres fram mot 2030 med 201 personer eller vel 12 %. For *hele* perioden fram mot 2040 reduseres gruppen 373 personer eller vel 23 %.
- Aldersgruppen 67-79 år øker fram mot 2030 med 94 personer eller nesten 27 %. For *hele* perioden fram mot 2040 øker gruppen med 96 personer eller vel 27 %.
- Aldersgruppen 80-89 år øker fram mot 2030 med 69 personer eller vel 73 %. For *hele* perioden fram mot 2040 øker gruppen med 162 personer eller vel 172 %.
- Aldersgruppen 90 år og eldre øker fram mot 2030 med 3 personer eller vel 12 %. For *hele* perioden fram mot 2040 øker gruppen med 35 personer eller nesten 146 %.

Hovedtrenden i prognosen er altså en vesentlig reduksjon i antall barn og unge fram mot 2030 som etterfølges av et tiår med liten endring. Den yrkesaktive befolkningen (20-66 år) reduseres vesentlig i hele perioden, gruppen yngre pensjonister (67-79 år) øker kraftig fram mot 2030 og flater deretter ut, mens gruppen 80 + øker dramatisk i hele perioden fram til 2040.

Et viktig tema er hvordan dette vil påvirke Karasjok kommune og spesielt helse- og omsorgstjenestene, når antall eldre øker mer enn antall i yrkesaktiv alder. Det er innbyggere i den yrkesaktive aldersgruppen som skal sørge for inntekter, bosettingsgrunnlag, helse- og omsorgstjenester og alt annet behov for sysselsetting i offentlig og privat sektor.

Særlig vil Ambia trekke fram hvordan det som omtales som aldersbæreevne og familieomsorgskoeffisient vil være avgjørende når kommunen skal beregne sannsynlig tjenestebehov fram i tid. Aldersbæreevne er forholdet mellom de yrkesaktive (16-66 år) og innbyggere 67 år og eldre og er av interesse for finansiering av pensjoner, velferdstilbud og antatt tilgang til personalressurser.

Figur 1. Prognose for aldersbæreevne 2021 - 2040



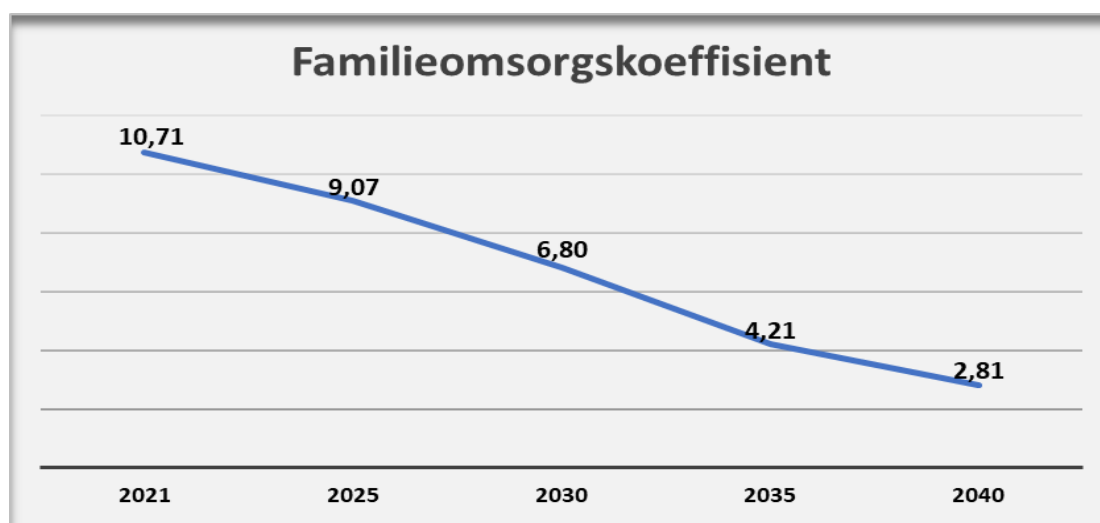
Kilde: SSB (MMMM) Framskrivning av antall yrkesaktive (16-66 år) per antallet eldre (67+ år)



I 2021 er det 3,69 yrkesaktive per eldre. I 2030 er den 2,36 (på landsbasis er den 3,6 i 2030<sup>7</sup>). Frem mot år 2040 reduseres antallet yrkesaktive per eldre ytterligere til 1,77. Det blir flere som trenger helse- og omsorgstjenester og det blir stadig mer utfordrende å få kvalifisert personale til oppgaven.

Det andre vi vil trekke fram er familieomsorgskoeffisienten. Det er forholdet mellom antall personer i alderen 50-66 år og personer over 85 år. Den er et uttrykk for antall potensielle familieomsorgsgivere og omsorgstrengende eldre. Litt enkelt kan vi si at det er pårønderressursen. Ulønnet omsorgsarbeid til syke, eldre og funksjonshemmede tilsvarer tusenvis av årsverk. Samfunnets omsorgstilbud ville trolig bryte sammen om den uformelle omsorgen forsvant eller ble kraftig redusert. Avlastning og støtte til pårørende som har store omsorgsoppgaver, er også et tiltak for at brukere kan bo lenger i eget hjem og at utslitte omsorgsgiver ikke selv blir pasienter før tiden. I Karasjok kommune vil antatte potensielle omsorgsgivere synke dramatisk de neste 20 årene.

Figur 2. Prognose for familieomsorgskoeffisient 2021 – 2040



Kilde: SSB (MMMM) Framskrivning av antall omsorgsyterer (50-66 år) per antall eldre (85+ år).

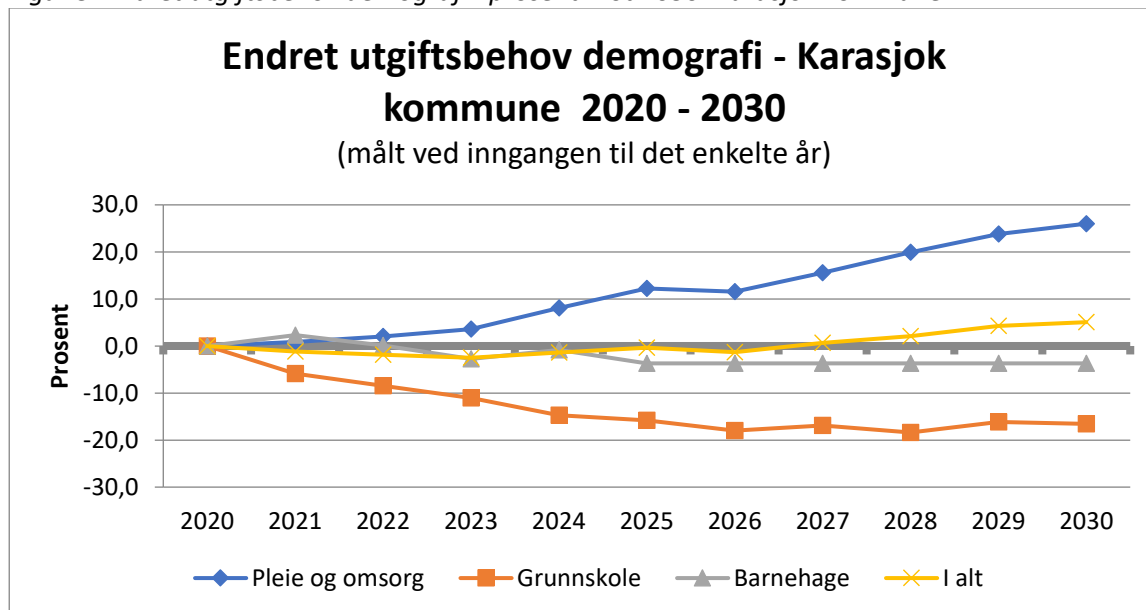
I Karasjok kommune vil antall potensielle omsorgsgivere per eldre synke fra 10,71 i 2021 til 2,81 i 2040. På landsbasis vil den være 4,3 i 2050<sup>8</sup>. Når antallet omsorgsgivere per eldre reduseres så pass kraftig de neste 20 åra, er dette et varsel om at helse- og omsorgstjenestene vil måtte møte et økt behov for tjenester. Det er også et varsel om at kommunen må arbeide aktivt med pårørendesamarbeid og frivillighet for å opprettholde en god omsorg for tjenestemottakerne.

Ovennevnte figurer gjenspeiles når vi ser på hvordan endringer i demografien vil påvirke utgiftsbehovet i de ulike kommunale sektorene i Karasjok kommune.

<sup>7</sup> "Leve hele livet" – en kvalitetsreform for eldre. Meld. St. nr. 15 2017/2018

<sup>8</sup> Meld. St. 15 (2017-2018) Leve hele livet s 42

Figur 3. Endret utgiftsbehov demografi i prosent mot 2030. Karasjok kommune



Kilde: KS, demografimodell

Mens grunnskole vil ha et redusert utgiftsbehov på 18 prosentpoeng fram til 2026, vil pleie og omsorg ha et utgiftsbehov som øker med over 11 prosentpoeng i samme periode. Fra 2026 til 2030 øker utgiftsbehovet i pleie og omsorg med ytterligere 15 prosentpoeng, mens det holder seg på omtrent samme nivå for grunnskolen. For barnehage er utgiftsbehovet redusert med noe over 3 prosentpoeng fram til 2025 og er på dette nivået fram til 2030. Selv om fremtidens eldre antagelig vil ha både bedre ressurs- og funksjonsevne enn i dag, vil utfordringsbildet likevel kreve at kommunen er i stand til å innrette tjenestene sine mot folkehelse, forebygging og bruk av teknologi for å redusere belastningen på helse- og omsorgstjenestene.

Videre har *Kommunal og omsorgsdepartementet* med utgangspunkt i KOSTRA for 2019 og SSBs regionale befolkningsframskrivinger beregnet tallet på tjenestemottakere og arbeidskraftbehov framover for den enkelte kommune i landet<sup>9</sup>. Det er tatt utgangspunkt i samme dekningsgrader og standard på tjenestene som i 2019. Det presiseres at det er betydelig usikkerhet knyttet til både befolkning, dekningsgrader og standard på lang sikt, så framskrivingene må kun tas som indikasjoner. De peker likevel i en retning som tilsier at kommunen planlegger et tjenestetilbud som er bærekraftig i framtiden.

Tabell 2. Anslått antall tjenestemottakere<sup>10</sup> i Karasjok 2019-2040

Mottakere av institusjonstjenester og hjemmetjenester	2019	2030	2040
0-66år	62	51	46
67-79 år	52	79	79
80 år eller eldre	68	105	174
<b>Totalt</b>	<b>182</b>	<b>235</b>	<b>299</b>

Kilde: Kommunal- og moderniseringsdepartementet

<sup>9</sup> <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommunedata/tjenestebehov2/id2507961/>

<sup>10</sup> Mottakere av institusjonstjenester og hjemmetjenester, alle aldersgrupper

Tabell 3. Anslått antall årsverk innen helse og omsorg<sup>11</sup> i Karasjok 2019-2040

Antall årsverk innen helse og omsorg	2019	2030	2040
	112	144	184

Kilde: Kommunal- og moderniseringsdepartementet

Framskrivningen med de premisene departementet har lagt inn viser at antall tjenestemottakere innen helse og omsorg vil øke fra 182 i 2019 til 299 i 2040. Antall årsverk antas med de samme premisene å øke fra 112 i 2019 til 184 i 2040. Ambia understreker at dette er en framskriving som baserer seg på at tjenestene «driftes akkurat som i dag», noe som ganske sikkert ikke vil skje.

Når behov for framtidige tjenester skal beregnes, er det etter Ambia sin erfaring viktig å arbeide langsiktig med forventninger hos befolkningen generelt. Hva er kommunens ansvar og hva forventes det at kommunen skal stille opp med av helse- og omsorgstjenester? Har hver enkelt familie og hver enkelt person et ansvar for å legge til rette for egen og familiemedlemmers alderdom? Eller kan man forvente at de eldre skal bo hjemme (i egen bolig) så lenge det går, og at når det ikke går, skal kommunen ta over? For kommuner flest vil det være avgjørende for å holde tjenestebehovet på et bærekraftig nivå, at det etableres en generell oppfatning av "ansvar for eget liv – hele livet".

### 3.2 Nøkkeltall Helse og Omsorg

Ambia har tatt ut de viktigste nøkkeltallene for den daglige driften i Karasjok kommune. Kommunens egen registrering i KOSTRA er benyttet og vi har i dette kapittelet lagt hovedvekten på prioriteringer, dekningsgrader og produktivitet. Ambia tar utgangspunkt i KOSTRA-tall for 2020<sup>12</sup>. Det er utarbeidet tidsserier som viser utviklingen over de tre siste årene.

Vi har i samråd med kommunen valgt å sammenlikne Karasjok kommune med Kautokeino, Tana og Snåsa. Tana og Kautokeino tilhører KOSTRA-gruppe 6 (K6<sup>13</sup>) mens Karasjok og Snåsa er i KOSTRA-gruppe 5 (K5<sup>14</sup>). Kommunene har som det går fram av tabellene under noe ulikt samlet utgiftsbehov. Kommunene med størst utgiftsbehov kunne forventes å ha noe høyere kostnader enn de med lavere. Sammenlikningen må derfor ses i lys av dette.

Tabell 4. Justert utgiftsbehov i sammenlignings-kommunene 2020

	Karasjok	Kautokeino	Tana	Snåsa	Kostragruppe 5	Landet u Oslo
<b>Utgiftsbehov Pleie og Omsorg</b>	124,5 %	132,3 %	149,6 %	154,7 %	137,4 %	103 %
<b>Utgiftsbehov Kommnehelse</b>	135,0 %	140,6 %	151,6 %	151,5 %	130,0 %	102,2 %

Kilde: Framsikt

<sup>11</sup> Årsverk til mottakere av institusjonstjenester og hjemmetjenester, alle aldersgrupper

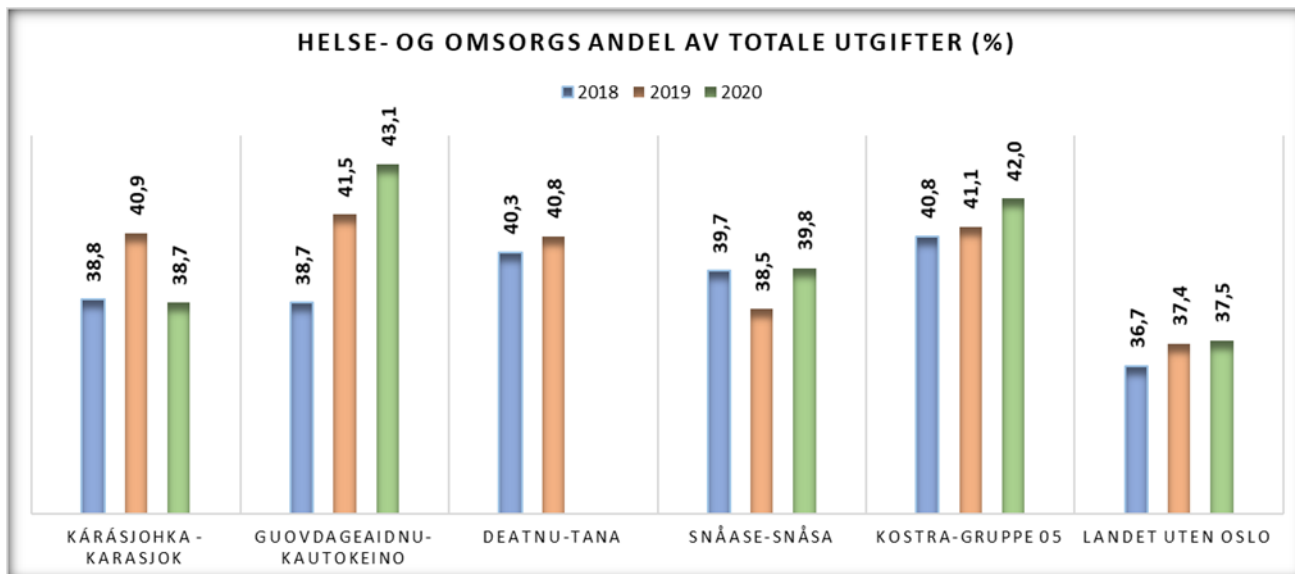
<sup>12</sup> SSB, 15. juni 2021

<sup>13</sup> K6: 2000-9999 innbyggere, høye bundne kostnader og høye korrigerte inntekter

<sup>14</sup> K5: 2000-9999 innbyggere, høye bundne kostnader og middels korrigerte inntekter

Tabell 4 viser hvilke utgiftsbehov Karasjok kommune hadde, basert på gjeldende kriteriedata. Selv om utgiftsbehovet kompenseres gjennom rammetilskuddet, viser kriteriedataene at kommunen innen kommunehelse har et utgiftsbehov som ligger 32,8 prosentpoeng over snittet for landet utenom Oslo, og 5 prosentpoeng over tilhørende KOSTRA-gruppe. Innen pleie og omsorg er utgiftsbehovet 21,5 prosentpoeng høyere enn landet u Oslo, men 12,9 prosentpoeng lavere enn K5. Sammenligner vi med Kautokeino, Tana og Snåsa så hadde alle de et større utgiftsbehov enn Karasjok. Vi ser at de hadde et utgiftsbehov som var vel 16 prosentpoeng høyere enn Karasjok. En detaljert oversikt over utgiftsbehovet i sammenligningskommunene finnes i tabell 1 og 2 i Vedlegg 2.

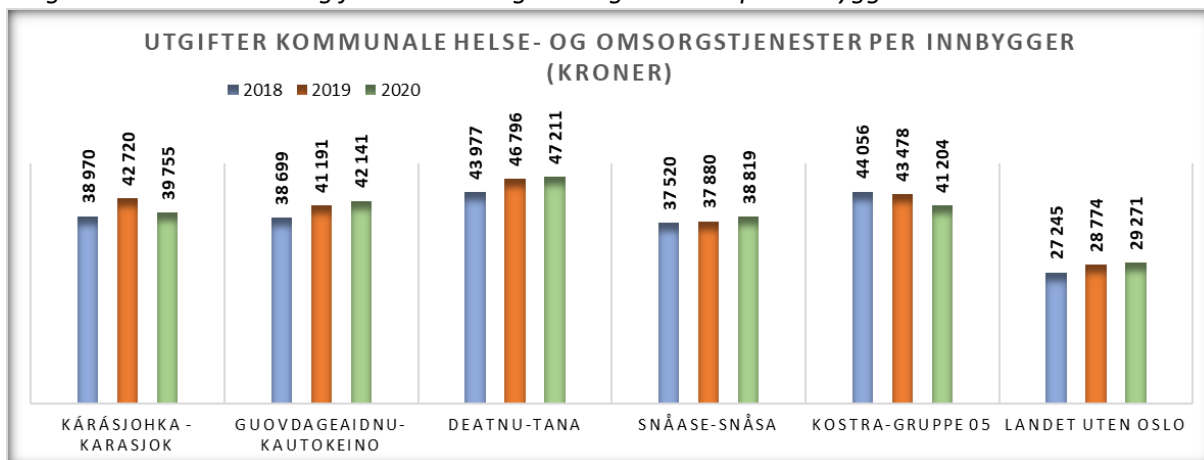
Diagram 1. Helse og omsorgs andel av totale utgifter (%) 2018 - 2020



Kilde: SSB 2020

Utgiftene til Helse og omsorgstjenesten i Karasjok kommune utgjorde i 2020 38,7 % av kommunens totale utgifter. Dette er en mindre andel enn i sammenligningskommunene og for KOSTRA-gruppa. Til sammenligning var andelen i Kautokeino 43,1 % av totalen, i Snåsa 39,8 % og gjennomsnittet i K5 42 %. Andelen av de totale utgiftene har variert de siste åra, men ligger gjennomgående litt lavere enn de andre kommunene og K5.

Diagram 2. Kommunale utgifter til helse- og omsorgstjenester per innbygger 2018-2020

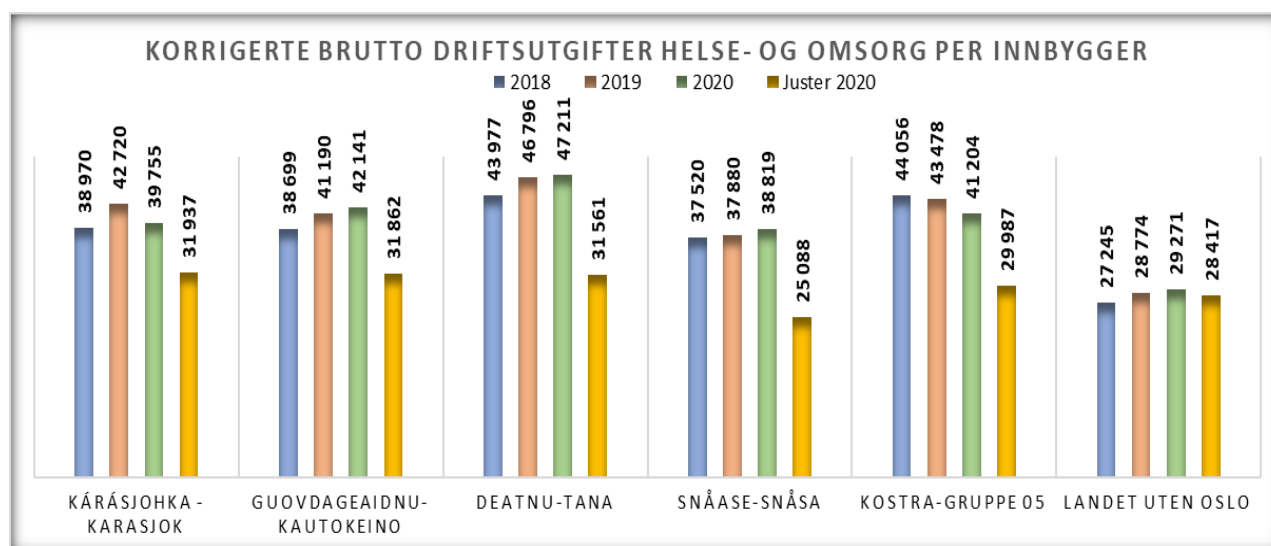


Kilde: SSB 2020

Kommunens utgifter per innbygger til kommunale helse- og omsorgstjenester var i 2020 på kr 39 755. Dette var nesten kr 3 000 mindre per innbygger enn året før. Utgiftene er lavere i Karasjok enn sammenligningskommunene og KOSTRA-gruppa, med unntak av Snåsa.

Når vi ser på utgiftene justert for utgiftsbehovet (diagram 3) har imidlertid Snåsa de laveste utgiftene (kr 25 088 ), mens de andre ligger mellom kr 31 000 og kr 32 000. Karasjok har større utgifter enn gjennomsnittet i K5 og landet utenom Oslo når utgiftene er justert for utgiftsbehovet.

Diagram 3. Korrigerte brutto driftsutgifter (kr) per innbygger 2018 -2020



Kilde: SSB 2020 / Framsikt

Korrigerte brutto driftsutgifter brukes for å vise kommunenes egne utgifter til den tjenesteproduksjonen kommunen utfører i egen regi og uten at vi tar med utgiftene som eksterne tjenesteleverandører har, f.eks private banehager, skoler og sykehjem.

### 3.3 Omsorgstjenestene

Når det gjelder omsorgstjenestene i Karasjok kommune har vi funnet følgende data som kan belyse produktivitet og dekningsgrad i omsorgstjenestene. Tallene kommenteres under og det henvises til **Vedlegg 2. Tabeller og diagram** for utfyllende data fra sammenligningskommunene i perioden 2018-2020.

#### Prioritering

Netto driftsutgifter til omsorgstjenestene i prosent av kommunens samlede netto utgifter er, med unntak av Snåsa, lavere i Karasjok enn i sammenligningskommunene, K5 og Landet u Oslo. Dette kan sies å være et uttrykk for prioritering (diagram 3).

Korrigerte brutto driftsutgifter til hjemmeboende (F254<sup>15</sup>) - beløp per innbygger, er høyere enn i landet u Oslo, K5 og Snåsa, men lavere enn Kautokeino og Tana. Kostnaden var i Karasjok i underkant av kr 18 000 per innbygger i 2020. Gjennomsnitt i landet er i overkant av kr 11 000 (diagram 4). Innhold i kostnadene forklares under diagrammet.

Aktivering, støttetjenester (F234<sup>16</sup>) – andel av netto driftsutgifter til Pleie og Omsorg er redusert de siste tre årene fra 5,0 % i 2018 til 3,5 % i 2020. Dette er en lavere andel enn Landet u Oslo, K5 og Tana, men er høyere enn i Kautokeino. Kostnad per innbygger er redusert fra kr 1 236 til kr 758 de siste tre åra og er

<sup>15</sup> F254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende (Forklares under diagram 4 i vedlegg 2)

<sup>16</sup> F234 Aktiverings- og servicetjenester til eldre og personer med funksjonsnedsettelse (Forklares under diagram 5 i vedlegg 2)

lavere enn alle med unntak av Kautokeino. Gjennomsnitt i landet er kr 1 086 per innbygger (diagram 5 og 6). Innhold i kostnaden forklares under diagram 6.

Kommunens brutto driftsutgifter i institusjon (F253<sup>17</sup>) er i 2020 kr 10 767 per innbygger. Dette er høyere utgifter enn Kautokeino, Tana og Landet u Oslo, men lavere enn Snåsa og K5. Tana har til sammenligning en utgift på kr 6 676 per innbygger, mens gjennomsnittet i K5 er kr 12 212 (diagram 7). Innhold i kostnaden forklares under diagrammet.

### **Produktivitet**

Korrigerte brutto driftsutgifter per plass i institusjon er kr 1 239 481 i Karasjok. Kostnaden var vesentlig høyere i 2018 og også høyere i 2019. Ambia har ingen informasjon om hva denne nedgangen i kostnader skyldes. Gjennomsnittlig kostnad per plass i sykehjem er kr 1 303 122 på landsbasis. I K5 er kostnaden kr 1 164 040. Karasjok har altså en høyere kostnad enn K5, men lavere enn både Tana, Kautokeino og gjennomsnitt i landet. Snåsa har lavere kostnad per plass. Denne størrelsen kan sies å være et uttrykk for kommunenes produktivitet (Diagram 8).

Utgiftene per oppholdsdøgn er omtrent på landsgjennomsnitt, men over gjennomsnitt for K5. Oppholdsutgiftene per døgn er imidlertid lavere i Karasjok enn i Kautokeino og Tana, men høyere enn i Snåsa (diagram 9).

Når det gjelder tidsbegrensa opphold (korttidsopphold) kan en ut fra KOSTRA lese at Karasjok har betydelig færre opphold og færre personer per plass enn K5 og landsnittet. Gjennomsnittlig antall døgn per opphold er betydelig høyere i Karasjok enn i sammenligningskommunene, K5 og landet u Oslo.

Mens gjennomsnitt i landet er 19,2 opphold og 9,3 personer per plass, har Karasjok henholdsvis 6,5 opphold og 6 personer per plass. Data fra de andre kommunene foreligger ikke. Antallet er også betydelig lavere enn gjennomsnitt i K5. Når det gjelder gjennomsnittlig antall døgn per opphold, er dette betydelig høyere i Karasjok enn i sammenligningen. I Karasjok var det gjennomsnittlig 166,4 døgn per opphold i 2020. Gjennomsnittet i landet var 18,9 døgn, i K5 22,2 døgn og antallet varierte mellom 12 og 25 døgn i sammenligningskommunene. Forklaringen er at Karasjok bruker korttids plassene i påvente av langtids opphold. (diagram 10-12).

Totalt antall oppholdsdøgn i institusjon var i 2020 8 837 døgn i Karasjok, 4 414 i Kautokeino, 3 259 i Tana og 8 495 i Snåsa (diagram 13).

### **Dekningsgrader**

Et mål på dekningsgrad i institusjon er plasser i prosent av innbyggere 80 år og eldre. Karasjok har den høyeste dekningsgraden i materialet, 22,7 %. Dekningsgraden i landet u Oslo var 17,7 %, K5 hadde 18,9 %, Kautokeino 16,1 %, Tana 7,2 % og Snåsa 16,6 % (diagram 14).

Et annet mål for dekningsgraden er andel innbyggere 80 år og over som er beboere på institusjon. 16,0 % av innbyggere 80 år og over i Karasjok var beboere på sykeavdelingen i 2020. Tilsvarende dekningsgrad for Kautokeino var 7,3 %, Tana 6,3 % (2019), Snåsa 12,1 %, K5 12,6 % og landet u Oslo 11,2 % (diagram 15).

Når det gjelder andel innbyggere 80 år og over i bolig m/fast tilknyttet bemanning hele døgnet (Omsorgsboliger med heldøgns omsorg) har Karasjok også en høy andel i forhold til de andre kommunene i sammenligningen. Mens landet u Oslo og K5 har en andel på henholdsvis 3,7 % og 4,7 %, har Karasjok en andel på 7,6 %. Kautokeino har 3,2 % og Tana 11,1 % (diagram 16).

---

<sup>17</sup> F253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon (Forklares under diagram 8 i vedlegg 2)

Andelen beboere 80 år og eldre i bolig m/fast tilknyttet personale er 40,9 % i Karasjok, 22,2 % i Kautokeino, 47,2 % i Tana og gjennomsnittlig 46,5 % i K5 og 34,1 % i landet u Oslo (diagram 17).

KOSTRA angir dekningsgraden for hjemmetjenester ved andel brukere 0-66 år og brukere 80 år og over. Karasjok har økt andelen yngre brukere noe i perioden 2018-2020, fra 43,2% til 45,1 %. Andelen 80 år og over er redusert fra 46,3 % til 41,2 %. KOSTRA viser at dekningsgraden for gruppen 67 -79 år hør økt litt i samme periode. Andelen eldre brukere av hjemmetjenester er vesentlig høyere enn gjennomsnittet i K5 og Landet u Oslo, mens andelen 0 – 66 år er relativt gjennomsnittlig (diagram 18 og 19).

Karasjok tildeler gjennomsnittlig langt flere timer til hjemmetjenester i uken (totalt sett) til sine brukere enn de andre i sammenligningen. Mens Karasjok tildeler gjennomsnittlig 32 t/u, tildeler Kautokeino 21,9 t/u, Tana 15,1 t/u, Snåsa 11,2 t/u og gjennomsnittstallene for K5 og landet u Oslo er på 11,6 t/u og 10,8 t/u. Hva dette skyldes bør være gjenstand for diskusjon (diagram 20).

Med hensyn til praktisk bistand så tildeles det færre timer i uken enn de andre i sammenligningen. Når det gjelder helsetjenester i hjemmet (hjemmesykepleie) tildeles det langt flere timer enn de andre i sammenligningen.

Karasjok skiller seg vesentlig fra de andre hva gjelder gjennomsnittlig tildelte timer i uken til praktisk bistand. Karasjok tildelte i 2020 8,1 t/u i gjennomsnitt, noe som var en økning fra 6,6 t/u i 2018 og 7,5 t/u i 2019. Tildelte timer er likevel langt unna nabokommunene og til sammenligning er tildelte timer i K5 11,4 t/u og Landet u Oslo på 10,9 t/u (diagram 21).

Gjennomsnittlig tildelte timer til helsetjenester i hjemmet var i 2020 i Karasjok 28,1 t/u. Tilsvarende tall for resten av sammenligningsgrunnlaget er mellom 3,5 t/u og 5,2 t/u (diagram 22).

Tildeling av timer per uke med hjemmetjenester til gruppen 0-66 år og til gruppen 67 år og over har omtrent samme omfang i Karasjok, mens det i resten av sammenligningene ytes vesentlig flere timer per uke til yngre brukere (0-66 år) enn til gruppen 80 år og over (diagram 23 og 24).

Dekningsgraden andel hjemmetjenestebrukere med høy timesats (Over 35 t/u) er vesentlig høyere i Karasjok enn i alle sammenligningskommunene med unntak av Kautokeino. I 2020 var andelen med høy timesats 19,8 % mens gjennomsnittet i K5 og landet u Oslo var på henholdsvis 7,8 % og 7,4 % (diagram 25)

Det var i 2020 ifølge kommunens registrering i KOSTRA 162 brukere av hjemmetjenester i alt. Aleneboende brukere utenfor institusjon var 73 personer. Andelen aleneboende av det totale antallet brukere har gått noe ned i perioden 2018 -2020 (diagram 26 og 27).

Kommunene registrer legetimer og fysioterapitimer per uke per beboer i sykehjem. Antall legetimer per uke har gått ned siden 2018 og er nå litt under gjennomsnitt i K5 og landet u Oslo. Det er stor variasjon i timetallet i sammenlikningskommunene. Kautokeino og Tana har et betydelig større antall. Karasjok har også et noe mindre antall fysioterapitimer per uke per beboer enn gjennomsnittet i K5 og landet u Oslo. Det er også her stor variasjon i timetallet i kommunene (diagram 28 og 29).

### **Kompetanse**

I KOSTRA registrerer kommunen en rekke personaldata som også kan si noe om kompetanse og kvalitet i tjenesten. I Karasjok var det i 2020 0,57 årsverk per bruker av omsorgstjenestene. Dette er omtrent på landsnittet og kun Tana skiller seg ut med et høyere antall årsverk enn de andre (diagram 30).

Av årsverkene i omsorgstjenestene var det i 2020 52,2 % av disse som hadde helseutdanning. Landsgjennomsnittet er 78 % og gjennomsnitt i K5 er 77,7 %. Både Kautokeino, Tana og Snåsa hadde en betydelig større andel med helseutdanning (diagram 31).

I Karasjok var det 27 årsverk i brukerretta tjenester med utdanning fra høyskole/universitet. Det var også 27 årsverk med helseutdanning fra videregående skole. Det var 49,6 årsverk som ikke hadde helseutdanning (diagram 32-34). Hvis en analyserer materialet nærmere vil kompetansen i de fire kommunene fordele seg som vist i tabell 5. Snåsa (34,9 %) og Tana (29,2 %) har en større andel med helseutdanning fra høgskole/universitet. Kautokeino og Karasjok har henholdsvis 26,8 % og 26,1 %.

Andelen med helseutdanning fra videregående skole er vesentlig lavere enn de andre kommunene. Mens Karasjok har 26,1 % har Kautokeino 40,9 %, Tana 39,2 % og Snåsa 37,9 %.

Dette innebærer at Karasjok har en vesentlig større andel uten helseutdanning enn de andre kommunene og kommer fram i tabell 5.

Tabell 5. Andel med helseutdanning i omsorgstjenestene, brukerretta tjenester i prosent, 2020

	Andel med helseutdanning fra universitet/høgskole	Andel med helseutdanning fra videregående skole	Andel uten helseutdanning
<b>Karasjok</b>	26,1	26,1	47,9
<b>Kautokeino</b>	26,8	40,9	32,4
<b>Tana</b>	29,2	39,2	31,6
<b>Snåsa</b>	34,9	37,9	27,2

Kilde: SSB 2020

Mht. psykiatriske sykepleiere har Karasjok en større andel enn Kautokeino og gjennomsnittet i landet. Det er på gjennomsnittet i K5, men lavere enn i Tana og Snåsa (Diagram 35).

### 3.4 Helsetjenestene

Når det gjelder helsetjenester<sup>18</sup> i kommunen har netto driftsutgifter i prosent av kommunens samlede netto utgifter økt fra 6,4 i 2018 til 7,1 i 2020. Dette er i 2020 noe høyere enn K5 (6,0), landsgjennomsnittet (5,5) og Tana (6,5), på samme nivå som Snåsa (7,1) og litt lavere enn i Kautokeino (7,7) (diagram 36).

#### Prioritering

Korrigerte brutto driftsutgifter per innbygger er i kroner lavere i Karasjok (635) enn K5 (833), landsgjennomsnitt (730) og Snåsa (905), men høyere enn Kautokeino (448) og Tana (608) (diagram 37).

Netto driftsutgifter i kroner per innbygger til forebygging, helsestasjon- og skolehelsetjenester (KOSTRA F232<sup>19</sup>) har gått ned fra 2019 (655) til 2020 (635). Dette er mer enn Kautokeino (448) og Tana (605), men mindre enn Snåsa (905), K5 (641) og landsgjennomsnittet (714). Når vi justerer for utgiftsbehovet blir forholdet det samme (diagram 38). Innhold i kostnadene forklares under diagrammet.

Når det gjelder brutto driftsutgifter i kroner per innbygger (F232) har disse steget fra 750 til 966 i perioden 2018-2020. I 2020 er dette mer enn Kautokeino (769), Tana (580) og Snåsa (925). Gjennomsnitt i K5 og landet u Oslo var henholdsvis 998 og 835 (diagram 39).

Netto driftsutgifter til forebygging, helsestasjon- og skolehelsetjenesten per innbygger 0-5 år har gått vesentlig ned fra 2019 til 2020. Netto driftsutgifter per innbygger 0-20 år har også gått ned i perioden. Justert for utgiftsbehovet er utgiftene vesentlig lavere enn K5 og gjennomsnitt i landet. Disse utgiftene varierer mye mellom sammenligningskommunene (diagram 40 og 41)

<sup>18</sup> Legetjeneste, helsesøstertjeneste, rus og psykisk helse, jordmortjeneste, fysioterapitjeneste og ergoterapitjeneste.

<sup>19</sup> F232 Helsestasjons- og skolehelsetjeneste (Forklares under diagram 38 i vedlegg 2)



Brutto driftsutgifter per innbygger til annet forebyggende arbeid<sup>20</sup> er i 2020 i Tana kr 562, i Kautokeino kr 235 og i Snåsa kr 146. Gjennomsnitt for K5 er kr 262 og i landet u Oslo kr 429. I Karasjok utgjør dette 6 kr pr innbygger (diagram 42). Innhold i kostnadene forklares under diagrammet.

### **Ressursbruk og kompetanse**

I en liten kommune som Karasjok vil data og sammenligninger i KOSTRA gi liten mening når det gjelder årsverk og utgifter per innbygger i de tjenestene der de utføres av en eller svært få personer. De lovpålagte oppgavene skal utføres i enhver kommune, uavhengig av hvor liten den er, mens andre tjenester i stor grad er avhengig av hvilken kompetanse som foreligger. Aktuelle KOSTRA tall for Karasjok og de andre kommunene går imidlertid fram av diagrammene 43-49.

Årsverkressursene innen de kommunale helsetjenestestene 2018-2020 skiller seg ikke vesentlig ut fra landet for øvrig. Legedekningen i Karasjok medfører at listelengden blant legene ligger godt under landsgjennomsnittet. Her var det 644 pasienter per lege, mens landsgjennomsnittet er 1 149. I K5 var listelengden i gjennomsnitt 1 051 pasienter(diagram 43).

I og med at kommunen har kun ett årsverk som jordmor og relativt få fødsler er dekningsgraden i kommunen bedre enn i de større kommunene. Kommunene i sammenligningen har langt flere jordmødre per 10 000 innbygger enn K5 og landsgjennomsnittet. Andel hjemmebesøk utført av jordmor innen 3 døgn etter hjemkomst fra fødeavd/barselsavd er vesentlig høyere i Karasjok enn i sammenligningsgrunnlaget (diagram 44-45).

Ergoterapeutdekning i Karasjok var i 2020 3,8 per 10 000 innbygger. På landsbasis og K5 var tallene henholdsvis 4,6 og 3,8 (diagram 46 ). Fysioterapeutdekningen var i 2020 9,1 per 10 000 innbygger. På landsbasis og K5 var tallene henholdsvis 9,7 og 12,2. Både Tana (11,7 ) og Kautokeino (10,6 ) hadde en høyere dekning (diagram 47).

I 2020 hadde 84 % av kommunene i Norge helsestasjon for ungdom. Karasjok rapporterte at de hadde dette i 2018 og 2020, men ikke i 2019 (diagram 48). Kommunen har heller ikke prioritert dette i 2021.

I 2020 hadde 66 % av kommunene i Norge Frisklivssentral og i K5 var det 58 % som hadde. Av sammenligningskommunene var det bare Tana som hadde dette (diagram 49).

### **3.5 Oppsummering framskrivninger og KOSTRA**

En KOSTRA-analyse gir ikke svar på om tjenestene er "riktig dimensjonert", men sammen med data for befolkningssammensetning og framskrivning, kan analysen gi gode holdepunkter for vurdering av optimal organisering med hensyn til framtidig utvikling av tjenestene totalt i kommunen, det vil si grad av bærekraft. Hvis egen kommune har særlig avvikende kostnadsprofil på et område, er dette en indikasjon på at området bør undersøkes nærmere. Analysen kan gi gode holdepunkter for hvor en eventuell endring av tjenesten kan være hensiktsmessig.

#### **Høye utgifter – men mindre andel av kommunebudsjettet går til Helse og omsorg**

KOSTRA viser at Karasjok på mange områder ikke avviker vesentlig fra KOSTRA-gruppe og sammenligningskommunene. Men på enkelte områder er det likevel betydelige avvik. Justert for utgiftsbehov har Karasjok høyere utgifter enn gjennomsnittet i K5 og landet for øvrig. Kommunen bruker også en mindre andel av kommunebudsjettet på helse og omsorg. Mens de andre kommunene i kostragruppen har økt sin helse- og omsorgsandel har Karasjok redusert andelen fra 2019 til 2020.

<sup>20</sup> F233 Annet forebyggende helsearbeid (Forklars under diagram 40 i vedlegg 2)

### **Demografiutfordringer – konsekvenser**

Befolkningsframskrivingen viser at kommunen har betydelige demografiutfordringer. Mens den yrkesaktive befolkningen minker, øker den eldste befolkningen vesentlig. Svært mange kommuner i Norge har denne utfordringen, men den er svært stor i Karasjok. Kommunenes desidert største budsjettområder er helse og omsorg og skole/barnehagesektor. Det antas at utgiftsbehovet vil øke innen helse og omsorg, mens prognosen viser en reduksjon innen skolesektor.

Prognosen viser at spesielt antall tjenestemottakere over 80 år vil øke kraftig i årene fram mot 2040 og økningen kommer raskt. Dette vil også etter all sannsynlighet føre til et større kompetansebehov. Når KOSTRA viser at andelen årsverk med helseutdanning er langt lavere enn ellers i landet, og også i forhold til sammenligningskommunene, viser dette at kommunen har en betydelig kompetanseutfordring.

### **Mye ressurser til de mest ressurskrevende tjenestene**

Karasjok har en langt høyere dekningsgrad i institusjon enn de andre kommunene. Med det forventede antall eldre tjenestemottakere kan dette bli en stor utfordring. Kommunen må gjøre det som står i dens makt for å forebygge og redusere behovet for institusjonsplass.

Når kommunen også har en høy dekningsgrad på omsorgsboliger med heldøgns bemanning, understreker dette behovet for forebygging og tilrettelegging slik at tjenestemottakere kan bo hjemme i egen eller tilrettelagt bolig lengst mulig.

### **Propper i tjenestetilbudet**

Sykeavdelingen har avsatt plasser til tidsbegrensa opphold, men får ikke benyttet disse plassene til sitt formål. Gjennomstrømningen på disse plassene er betydelig lavere enn i resten av landet og fungerer som en «propp» i systemet. Korttidsopphold skal være et målrettet helse- og omsorgstilbud der søker aktivt er med på å formulere innhold og målsetning for oppholdet. Målet med korttidsopphold kan være kartlegging av helsetilstand og funksjonsevne, rehabilitering og opptrening, for å kunne komme tilbake til eget hjem eller til omsorgsbolig. Det kan også være et tiltak for søkere som regelmessig trenger å styrke funksjoner, slik at de fortsatt kan mestre hverdagen i eget hjem. Når Karasjok kommune har minimal tilgang på slike plasser vil dette øke sannsynligheten for at søkerne får et større bistandsbehov enn det som ellers ville vært nødvendig.

### **«Raushet» i hjemmesykepleien**

KOSTRA viser også at andelen eldre brukere av hjemmetjenester er høyere enn i andre kommuner og at det tildeles betydelig flere timer til hjemmesykepleie enn gjennomsnittstall for øvrig. Tildelte timer til hjemmehjelp, som er en betalingstjeneste, er imidlertid lavere enn gjennomsnittet.

### **Kompetanseutfordring**

Kommunen avviker også vesentlig fra andre kommuner med hensyn til kompetanse. Dette gjelder først og fremst innen pleie og omsorg. Andelen årsverk med helsefaglig utdanning er lav. Spesielt gjelder dette årsverk med helseutdanning fra videregående skole. Prognosene sier at det vil bli behov for flere årsverk i tjenesten i årene som kommer. Dette betyr at det må jobbes målrettet og profesjonelt med å utvikle den kompetansen som kommunen allerede har, samt legge til rette for rekruttering av flere med helseutdanning.

Legedekningen i Karasjok synes relativt stabil og god, listelengde er lavere enn gjennomsnittet i landet for øvrig. Dekning av fysioterapi og ergoterapi er også på gjennomsnittet.

### **Forebygging barn og unge**

Justert for utgiftsbehovet har Karasjok lavere driftsutgifter enn gjennomsnittet til forebygging, helsestasjon- og skolehelsetjeneste. Dette gjelder både for innbyggere 0-5 år og 0-20 år. Når det gjelder forebygging blir dette kommentert under de kvalitative dataene.

### 3.6 Pleie og omsorg

Pleie og omsorg består av sykeavdeling, hjemmetjenester, omsorgsboliger, sykeavdeling og tjenester for mennesker med utviklingshemming. De mest ressurskrevende tjenestene hva gjelder kompetanse og kostnader er sykeavdelingen, omsorgsboligene og hjemmetjenestene. Den største og viktigste ressursinnsatsen innenfor pleie- og omsorgstjenesten er bemanningen. Erfaringsmessig er det store ulikheter i ressursbruk, både mellom kommuner, og mellom sammenliknbare enheter internt i kommunen.

#### **Hjemmetjenestene**

Når ressursbruken skal analyseres i hjemmetjenestene kan det være nyttig å se på forholdet mellom tilgjengelige timer (årsverk til de brukerretta tjenestene) og de vedtakstimerne som er gjort

Når bemanningsbehov for hjemmebaserte tjenester skal beregnes, må en først definere hva som er å betrakte som hjemmetjenester. Hjemmetjenester er i prinsippet alle omsorgstjenester som ikke gis i institusjon. Karasjok kommune har valgt å gi hjemmetjenester på tilnærmet samme nivå som sykehjem i heldøgns bemannede boliger (omsorgsboligene). Omsorgsboligene er bemannet med tilnærmet samme bemanningsnorm som i et ordinært sykehjem.

Omsorgsboligene er som tidligere nevnt samlet i tre hus med henholdsvis 5 +5 + 6 boenheter. I tillegg er det en omsorgsbolig for psykisk helse – heldøgns tjeneste med 2 boenheter. Dette er boliger der den enkelte beboer leier sin egen leilighet og betraktes som hjemmeboende. Personalet beveger seg mellom fellesarealer og beboerens private bolig. Tjenester som ytes til den enkelte beboer bygger på enkeltvedtak om nødvendige helsetjenester og praktisk bistand etter individuell vurdering.

Direkte brukertid er avhengig av disponible timer til vedtatte timer som nødvendig helsehjelp og evt. praktisk bistand. Når direkte brukertid omtales i dette kapitlet gjelder dette de tradisjonelle hjemmetjenestene (hjemmeboende) i kommunene. I Karasjok kommune er disse organisert i omsorgsboliger og hjemmesykepleie.

Når bemanningsbehovet vurderes i hjemmetjenestene bør dette i utgangspunktet knyttes opp mot de vedtakene som fattes og hvor mange timer som trengs for å utføre de oppgavene vedtaket omfatter. Bemanningsbehovet bør beregnes ut fra omsorgsbehov og det må tas hensyn til direkte tid (ansikt til ansikt tid) og indirekte tid (kjøring, rapportering, medisin håndtering, møter utenfor hjemmet, utrykning trygghetsalarm mm).

Hva er så rett tidsbruk når vi vurderer forholdet direkte/indirekte tid i hjemmetjenesten? Det fins ingen vedtatt norm eller nasjonal standard på dette forholdet. Målinger som er gjennomført i enkelte kommuner og rapporter som beskriver forholdet kan gi en pekepinn om erfaringstall. Vi kan anslå at et grovt gjennomsnitt kan være ca. 1,4 arbeidstime pr. vedtakstime hjemmesykepleie og ca. 1,25 arbeidstime på praktisk bistand (hjemmehjelp/opplæring). Det må imidlertid presiseres at dette ikke kan anses som en landsdekkende norm.

Ut fra denne logikken kan et estimat på gjennomsnittlig direkte brukertid hjemmesykepleie være 60 % og 75 % for praktisk bistand.

Sagt på en annen måte innebærer det at det for hver time til disposisjon kan forventes at henholdsvis 60 % og 75 % av tiden benyttes i direkte tid til bruker i henhold til vedtak. Resterende arbeidstid er i denne sammenheng indirekte brukertid.

En effektivisering av indirekte brukertid kan eventuelt bidra til å møte et økt behov for hjemmetjenester, forebyggende arbeid eller til kompetanseutvikling og annet utviklingsarbeid.

Tabell 6. Direkte brukertid i hjemmetjenestene (hjemmeboende i egen bolig)

	Timer til disp. pr uke <sup>21</sup>	Vedtakter pr uke	Timer til disp. pr vedtakstime	Direkte brukertid
Hjemmesykepleie	450,85 <sup>22</sup> (12,7 årsv.)	258,21 <sup>23</sup>	1,75	57 %
Praktisk bistand/ Hjemmehjelp	60 (1,6 årsv.)	51	1,18	85 %

Dersom de vedtakstimerne Ambia har fått oppgitt er korrekt, er den direkte brukertiden i hjemmesykepleien omtrent slik den kan forventes å være. Det opplyses at det er knyttet noe usikkerhet i forhold til de oppgitte vedtakstimerne, men at det er arbeidet kontinuerlig med å forbedre vedtaksarbeidet de siste par årene. Det er viktig at hjemmesykepleien fortsetter dette arbeidet. I årene som kommer er det helt nødvendig at hjemmesykepleien styrer ressursbruken effektivt, har god oversikt og dokumentasjon og at det er et fornuftig forhold mellom indirekte og direkte brukertid.

Direkte brukertid i praktisk bistand er oppgitt på et nivå som ligger over det en kan forvente i kommunene. Forutsatt at oppgitte timer er korrekt er den direkte brukertiden 85 %, noe som innebærer at kun 15 % av tiden går med til administrasjon, møter, rapportering, kjøring mm.

Vi har ikke fått noen dokumentasjon på vedtakstimer i omsorgsboligene og kan derfor ikke uttale oss om denne. Vi kan likevel si noe generelt om ressursbruken i omsorgsboligene. Tabell 7 viser årsverk<sup>24</sup> per beboer ved omsorgsboligene. Dette er ikke en alminnelig størrelse å bruke om ressursbruken i omsorgsboliger og er svært forskjellig fra kommune til kommune. Variasjonen er i stor grad knyttet til driftsform, plassering og utnyttelse av personalbase. Årsverk per beboer (pleiefaktor) varierer fra 0,2 til 1,5 siden denne i utgangspunktet skal tilpasses de vedtakene som fattes.

Tabell 7. Bemanningfaktor eller pleiefaktor<sup>25</sup> ved omsorgsboligene

Tjenestested	Beboere	Årsverk	Årsverk per beboer
Omsorgsbolig geriatri	16	13,5	0,84
Omsorgsbolig psykisk helse	2	4,8	2,4

Tabell 7 er tatt med først og fremst for å illustrere ressursbruken sammenliknet med sykeavdelingen, noe vi kommer nærmere tilbake til i neste kapittel. Det vi imidlertid kan si er at ressursbruken ved omsorgsbolig geriatri er på et nivå tilsvarende en tradisjonell somatisk sykehjemsavdeling.

Det er knyttet stor usikkerhet omkring antall vedtakstimer i hjemmesykepleien og i omsorgsboligene og det anbefales at vedtaksarbeidet i hjemmesykepleien og omsorgsboligene gjennomgås og forbedres.

I lys av de utfordringer kommunen står foran er det svært viktig at ressursene brukes riktig og i samsvar med de vedtakene som fattes. På bakgrunn av at hjemmesykepleien i Karasjok kommune gir langt flere timer gjennomsnittlig per bruker enn andre kommuner, er det viktig å kunne dokumentere at ressursene

<sup>21</sup> Timer til disposisjon er beregnet ut fra gjeldende turnus, 35,5 t pr uke i hjemmesykepleien og 37,5 t pr uke for hjemmehjelp

<sup>22</sup> Beregnet ut fra gjeldende turnus i hjemmesykepleien. Årsverk for hjemmehjelp, sjåfør, dagsenter og leder er trukket ut

<sup>23</sup> Vedtakstimer er oppgitt til 258 t og 13 min i en tilfeldig uke (uke 35, 2021)

<sup>24</sup> Årsverk i turnus. Leder er trukket ut

<sup>25</sup> Pleiefaktorer er alminnelig størrelse for ressursbruk i sykehjem og omtales nærmere i kap. 3.4.2

brukes fornuftig. Det er flere faktorer som tyder på at det er en «raushet» i tjenestetilbudet, en raushet som kanskje ikke kan forsvares i framtiden.

### **Drifts- og ressursanalyse sykeavdelingen**

I dette kapittelet vil vi først belyse bemanningssituasjonen ved sykeavdelingen. En betydelig del av ressursbruken innen pleie og omsorg går til å drifte sykeavdelingen. Bemanningen er den viktigste innsatsfaktoren og derfor må den vies stor oppmerksomhet. Vi vil først belyse bemanningsituasjonen ved avdelingen for deretter å belyse de øvrige driftsutgiftene ved institusjonen.

Gjeldende turnus for sykeavdelingen er utarbeidet med 28,2 årsverk. Vi har imidlertid fått opplyst at gjeldende turnus er satt opp med 1 årsverk for mye og egentlig skal ha 27,23 årsverk. Turnusen består av navngitte medarbeidere (fast tilsatte) i 19,55 årsverk, resten er ikke navngitt. Det betyr at turnusen har 8,65 årsverk som ikke er dekt med faste tilsatte. Disse årsverkene består i 21 helgestillinger på 13-20 % og 8 fagarbeiderstillinger på 50-75 %. Dette er en betydelig utfordring og som må løses for å sikre bærekraftige tjenester. Å planlegge døgnkontinuerlig drift uten bemanning i helgene er uforsvarlig, både for beboerne på sykehjemmet og for medarbeiderne som er i arbeid.

Ressursbruken i direkte brukerretta drift i sykehjem uttrykkes ofte gjennom begrepet «pleiefaktor». Pleiefaktor er imidlertid et upresist begrep, eller det kan være vanskelig å sammenlikne pleiefaktor fordi det erfaringsmessig er forskjellige grunnlagstall som legges inn i beregningen i forskjellige institusjoner.

I en rapport<sup>26</sup> fra arbeidsgruppe, «pleiefaktor sykehjem», Sandnes kommune, 2016, kan vi lese følgende: *«Det er ingen entydig definisjon i Norge av begrepet «pleiefaktor». Vanligvis defineres begrepet som forholdet mellom årsverk i direkte pasientarbeid/ antall pasienter. Personell på natt trekkes ofte ut, slik at en står igjen med forholdet årsverk/pasienter på dag og kveld, alle dager. En sykehjemsavdeling med 18 årsverk pleiepersonell dag/kveld og 20 pasienter, vil ha en pleiefaktor på 0.90».*

Det finnes ingen standard for pleiefaktor i sykehjem, verken i lov eller forskrift. Pleiefaktor er imidlertid bare en parameter som kan indikere en sammenheng mellom pasientantall og kvalitet, og må brukes som sådan.

Ambia har erfart at det er stor forskjell mellom sykehjem i Norge når det gjelder pleiefaktor og har data som underbygger dette fra mange sykehjem. Vi har erfart sykehjemsavdelinger med alt fra pleiefaktor 0,62 til 1,35.

På den ene siden finnes det altså ikke noen "norm" for pleiefaktor, på den annen side finnes det registrerte tall for pleiefaktor slik at det er mulig å si noe om et "gjennomsnitt". Noen kommuner har besluttet en «norm» for sine sykehjemsavdelinger i egen kommune og bygger da gjerne på egne og andres erfaringstall.

Ambia erfarer at det ikke nødvendigvis er slik at lav eller høy pleiefaktor sier noe om kvaliteten på de tjenestene som ytes på institusjonen. Det finnes så vidt oss bekjent heller ingen dokumentasjon på en slik sammenheng.

Heller ikke målinger av pasienttilfredshet kan dokumentere at det er noen entydig sammenheng mellom opplevd kvalitet og pleiefaktor.

Vi er heller ikke kjent med forskning som kan understøtte at sykefravær eller medarbeidertilfredshet har direkte sammenheng med pleiefaktoren.

---

<sup>26</sup> <https://www.sandnes.kommune.no/contentassets/bcc4ee24e49741aaa36a69da951f54cc/innstilling-arbeidsgruppe-pleiefaktor-mai-2016.pdf>

Tabell 8. Pleiefaktor sykeavdelingen Karasjok kommune

Tjenestested	Plasser	Årsverk	Pleiefaktor
Sykeavdeling	28	28,2 <sup>27</sup>	1,01 <sup>28</sup>

Tabell 8 viser pleiefaktor beregnet ut fra grunnbemanning (faste budsjetterte årsverk) og ut fra vedtatt turnus, altså den faktiske bemanningen som benyttes i den løpende driften (pleien). Lederressurs er ikke medregnet.

I det følgende refererer vi til dagens praksis og noen utvalgte kommuner som har vedtatte normer for pleiefaktor på sine sykehjem.

Fagbladet «Sykepleien» skriver i en artikkel publisert 27.04.2015 at: «På de fleste sykehjem i landet ligger denne faktoren på rundt 0,71 årsverk per beboer på somatiske avdelinger. For avdelinger for demente, for korttids- og rehabiliteringsavdelinger er bemanningsfaktor noe høyere»<sup>29</sup>.

Sykehjemetaten i Oslo opererer med veiledende normer for pleiedekning og oppgir følgende<sup>30</sup>:

- Veiledende pleiefaktor for ordinære sykehjems plasser 0,71
- Veiledende pleiefaktor for skjermede plasser 0,81
- Veiledende pleiefaktor for korttid 0,78
- Veiledende pleiefaktor for rehabiliteringsplasser 0,88

I rapporten «Pleiefaktor sykehjem, Sandnes kommune» som er nevnt tidligere (fotnote 26) refereres det til Drammen kommune og Drammen Helsehus (72 plasser) som har disse pleiefaktorene:

- Somatisk langtids plass 0,71
- Korttids plass 0,80
- Langtids demens 0,81
- Forsterket plass -psykogeriatri 1,17
- Avlastnings plass 0,48
- Rehabiliterings plass 1,02
- Palliativ / Ø-hjelp 1,00
- Forsterket korttid (USK) 1,00
- Skjermet avdeling korttid 0,86

Det ser ut til at pleiefaktoren i Karasjok kommune er høyere enn ved mange andre sykehjem. En antatt høyere pleiefaktor enn andre virker selvsagt inn på økonomien. Men andre kostnadsdrivere som sykefravær, heltid/deltidsproblematikk, svakheter ved kompetansen, innleiepraksis og andre forhold ved personalpolitikken spiller en vel så stor rolle.

Pleiefaktoren må ses i sammenheng med faktorer som organisering av grupper/plasser, organisering av arbeidstid, arbeidsmåter og hvordan kompetansen benyttes innad i sykeavdelingen og mellom sykeavdeling, omsorgsboliger og hjemmetjenester. Det må også tas hensyn til strukturkostnadene ved sykehjemmet.

<sup>27</sup> Merk at turnusen i Karasjok er tredelt og at nattevaktressursen er inkludert i årsverkene. Nattevakt trekkes ofte ut når pleiefaktor beregnes. Vi har fått opplyst at turnus bygger på 28,2 årsverk, mens sykeavdelinga egentlig har 27,23 årverk.

<sup>28</sup> Dersom turnus utarbeides med korrekt antall årsverk vil pleiefaktoren være 0,97.

<sup>29</sup> <https://sykepleien.no/meninger/innsjill/2015/04/hva-er-riktig-bemanning>

<sup>30</sup> <http://www.ivarjohansen.no/temaer/eldreomsorg/5233-bemanningsnorm-ved-oslos-sykehjem.html>

Hvordan sykehjem driftes har konsekvenser for effektiv ressursutnyttelse – også i tjenestene som helhet. Ambia vet av erfaring fra tilsvarende oppdrag at det er store forskjeller mellom kommuner når det gjelder drift av sykehjem. En detaljert ressurs- og driftsanalyse for sykehjem i kommunen, kan være et godt bidrag til å identifisere mulige tilpasningstiltak eller endringstiltak.

Ambia bruker et standardisert rapporteringsskjema som danner grunnlag for sammenlignende driftsanalyser av sykehjem<sup>31</sup>. Skjemaet omhandler regnskapstall, bemanning, ledelse, matkostnader, sykefravær mm. Sammenligningen gjøres i hovedsak gjennom kroner pr. døgnplass. I noen tilfeller gjennom prosentandeler. Ambia har tilsvarende tall fra 72 andre sykehjem som kan brukes i denne sammenheng.

Tabell 9 oppsummerer viktige kjennetegn ved sykeavdelingen. Bokstavene A til E henviser til ett sykehjem i hver av kommunene A, B, C, D og E. I den grad tall stammer fra tidligere regnskap enn 2020, er tallene justert etter SSBs konsumprisindeks til 2020 nivå.

Tabell 9. Ressurs- og driftsanalyse av pleie og omsorg i sykehjem, en sammenligning av sykeavdelingen og utvalgte sykehjem fra fem kommuner (2020-tall)

Kommune	Karasjok	A	B	C	D	E	Gj.snitt
År tallene er hentet fra	2020	2017	2015	2017	2018	2018	
Antall plasser	28	35	27	27	26	25	
Samlet sykefravær (i %)	19,78	11,10	4,7	5,25	13,1	16,0	
Brutto lønnsutgifter pr. plass pr. år brukerrettet	786 862	923 964	610 786	891 129	755 342	829 165	923 022
Kostnader mat pr. plass pr. år	80 773	76 189	93 957	105 351	69 559	155 629	73 685
Vask av tøy pr. plass pr. år	20 574	22 151	31 361	22 108	12 844	7 909	17 126
Medisinsk forbruksmateriell pr. plass pr. år	32 610	7 802	12 591	25 128	21 403	26 268	22 362
Andre driftsutgifter pr. plass pr. år	108 106	22 818	45 831	26 198	196 829	81 887	42 861
Direkte brukerrettet innsats i % av totalen	76,47	87,75	76,87	83,29	71,53	75,32	84,57
Overtid pr. plass pr. år	76 484	13 726	18 456	6 697	18 597	18 445	17 978
Variabel lønn i % av totalen	40,19	15,05	15,15	26,19	11,89	25,12	25,04
Antall administrative årsverk ledelse (styrer, avdelingsleder)	1	1,60	2,2		2,0	0,7	2

<sup>31</sup> Ambia har en database med sammenlignende analyser av organisering, tjenesteutøvelse og ressursbruk i kommunenes pleie- og omsorgstjenester. Gjennom mange slike oppdrag har Ambia erfart at det er vanskelig å finne tall for ressursbruk som er direkte sammenlignbare. Etter hvert har KOSTRA-tallene blitt kvalitetssikret slik at de i større grad kan brukes til sammenligning. Men fremdeles er det slik at kommuner rapporterer forskjellig når det gjelder å plassere utgifter. KOSTRA-tallene er også aggregerte tall på kommunenivå og man må gå inn på avdelingsnivå for å kunne sammenligne sykehjem med hverandre.

Variasjoner i kostnader internt i kommunene er noen ganger tilsiktet og faglig eller organisatorisk begrunnet, mens de i andre tilfeller har en mer tilfeldig eller historisk bakgrunn. Vi har plukket ut sykehjem fra mindre kommuner som kun har ett sykehjem med en blandet beboergruppe. I det videre trekkes hovedfunn fra analysen/tabellen fram:

### **Sykefravær**

Sykefraværet blant medarbeiderne på sykeavdelingen er svært høyt. Et sykefravær på nær 20 % innebærer at to av ti årsverk må erstattes hver dag på grunn av sykefravær. Dette sammen med utstrakt bruk av deltidsstillinger og mange ubesatte helgestillinger gjør at kommunen har en meget stor utfordring her.

### **Brutto lønnsutgifter pr. plass pr. år brukerrettet**

Brutto lønnsutgifter pr. institusjonsplass på sykeavdelingen er noe lavere enn snittet i Ambia sin database. Snittet er imidlertid ikke korrigert for ulike arbeidsgiveravgiftsoner slik at størrelsene ikke er direkte sammenliknbart. Lønnsutgiftene varierer imidlertid mye fra sykehjem til sykehjem. Karasjok ligger som kjent i sone 5 og har 0 % arbeidsgiveravgift. Arbeidsgiveravgiften varierer fra 0 % til 14,1 % i norske kommuner.

### **Kostnader mat pr. plass pr. år**

Kostnadene til mat pr. plass er høyere enn gjennomsnittet i de sammenliknede sykehjemmene. Samlede utgifter (lønnsutgifter og driftsutgifter) til matproduksjon er i underkant av 3,4 mill kroner. Matproduksjonen omfatter både sykeavdelingen, omsorgsboligene, hjemmeboende og dagsenter. Kjøkkensjefen på sykeavdelingen opplyser at kostnadene fordeler seg med ca. to tredeler til sykeavdelingen og ca. en tredel til de andre. For å finne kostnaden på sykeavdelingen har vi derfor brukt denne nøkkelen. Kostnaden her er kr 80 773 pr. plass mens gjennomsnittet ligger på kr 73 685. Kjøkkendrift er en kostnad som varierer mye fra sykehjem til sykehjem. Det finnes sykehjem som har matkostnader på kr 29 000 pr. plass og andre som har kr 150 000 pr. plass. Ambia anbefaler at kommunen gjennomgår produksjonskostnadene og ser om det er muligheter for kostnadsreduksjoner i driften.

### **Vask av tøy pr. plass pr. år**

Dette er også en kostnad som er ganske forskjellig fra sykehjem til sykehjem. Gjennomsnittlig sum i vår database er ca. kr 17 000 pr. plass. Sykeavdelingen i Karasjok kommune ligger her over gjennomsnittet og det er verdt å se på mulighetene for å redusere kostnadene også her.

### **Medisinsk forbruksmateriell og andre driftsutgifter**

Også disse kostnadene varierer fra sykehjem til sykehjem i vår database. Sykeavdelingen ligger også her over gjennomsnittet med kr 32 610 pr. plass mot gjennomsnittlig kr 22 362. Dette kan skyldes volum på lagerbeholdning, bestillingsrutiner mm og bør gjennomgå for å redusere kostnadene. Ambia får opplyst at det arbeides med å bedre bestillingsrutinene for å få ned kostnadene.

### **Andre driftsutgifter pr. plass pr. år**

I forhold til sykehjemmene i sammenlikningen og i forhold til snittet i vår database, ligger sykeavdelingen sammen med et annet sykehjem usedvanlig høyt. Gjennomsnittet i vår database ligger på kr 42 861. Variasjonen er stor og ulik regnskapsføring eller organisering kan være en årsak til at denne utgiftsposten varierer fra ca. kr 13 000 til over kr 100 000 pr. plass. Vi anbefaler at utgiftene under andre driftsutgifter gås igjennom for å identifisere mulige kostnadsreduksjoner.

### **Direkte brukerrettet innsats i prosent av totalen**

Brukerrettet innsats kan sies å være virksomhetens primære funksjon, mens øvrige funksjoner (tøy, forbruksmateriell osv.) kan ses mer som sekundære funksjoner. Ut fra denne synsvinkelen anses det som et mål at størst mulig andel av samlede driftsutgifter er innenfor brukerrettet innsats. Sykeavdelingen i



Karasjok kommune har en brukerrettet innsats i prosent av samlede driftsutgifter som ligger lavt i forhold til gjennomsnittet i vår database. Det bør arbeides med å øke denne.

### ***Overtid i kroner pr. plass pr. år***

En planlagt virksomhet skal i svært sjeldne tilfeller måtte leie inn vikarer som krever overtid. Overtid skal normalt kun være nødvendig i ekstraordinære situasjoner der det viser seg at inngåtte avtaler må gjøres om i siste liten. Det er store forskjeller på forbruk av overtid i norske sykehjem. I Karasjok kommune er forbruket av overtid svært høyt. Mens snittet i vårt materiale ligger på kr 17 978, ligger forbruket på sykeavdelingen på kr 76 484. Her er det rom for betydelig kostnadsreduksjon hvis en kommer ned på det en kan regne som en gjennomsnittlig overtidsbruk på norske sykehjem.

### ***Variabel lønn i prosent av totalen***

Variabel lønn er overtid, ekstrahjelp, ferievikarer, vikarer i forbindelse med sykefravær eller andre vikarer, innleie av vikarbyrå, kurs og konferanser, søn- og helligdagstillegg. Karasjok har en betydelig kostnad knyttet til kjøp av eksterne sykepleietjenester gjennom Konstali Helsenor. Denne kostnaden i seg selv utgjør flere årsverk. Variabel lønn i prosent av totalen ligger høyt over gjennomsnittet. På sykeavdelingen utgjør dette 40,19 %, mens gjennomsnittet er 25,04 %. Dette er nok en bekreftelse på at sykeavdelingen har store utfordringer når det gjelder bemanning. Det er ingen tvil om at bemanningssituasjonen ved sykeavdelingen er en av de største utfordringene innen helse og omsorg, og innen kommunen.

### ***Antall administrative årsverk ledelse***

Databasen gir også tall for lederressurs ved sykehjemmene. I tabellen framkommer dette som absolutte tall og må derfor sees i sammenheng med størrelse på sykehjemmet for å kunne gi noen mening. Størrelsen på sykehjemmene i denne tabellen framgår av antallet pasienter eller plasser. En mulig sammenlikning bli antall plasser pr. leder. Ut fra den logikken har sykehjem E lavest «ledertetthet» med 35 plasser pr. leder. Høyest ledertetthet har sykehjem B med 12,3 plasser pr. leder. I denne sammenlikningslogikken har sykeavdelingen i Karasjok kommune en liten lederressurs med 28 plasser pr. leder. Gjennomsnittlig ledertetthet i sammenligningsmaterialet er 14,8 plasser pr. leder. Årsverk og antall personer pr. leder er et annet mål på ledertetthet. Også i den logikken vil ledelsesressursen ved sykeavdelingen i Karasjok framstå som liten.

### ***Oppsummert***

Ved gjennomgang av kostnadene ved sykeavdelingen i Karasjok viser det seg at det er relativt store avvik fra det vi erfarer som et gjennomsnittlig kostnadsbilde ved norske sykehjem.

Analysen viser at sykeavdelingen har svært høye «andre driftsutgifter». Hva dette er uttrykk for bør undersøkes nærmere.

Driftsutgiftene til mat, vask av tøy og medisinsk forbruksmateriell er også høye. Ambia anbefaler at kostnadsbilde, prosedyrer, rutiner og arbeidsmetodikk går igjennom sammen med berørte aktører. Vi vil anta at det er rom for forbedringer som også kan føre til reduserte kostnader.

Direkte brukerrettet innsats i prosent av totalen er lavere enn snittet i vårt materiale. Det bør være et mål at brukerrettet innsats skal utgjøre en vesentlig større andel av totalen. En reduksjon i andre driftsutgifter vil kunne bidra til dette.

Overtidsbruk og variabel lønn er vesentlig høyere ved sykeavdelingen i Karasjok enn ved andre sykehjem. Dette må ses i sammenheng med et svært høyt sykefravær, mye deltid og mange små helgestillinger som står ubesatt. Innkjøp av sykepleierressurser fra eksternt byrå utgjør også en svært høy kostnad.

Sykeavdelingen har en lav lederressurs. Med de utfordringene avdelingen har, er det behov for mer støtte for kunne starte et systematisk forbedringsarbeid.

### 3.7 Sykefravær, heltid/deltid og kompetanse

Det er ulike faktorer som påvirker ressursutnyttelse og tjenestekvalitet. Sykefravær og grad av heltid/deltid påvirker dette i stor grad. Ambia har valgt å analysere disse forholdene nærmere for Karasjok kommune sin del.

#### Sykefravær i Karasjok

Fraværets omfang og på hvilken måte det arbeides med å øke nærværet, er avgjørende for hvor mye og hvor gode tjenester ressursinnsatsen skal kunne ut i.

Tabell 10. Sykefraværet i Karasjok kommune

Enhet	2019		2020		Pr. 30.06.2021 <sup>32</sup>	
	Totalt sykefravær	Korttids sykefravær	Totalt sykefravær	Korttids sykefravær	Totalt sykefravær	Korttids sykefravær
Sykeavdelingen	16,86	5,66	19,78	3,33	20,60	4,71
Hjemmesykepleien	11,96	4,59	14,33	3,46	14,76	3,23
Omsorgsbolig	15,68	8,49	17,66	6,20	13,59	4,93
TMU	6,51	4,17	11,56	3,20	-	-
Helse	4,43	2,87	5,84	2,46	-	-

Sykefraværet i sykeavdelingen, hjemmesykepleien og omsorgsboligene er svært høyt. Sykefraværet i TMU var relativt lavt i 2019 men vesentlig høyere i 2020. Helseenheten har et sykefravær som er ganske gjennomsnittlig for slike enheter i kommunene. Det er verdt å merke seg at korttidsfraværet i Karasjok er vesentlig høyere enn det som er vanlig i kommunene. Andel egenmeldt fravær innen pleie og omsorg i norske kommuner har ligget stabilt på ca. 1,4 % i de siste åra<sup>33</sup>.

Samlet sykefravær i pleie- og omsorgstjenesten på landsbasis var til sammenligning på 11,4 % i 2019. I Finnmark var fraværet 11,5 %. Andelen sykefravær i Norge har totalt sett endret seg lite fra år til år og har ligget på rundt 11 % siden 2007<sup>34</sup>.

På landsbasis er det ikke stor forskjell i sykefraværet på institusjoner og i hjemmetjenestene. I 2019 var sykefraværet for medarbeidere på institusjon på 11,2 %, mens det i hjemmetjenestene var på 11,5 %.

Det er imidlertid store forskjeller på sykefraværet mellom de ulike kommunene. Sykefraværet varierer fra vel 2 % til opp mot 30 % innen de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Et høyt sykefravær har store konsekvenser for medarbeiderne, for brukerne og for kommuneøkonomien.

Det er klart at fraværet i Karasjok kommune er en betydelig utfordring og det er mye å tjene på å øke nærværet. I denne sammenhengen er det fornuftig å vurdere dagens innleiepraksis, dagens turnuser, stillingsstørrelser og alternative arbeidstidsordninger. Ambia anbefaler kommunen å arbeide målrettet og helhetlig med disse forholdene.

<sup>32</sup> Tallene er ikke 100 prosent sammenliknbar, men viser at det fortsatt er meget høyt fravær i noen av tjenestene

<sup>33</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/sykefrav%C3%A6r-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene#resultater>

<sup>34</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/sykefrav%C3%A6r-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene#resultater>

### **Heltid/deltid**

Karasjok kommune har store utfordringer når det gjelder heltid-/deltidskultur. I de undersøkte enhetene er det mye deltid, få hele stillinger og mange små og ubesatte stillinger. Vakante stillinger må dekkes av vikarer og medarbeidere i faste stillinger. Dette sliter på medarbeidere og ledere og er lite forutsigbart for brukerne.

Den gjennomsnittlige stillingsprosenten blant medarbeiderne i faste stillinger i enhetene varierer mellom 64 % og 84 %. Stillingene som ikke er besatt, er som tabell 11 viser, i all hovedsak små stillinger som det ikke kan rekrutteres til. Dette er små helgestillinger. Realitetene i dette bildet er at brukere og medarbeidere må forholde seg til et svært høyt antall personer og at det er en konstant utfordring å sikre riktig kompetanse på alle døgnets timer hver dag i uken. Det er en uforutsigbar situasjon som krever stor innsats dag for dag og det utløser også i stor grad et merforbruk ift. lønnsmidler.

Tabell 11. Heltid/deltid med utgangspunkt i godkjente turnuser for enhetene/avdelingene

	Årsverk	Totalt antall personer	Antall som er tilsatt på heltid	Små stillinger	Vakanser	Gj.snittlig stillingsstørrelse <sup>35</sup>
<b>Sykeavdelingen</b>	28,2	51	9	21 <sup>36</sup>	29	87,13
<b>Omsorgsboligene</b>	14,5	20	3	4 <sup>37</sup>	4	64,50
<b>Hjemmesykepleie</b>	18,3	24	8	4 <sup>38</sup>	7	83,80
<b>TMU</b>	23,3	32	8	6 <sup>39</sup>	3	74,99
<b>Helse</b>	15	15	15	0	0	100

Tabellen viser at det ligger en mulig arbeidskraftreserve som både kan styrke kvaliteten i tjenestene og bidra til en bedre ressursutnyttelse.

Å bygge heltidskultur handler om holdninger, forankring, organisering, vilje til endring og om endringskompetanse. Å bygge heltidskultur forutsetter også politisk vilje og mot, tydelig og handlekraftig ledelse, engasjerte tillitsvalgte og medarbeidere som jobber i samme retning. Ambia vil anbefale at Karasjok kommune vurderer alternative arbeidstidsordninger med bruk av lange vakter i helg som et virkemiddel for å etablere en sterkere heltidskultur. Gjennom en god prosess med stor grad av involvering og et godt samarbeid med tillitsvalgte og medarbeidere viser forskning<sup>40</sup> at lange vakter kan virke svært positivt både for brukere, medarbeidere og for mer effektiv ressursbruk.

### **Kompetanse og rekruttering**

Kompetanse og rekruttering påvirker ressursutnyttelse og tjenestekvalitet. Kravet til kommunenes kompetanse øker i takt med utvikling i demografi og økte forventninger til de kommunale tjenestene fra innbyggere og statlige myndigheter.

<sup>35</sup> Gjennomsnittlig stillingsstørrelse på de stillingene det er faste tilsatte i

<sup>36</sup> Stillinger under 30%, hovedsakelig stillinger i helg

<sup>37</sup> Stillinger mellom 10% og 45%

<sup>38</sup> Stillinger mellom 36% og 49%

<sup>39</sup> Stillinger mellom 23% og 50%

<sup>40</sup> Turnus som fremmer heltidskultur, Kari Ingstad (red), Gyldendal Norsk forlag AS 2016

Kompetanse forstås som helheten av kunnskaper, ferdigheter, holdninger og evner som gjør en person i stand til å fylle konkrete funksjoner og utføre de tilhørende oppgavene i tråd med definerte krav og mål. Denne forståelse gjelder både formell kompetanse/utdanning og annen kompetanse som gjør arbeidstakeren i stand til å mestre arbeidet og sikre god kvalitet på tjenestene som utføres.

Karasjok kommune har store kompetanseutfordringer, spesielt innen pleie og omsorg. Det er som tidligere nevnt en lav andel med helseutdanning både fra høgskole/universitet og fra videregående skole. Når det gjelder helseutdanning fra videregående skole er denne vesentlig lavere enn andre kommuner. Tallenes tale er klar, kommunen må gjøre en innsats for å sikre tilstrekkelig og rett kompetanse for omsorgstjenesten i årene som kommer. Det finnes imidlertid ikke en fasit på hvor mange sykepleiere og hvor mange helsefagarbeidere det må være for å sikre kvalitet i tjenestene. Det viktigste er hvordan man fordeler og bruker den kompetansen man har. Det er avgjørende at medarbeiderne får brukt sin kompetanse best mulig og at kompetansen benyttes der den trengs, uavhengig av organisering og struktur.

De kvantitative dataene om eksisterende kompetanse og uttalelser fra så vel ledere som medarbeidere og tillitsvalgte understreker betydningen av å arbeide strategisk og målrettet med kompetanse. Dette gjelder både rekruttering, mobilisering og utvikling av den eksisterende kompetansen.

Ambia vil anbefale at det utarbeides en strategisk kompetanseplan som tar utgangspunkt i kommunens planer for framtidens helse og omsorgstjenester og behov for kompetanse for å kunne yte disse tjenestene.

De intervjuede understreker også at fagutvikling og utviklingsarbeid i tjenestene kan forbedres. Ambia vil i den sammenheng også understreke betydningen av å utvikle medarbeiderskapet. Ved å skape en attraktiv arbeidsplass, som legger vekt på utvikling, nytenking og læring, kan dette i seg selv skape et godt grunnlag for å sikre god kompetanse i framtiden. Med grunnlag i den tidligere viste befolkningsframskrivingen er dette helt nødvendig.

## 4 Demens

Generelt vil utviklingen når det gjelder personer med demens være en svært viktig faktor når man skal beregne framtidig tjenestebehov. Nye medisiner kan bidra til å redusere forekomst og tjenestebehov. Aldring og helse<sup>41</sup> har nylig lagt ut en artikkel hvor de beskriver nye interessante funn i utviklingen av legemiddelet *Donanemed* som kan redusere kognitiv tilbakegang og funksjonsnedsettelse hos pasienter i en tidlig fase med Alzheimers sykdom. De skriver videre at om resultatene viser seg å stemme, kan dette få stor betydning både for de som rammes av sykdommen og deres pårørende. På den annen side antas at vi vil få en reduksjon i dødelighet av hjerte- og karsykdom og kreft, men økt forekomst av demenssykdom, fordi forekomsten øker med stigende alder.

*I en rapport fra Alderspsykiatrisk forskningssenter(2015)<sup>42</sup> beregnes et gjennomsnittlig sykdomsforløp til vel 8 år. Forløpet deles inn i faser, hvor første fase er "Symptomdebut til diagnose - 3 år", andre fase er "Fra diagnose til institusjon - 3 år" og siste fase er "På institusjon 2,1 år". I de to første fasene mottar pasientene i studiet hjemmesykepleie og praktisk hjelp hjemme. Halvparten av pasientene får hjemmesykepleie og siste måned før innleggelse har pasientene gjennomsnittlig 4 timer hjemmesykepleie i uken.*

---

<sup>41</sup>Aldring og helse, Nasjonal kompetansetjeneste

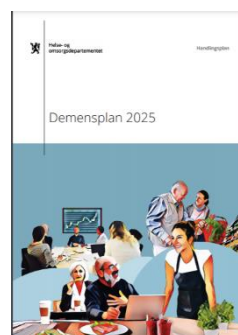
<sup>42</sup>Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset innlandet (2015): "Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC)"

Utgiftene knyttet til pleie og omsorg øker drastisk i tredje fase. I tillegg sier rapporten at pårørende gjør en betydelig innsats. Forskerne har kartlagt at 90 % av personer med demens mottar hjelp fra pårørende. Når demensdiagnosen blir stilt, ytes det i den andre fasen i gjennomsnitt mellom 60 til 85 timer hjelp i måneden fra pårørende. I den tredje fasen på institusjon faller bistanden fra pårørende til 7 timer i måneden.

I rapporten «Forekomst av psykisk helse i Norge»<sup>43</sup>, skrevet på oppdrag fra Helse – og omsorgsdepartementet (HOD), skriver Folkehelseinstituttet at antallet med demens i Norge ligger på mellom 84 000 og 104 000 i 2018.

I Norge har vi gode estimater for forekomsten av demens i sykehjem og blant hjemmeboende tjenestemottakere. Om lag 84 % av de som bor i sykehjem har demenssykdom, og over 40 % av dem som er over 70 år og får hjemmetjenester har demenssykdom.

Ambia viser til demensplan 2025, s 8 «I planperioden for Demensplan 2020 er det gjennomført en forekomstundersøkelse av demens i Norge. Undersøkelsen ble gjennomført sammen med fjerde runde av Helseundersøkelsen i Trøndelag (Hunt4) og inkluderte 9930 personer som var 70 år eller eldre. Forekomsttall for dem som var under 70 år, ble hentet fra en annen undersøkelse gjennomført i samme region. Diagnosen demens ble satt av minst to kliniske eksperter uavhengig av hverandre og med bruk av alle tilgjengelige data som ble innsamlet i Hunt4. Tallene ble gjort representative for Norge som helhet ved en standardiseringsprosedyre der man tok hensyn til forskjeller mellom utvalget i Trøndelag og landet som helhet. Undersøkelsen viser at blant personer i alderen 70 år eller eldre har 14,6 prosent demens. Forekomsten av demens stiger fra 5,6 prosent i gruppen 70–74 år til 48,1 prosent i gruppen 90 år og eldre. Demens er mer vanlig blant kvinner enn blant menn. Den vanligste demenstypen er Alzheimers sykdom (57 prosent), fulgt av vaskulær demens (10 prosent), blandet demens (9 prosent), demens med Lewy-legemer (4 prosent) og frontotemporal demens (2 prosent). I sykehjem har 84,3 prosent demens, mens blant hjemmeboende har 10,8 prosent demens». <sup>44</sup>



Aldring og helse - Nasjonal kompetansetjeneste har nylig utviklet en kommunal oversikt over demens i kommunene <sup>45</sup>. Med utgangspunkt i SSB befolkningsframskriving og en forutsetning om at andel med demens forblir uforandret vil en prognose for demens i Karasjok se ut som i tabell 12.

<sup>43</sup> Psykisk helse i Norge. Rapport fra Folkehelseinstituttet. 2018

<sup>44</sup> <https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demensplan-2025.pdf>

<sup>45</sup> <https://demenskartet.no/#3440>

Tabell 12. Prognose andel av demens i ulike aldersgruppe Karasjok kommune

Karasjok	2020	2025	2030	2040	2050
30-64 år	2	0	0	0	0
65-69år	2	2	2	1	1
70-74 år	7	10	9	10	7
75-79 år	8	11	15	15	14
80-84 år	10	14	19	26	29
85-89 år	13	13	19	36	40
90 år og eldre	12	14	13	27	45
<b>Totalt</b>	54	64	77	115	136
<b>Av befolkningen<sup>46</sup></b>	2,05%	2,55%	3,10%	4,68%	5,71%
<b>Gjennomsnitt i Norge</b>	1,88%	2,12%	2,48%	3,30%	3,99%

Kilde Aldring og Helse – Nasjonal kompetansetjeneste

Ambia gjør oppmerksom på at slik framskrivning kun er en indikasjon på framtidig antall personer med demenssykdom. Dersom forekomst av demenssykdom forblir på samme nivå som i dag, vil utfordringene innen demensomsorgen i kommunen øke noe fra 2020 og fram mot 2030 og kraftig fram mot 2040/2050. Som nevnt er dette svært usikre tall, og tallene i seg selv sier lite om hvilke tjenester som vil være de beste i framtiden.

Hva sier så disse framskrivingene om mulig omsorgstrengende. Framskrivingene er i utgangspunktet bare prognoser på mulige omsorgstrengende. Hvor mange som faktisk blir omsorgstrengende, hvilket omfang og hvilke behov som skal dekkes, sier prognosen lite om. Her er det en rekke faktorer som spiller inn. Det kan blant annet være:

- Kommunens innretning av tjenestene
- Forventet økning i levealder
- Forventet bedring i helsetilstand
- Boligbygging og bedring i boligstandard (universell utforming)
- Kapasitet i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjeneste
- Teknologisk utvikling
- Medisinsk- og omsorgsfaglig utvikling
- Nasjonale føringer og standarder
- Tilgang på ressurser (økonomi og kompetanse)
- Bosettingsstruktur mv

Når en skal forutsi framtidig tjenestebehov er det altså ikke tilstrekkelig kun å legge befolkningsframskrivinger til grunn. En kan heller ikke ensidig ta utgangspunkt i dagens innretning eller dimensjonering, da dette er ulikt fra kommune til kommune. Det er heller ingen lovmessighet om hva som er effektive helse – og omsorgstjenester av god kvalitet. Framskrivingene som her er nevnt kan likevel være med som et grunnlag for de ulike scenariene en kan se for seg i framtiden.

<sup>46</sup> Utgangspunktet for 2020 er 2628, 2025 2511, i 2030 2487, i 2040 2455 og i 2050 2381 innbyggere

I det siste har det vært mye fokus i forskning, meldinger og myndighetsføringer knyttet til framtidig demensomsorg. Ambia antar at dette vil komme til å følges opp av lovverk og at befolkningen vil stille større krav til kommunale tjenester til denne gruppen.

Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester er regulert i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (jfr. § 3.2) og omfatter ikke eksplisitt aktivitets- eller dagsentertilbud. Kommunens plikt til å vurdere pårørendes behov er likevel blitt forsterket gjennom lov. "1. oktober 2017 trådte en ny pliktbestemmelse i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i kraft. Bestemmelsen innebærer at kommunen skal tilby nødvendig pårørende-støtte ....." (Meld. St. 15, 2017-2018, s.152). Der beskrives blant annet opplæring, veiledning, omsorgsstønning og avlastningstiltak for personer med særlig tyngende omsorgsoppgaver som eksempler på pårørendestøtte.

Dette lovkravet følges opp med å opprette kommunale dagtilbud fra 2020. Eksempler brukt i Stortingsmeldingen viser at kommuner oppretter dagsentertilbud for demente. Der vektlegges behovsbaserte og målrettede tilbud og aktiviteter for å øke mestring, skape trygghet, forebygge ensomhet osv., men også som et tiltak for å avlaste pårørende. Dagsentrene kan ha åpent både dag og kveld og organiseres noen steder også som et interkommunalt tilbud <sup>47</sup>.

For å stimulere til dette, ble det i 2018 vedtatt et nytt regelverk for tilskudd til etablering og drift av dagsentertilbud til hjemmeboende personer med demens. Det kan søkes om tilskudd til både etablering av nye plasser og videreføring av eksisterende plasser som er opprettet fra 2012. I målsetningen for tilskuddsordningen skrives det at: "Dagaktivitetstilbud vil kunne stimulere til og bygge opp under egenmestring tilpasset den enkeltes funksjonsevne. Et dagtilbud til hjemmeboende personer med demens kan også bidra til at de som ønsker det kan bo hjemme så lenge som mulig, og gi nødvendig avlastning for pårørende som står i en krevende omsorgssituasjon." <sup>48</sup>

## 5 Fremtidig behov for heldøgns omsorg

Som det går fram av tidligere kapitler i denne rapporten har Karasjok kommune mange institusjonsplasser og omsorgsboliger med heldøgns bemanning pr. innbygger i forhold til andre kommuner. Mottakerne av hjemmetjenester har i tillegg et høyt gjennomsnittlig antall timer hjemmesykepleie per uke. På tross av dette oppleves presset på institusjonsplasser likevel som høyt blant medarbeidere og ledelse.

Det er gjort flere forsøk på å beregne en norm for framtidig behov for institusjonsplasser og andre heldøgns omsorgsplasser, men dette har vist seg å være vanskelig. Dekning av heldøgns omsorgsplasser varierer i stor grad i kommunene og det viser seg at det i all hovedsak er de små kommunene som har mange heldøgns omsorgsplasser.

Det er neppe noen tvil om at det i framtiden vil være behov for et visst antall institusjonsplasser/ heldøgns omsorgsplasser. Dette til tross for at de fleste ønsker å bo hjemme lengst mulig, men ikke nødvendigvis i opprinnelig bolig. Det vil i større grad være mulig å gi omfattende omsorg i egen bolig. Sammen med generell velferdsøkning, utvikling av teknologi, universell utforming, satsing på forebygging og generell

<sup>47</sup> Meld St. 15 2017-2018 "Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre"

<sup>48</sup> <https://helsedirektoratet.no/tilskudd/etablering-og-drift-av-dagaktivitetstilbud-til-hjemmeboende-personer-med-demens#mal-for-ordningen->

bedring av de eldre sin helse, antas det at det da samlet sett vil være behov for færre institusjonsplasser/ heldøgns bemannede omsorgsboliger.

I en FOU-rapport fra VID og Agenda Kaupang<sup>49</sup> på oppdrag fra KS i 2016 vises det til at det lenge har vært en forventning om at antall sykehjemsplasser skal utgjøre 25 % av antall eldre over 80 år.

Denne forventningen har kanskje sin opprinnelse fra «Handlingsplanen for eldreomsorgen», St.meld.nr. 50 (1996-97), altså 25 år tilbake i tid. Siden den tid har kommunene utviklet et tjenestetilbud som består av institusjonsplasser, boliger spesielt tilpasset for heldøgns omsorg, ordinære «omsorgsboliger» og heldøgns tjenester for hjemmeboende (opprinnelig bolig).

Konklusjonen i ovennevnte rapport er at det er lite hensiktsmessig med en nasjonal norm for dekningsgraden. En tilsvarende konklusjon blir trukket i «Innovasjon i omsorg» (NOU 2011:11). Det blir vist til at det er en myte at det eksisterer en statlig norm på en dekningsgrad på 25 %. Det blir vist til at det ikke eksisterer en slik statlig norm, og at en dekningsgrad på 25 % også savner et faglig vitenskapelig belegg.

Ovennevnte FOU-rapport hevder at ulik forståelse av «heldøgns omsorg» gjør planlegging av framtidige institusjoner og boliger vanskelig. Husbanken og SSB anvender begrepet heldøgns omsorg forskjellig. Særlig har kravene til personalbase betydning for hvor mye som skal regnes som heldøgns tilbud. SSB og Husbanken stiller ulike krav her. Det er ikke nødvendig sånn at politikere, administrasjon, helseledere og innbygger heller har en felles forståelse av begrepet.

Felles for hva som regnes som heldøgns tilbud må være at helsepersonale må kunne nå brukerne på kort varsel. Tilbud kan imidlertid gis både i kommunale bygg, stiftelser og i private boliger. Responstiden varierer fra kommune til kommune, fra 5 minutt og opp mot 15 minutt.

Etter Helse- og omsorgstjenesteloven §3-2 a skal alle kommunene ha en lokal forskrift som beskriver kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester<sup>50</sup>. I ovennevnte FOU-rapport ble det drøftet om det bør være en anbefalt norm med en dekning av heldøgns omsorg på mellom 16 % og 20 % (av befolkningen over 80 år). Denne hypotesen ble fastsatt ut fra at dekningsgraden i norske kommuner viser stor variasjon og at dette kunne være en «middels dekningsgrad».

Mange forskere i Norge hevder at antall heldøgns plasser trolig blir redusert de neste 10-årene. Det er mange argumenter som taler for at dekningsgraden av tradisjonelle sykehjemsplasser for eldre over 80 år fortsatt vil bli redusert. Vi vil tilnærme oss et nivå som er mer vanlig i de andre nordiske landene. Levealderen vil øke, tjenestene i hjemmet bygges ut, det blir lagt vekt på mestring og at eldre skal ta ansvar for egen bolig og anskaffelse av enkel teknologi (hylleware<sup>51</sup>). Samt mer avansert teknologi som anskaffes via NAV.

---

<sup>49</sup> Heldøgns omsorg – kommunens dekningsgrad, Færre institusjonsplasser, mer omfattende hjemmetjenester, 8. april 2016 (FOU oppdrag KS)

<sup>50</sup> Prop. 99 L (2015-2016) og Innst. 372 L (201-2016)

<sup>51</sup> Teknologi du kan anskaffe/kjøpe deg selv



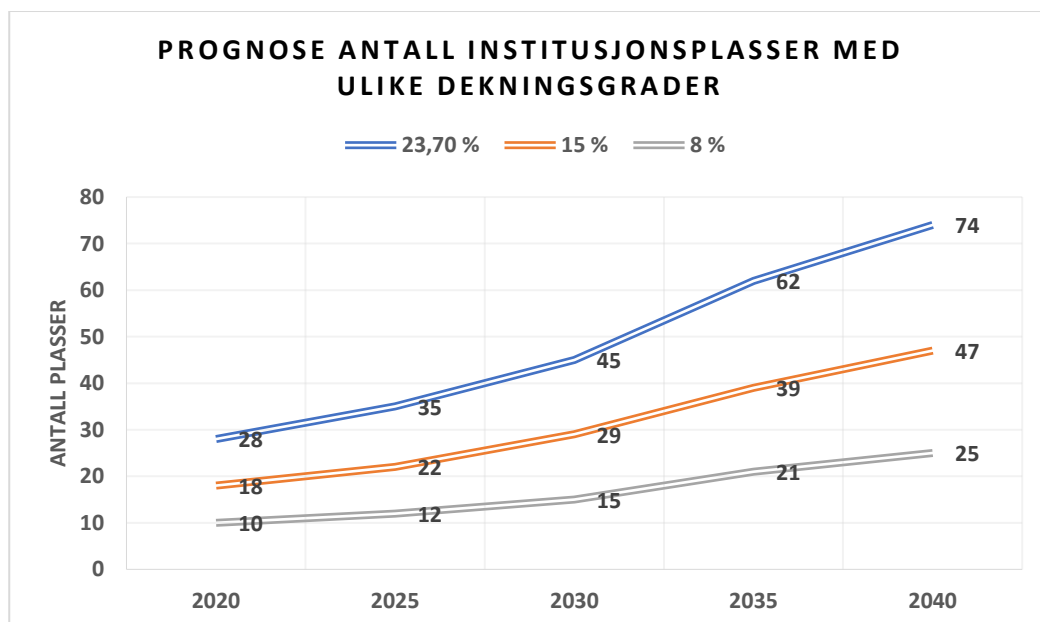
SSB la våren 2016 fram en rapport om behovet for arbeidskraft og omsorgsboliger i omsorgssektoren mot 2060<sup>52</sup>. Rapporten framskriver etterspørselen etter arbeidskraft og omsorgsboliger ut fra ulike scenarier med bakgrunn i demografi, eldre sin helsetilstand, familieomsorg, produktivitet og tjenestestandarder. Ulike forutsetninger slår ut i svært ulike behov både for arbeidskraft og for omsorgsboliger. Rapporten underbygger altså usikkerheten, men hensyn til framskriving av behov for heldøgns omsorgstjenester.

Behovet for heldøgns omsorgsplasser vil i stor grad påvirkes av i hvor stor grad kommunen sørger for helhetlige helse- og omsorgstjenester etter LEON prinsippet/BEON prinsippet<sup>53</sup>. Prinsippet bygger på at kommunen tilbyr en trinnvis opptrapping av helse- og omsorgstjenester for den enkelte, slik at flest mulig kan bo hjemme så lenge som mulig, samtidig som kommunen yter tjenester så effektivt som mulig på rett innsatsnivå.

Som tidligere nevnt er andelen sykehjemsplasser av innbyggere 80 år og eldre høyere i Karasjok enn i sammenligningene vi har gjort. Andel institusjonsplasser i kommunene må ses i sammenheng med de andre tjenestene i kommunen, andel omsorgsbolig med fast tilknyttet personale, tilrettelagte boliger, hjemmesykepleie til hjemmeboende, aktivitetstilbud i kommunen, folkehelse og demografi.

Kommunen har i dag 28 institusjonsplasser, noe som utgjør 23,7 % av dagens innbyggere 80 år og eldre. Dersom kommunen skal ha samme andel i årene fram mot 2040 vil behovet for plasser øke dramatisk. På bakgrunn av det som er sagt tidligere kan vi tenke oss flere senarier og da med en lavere andel institusjonsdekning. Diagram 50 viser behovet for institusjonsplasser ved ulike dekningsgrader som er innenfor det spennet vi finner i norske kommuner i dag.

Diagram 50. Prognose antall institusjonsplasser med ulike dekningsgrader 2020 – 2040



<sup>52</sup> Rapport 2016/20 Erling Holmøy, Fatima Valdes Haugstveit, og Berit Otnes, Behovet for arbeidskraft og omsorgsboliger i pleie og omsorgssektoren mot 2016, Statistisk sentralbyrå, 9 juni 2016.

<sup>53</sup> LEON= Lavest Effektive OmsorgsNivå, BEON= Beste Effektive OmsorgsNivå

Dersom behovet for sykehjemsplasser skulle være akkurat like stort som i dag, og innretningen på tjenestene er som i dag, og bruken av teknologi er som i dag og at innbyggerne har samme forventinger til tjenestene, vil kommunen ha behov for 45 plasser i 2030 og 74 plasser i 2040.

Dette ville ha utløst et behov for 17 nye årsverk i 2030 og ytterligere 29 årsverk i 2040, forutsatt akkurat samme pleiefaktor og driftsforhold for øvrig. Gjennomsnittlige kostnader for et årsverk i 2019 var ifølge SSB kr 811 765 inkludert sosiale kostnader. En økning på vel 17 årsverk vil i så fall koste omtrent 14 millioner og ytterligere 29 årsverk vel 23 millioner<sup>54</sup>. Dette er selvsagt et hypotetisk scenario og det er ikke tallene i seg selv det mest viktige, men budskapet om at det vil være svært kostnadskrevende om kommunens skal fortsette dagens praksis med hensyn til hvem og når det tildeles sykehjemsplass.

Diagrammet viser videre behovet for plasser dersom kommunen dreier innsatsen sin mer i retning omsorgsboliger med og uten fast tilknyttet personale samt mer innsats på hjemmetjenester, hverdagsrehabilitering, forebygging, bruk av teknologi mm. Hvilken helse- og omsorgspolitik og ideologi kommunen velger og i hvor stor grad kommunen lykkes med å yte tjenester etter BEON-prinsippet vil være avgjørende for framtidig behov for institusjonsplasser.

Vi har satt opp et tilsvarende diagram der vi ser på behovet for plasser til heldøgns omsorg ut fra ulike scenarier og dekningsgrader.

Karasjok har i dag 46 plasser som defineres som heldøgns omsorg (sykeavdelingen 28 plasser og omsorgsboligene 18 plasser). Dette utgjør 38,9% av dagens innbyggere 80 år og eldre. Dette er som tidligere nevnt også samlet sett en høy andel i forhold til andre norske kommuner.

Dersom kommunen skal ha samme andel i årene fram mot 2040 vil behovet for plasser samlet sett også øke dramatisk. På bakgrunn av det som er sagt tidligere kan vi tenke oss flere scenarier med en lavere dekningsgrad. Diagram 51 viser behovet for plasser i heldøgnsomsorg med ulike dekningsgrader som er innenfor det spennet vi finner i norske kommuner i dag og som kan antas som et mulig behov i framtiden<sup>55</sup>.

---

<sup>54</sup> Alle tall oppgitt i 2019-kroner

<sup>55</sup> Heldøgns omsorg – kommunens dekningsgrad, Færre institusjonsplasser, mer omfattende hjemmetjenester, 8. april 2016 (FOU oppdrag KS)

Diagram 51. Prognose antall plasser heldøgnsomsorg med ulike dekningsgrader 2020 – 2040

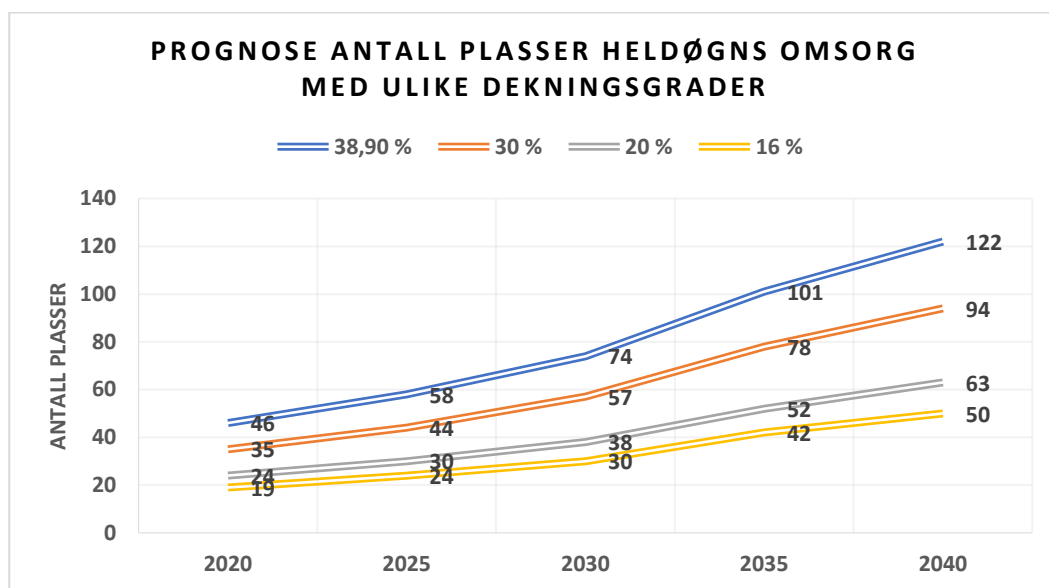


Diagram 51 viser at behovet for heldøgnsomsorg samlet sett (sykeavdeling og omsorgsbolig) vil øke fra 46 til 74 plasser fram til 2030 og til 122 i 2040 dersom heldøgnsomsorgen driftes akkurat som i dag. Samlet vil dette føre til at bemanningen må økes med ca 28 årsverk til 2030 og ytterligere 48 årsverk til 2040. Med samme årsverkkostnad som over fører dette til en økning på ca 23 millioner fram mot 2030 og ytterligere 39 millioner innen 2040.

I tillegg vil det være behov for økning av hjemmebaserte tjenester innen samme aldersgruppe.

Diagrammet viser også alternative dekningsgrader på henholdsvis 30 %, 20 % og 16 %. Disse alternativene medfører et økt behov samlet sett for sykehjemsplasser og omsorgsboliger på henholdsvis 48 plasser, 17 plasser eller 4 plasser ut over dagens antall.

De ulike senarier som ligger implisitt i prognosene i diagram 50 og 51 må vurderes når Karasjok kommune står foran bygging av nytt helsesenter. Antall sykehjemsplasser må fastsettes ut fra hvilken strategi kommunen velger for innretning på tjenestene. Institusjonsdriften skal bygges for framtiden og ikke være en «framskriving av dagens drift». Sammenhengen mellom de ulike innsatsnivåene i tjenesten er viktig. Innsatsen må settes inn på lavere innsatsnivå for at innsatsen kan reduseres eller holdes i sjakk på høyere nivå. Vi vil komme tilbake til dette i våre anbefalinger i kapittel 7.

## 6 Oppsummering kvalitative data

Ambia gjengir her de viktigste problemstillinger og forbedringsområder som er kommet fram gjennom intervjuene, samtalene og personalmøte. Oppsummering fra personalmøtet 15.06.2021 ligger i sin helhet i **vedlegg 3**.

### 6.1 Bygningsmessige forhold

Det er kommet fram helt entydige oppfatninger om at den bygningsmessige standarden og utforming av helsesenteret ikke holder mål. Men også omsorgsboligene blir omtalt som noe mangelfulle i forhold til de behov dagens beboere har. Det hevdes at de bygningsmessige forholdene er såpass dårlig at de virker direkte inn på kvaliteten på tjenesten som ytes og på arbeidsmiljøet.

Synspunkt om dagens bygningsmasse som går igjen er følgende:

- Dårlig ventilasjon, inneklime, varmt om sommeren/ kaldt om vinteren. Utette/dårlige vindu
- Dårlig logistikk/utforming/bruk av rom i forhold til arbeidsoppgaver
- Lange og «rotete» korridorer, manglende oppholdsrom/stuer og pårørenderom. Ikke universelt utforma toilett og romløsninger
- Ikke forskriftsmessig skille mellom reint og skittent, søppelhåndtering, skyllerom, smitterom mm
- Uskjermet og uhensiktsmessig ambulansmottak. Ikke tidsmessig/oppdaterert iht dagens krav
- Uhensiktsmessig lagring, lagerrom på mange plasser
- Ikke tidsmessige utforming/bruk av medisinrom
- Uhensiktsmessig plassering kapell og kjølerom
- Ønske om mindre avdelte avdelinger, akutt sykestue, KAD samlokalisert, mulighet for skjerming
- Helsestasjon uegna lokaler og uhensiktsmessig lokalisert

Det er en relativt entydig oppfatning av at dagens plassering av Helsesenteret og omsorgsboligene ikke er optimale. Det er en klar oppfatning av at det må bygges nytt helsesenter og at sykeavdeling/omsorgsboliger bør ligge på «dagens internattomt» ved elva. Det hevdes at dette også ville ha gitt et løft for pasienter/beboere, pårørende og for medarbeiderne. Tilknytninga til elva er stor.

### 6.2 Helhetlig tjenestetildeling

Det er flere som hevder at tjenestetildeling, både kartlegging, vurdering og saksbehandling har et forbedringspotensial. Det pekes likevel på at hovedutfordringa er at «omsorgstrappen» eller «innsatstrappen» ikke er utfyllende, men mangler ett eller flere trinn. Dimensjoneringa oppleves ikke å være rett.

- Det er en samstemt oppfatning at forebyggende innsats, hverdagsrehabilitering og bruk av velferdsteknologi på alle nivå bør styrkes.
- Privatboligene i kommunen er ikke universelt utforma og tilpasset ønsket om å bo lengst mulig i egen bolig uten hjelp fra kommunen. Det bør stimuleres til kjøp eller leie i bokollektiv, borettslag eller utbedring av egen bolig.
- Det oppleves et stort press på sykehjemsplasser og plasser i omsorgsbolig, men det pekes samtidig på at økt innsats på forebygging, velferdsteknologi, aktivitetstilbud, dagsenter, frivillighet og en tilpasset boligpolitikk kan redusere behovet for de mest omfattende tjenestene. Noen mener at ikke alle på sykeavdelingen og i omsorgsbolig nødvendigvis «hører hjemme» på dette trinnet i tiltakskjeden, men kunne nyttiggjort seg tjenester på et lavere innsatsnivå forutsatt en helhetlig og sømløst tjenestetilbud.
- De fleste mener at hjemmesykepleie og hjemmehjelptjenesten må styrkes for kunne utsette behovet for mer omfattende tjenester. Men det hevdes også fra noen at hjemmesykepleien i dag

bærer preg av raushet og at ikke alle tjenestene nødvendigvis er påkrevd som nødvendig helsehjelp.

- Det gis klart uttrykk for at demensomsorgen er for dårlig og må styrkes i form av demensteam, skjerma demensenhet og aktivitetstilbud til demente.
- Innsats overfor barn og ungdom oppleves å være nedprioritert, blant annet helsestasjon for ungdom som tidligere er opplevd som et ettertraktet og godt forebyggende tiltak.
- Det hevdes at vedtakspraksisen i kommunen har vært mangelfull, at den er i bedring, men at det fortsatt er et stykke før den er profesjonell og av god kvalitet.
- Generelt pekes det på at det er behov for å styrke det tverrfaglig arbeidet, arbeide på tvers i team og grupper i og mellom enhetene. Dvs styrke det helhetlige samarbeidet i helse og omsorg.

På spørsmål om hvordan tjenestetildelingen fungerer får vi selvsagt forskjellige svar, men det som går igjen er et ønske om mer helhetstenking omkring brukeren, mer strategi, samlet retning og helhetlige planer for brukerne i tråd med BEON-prinsippet<sup>56</sup>.

### 6.3 Bemanning, kultur og arbeidsmiljø

Det hevdes at det tidligere ikke er arbeidet systematisk med arbeidsmiljø og kultur. Mangelfull styring, og ledelse, uformelle ledere og ukultur har preget organisasjonen tidligere. Flere sier midertid at det oppleves en endring til det bedre både mht ledelse, styring, og kultur ifm prosjektet «Framtidens Karasjok».

De største utfordringene det pekes på fra de intervjuede er:

- Høyt sykefravær – lav terskel for fravær
- Mange vikarer
- Alt for mye deltid
- Vikarinleie
- Sommeravtaler og bakvaksordning
- Kompetanseutvikling, fagsykepleiere, fagutvikling
- Trege ansettelsesprosesser
- Mangel på sykepleiere og helsefagarbeidere
- Manglende kompetanseplan, medarbeiderundersøkelser, systematisk HMS arbeid

Det er flere som uttrykker bekymring for det faglige nivået blant medarbeiderne. Dette først og fremst pga utstrakt bruk av vikarer og at mange av dem ikke har helsefagutdanning. Det pekes på at det ikke drives systematisk kompetansearbeid i tjenestene, noe som burde hatt høyeste prioritet siden rekrutteringen er som den er. Mange peker på språkutfordringen. De som rekrutteres må kunne samisk eller ta samisk kulturkurs.

### 6.4 Ledelse og styring

De fleste gir uttrykk for at det har vært mangelfull ledelse og styring på alle nivå i kommunen. Det er imidlertid ganske mange som hevder at dette er i bedring og at prosjektet «Framtidens Karasjok» har hatt positiv innvirkning på dette. Det er et mål at omorgansiering og ny lederstruktur skal styrke dette ytterligere og det er en «vente og se holdning» til det.

Det er flere som hevder at det for å lykkes kreves gode støttefunksjoner og fagutviklere slik at lederne får anledning til å være ledere.

Økonomi og rapportering hevdes å ha blitt bedre i seinere tid, men det hevdes at det fortsatt er et forbedringspotensial i så måte.

---

<sup>56</sup> BEON-prinsippet = beste effektive omsorgsnivå

## 6.5 Felles mål, retning og planer

Det er stor enighet blant de intervjuede om at det er behov for en felles strategi, felles retning og en felles forståelse av hvilke mål det skal jobbes mot. Alle mener at god samhandling mellom tjenestene er en forutsetning for effektive tjenester med god kvalitet. Mange sier at samhandlingen og prioriteringene ville blitt bedre hvis planer, strategier og mål var gjennomarbeidet og samstemt. Mange av de intervjuede har en opplevelse av at enhetene jobber hver for seg, fra dag til dag og at samhandlingen kan forbedres. Det ble også kommentert at systematikk i arbeidet, innen en rekke forhold, lider pga manglende planer, strategier og felles mål. Dette gjelder så vel fagutvikling, forbedringsarbeid, avvikshåndtering, HMS, kompetanseledelse og dokumentasjon.

## 6.6 SWOT Personalmøte 15.06.2021

En oppsummering fra personalmøtet den 15. juni gis i vedlegg 3. På personalmøtet kom det fram synspunkter både på styrker, muligheter og svakheter med dagens bygningsmasse og tjenestetilbud. Personalet som var tilstede på møtet var engasjerte og oppriktig interessert i å forbedre dagens tjenestetilbud og forberede seg for framtiden. Engasjementet på møtet er et signal om at medarbeiderne er en viktig ressurs når framtidens tjenestetilbud skal diskuteres og besluttes i den kommende helse- og omsorgsplanen i kommunen.

## 7 Ambias vurdering av dagens og framtidige boformer og bygningsmasse innen pleie- og omsorg

Det er ingen tvil om at dagens bygningsmasse innen pleie og omsorg krever oppgradering. Bygningsmassen tilfredsstillende ikke krav og forventninger til tidsmessige og framtidens tjenester innenfor et av de viktigste innsatsområdene i kommunen. Dette er klart uttalt fra alle som er intervjuet og det hevdes, sannsynligvis med rette, at dagens bygningsmasse hemmer den faglige driften av flere av tjenestene, både med hensyn til kvalitet, effektivitet og HMS.

Det har ikke vært oppgaven til Ambia å vurdere den bygningstekniske tilstanden da denne forutsettes kjent. Ambia vil likevel hevde at dagens sykeavdeling ikke er egnet for framtidig sykehjemsdrift. Dagens omsorgsboliger kan nok oppgraderes og brukes til boligformål, men på sikt neppe til beboere med stort omsorgs- eller pleiebehov.

På bakgrunn av befaring og kunnskap om hvordan framtidens sykehjem og omsorgsboliger bygges i dag er det vår oppfatning at det bør bygges et nytt helsesenter/helsehus som er rigget for framtidige tjenestetilbud som kan tilfredsstillende demografisk, teknologisk og medisinsk faglig utvikling og antatte endringer i folkehelsen. Ambia har erfart at de fleste kommuner som bygger nye helsesenter/helsehus samler mest mulig av sine helse- og omsorgsbaserte tjenester i eller rundt dette senteret. En liten kommune som Karasjok vil på sikt være tjent med en felles lokalisering av kommunens helse- og omsorgstjenester.

Ambia vil ta utgangspunkt i diagram 50 og 51 i kapittel 5. Vi kan først se på et mulig behov for institusjonsplasser. Vi vet at flere kommuner har en svært lav sykehjemsdekning i dag, men da ofte med et større antall omsorgsboliger, bemannet eller ikke. Disse kommunene har et uttalt ideal å yte mest mulig hjemmesykepleie i omsorgsbolig eller egen opprinnelig bolig. De ønsker også å satse på forebygging, hverdagsrehabilitering, bruk av teknologiske hjelpemidler, samarbeid med pårørende og frivillighet. De med lavest sykehjemsdekning kan imidlertid ha store utfordringer når demente trenger skjerming.

Dersom Karasjok kommune følger denne ideologien og ønsker en sykehjemsdekning på 8 % -15 % av innbyggere 80 år og eldre vil behovet være 25-47 plasser i 2040 mot dagens 28.

Hvis vi samtidig tar utgangspunkt i at Karasjok kommune i 2040 har behov for en samlet heldøgns dekning på 16 % - 20 % av innbyggere 80 år og eldre, vil behovet være 50-63 plasser mot dagens antall på 46.

Forholdet mellom institusjonsplasser og omsorgsbolig med fast tilknyttet personale er avhengig av hvilken politikk eller ideologi som skal være rådende i kommunen. Et annet forhold som må avklares er i hvor stor grad kommunen velger å gjøre sykeavdelingen til en spesialisert enhet som krever høy kompetanse og at «langtids pleie og omsorg» i størst mulig grad ytes i omsorgsbolig eller eget hjem.

Et spørsmål som også må reises er hvordan kommunen velger å organisere «demensomsorgen». Det vil uansett være behov for noen skjermede plasser for utagerende demens i institusjon, men det øvrige behovet for plasser kan dekkes på flere måter. Mange kan bo i egen opprinnelig bolig, i omsorgsbolig, med eller uten fast tilknyttet personale.

For demente som har behov for heldøgnsomsorg velger noen kommuner å bygge/benytt små enheter i institusjon, andre benytter egne enheter i omsorgsbolig med fast tilknyttet personale. Ideologien om at «smått er godt<sup>57</sup>», står imidlertid ved lag for begge alternativene.

Behovet for heldøgns omsorgsplasser vil også i stor grad være avhengig av hva innbyggerne selv gjør for å ta ansvar for egen bolig og egen helse. Ønsket om å kunne bo hjemme i egen bolig lengst mulig dreier seg også om innbyggernes evne til å oppgradere egen bolig, sørge for universell utforming og legge til rette for at nødvendig helsehjelp kan ytes hjemme.

Behovet for heldøgns plasser påvirkes også av boligpolitikken i kommunen. Samarbeid kommune, utbyggere og innbyggere om tilrettelegging og utbygging av hensiktsmessige boliger og bofellesskap kan og bør utvikles. Flere eldre blir boende alene og blir «ensom» på sine gamle dager. Å stimulere i rett tid for nye og mer sosiale boformer er en mulig vei å gå. Helgetun seiniorboliger i Fana<sup>58</sup> er et prosjekt vi kan trekke fram som et eksempel på aktuell boform for mange eldre.

En drøfting om dimensjonering av den framtidig heldøgnsomsorg hører hjemme i planarbeidet i kommunen. Ambia er kjent med at kommunen skal arbeide med helse- og omsorgsplan høsten 2021. «Omsorgstrapp» eller «Innsatstrapp» er gjerne begreper som brukes når helhetlige helse- og omsorgstjenester skal beskrives, dimensjoneres og planlegges. Ved å ha bevissthet rundt virkningsfulle tjenester på et lavest mulig nivå, kan behovet for mer ressurskrevende tjenester forsinkes eller i beste fall unngås. Trinnene i trappa representerer grad av inngripen i folks liv. Jo høyere trinn i trappa, jo større kommunal inngripen. Målet må være å styre aktivitet og innsats på en måte som underbygger innbyggernes behov for tjenester på et nivå som er i tråd med ønsket om mestre livet mest mulig på egen hånd.

Ambia vil være forsiktig med å komme med en konkret anbefaling på hvor mange sykehjemsplasser og hvor mange omsorgsboliger med fast tilknyttet personale det vil være behov for i Karasjok i 2030 og 2040. Vi vil først anbefale at kommunen drøfter behovet for et spesialisert sykehjem med nødvendige plasser for:

- \*lindrende behandling
- \*rehabilitering
- \*psykiatri/rus/KAD

- \* akutt/KAD
- \* avlastning/korttid/vurdering demente
- \*utagerende demente

<sup>57</sup> Sintef notat 16: Er smått alltid godt i demensomsorgen? Kunnskapsstatus om botilbud; <https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/handle/11250/2372875>

<sup>58</sup> <https://helgetunbolig.no/>

Det bør anslås hvor mange plasser en vil avsette til disse formålene. Erfaringene fra dagens sykeavdeling er at plasser som egentlig er avsatt til korttids opphold «låses». Personer som venter på langtids opphold har fått tildelt disse plassene. Dette blir en «propp i tiltakskjeden» og er svært uheldig. God gjennomstrømming på korttidsplasser er et tegn på effektivitet og riktig dimensjonering av de andre tjenestene i kjeden. En korrekt dimensjonering av plasser til korttids opphold er derfor viktig.

Dersom antallet omsorgsboliger med fast tilknyttet personale er riktig dimensjonert og sykehjemmet fungerer som over, kan det kanskje anslås et behov for opp til 15 institusjonsplasser. Hvis en imidlertid tenker seg at demensomsorgen skal ivaretas i institusjon, kan behovet være opp til 15-20 plasser i tillegg.

Noen kommuner har lagt til rette for at demensomsorgen i all hovedsak ivaretas i bofellesskap/ omsorgsbolig med eller uten fast tilknyttet personale. De har imidlertid i tillegg et begrenset antall sykehjemsplasser beregnet for utagerende demente med behov for skjerming. En utfordring oppstår når behovet for skjerming og låste dører oppstår i omsorgsboligen. Det vil da være behov for hjemling til institusjonsplass. Dette er en krevende prosess.

Det er derfor nødvendig å ta en faglig vurdering rundt demensomsorgen før det bygges nytt. Ambia anbefaler sterkt at det bygges med en fleksibilitet som gjør det mulig å hjemle boliger dersom behovet for institusjonsplasser skulle øke ut over det en i utgangspunktet har.

Hvis det langsiktige målet er 16 prosent dekningsgrad i heldøgnsomsorgen innen 2040, vil det være behov for 50 institusjonsplasser/heldøgns omsorgsbolige totalt. Dersom det planlegges for 15 institusjonsplasser, må det være 35 omsorgsboliger med fast tilknyttet personale. Dersom kommunen velger at demensomsorgen i hovedsak skal være institusjonsbasert, vil det være behov for 35 institusjonsplasser og 15 omsorgsboliger. Ved 20 prosent dekningsgrad vil behovet i så fall være 28 omsorgsboliger.

Mange kommuner velger å bygge nye helsesenter, institusjonsplasser, omsorgsboliger i flere byggetrinn. Ambia vil tilrå at dette også gjøres her.

Ovennevnte vurderinger av antall plasser bygger på faglige vurderinger, prognoser og matematiske beregninger. Det viktigste i første omgang er å få slått fast om det skal bygges nytt helsesenter/helsehus, hva innholdet skal være og ikke minst hvor senteret skal ligge. Dersom kommunen velger en begrenset utbygging er det viktig at tomt som velges er egnet for videre utbygging dersom det blir behov for det.

Første byggetrinn bør kanskje ta høyde for opp til 50 plasser totalt til heldøgnsomsorgen og at kommunen tar en faglig diskusjon på fordeling mellom institusjonsplasser, plasser til demens og til omsorgsbolig geriatri/psykisk helse&rus..

Dersom dagens omsorgsboliger kan rehabiliteres og evt brukes til samme formål som i dag, eller til demensomsorg vil, med en dekningsgrad på 16 %, behovet for nye plasser på internattomta være ca 15 + 15. Med 20% dekningsgrad og full utnyttning av dagens omsorgsboliger, vil behovet være ca 15 +28 ved nytt helsesenter/bygg.

Dersom det nå fattes politiske beslutninger om bygging, er det svært viktig at ledelsen innen helse og omsorg benytter tiden framover til å legge om driften i tråd med de beslutninger som tas i forbindelse med helse- og omsorgsplan.

For å kunne drive tjenestene effektivt i et nytt helsehus er det også helt avgjørende at den øvrige innsatsen innen helse og omsorg er effektiv og riktig dimensjonert. Det vil med stor sikkerhet være et behov for å optimalisere utøvelsen av helsetjenester i hjemmet. Det er helt nødvendig at hjemmesykepleien øker sin innsats både i beboernes private hjem, i omsorgsboligene og i nye boformer som evt. etableres i kommunen.



## 8 anbefalinger

### 8.1 Prioriterte innsatsområder

Ambia anbefaler at arbeidet med ny *helse- og omsorgsplan* prioriteres og starter så snart som mulig. Det må utarbeides en forpliktende handlingsplan med prioriteringer. Ambia anbefaler følgende innsatsområder:

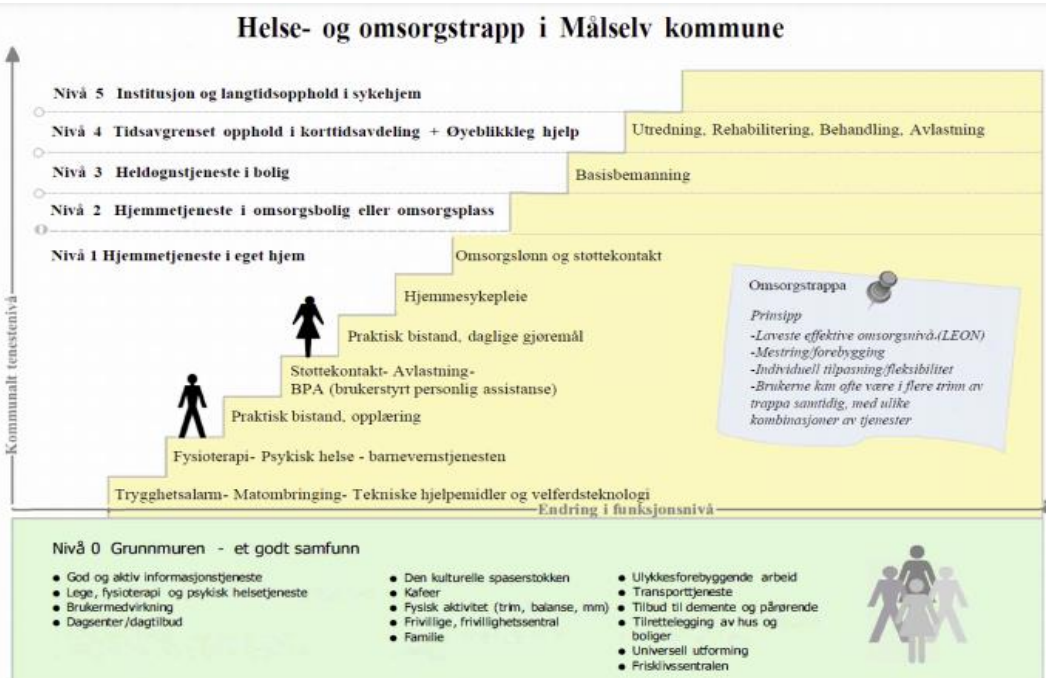
- Forebygging og hverdagsmestring og rehabilitering i alle tjenesteledd, herunder forebyggende hjemmebesøk
- Velferdsteknologi, ta i bruk teknologiske løsninger i alle deler av tjenesten
- Folkehelse og frivillighet
- Gjennomgang av vedtakspraksis i pleie og omsorg
- Dreie innsatsen fra institusjonsbasert til hjemmetjenestebasert tjeneste
- Demensteam bør etableres. Demensteamets oppgaver kan være hjemmebesøk med demenstest, kontakt opp mot pårørende, tilsyn/kartlegging/samtaler i hjemmet, implementering av aktuell velferdsteknologi og veiledning til pårørende. Demensteam og hjemmetjenesten må samarbeide tett
- Styrke saksbehandlingen i helse og omsorg, kartlegging og vurdering, koordinering av fagutvikling, satsingsområder mm.
- Utvikle og styrke lederstøtte i tjenesten, spesielt i pleie og omsorg
- Redusere sykefravær
- Systematisere og styrke kompetansearbeidet i helse og omsorg, kompetanseplan som omfatter både beholde, utvikle og rekruttere. Prioriteringer og utvikling må være i tråd med føringer i ny helse- og omsorgsplan
- Redusere vikarleie gjennom byrå og overtid. Vurdere alternativ rekruttering, alternative arbeidstidsordninger, riktig bruk av kompetanse på alle tider av døgnet
- Turnuser gjennomgås samlet i pleie og omsorg med sikte på å tette hull, redusere små stillinger, øke stillingsandeler og benytte eksisterende kompetanse
- Raskere ansettelsesprosess
- Utvikle tverrfaglig samarbeid der dette vil gagne brukeren. Utvikle team- og gruppetodikk i tjenesten
- Utvikle boligpolitikken, innbyggerinvolvering, samarbeid med private aktører
- Styrke ledelsesprosessen, spesiell vekt på strategi, omstilling og enhetlig ledelse – jobbe med felles retning
- Helsestasjon for ungdom
- Styrke arbeid med psykisk helse barn og unge

I forbindelse med utarbeidelse av ny helse- og omsorgsplan er det flere av de ovennevnte punkter som må drøftes og enes om. Prioriteringer må foretas i utarbeidelse av handlingsplan. Arbeidet vil måtte involvere både politisk og administrativ ledelse samt medarbeidere, tillitsvalgte, vernetjeneste, brukerorganisasjoner og innbyggere i kommunen.

Ambia anbefaler at kommunen i forbindelse med planarbeidet gjennomgår begrepet «omsorgstrapp» eller «innsatstrapp» for riktig dimensjonering av tjenestene i henhold til brukerbehov, samt definering av oppgaver knyttet til hvert trinn og overgangene mellom trinnene, herunder luke bort «skjulte tjenester».

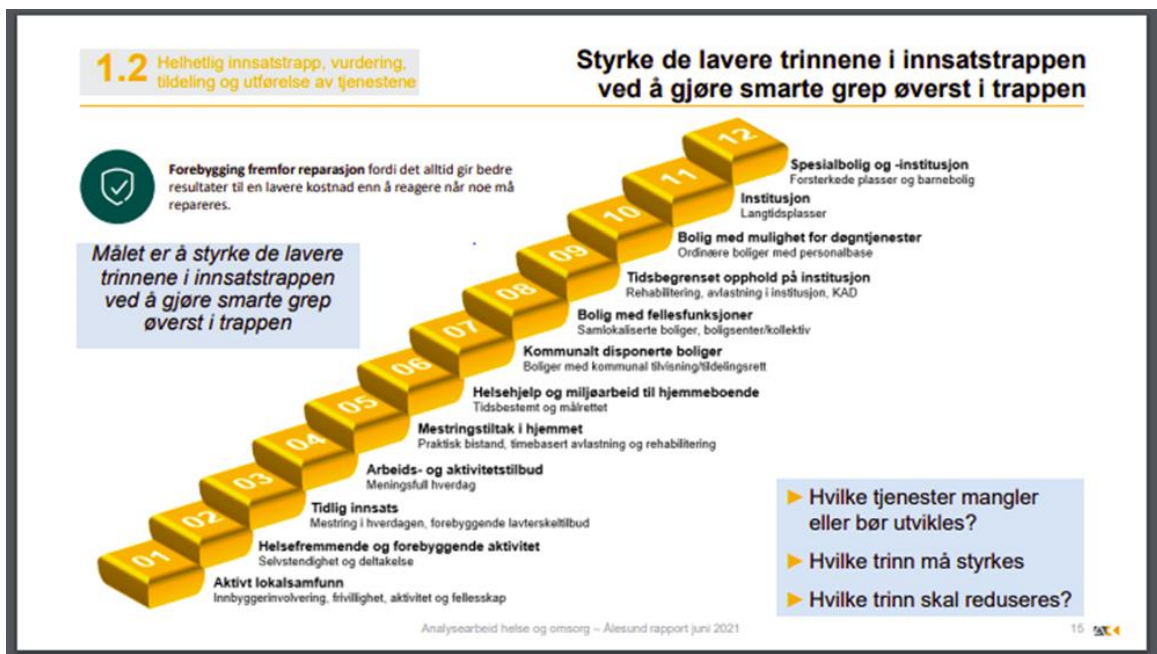
Vi tillater oss i den forbindelse å vise to eksempler på hvordan en kan bruke denne modellen når innhold og dimensjonering av helhetlige tjenesteforløp skal drøftes i kommunen.

### Eksempel på helse- og omsorgstrapp



Kilde: Kommunedelplan helse og omsorg for Måselv kommune 2017 - 2029

### Eksempel på innsatstrapp



Kilde: Analysearbeid i helse- og omsorgstjenestene i Ålesund kommune Rapport 17. juni 2021 Analyse- og utviklingsprosjekt våren 2021, Agenda Kaupang

## 8.2 Anbefaling heldøgnsomsorg og andre boformer

For å komme fram til et forventet behov for heldøgns plasser er det som tidligere nevnt forhold som kommunen selv må avklare, gjerne i samband med helse- og omsorgsplanarbeidet. Ambia har belyst hvilke forhold som spiller inn på valg av boformer og bygningsmasse, først og fremst hvilke forutsetninger som må være til stede for å velge det ene eller det andre.

Ambia anbefaler at det planlegges ut bra et behov på ca. 50 heldøgns plasser i nytt helsesenter. Innholdsmessig er det flere varianter, avhengig av om kommunen velger institusjonsplasser for demente eller bofellesskap/omsorgsbolig med fast tilknyttet personale. Dette bør være byggetrinn 1 i prosessen. Behovet for videre utbygging er det vanskelig å si noe om. Åtte til ti år er lang tid i denne sammenhengen. Hva som gjøres med dagens 18 omsorgsboliger er også styrende for et eventuelt byggetrinn 2.

Ambia ønsker ikke å gi et entydig råd om demente som har behov for døgntjeneste bør tilbys plass i bofellesskap eller institusjon. Denne avgjørelsen må kommunen ta etter en grundig diskusjon.

Ambia skisserer i tabell 13 tre alternativer til dimensjonering av institusjonsplasser og omsorgsboliger som kan være et diskusjonsgrunnlag for kommunen.

Tabell 13. Alternative løsninger for institusjonsplasser og omsorgsboliger i 2030

Institusjonsplasser	Omsorgsbolig med fast tilknyttet personale	Omsorgsbolig med fast tilknyttet personale Demente	Ubemannet omsorgsbolig
15 Dagens internattomt	15 Dagens internattomt	20 Dagens internattomt	18 i dagens omsorgsboliger
35 Dagens internattomt	15 Dagens internattomt	0	18 i dagens omsorgsboliger
15 Dagens internattomt	35 Dagens internattomt	18 i dagens omsorgsboliger	0

Vi vil understreke at dette kun er et diskusjonsforslag. Vi anbefaler at det drøftes en trinnvis utbygging av nytt helsesenter og at den delen av eksisterende bygningsmasse som kan benyttes til ulike tjenestetilbud blir oppgradert til de formål de skal ha. Vi vil presisere at de tjenestene som krever døgnbemanning bør være samlet i framtiden. Dette av hensyn til fleksibilitet, kompetanse og økonomi. Det er en fordel om kompetanse kan brukes på tvers og at antall personalbaser og nattevakter kan holdes på et optimalt nivå.