

Fremtidig eldreomsorg i Halden kommune



pwc

19.08.2020



www.pwc.com

Sammendrag

Dette prosjektet omfatter kommunens helse- og mestringstjenester til innbyggere over 67 år. Det vil si den klassiske *eldreomsorgen*. Tjenester til barn og unge og til utviklingshemmede inngår dermed ikke. Tjenester til psykisk syke og rusavhengige inngår heller ikke, med mindre det er en naturlig del av hjemmetjenesten eller brukeren omfattes av eldreomsorgen. Tall for kostnader, antall brukere og antall plasser gjelder dermed bare deler av kommunalområdet Helse- og mestring.

Det ventes en betydelig økning i antall eldre fra idag til 2045 i Halden kommune. Dersom kommunen tilbyr tjenester på samme nivå som i dag, vil den årlige kostnaden innen eldreomsorgen trolig dobles (økes fra 321,3 MNOK til 640,6 MNOK) fram mot 2045. En så stor økning i budsjett er neppe realistisk.

Kommunen vil derfor måtte gjennomføre betydelige omstilling for å imøtekomme økt behov i kommende år. PwC har derfor, i tillegg til framskrivning av dagens tjenestenivå (scenarie 1), utarbeidet 4 ulike scenarier for omstilling av tjenesteyting. Alle scenariene utover scenariet 1 (null-alternativet) viser reduserte kostnader i forhold til framskrivning av dagens kostnadsnivå. I scenario 5 foreslår vi en kombinasjon av å dempe vekst i antall institusjonsplasser og øke antall plasser i heldøgns omsorgsboliger. I dette scenariet vil kostnader kunne holdes på dagens nivå fram mot 2025, og med dempet vekst i forhold til de andre scenariene fram mot 2045. Scenario 5 vil være det mest økonomisk bærekraftige for kommunen (100,4 MNOK lavere).

Framskrivning av bemanning for sykepleiere og helsefagarbeidere viser at det med videreføring av dagens drift vil bli et betydelig økt behov for sykepleiere og helsefagarbeidere allerede fra 2025. I 2045 vil det være behov for dobbelt så mange. Behovet for sykepleiere og helsefagarbeidere dempes i de andre scenariene, og er lavest i scenario 5.

Ut fra økonomisk bærekraft og mulighet til å skaffe nok fagpersonell i eldreomsorgen anbefaler PwC scenario 5 som strategisk mål for kommunen. Dette scenarioet vil kreve betydelig omstilling i årene framover. PwC vurderer at Halden har en velfungerende eldreomsorg med rasjonell drift og god tjenestekvalitet i dag. Dette gir et godt utgangspunkt og tilsier at det er lederkapasitet og handlekraft for å gjennomføre endringer. Nødvendige omstillinger vil likevel kreve styrking av områder som samhandling med brukere og pårørende, samarbeid med ansatte, med frivillige og næringsliv og med innbyggerne i kommunen.

I anbefalingene og i rapportens kvalitative del er det foreslått flere tiltak som gjelder organisasjonsutvikling, og som vil sette Halden kommune i stand til å møte fremtidens eldreomsorg.

Anbefalinger



1. Tilpasning av tjenestene til fremtidens brukerbehov

For å kunne gjøre nødvendige vurderinger og prioriteringer på tvers av enheter og tjenesteområder bør ledergruppen i helse og mestring frigi mer tid til strategisk arbeid.

Kommunen bør involvere brukerrepresentanter i arbeid med strategi for helse og mestring slik at brukernes perspektiv blir ivaretatt i endringsprosesser og utforming av framtidens eldreomsorg.



2. Kvalitet i tjenestene

Nasjonale kvalitetsindikatorer tyder på at kommunen gjennomsnittlig har tjenestekvalitet på nivå med andre kommuner i landet.

Tiltak framover vil være å videreutvikle kvalitetsstandarder og kvalitetsindikatorer i tråd med omstilling og endringer i tjenesten slik at konsekvensene for tjenestekvalitet kan følges tett.



3. Ressurs og kompetansebehov for fremtiden

Kommunen vil ha et stort behov for flere sykepleiere og helsefagarbeidere fram mot 2045. Det vil ikke være realistisk å rekruttere nye medarbeidere i tilstrekkelig antall. Kommunen bør derfor også videreføre andre tiltak for å møte framtidige bemanningsbehov.

Aktuelle tiltak er endringer i kompetansesammensetning og oppgavedeling mellom yrkesgrupper, økning i snitt stillingsbrøk, og optimalisering av bemanningsplaner og turnusordninger. Kommunen er i gang med dette arbeidet.



4. Lederskap og medarbeiderskap

Det bør vurderes å bruke noen av de faste møtene mellom hovedtillitsvalgte og kommunedirektør til uformell dialog. Dette for å legge til rette for tidligst mulig involvering i endringsprosesser.

Det bør også utarbeides standardisert og forutsigbar metodikk for risikovurdering, evaluering og gevinstrealisering av endringsprosesser. Dette vil gi lik prosessstilnærming for alle typer endringer og bidra til at mål for endringer oppnås.

For å styrke framtidig rekruttering av ledere bør kommunen også vurdere å etablere et internt program for mobilisering av ledertalenter.

Anbefalinger



5. Innbyggerinvolvering

Kommunen bør som del av det pågående arbeidet med utforming av strategi for helse og mestring formulere den skriftlige historien om hvordan eldreomsorgen i Halden vil se ut i 2045.

Kommunen har avholdt dialogmøte med innbyggere om eldreomsorgen. Dette bør gjentas i forbindelse med videre arbeid med strategisk plan. Innbyggere og næringsliv bør få presentert utfordringsbildet og fremtidshistorien, og det bør legges opp til diskusjon om hvordan de ulike aktørene best kan samarbeide for å løse utfordringene.



6. Digitalisering og digital kompetanse hos brukerne og ansatte

Kommunen bør fortsette sin satsing på velferdsteknologi. Fremtidens brukere av eldreomsorgen vil ha mer sammensatte behov, og kommunen må tenke nytt for å kunne møte de økte kravene og behovene for å levere tjenester med fortsatt god kvalitet. Kommunen og brukerne er tjent med at det legges til rette for størst mulig grad av selvstendighet og mestring for brukerne, og at brukerne derfor bor hjemme og tar ansvar for egen helse lengst mulig.

Det anbefales at kommunen har en optimistisk tilnærming til mulighetene som ligger i digitalisering og bruk av ny teknologi i eldreomsorgen. Med økt bruk av hjemmetjenester og omsorgsboliger blir dette særs viktig for at kommunen skal kunne drifte effektive tjenester i fremtiden. En satsing på kunnskapsløfte knyttet til bruk av velferdsteknologi blant ansatte og brukere blir viktig for å bygge trygghet og effektiv bruk av verktøyene.



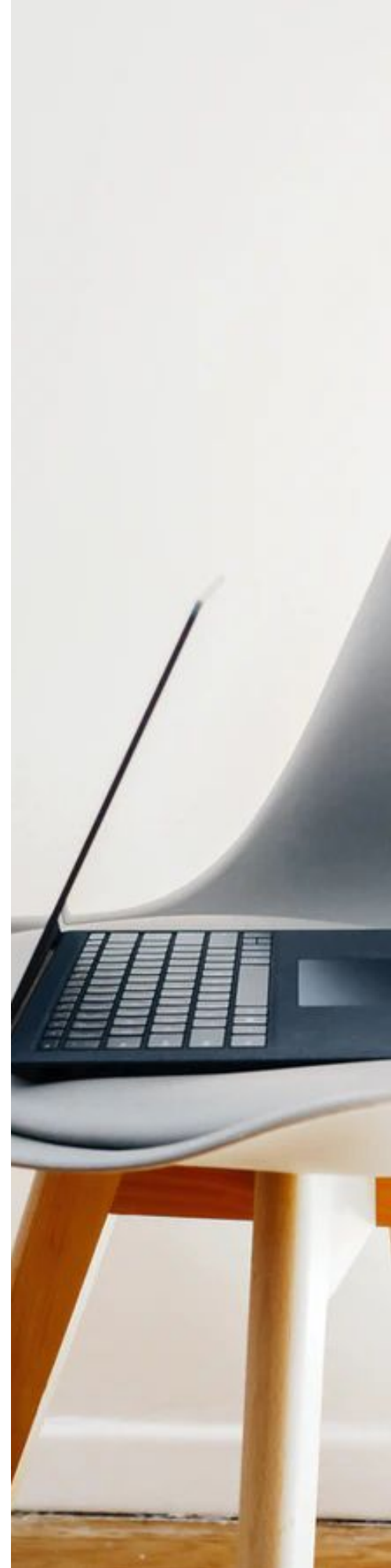
7. Organisering av tjenestetilbudet

Det forventes en økning på 122% for innbyggere som er 80 år eller eldre fra 2019 til 2045, herunder spesielt i perioden 2025 til 2030. Ettersom Halden kommune ikke har noe ledig kapasitet til å utvide tjenestetilbudet per i dag, er det andre tiltak, som f.eks nedjustering av dekningsgrad og omfordeling av tilbudet innen heldøgns omsorg (andel institusjon vs andel omsorgsbolig med heldøgnsstilbud) som kan være en alternativ løsning. Vi har framskrevet fem scenarier der vi har justert på disse variablene.

Resultatet viser av det som vil gi den største økonomiske handlefriheten på lengre sikt er en kombinasjon av nedjustering av dekningsgrad og omfordeling av tilbudet innen heldøgns omsorg til en større andel omsorgsboliger enn det man har i dag (scenario 5). Ut fra dette anbefales det at kommunen har en strategisk målsetting om å realisere scenario 5.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	6
2	Trender og utvikling i eldreomsorgen i Halden kommune	11
3	Framskrivning av eldreomsorgen i Halden 2020-2045	19
4	Kvalitative analyser og tjenesteutvikling	48
-	Vedlegg	61



Kapittel 1

Innledning



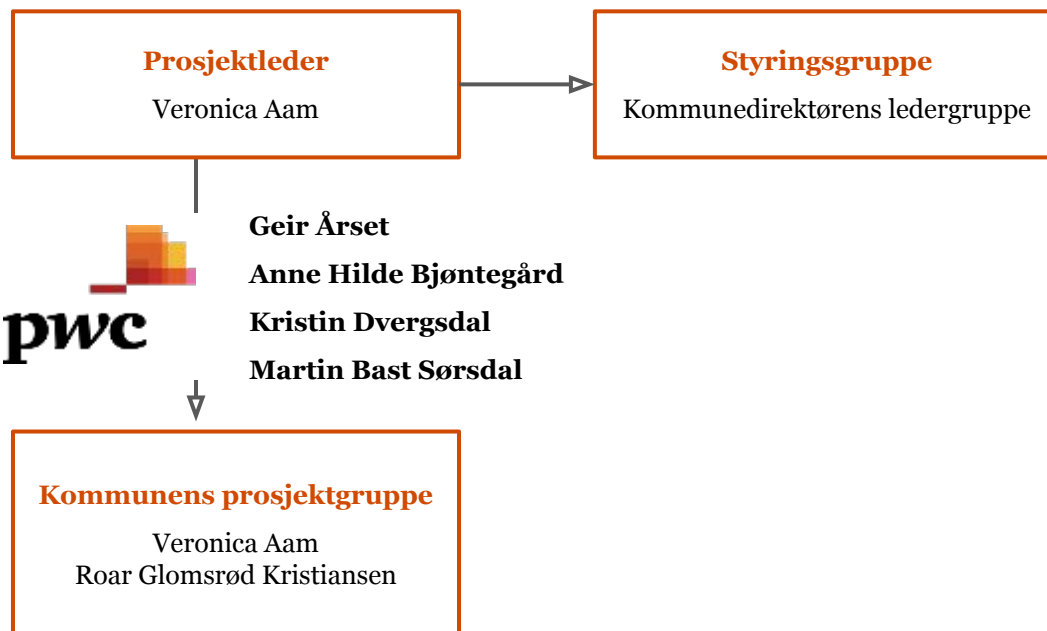
Prosjektets bakgrunn og organisering

Bakgrunn

Denne rapporten er utarbeidet av PwC på oppdrag fra Halden kommune. Arbeidet er utført på bakgrunn av at Halden kommune har hatt et behov for å gjennomgå dagens helse- og omsorgstjenester rettet mot de eldre, og kartlegge fremtidige behov fram mot 2045. Dette for å kunne ta de riktige veivalgene fremover og sikre en bærekraftig eldreomsorg også i fremtiden.

Organisering

Oppdraget er løst i et samarbeid mellom kommunen og PwC. Informasjon fra kommunen har dannet et en vesentlig del av grunnlaget for analyser og vurderinger. Deltakerne i prosjektet har vist stort engasjement i arbeidet og gitt verdifulle bidrag til analyser av dagens eldreomsorg og vurderinger av fremtidige behov og løsninger.



Avgrensninger og metodisk tilnærming

Avgrensninger

Rapporten omtaler tjenestene til eldre (over 67 år), fra hjemmetjeneste til sykehjem. Det er gjort beregninger for ulike populasjoner og alle brukere av tjenestene er tatt med i grunnlaget for rapporten. Tilknyttede tjenester, som tjenester til mennesker med nedsatt funksjonsevne og rus og psykiatri har ikke vært en del av beregningsgrunnlaget for denne rapporten.

Tilnærming

Nedenfor er en oppsummering av de metodene som er benyttet for å samle inn informasjon i prosjektet. Flere metoder er benyttet for å samle inn et tilstrekkelig og robust datagrunnlag.

Metode	Innhold
Gjennomgang av kommunale dokument	Dokument som er gjennomgått; <ul style="list-style-type: none"> • Beskrivelser av tjenestoområder som er tilgjengeliggjort på kommunens hjemmesider • Oversikt over antall plasser og antall brukere tilsendt fra kommunen • Stillings- og årsverksoversikter tilsendt fra kommunen • Kvalitetsstandarder publisert på kommunens internettside
Møter i prosjektet	Statusmøter med direktør for helse og mestring og kommunedirektør med gjennomgang av status og framdrift i prosjektet
Intervju	Det er gjennomført 11 intervjuer av ledere, tillitsvalgte og brukerrepresentanter i kommunen
KOSTRA-analyser	Analyse av økonomiske data og produktivitetsdata hentet fra www.framsikt.no
Gerica og IPLOS	Kommunens virksomhetstall for antall plasser og brukere inndelt i tjenestetyper og alderskategorier
Møter med kommunen	Løpende dialog per e-post og telefon for kvalitetssikring og avklaring av data

Metodiske utfordringer

Tall for kostnader, tall på årsverk og ansatte og tall på plasser i ulike boformer har vært noe ulikt i underlagsdokumentasjonen vi har sett fra ulike kilder. Dette kommer i hovedsak av at opplysningene er skrevet på forskjellige måter i dokument og rapporter. Vi har så langt som mulig kvalitetssikret tallgrunnlaget i analysene med lederne og kontaktperson i kommunen. Det kan forekomme mindre avvik i tall, uten at dette har betydning for de vurderinger og anbefalinger som er gjort i rapporten.

Kilder og hvordan de brukes i utredningen

Nøkkeltallsanalyse

Hva

Analyse av nøkkeltall fra blant annet Framsikt.

“I analysemodulen har vi samlet statistikkdata fra alle norske kommuner og fylkeskommuner i et brukervennlig grensesnitt. Dette gjør det mulig å utarbeide analyser og beregninger, samt vise det grafisk”.

Hvorfor

- Underlag til framskrivning og kvalitative analyser
- Beskrive dagens situasjon
- Sammenligningsgrunnlag (sammenlignbare kommuner)
- Identifisere mulighetsrom (regner ut teoretisk handlingsrom)
- Nøkkeltallsanalyser skal inneholde vurderinger knyttet til geografisk handlingsrom

Framskrivning av eldreomsorgen

Hva

PwC har utviklet en modell som fremstiller fremtidig dimensjonering av eldreomsorgen. Denne er basert på tall fra SSB, KOSTRA og IPLOS.

Hvorfor

- Fastsette dekningsgrad sammen med kommunen
- Se på økonomiske konsekvenser av valg av ulike nivå i tjenestetilbudet
- Kartlegge og vurdere dimensjonering av institusjonsplasser, heldøgns omsorgsboliger og hjemmebaserte tjenester
- Dimensjonere og tilpasse ulike nivå av dei tre nevnte tjenestene i Halden kommune fram mot 2030/2040 med de lokale forutsetninger og behov som eksisterer

Data som trengs

- SSB, KOSTRA, kommunedata
- Denne modellen er avhengig av gode data for å få relevante resultater



Kilder og hvordan de brukes i utredningen

Kvalitativ analyse

Hva

Framskrivingsmodellen sier ikke noe om lokalisering av tjenester, kvalitet i tjenestene eller framskriving av bemanning. Parallelt med framskrivingsarbeidet har vi derfor gjennomført kvalitative vurdering av bemanning og kompetanse. Data til kvalitative analyser er hentet inn gjennom intervjuer og øvrig datainnsamling som vurdering av nasjonale kvalitetsindikatorer og andre nøkkeltall fra kommunen, SSB, Helsedirektoratet, Kommunebarometeret og kommuneøkonomi.

Hvorfor

- Vurdere kommunen sin organisering (ressurser og kompetanse)
- Se på behov for spesialisering og ny kompetanse
- Vurdere forventet avganger ift. pensjonsalder
- Generell kompetanse
- Sammenligning med andre kommuner (nasjonale kvalitetsindikatorer)



Helsedirektoratet



Statistisk sentralbyrå
Statistics Norway

Kapittel 2

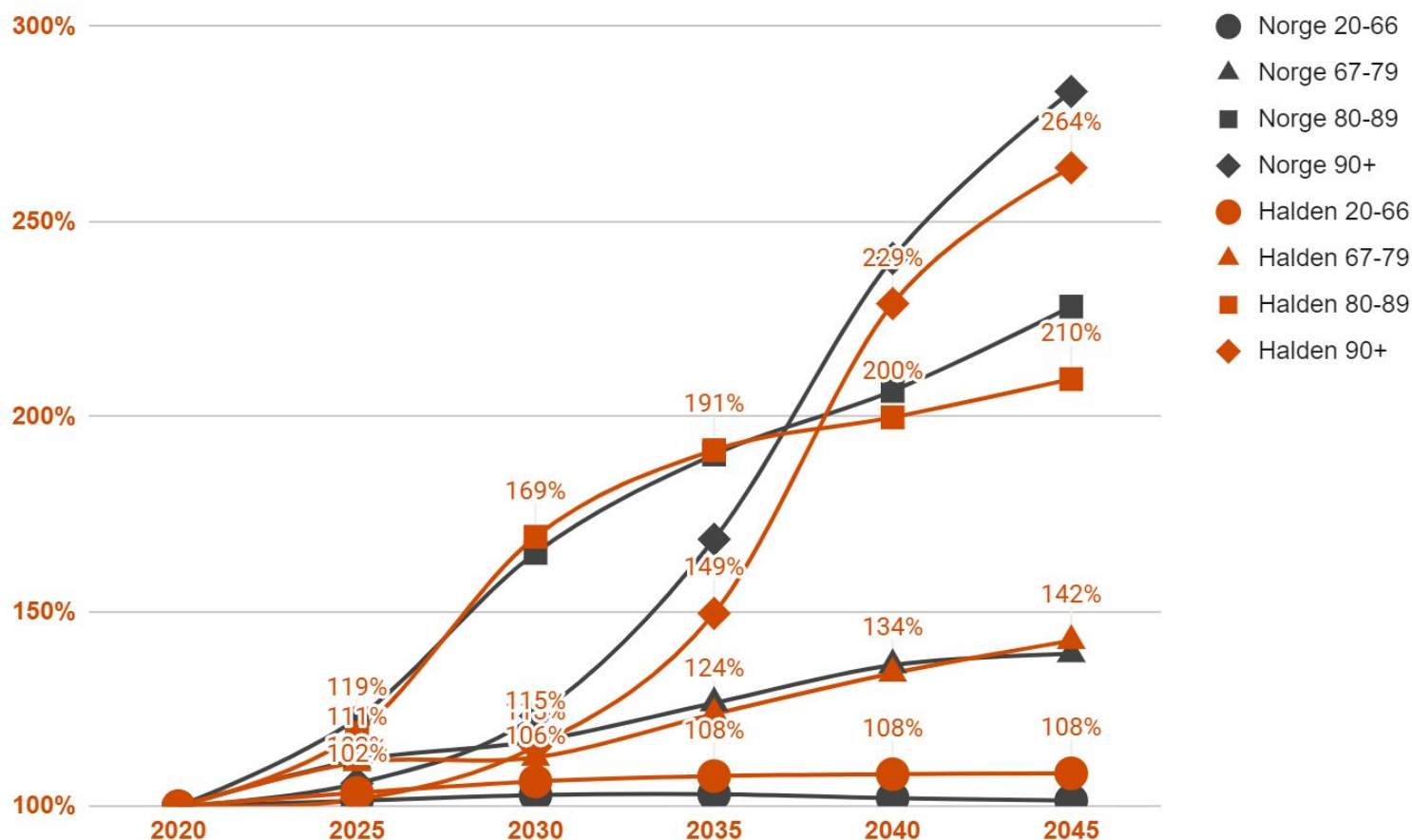
**Trender og utvikling i
eldreomsorgen i Halden
kommune**



Antallet brukere av helsetjenester vil øke kraftig fram mot 2045

Halden har en utvikling som er noe bedre enn landet forøvrig

Det samlede folketallet i Halden er forventet å øke med 19 prosent frem mot 2045, basert på MMMM-alternativet til SSB. Når man ser på utviklingen i den aldersgruppen som skal finansiere og yte tjenestene til eldreomsorgen (aldersgruppen 20 til 66 år) har Halden en utvikling som er noe mer positiv enn landet forøvrig. I Norge vil antallet innbyggere i denne gruppen være omtrent én prosent høyere enn 2020 i 2045. Det tilsvarende tallet for Halden er åtte prosent. For aldersgruppene 80 til 89 år, og 90 år og eldre har Halden en utvikling som er noe lavere enn landet forøvrig. Dette medfører at det antatte behovet for helse- og omsorgstjenester vil øke noe mindre i Halden enn landet forøvrig. Aldersgruppen 67 til 79 år vil derimot øke noe mer i Halden enn landet forøvrig. Selv om Halden har en noe lavere økning i de eldste aldersgruppene vil kommunen likevel ha en stor økning i antallet innbyggere over 80 år. Fra å ha totalt 1 511 innbyggere over 80 år i 2020 vil kommunen ha 3 322 innbyggere i samme gruppe i 2045. Den prosentvise utviklingen i aldersgruppene i grafen nedenfor er kun merket for Halden.

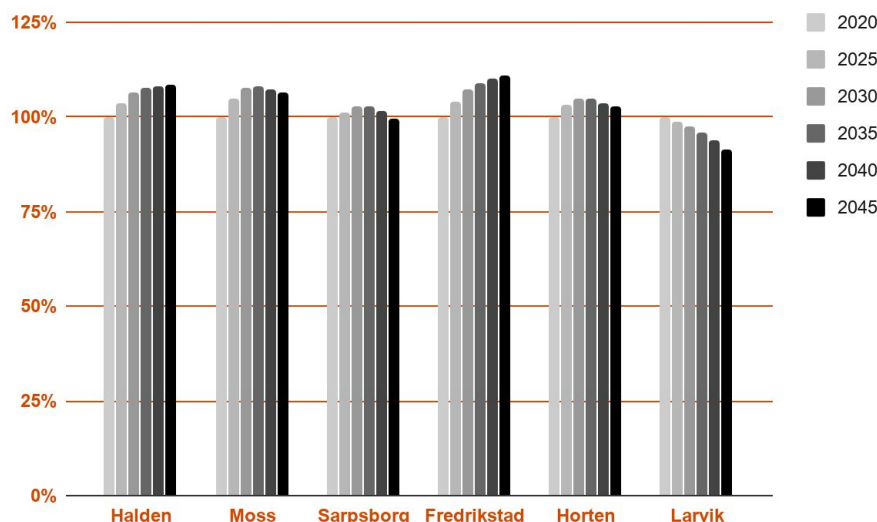


Antallet brukere av helsetjenester vil øke kraftig fram mot 2045

Det er også hensiktsmessig å se hvordan Halden sin demografiske utvikling vil være sammenlignet med enkelte andre kommuner som kan tenkes å ha lignende forutsetninger.

Halden har en høyere vekst i aldersgruppen 20 til 66 år enn flere sammenlignbare kommuner

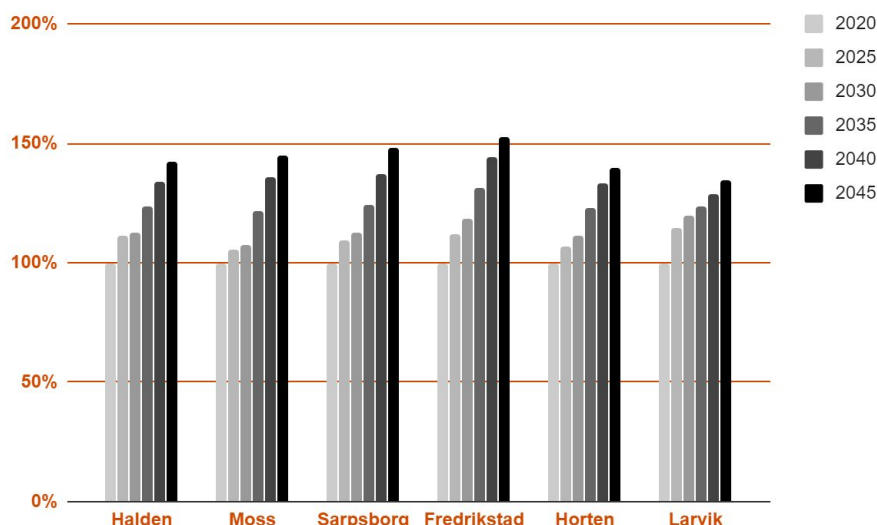
Sammenlignet med flere kommuner i regionen har Halden en positiv utvikling i aldersgruppen 20 til 66 år. Den eneste kommunen som har en høyere vekst i aldersgruppen er Fredrikstad kommune med 11 prosent. Både Sarpsborg og Larvik har en negativ utvikling. Larvik kommune kan forvente en nedgang i innbyggertallet i denne gruppen på ca. 9 prosent.



Halden har en utvikling som sammenlignbare kommuner i aldersgruppen 67 til 79 år

Halden har en relativt lik utvikling i aldersgruppen 67 til 79 år som andre kommuner i regionen.

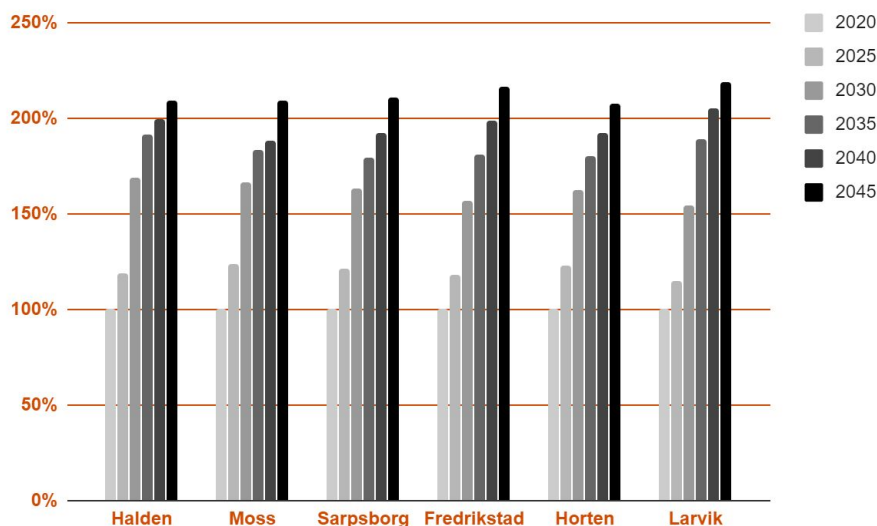
Samtlige av kommunene i sammenligningen har en utvikling på mellom 34 og 53 prosent. Den høyeste forventede veksten er i Fredrikstad, mens Larvik er forventet å ha en vekst på 34 prosent. Veksten i Halden er forventet å være 42 prosent. Det er spesielt etter 2030 at veksten er forventet å tilta.



Antallet brukere av helsetjenester vil øke kraftig fram mot 2045

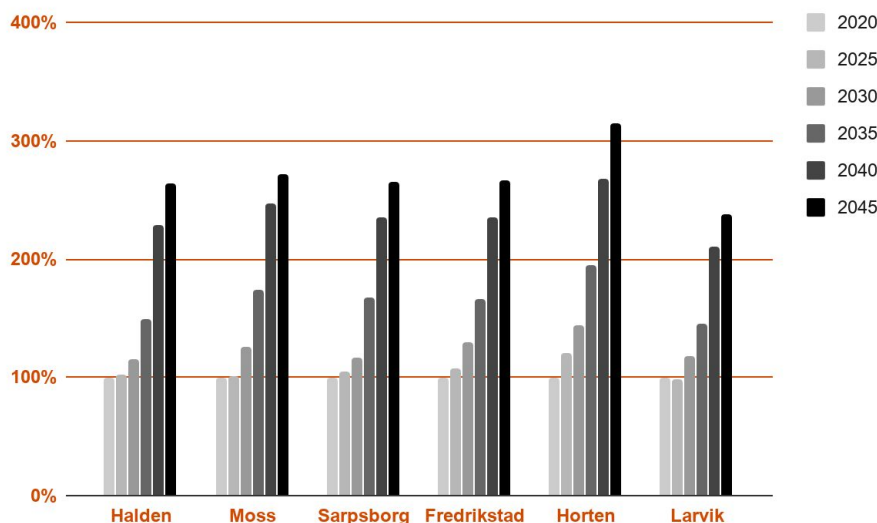
Antallet innbyggere i aldersgruppen 80 til 89 år vil øke kraftig i alle kommunene

Halden vil i likhet med de andre kommunene ha en kraftig økning i antallet eldre 80 til 89 år. Av kommunene i sammenligningen er det forventet at Halden, Moss og Sarpsborg vil ha en økning på ca. 110 prosent. Larvik er forventet å ha den største veksten, på ca. 119 prosent, mens Horten er forventet å ha den laveste veksten på ca. 108 prosent.



Antallet innbyggere i aldersgruppen 90 år og eldre vil øke kraftig etter 2030

Også i aldersgruppen 90 år og eldre vil samtlige av kommunene oppleve en stor vekst i perioden frem mot 2045. Spesielt mellom 2030 og 2040 vil det være en stor vekst i denne gruppen for Halden kommune. Fire av kommunene er forventet å ha en vekst på mellom 164 og 171 prosent. Halden er forventet å ha en økning på 164 prosent i perioden. Horten og Larvik er forventet å ha den høyeste og laveste veksten i aldersgruppen, med henholdsvis 214 og 138 prosent.



Dagens utgiftsbehov til eldreomsorg i Halden kommune

Halden har flere innbyggere mellom 67 og 89 år enn landsgjennomsnittet

Illustrasjonen til høyre viser utgiftsbehovet til Halden kommune for innbyggerkategorier. Dette er basert på volumet av innbyggere og utgifter tilknyttet hver innbyggergruppe som faller inn under hver enkelt kategori.

Landsgjennomsnittet vises ved streken i midten. De innbyggerkategoriene som er vektet på venstre side av streken er under landsgjennomsnittet, og disse har et utgiftsbehov som er lavere enn snittet. Innbyggerkategoriene på høyre side av streken er de områdene der utgiftsbehovet er høyere enn landsgjennomsnittet.

Halden kommune har flere innbyggere i aldersgruppen 67-79 år (17,7 %), 80-89 år (14,5 %) og over 90 år (14,3 %) enn landsgjennomsnittet, og dette medfører naturligvis høyere utgifter til helse- og omsorgstjenester til disse gruppene.

Institusjonstjenestene og omsorgstjenestene i Halden er mer sentralisert enn landsgjennomsnittet. Dette er definert ved kriteriet *Reiseavstand til nærmeste sonesenter*, som fanger opp variasjonen i kommunenes utgifter til bl.a. pleie og omsorg, ved å måle forskjeller i reiseavstander internt i delområder (soner) i kommunen. Sonen skal fange opp en naturlig organisering av tjenestetilbudet.

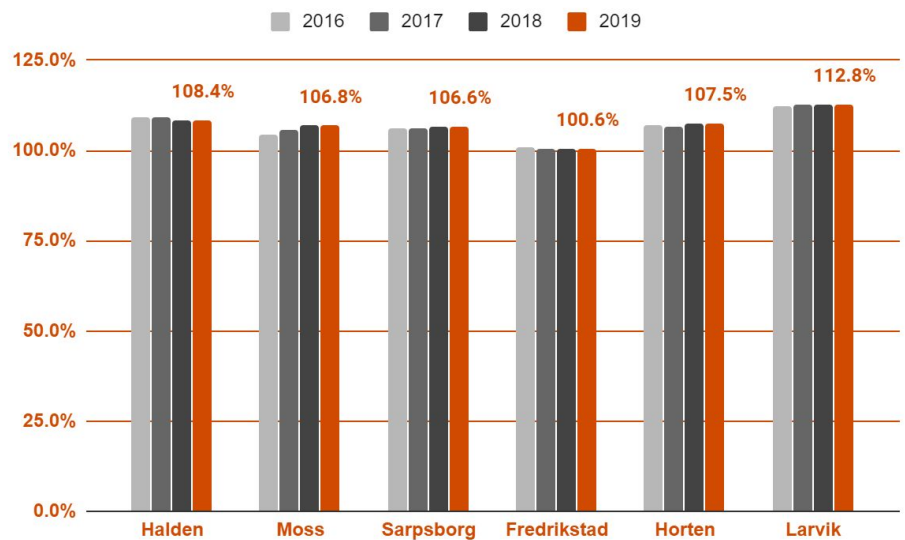
Se [vedlegg 1](#) for en oversikt over beliggenheten og størrelsen på institusjoner i eldreomsorgen i Halden kommune.

Kriterium	Vekt	Landsgjennomsnitt
<u>Innbyggere 0-1 år</u>	0,0055	0,8621
<u>Innbyggere 2-5 år</u>	0,1401	0,8961
<u>Innbyggere 6-15 år</u>	0,2628	0,9668
<u>Innbyggere 16-22 år</u>	0,0229	1,0064
<u>Innbyggere 23-66 år</u>	0,1031	0,9756
<u>Innbyggere 67-79 år</u>	0,0553	1,1773
<u>Innbyggere 80-89 år</u>	0,076	1,1449
<u>Innbyggere 90 år og over</u>	0,0383	1,1429
<u>Landbrukskriterium</u>	0,002	0,7251
<u>Reiseavstand til nærmeste sonesenter</u>	0,0101	0,7171
<u>Reiseavstand til nærmeste nabokrets</u>	0,0101	1,1011
<u>Gradert basiskriterium</u>	0,0188	0,2927
<u>Innvandrere 6-15 år</u>	0,0071	0,7056
<u>Dødelighet</u>	0,0452	1,0802
<u>Barn 0-15 år med enslig forsørger</u>	0,0181	1,1702
<u>Lavinntektskriteriet</u>	0,0113	1,0295
<u>Uføre 18-49 år</u>	0,0065	1,5579
<u>Flyktninger uten integreringstilskudd</u>	0,0084	1,1811
<u>Opphopningsindeks</u>	0,0095	1,1711
<u>Psykisk utviklingshemmede 16 år og over</u>	0,0484	1,0400
<u>Ikke-gifte 67 år og over</u>	0,0452	1,1565
<u>Barn 1 år uten kontantstøtte</u>	0,0171	0,8674
<u>Innbyggere med høyere utdanning</u>	0,0188	0,8312
<u>Aleneboende 30-66 år</u>	0,0194	1,0326

Dagens utgiftsbehov og utgifter til pleie og omsorg*

Halden har et utgiftsbehov til pleie og omsorgstjenester som er litt høyere enn sammenlignbare kommuner

Sammenligner man utgiftsbehovet til pleie og omsorg generelt med de samme kommunene som ble brukt i sammenligningen av demografisk utvikling så har Halden et utgiftsbehov som ligger litt over de andre kommunene. Unntaket er Larvik, som har et utgiftsbehov på 112,8 prosent av landsgjennomsnittet. Halden sitt utgiftsbehov var i 2019 på 108,4 prosent av landsgjennomsnittet. Det vil si at Halden med sine forutsetninger må bruke 108,4 prosent av landsgjennomsnittet for å levere tjenester innenfor pleie og omsorg til sine innbyggere.

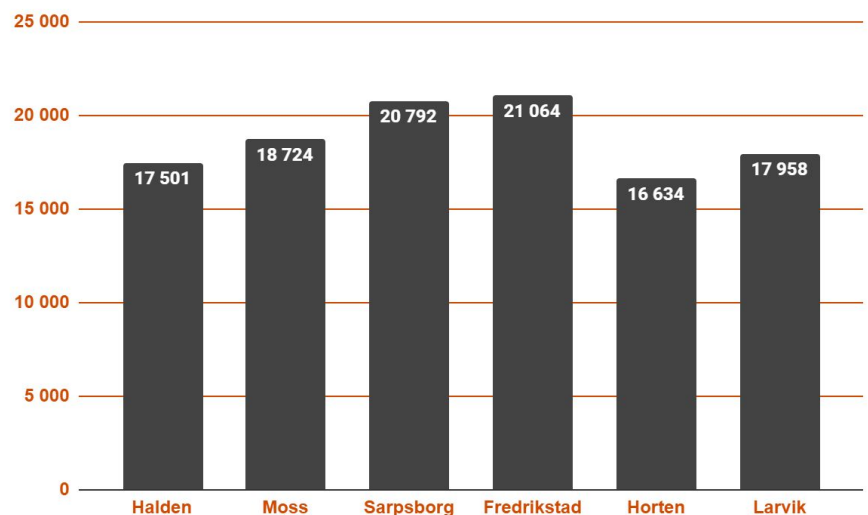


Kilde: Framsikt, *utgiftsbehov for 2016-2019*

Haldens netto driftsutgifter til pleie og omsorg er lavere enn sammenligningskommunene

Korrigert for utgiftsbehovet ovenfor har Halden lavere netto driftsutgifter til pleie og omsorg enn samtlige av sammenligningskommunene, med unntak av Horten.

Halden sine korrigerte netto driftsutgifter til området var i 2019 NOK 17 501 per innbygger, men Horten brukte NOK 16 634. Den kommunen med høyest netto driftsutgifter, korrigert for utgiftsbehov, til pleie og omsorg var Fredrikstad med hele NOK 21 064 per innbygger.



Kilde: Framsikt, *Netto driftsutgifter per innbygger til pleie og omsorg, 2019*

*Gjelder hele pleie- og omsorgstjenesten og ikke bare eldreomsorgen

Dagens utgifter til pleie- og omsorgstjenester*

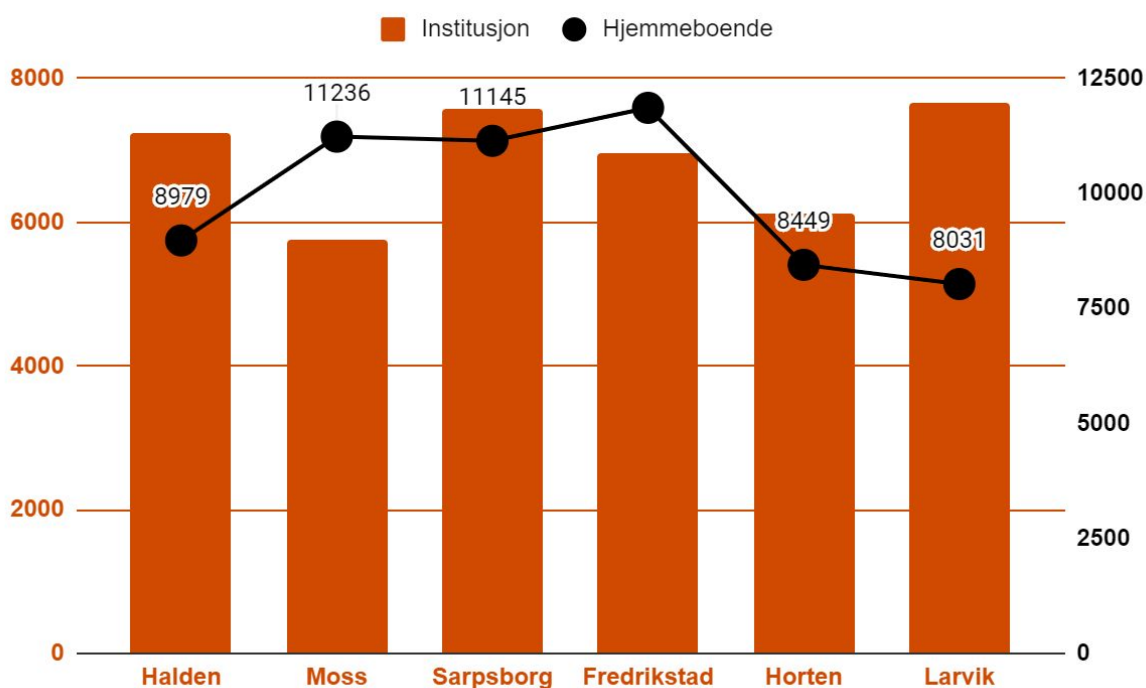
Mesteparten av utgiftene til pleie og omsorg går til to formål **1)** Helse- og omsorgstjenester i institusjon og **2)** Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende. Utgifter per innbygger til de to formålene er fremstilt i grafen nederst på siden. Utgifter per innbygger til institusjon er vist ved de oransje søylene og måles mot den venstre y-aksen, mens utgifter til hjemmeboende er vist ved den horisontale linjen og måles mot den høyre y-aksen.

Halden bruker mer på tjenester i institusjon

Blant sammenligningskommunene er det Moss (NOK 5 748) og Horten (NOK 6 131) som bruker minst på helse- og omsorgstjenester i institusjon. Halden bruker NOK 7 236, mens kommunene som bruker mest er Larvik (NOK 7 658) og Sarpsborg (NOK 7 581).

Halden bruker mindre på tjenester til hjemmeboende

Til formålet helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende bruker Halden mindre enn de nærliggende kommunene; Moss, Sarpsborg og Fredrikstad. Samtlige av disse kommunene bruker mer enn NOK 11 000 per innbygger til dette formålet, og Fredrikstad har de høyeste netto driftsutgiftene per innbygger på NOK 11 862. Halden sine utgifter er på NOK 8 979, mens den laveste av sammenligningskommunene er Larvik med NOK 8 031.



Kilde: Framsikt, *Netto driftsutgifter per innbygger til 253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon og 254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende, 2019*

*Gjelder hele pleie- og omsorgstjenesten og ikke bare eldreomsorgen

Oppsummering av nøkkeltall sammenlignet med andre kommuner

	Halden	Moss	Sarpsborg	Fredrikstad	Horten	Larvik	KG 13
I alt: Hjemmetjeneste Omsorgstjenester - brukere per 1000 innbygger	36,2	-	41,5	36,8	37,6	41,1	40,0
I alt: Institusjonstjenester Omsorgstjenester - brukere per 1000 innbygger	8,3	-	8,6	8,6	9,4	11,9	8,7
Korr. Bto. dr.utg. institusjon, per kommunal plass	1 109 198	1 250 728	1 272 697	1 270 492	1 281 942	1 296 149	1 318 105
Andel beboere i institusjon av antall plasser (belegg)	98,9 %	111,8 %	106,3 %	113,7 %	125,2 %	132,4 %	117,4 %
Andel beboere i institusjon 80 år og over	64,0 %	57,7 %	64,6 %	62,6 %	62,4 %	70,4 %	65,0 %
Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på institusjon	11,1 %	6,7 %	12,1 %	11,6 %	10,1 %	11,4 %	11,1 %
Andel innbyggere 80 år og over i bolig med heldøgns bemanning	6,6 %	-	4,3 %	1,0 %	1,0 %	2,8 %	3,2 %
Andel innbyggere 80 år og over som bruker hjemmetjenester	24,8 %	-	25,9 %	28,1 %	23,9 %	27,7 %	28,1 %
Mottakere av hjemmetjenester per 1000 innbyggere 67-79 år	52	73	60	59	42	51	61
Mottakere av hjemmetjenester per 1000 innbyggere 80 år og over	248	309	259	281	239	277	281

Kilde: Framsikt/SSB, KOSTRA

Kapittel 3

**Framskrivning av
eldreomsorgen i Halden
2020-2045**

Utviklingstrekk i eldreomsorgen

Morgendagens brukere av eldreomsorgen er i endring, og dette påvirker organiseringen av tjenestene

De fleste utviklingstrekk og framskrivninger for kommune-Norge som helhet tyder på at morgendagens brukere blir flere enn før, de vil være i alle aldersgrupper og ha et mer sammensatt omsorgsbehov (St. meld 29).

Når det gjelder sykdomsbyrde vil det sannsynligvis være de ikke-smittsomme sykdommene som KOLS, hjerte- og karsykdommer, kreft, muskel- og skjelettplager, psykiske helseplager, rusproblemer og demens som vil utgjøre hovedutfordringene. Slike sykdomspanorama forutsetter at eldreomsorgen tilbyr flerfaglig oppfølging over tid, fokus på mestring og hverdagsrehabilitering, samtidig med at personen bor hjemme. Utviklingen vil stille krav til både kapasitet og kompetanse. Det vil ikke bare stilles krav om økt kompetanse men også annen kompetanse.

Utviklingen vil stille krav til samarbeid, innovasjon og utvikling av tjenesten i tråd med de endrede behovene. Mange av de fremtidige brukerne vil ha behov for flere tjenester over lang tid, noe som vil utfordre kommune på en mer teambasert- og flerfaglig tjenesteyting. F.eks vil man se en utvikling hvor brukere i større grad må bo hjemme med mer krevende og komplekse tilstander. Disse vil ha behov for mer avanserte hjemmetjenester, som mer legetjenester, mer fysioterapi, og også annen helse- og sosialfaglig kompetanse, i tillegg til sykepleie. Dette vil utfordre skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester i kommunene. Fremtidens helsetjenester må arbeide annerledes, de må samarbeide bedre og det er behov for nye organisatoriske løsninger som bedre vil reflektere det nye utfordringsbildet.

Et viktig virkemiddel fremheves i st.meld. 26 "Fremtidens primærhelsetjeneste" er samlokalisering. Samlokalisering av tjenestene i eldreomsorgen er et viktig skritt for å gjøre tjenestene mer helhetlige for brukere, og legger til rette for bedre samhandling mellom de ulike personellgruppene.

Utvikling av fremtidens eldreomsorg for Halden kommune må ta opp i seg en vurdering av mest hensiktsmessige måte å organisere tjenestene på, slik at det sikres at brukerne tilbys forsvarlig og god kvalitet på tjenestene i alle ledd av omsorgstrappen

Definisjonen av dekningsgrad og hvordan den brukes i rapporten

Dekningsgrad

Dekningsgrad sier noe om forholdet mellom antall heldøgns omsorgsplasser (HDO) og antall innbyggere i kommunen aldersgruppen 80+.

Regjeringen har i samarbeid med KS gjennomført en utredning av heldøgns omsorgstilbudet i norske kommuner. Utredningen konkluderer med at begrepet HDO fungerer som et samlebegrep for svært ulike tilbud når det gjelder typer plasser, hvor plassene blir tilbudt og omfang av tjenesteinnhold og bemanning. Eks. på type plasser er langtidsplass, skjermede plasser for demente, korttidsplass, rehabiliteringsplass og avlastningsplass. Dette er tjenester som tilbys i ulike boformer som aldershjem, sykehjem, omsorgsboliger.

Tjenesteinnhold og bemanningsfaktor (antall brukere/antall årsverk) varierer stort. I tillegg varierer tilbudet innen HDO stort, og det foreligger ingen felles forståelse eller norm for organisering av slike tjenester. En av forklaringene på dette er at sentrale aktører som Statistisk sentralbyrå (SSB) og Husbanken anvender begrepet på ulik måte. Særlig kravene til personalbase får betydning for hvor stor andel av kommunens samlede helsetjenestetilbud som defineres som "HDO".

SSB om dekningsgrad

SSB definerer dekningsgrad som: ***"Plasser i institusjon i prosent av innbyggere 80 år over"***. Denne definisjonen benyttes for å sammenligne dekningsgrad i Halden med andre kommuner.

Tabellen på **neste side** viser dekningsgrad i Halden og noen sammenlignbare kommuner. I denne oversikten ser vi at Halden har den nest høyeste dekningsgraden (17,5%), der kun Sarpsborg har en marginalt høyere dekningsgrad på 17,6%. Moss utpeker seg som den kommunen med klart lavest dekningsgrad på 11,6%, -3,5% lavere enn den kommunen som har nest lavest dekningsgrad i dette utvalget (Horten med en dekningsgrad på 15,2%).

Denne sammenligningen kan antyde at Halden kommune har rom for å justere ned dekningsgraden. Imidlertid inkluderer dekningsgrad i denne sammenheng alle institusjonsplasser, -altså alle aldre. Det må derfor vurderes om det er representativt når man skal planlegge fremtidens eldreomsorg. I alle tilfeller er det nødvendig å få bedre innsikt i hvordan disse kommuner har organisert sin eldreomsorg, samt hvordan befolkningen i disse kommunene er sammenlignet med Halden.

Vi har ikke gjort noen vurdering av de sammenlignbare kommunene utover denne oversikten.

Definisjonen av dekningsgrad og hvordan den brukes i rapporten

Kommune	Institusjonsplasser samlet	Antall innbyggere 80+	Dekningsgrad (SSB sin definisjon)	Kommentar
Halden	264	1511	17,5%	Halden har den nest høyeste dekningsgraden av de mest relevante sammenlignbare kommunene.
Moss	186	1605	11,6%	
Sarpsborg	459	2615	17,6%	
Fredrikstad	626	3807	16,4%	
Horten	206	1358	15,2%	
Larvik	123	2533	16,7%	

Tabell som viser sammenligning av dekningsgrad jfr. SSBs definisjon av dekningsgrad. **Se beskrivelse forrige side.**

Husbanken om dekningsgrad

I denne analysen for framskriving av Halden kommunes behov for helse- og omsorgstjenester til eldre har PwC valgt å legge til grunn Husbankens definisjon av dekningsgrad ("**Forholdet mellom antall heldøgns omsorgsplasser (HDO) og antall innbyggere i kommunen aldersgruppen 80+**"). Bakgrunnen for dette er todelt. 1) De ulike alternative scenariene som presenteres vil kunne legges til grunn for kommunens investeringsbehov mht nye HDO-plasser (samsvar med reglement for nedskrivning og tildeling av tilskudd i Husbanken) og 2) Nasjonale politiske føringer i form av stortingsmeldinger og stimuleringsprosjekter peker i retning av en slik bredere forståelse av HDO-begrepet.

Dekningsgrad for Halden kommune

De ulike scenariene som framskriver det fremtidige kapasitetsbehovet for eldreomsorgen i Halden kommune tar utgangspunkt i vår beregning av dekningsgrad for kommunen (hhv. basert på Husbankens definisjon): **15,9%**

Etter avtale med Halden kommune har vi inkludert en større populasjon i våre framskrivninger (brukere av HDO-tilbud i aldersgruppen 67+) enn det man ofte betegner som "eldre" i kommunen (brukere av HDO-tilbud i aldersgruppen 80+). Ettersom det er betydelige forskjeller i SSB's vekstkurver for de to aldersgruppene 67-79 og 80+, opererer vi også med dekningsgrad per aldersgruppe (istedenfor en sammenslått). Vi mener dette gir et mer riktig bilde av dekningsgraden.

Dekningsgraden for aldersgruppen 67-79 er bergnet til 2,21 %. Se forøvrig [vedlegg](#) for en detaljert beregning av dekningsgrad.

Differensiering av tjenesteinnhold i kommunens HDO-tilbud

Samtidig med at kommunene skal finne løsninger på et forventet tjenestebehov til et raskt voksende antall eldre og en endret sykkelighet i befolkningen pålegges kommunene nye oppgaver og nytt ansvar.

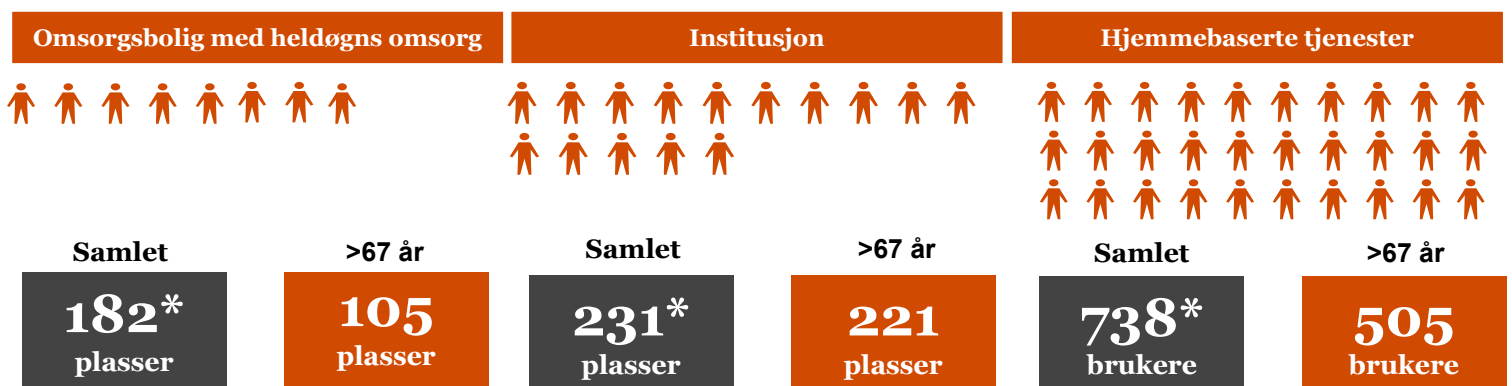
Hensikten med en slik nasjonal dreining i helsetjenesten er å demme opp for en utvikling der de demografiske endringene vil legge beslag på behandlingsplassene i spesialisthelsetjenestene. Ved å legge til rette for robuste helse- og omsorgstjenester i kommunene søker man å sikre kapasiteten og tilgjengelighet på nødvendige behandlingsplasser i sykehusene når antallet eldre øker. I tillegg vil konkurransen om arbeidskraft være et argument for å lykkes med en fordeling av oppgaver og ansvar i årene som kommer.

Grunnlaget for endringer i statlig politikk ligger forankret i en forventning om et gap mellom tilbud og etterspørsel som forventes å bli større i de nærmeste 30 årene. Man er avhengig av å etablere en effektiv pasientstrøm mellom kommune og sykehus og internt i kommunen. Dette skal bidra til en forløpstenkning der kommunen blir en del av behandlingsskjeden. En viktig del av kommunens tjenesteorganisering vil være å fokusere på “mestring” for å kunne leve lengst mulig i “eget liv”. En viktig del av mestringen er aktiv brukermedvirkning i utforming av tiltak for den enkelte. Dette vil gjelde både for hjemmeboende, -der en aktiv brukerrolle er viktig for at beboeren opplever høyest mulig kvalitet i eget liv, så vel som på institusjon, -der god dialog og felles planlegging med pasient og pårørende er avgjørende for å skape trygghet.

For alle kommuner er det viktig å differensiere tydelig på hva slags tjenesteinnhold og hvilke behandlingsprosesser man velger å organisere gjennom institusjonsnivået , og -gjennom omsorgsbolignivået i kommunen.

Organisering av HDO-tilbudet og hjemmebaserte tj. i Halden kommune

I Halden kommune har man etablert et tjenestetilbud der størsteparten av HDO-tilbudet er institusjonsplasser. I **2019**, som er det året vi benytter som basisår i våre beregninger, var det 231 institusjonsplasser. 168 av disse plassene ble benyttet av aldersgruppen 80+, og 35 av disse plassene ble benyttet av aldersgruppen 67-79 år. Det er totalt 182 plasser i omsorgsbolig med HDO, der 142 plasser er inkludert i denne framskrivningen. 70 av disse plassene ble benyttet av aldersgruppen 80+ og 35 ble benyttet av aldersgruppen 67-79 år. Institusjon utgjør følgelig 70,6 % av HDO-tilbudet for aldersgruppen 80+ og 60,2% for aldersgruppen 67-79 år.



*142 av de 182 plassene benyttes av brukere som har vedtak, og således har tilknyttede pleiekostnader. For å beregne kostnad per plass benyttes netto driftsutgifter for 2019. For å få riktig kostnad, må de omsorgsboligene som er privateide og der beboerne ikke mottar pleie ekskluderes.

Beboere

- 70 av 142 plasser benyttes av eldre (80+), dette utgjør 49% av beboerne i omsorgsbolig med HDO
- Alderskategorien 67-79 utgjør 25% av beboerne, og de under 67 år utgjør 26% av beboerne

Netto kostnad

- 615 376 NOK / plass

*Antall per 31.12.2019

Beboere

- 168 av 231 plasser benyttes av eldre (80+), dette utgjør 73% av brukerne på institusjon
- Alderskategorien 67-79 utgjør 23% av beboerne, og de under 67 år utgjør 4% av beboerne

Netto kostnad

- 843 548 NOK / plass (Langtid)
- 1 091 087 NOK / plass (Korttid)

*Antall per 31.12.2019

Brukere

- Er beregnet ut fra samlet antall vedtak per måned i 2019
- Tjenestemottagere: 424 brukere av HSPL og 229 brukere av PB = samlet 653 (ulikt antall unike brukere ettersom noen har både HSPL og PB)
- Timebruk per uke for brukere 80+
 - Avgrenset: 0,63 timer
 - Middels: 2,02 timer
 - Omfattende: 4,39 timer
- 80+ utgjør 43% av brukerne, 67-79% utgjør 29% av brukerne og 67- utgjør 27% av brukerne

Netto kostnad

- Pris per time: 820 NOK (vektet)

Korttids- og behandlingsplasser i institusjon

Halden kommune tilbyr, i likhet med de fleste kommuner, brukere korttidsopphold i institusjon når det er nødvendig. Av 231 institusjonsplasser i kommunen, er 66 plasser korttidsplasser.

Korttids plassene brukes til ulike formål:

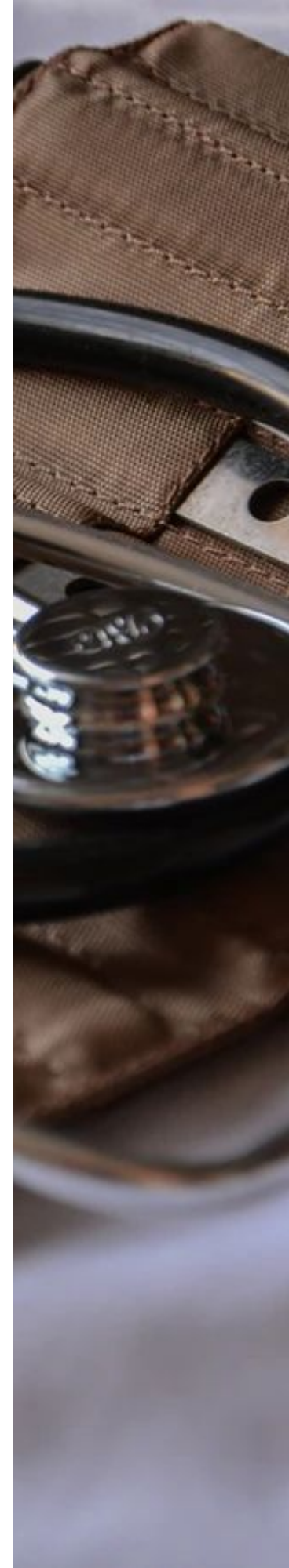
- Brukere som er skrevet ut fra sykehus men som fortsatt trenger heldøgns pleie i en periode før de kan reise hjem
- Langtidsopphold (ca 20 korttidsplasser benyttes til langtidsopphold)
- For brukere som bor i egen bolig men trenger rehabiliteringsopphold
- For palliasjon
- For å avlaste pårørende

For å møte endringene som kom med samhandlingsreformen, og også tilpasse driften til et fremtidsrettet målbilde ser vi at det er et behov for å kunne rendyrke korttidsplasser for:

- Utskrivningsklare fra sykehus
- Behandling og stabilisering
- Rehabilitering
- Avlastning
- Tidlig utagerende demente (anledning for tvangsvedtak)
- Lindrende behandling og palliasjon (avslutning av livet)

Det er vår oppfatning at korttidsplasser med fordel kan rendyrkes i form av mer spesialiserte behandlingstilbud. Dette har med kommunens mulighet for å tilby målrettede korttidsbehandlingstilbud med spesialisert fagpersonell.

Drift av korttidsplasser er tradisjonelt dyrere sammenlignet med øvrige former for institusjonsplasser. *(I Halden er kostnaden for en korttids plass i overkant av MNOK 1, mens en langtids plass koster ~850 000 NOK).* Dette har sammenheng med betalingsordningene for korttidsplasser og høyere pleiefaktor for korttidsplasser. Kommuner som etablerer egne avdelinger med rendyrkede korttidsplasser, erfarer at dette er en innretning som gir mer forutsigbar driftssituasjon.

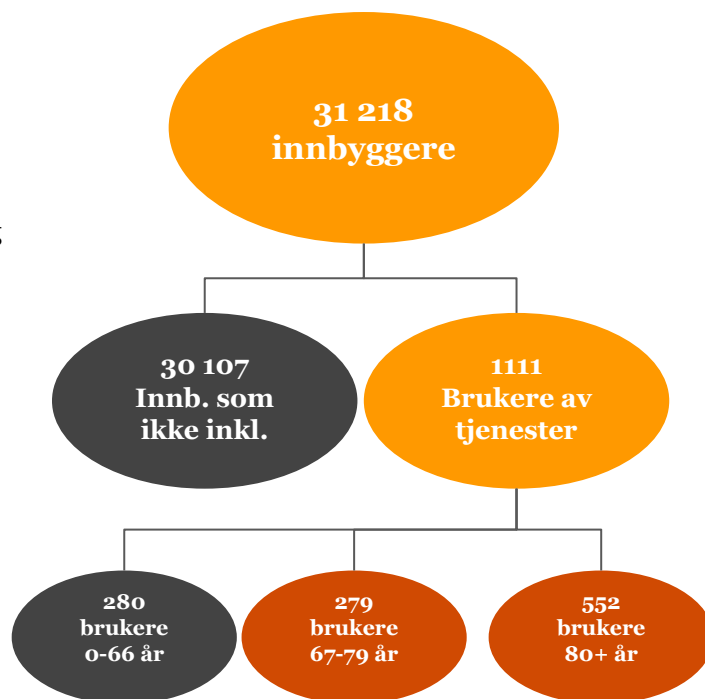


Introduksjon til framskriving (1/3)

Dette er en forenklet framskriving der formålet er å illustrere kostnadsdrivere i *eldreomsorgen*. Med dette som utgangspunkt, er alle andre mottakere av helse- og omsorgstjenester ekskludert fra denne framskrivingen, herunder f.eks. PU, rus og psykiatri, og brukere under 67 år.

Dette er illustrert i skissen til venstre.

- Populasjon inkl. i framskriving
- Deler av populasjon inkl. i framskriving
- Ekskludert fra framskriving



I vurderingen av hvilken populasjon som er riktig å inkludere i framskrivingen, ble det i samråd med Halden kommune konkludert med at man inkluderer alle brukere av HDO-tilbudet og hjemmebaserte tjenester i aldersgruppen 67+. De ulike utvalgene som ble diskutert i forbindelse med dette er illustrert i tabellen nedenfor.

Nøkkeltall	Alternativ 1: Kun 80+	Alternativ 2: Brukere av HDO-tjenester 67+	Alternativ 3: Brukere av HDO-tjenester 67-	Alternativ 4: Alle aldersgrupper, alle tjenester
Samlet antall brukere (HDO og hj.tj.)	552	831	280	1111
Samlet antall HDO-plasser	238	326	47	373
Antall institusjonsplasser	168 (125 + 43) <i>Langtidsplasser 75%</i>	221 (161 + 60) <i>Langtidsplasser 69% (67-79) og 75% (80+)</i>	10 (4+6) <i>Langtidsplasser 44%</i>	231 (165 + 66) <i>Langtidsplasser 71%</i>
Antall omsorgsboliger med HDO	70	105	37	142
Antall mottakere av HSPL og PB	314	505	233	738
Timer hjemmetjeneste	40 560	67 600	40 924	108 524
Estimert kostnad (MNOK)	228,7 MNOK	321,3 MNOK	66,3 MNOK	387,6 MNOK

Introduksjon til framskriving (2/3)

Hva er framskrevet

1. Basert på en rekke nøkkeltall og beregninger har vi framskrevet behov for helse- og omsorgstjenester til eldre i Halden fram mot 2045. Her vises et eksempel på metodikken som er benyttet.

Omsorgsbolig med heldøgns omsorg	Institusjon	Hjemmebaserte tjenester
Brukere 67+ av omsorgsbolig m/HDO: 105	Institusjonsplasser for 67+: 221 (160 langtidsplasser og 61 korttidsplasser, 182 brukere langtid og 39 brukere korttid)	Brukere 67+ av hj.baserte tjenester: 505
Kostnad per plass (Driftsutgifter / ant.plasser) 615 376 NOK	Kostnad per plass: 843 548 NOK (langtid) 1 091 087 NOK (korttid)	Vektet pris per time: 820 NOK
105 x 615 376 NOK = 64,6 MNOK	(161 x 843 548 NOK) + (60 x 1 091 087 NOK) = 196,1 MNOK	67 600 timer per år x 820 NOK= 55,4 MNOK
Samlet kostnad i 2019: 321,3 MNOK		

2. Dette er en økonomisk framskriving som ser på bruk av institusjon, omsorgsbolig med heldøgns omsorg og øvrige hjemmebaserte tjenester basert på dagens bruk. Det er ikke gjort noen faglig vurdering på denne framskrivingen
3. Populasjonen som er inkludert i framskrivingen er alle brukere av HDO-tjenester i alderskategorien 67+
4. Omtrent 20 korttidsplasser benyttes av langtidspasienter, noe som er tatt høyde for i beregningene
5. Resultat av framskrivingen er (som følger av økt tjenesteforbruk når befolkningen øker fram mot 2045):
 - a. Antall brukere innenfor ulike helse- og omsorgstjenester til eldre
 - b. Dekningsgrad
 - c. Aggregerte kostnadstall (netto driftsutgifter)

Hva er ikke framskrevet

Organisering av tjenestene og lokalisering er ikke tatt høyde for. Dette, samt andre førende faktorer må tas i betraktning når man vurderer resultatet av denne framskrivingen. Noen eksempler på forbedringer og detaljeringer som kan gjøres er:

1. Vurdere tildelte vedtak opp mot faktisk utførte vedtak (analyse av IPLOS-rapporter), herunder både tidsbruk og i hvilken grad vedtak evalueres og justeres etter behov
2. Vurdere hvorvidt flere lokasjoner er større kostnadsdrivere enn samlokaliserte enheter
3. For denne analysen er ikke gjennomført en detaljert journalgjennomgang, -noe som betyr at pleietyngde ikke er hensyntatt foruten om gjennom beregning av pleiefaktor og framskrevet behov for pleieressurser (se kapittel 4).
4. Simulering av samsvar mellom bemanningsplaner og aktivitetsplaner / døgnrytmeplaner
5. Aktivisering (Kostra-funksjon 234) og institusjonslokaler (Kostra-funksjon 261) er ikke inkludert i beregningen, ettersom dette ikke er de største kostnadsdriverne

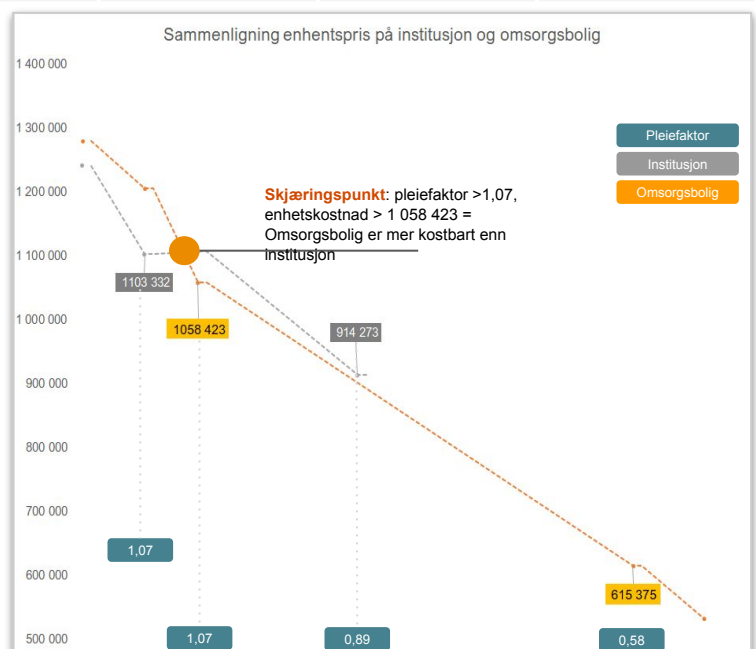
Vurdering av når man skal velge omsorgsbolig vs institusjon

I Halden kommune har man etablert et tjenestetilbud der størsteparten av HDO-tilbudet er institusjonsplasser (70,6 % for aldersgruppen 80+ og 60,2% for aldersgruppen 67-79 år). I 2019 omgjorde man en del omsorgsboliger med HDO til institusjonsplasser på Gamle Bergheim, ettersom det ble identifisert at disse plassene var uhensiktsmessig kostbare. Dette skyldes blant annet at brukerne av omsorgsboligene hadde stort behov for legetilsyn, og pleiere brukte en stor andel av sin tid på dialog med mange ulike fastleger. Denne tidsbruken ble betraktelig mindre i det man flyttet pasientene over på institusjon og kun måtte forholde seg til institusjonslegen. Når det gjelder Karrestad, ble denne enheten avviklet og institusjonsplassene flyttet.

I dagens omsorgsboliger i Halden er gjennomsnittlig pleiefaktor 0,58. Til sammenligning var snitt pleiefaktor på "Gamle" Bergheim omsorgsboliger 1,07. For institusjon er snitt pleiefaktor i dag 0,89, mens den på Karrestad var 1,13. De viktigste nøkkeltallene er oppstilt i tabellen nedenfor.

Enhet	Samlet kostnad per år	Antall plasser	Enhetskostnad (Pris per plass)	Differanse ift dagens pris (2020)	Pleiefaktor
Omsorgsboliger					
Historisk (Bergheim)	48 687 476	46	1 058 423	+443 048	1,07
Nåtid (Omsorgsboliger samlet)	87 383 396	142	615 376	-	0,58
Institusjon					
Karrestad	37 513 284	34	1 103 332	+189 059	1,13
Nåtid Bergheim (Institusjon samlet)	211 197 146	231	914 273*	-	0,89

Sammenlignet med dagens kostnadsnivå, ser vi at differansen i enhetskostnad skyldes høyere pleiefaktor for gamle Bergheim og Karrestad. Det er spesielt omsorgsboligene på Bergheim som er av interesse å se litt nærmere på, -herunder å få en bedre forståelse for "skjæringspunktet" mellom kostnaden i hhv omsorgsbolig og institusjon. Vi har plottet inn de nøkkeltallene som finnes for å illustrere dette. Vi ser av grafen til høyre at omsorgsbolig er mer økonomisk lønnsomt dersom man har en pleiefaktor under 1,07. Dette er basert på få datapunkt, så med mer informasjon ville med stor sannsynlighet skjæringspunktet vært lavere (lavere pleiefaktor). I tillegg kommer vare- og medikamentkostnader som holdes av beboer selv i omsorgsbolig men kostes av kommunen i institusjon. Dette er ikke vurdert. Inntektssiden av regnskapet er heller ikke vurdert.



Introduksjon til framskriving (3/3)

Valg av scenarier

Det er mange forhold som virker inn på valg av scenarier for framskriving. De scenariene som er valgt ut er basert på PwC's vurderinger, der flere elementer har innvirkning på de valgte kriteriene for fremtidig tjenestemodell;

- Forventninger til fremtidig tilgang på helsefaglig personell
- Etablerte helsefaglige forventninger til nivå og omfang på tjenestetilbud
- Forventninger til fremtidige økonomiske rammer for drift av tjenestene
- Forventninger til befolkningens forventninger på tilgang til tjenestene

De scenariene som er valgt ut i tillegg til nullalternativet, er følgende:

1 **Nullalternativet:** Nåsituasjonen, uten endring i dekningsgrad (15,9 % for 80+ år og 2,21% for 67-79 år) og fordeling av HDO-plasser (71 % I / 29 % O for 80+, og 60 % I / 40 % O for 67-79 år)

2 **Scenario 2:** Endring i dekningsgrad (15% for 80+ og 1 % for 67-79 år)

3 **Scenario 3:** Endring i fordeling av HDO-plasser (50 % Institusjon / 50 % Omsorgsbolig med HDO for både 80+ og 67-79 år)

4 **Scenario 4:** Endring i fordeling av HDO-plasser (30 % Institusjon / 70 % Omsorgsbolig med HDO for både 80+ og 67-79 år)

5 **Scenario 5:** Kombinasjon av scenario 2 og 3

Oppsummering av resultat for alle scenarier

Oppsummeringen viser at alle scenarier vi har testet, vil medføre besparelser sammenlignet med nullalternativet (dagens kapasitet, dekningsgrad og organisering av tjenester framskrevet til 2045 uten endring). Det er viktig å bemerke at dette er en ren teoretisk vurdering med fokus på utvikling av eldreomsorgen frem i tid, -gitt befolkningsutviklingen. De scenariene som er valgt ut er ment som **en illustrasjon** på hvordan tjenestene kan se ut når man justerer hvordan de innrettes. Meningen er at dette skal fungere som mål Halden kommune kan strekke seg mot, og som det vil ta tid å innføre. Det er også viktig å bemerke at fremtidens brukere ikke vil være like de brukerne man har i dag, og og dette gjør at man kan tenke seg alternative organiseringsmodeller med f eks større andel omsorgsbolig og bruk av hjemmebaserte tjenester, samt en nedgang i bruken av institusjon.

1

Nullalternativet: Nåsituasjonen, uten endring i dekningsgrad (15,9 % for 80+ år og 2,21% for 67-79 år) og fordeling av HDO-plasser (71 % I / 29 % O for 80+, og 60 % I / 40 % O for 67-79 år)

Totalt antall brukere:	Institusjonsplasser:	Omsorgsbolig med HDO:	Brukere av hjemmetjenester:	Estimert kostnadsutvikling:
2019: 831	2019: 221 (161 + 60)	2019: 105	2019: 505	2019: 321,3 MNOK
2025: 961	2025: 257 (188 + 69)	2025: 122	2025: 583	2025: 372,9 MNOK
2045: 1632	2045: 449 (331+ 118)	2045: 206	2045: 976	2045: 641 MNOK

2

Scenario 2: Endring i dekningsgrad (15% for 80+ og 1 % for 67-79 år)

Totalt antall brukere:	Institusjonsplasser:	Omsorgsbolig med HDO:	Brukere av hjemmetjenester:	Estimert kostnadsutvikling:
2025: 961	2025: 212 (157 + 55)	2025: 95	2025: 654	2025: 322,7 MNOK
2045: 1632	2045: 387 (287+ 100)	2045: 169	2045: 1076	2045: 572,3 MNOK

3

Scenario 3: Endring i fordeling av HDO-plasser (50 % Institusjon / 50 % Omsorgsbolig med HDO for både 80+ og 67-79 år)

Totalt antall brukere:	Institusjonsplasser:	Omsorgsbolig med HDO:	Brukere av hjemmetjenester:	Estimert kostnadsutvikling:
2025: 961	2025: 189 (138+51)	2025: 189	2025: 583	2025: 352,3 MNOK
2045: 1632	2045: 328 (241+87)	2045: 328	2045: 976	2045: 606,3 MNOK

4

Scenario 4: Endring i fordeling av HDO-plasser (30 % Institusjon / 70 % Omsorgsbolig med HDO for både 80+ og 67-79 år)

Totalt antall brukere:	Institusjonsplasser:	Omsorgsbolig med HDO:	Brukere av hjemmetjenester:	Estimert kostnadsutvikling:
2025: 961	2025: 113 (83 + 30)	2025: 265	2025: 583	2025: 329,8 MNOK
2045: 1632	2045: 195 (143+ 52)	2045: 460	2045: 976	2045: 567,5 MNOK

5

Scenario 5: Kombinasjon av scenario 2 og 3

Totalt antall brukere:	Institusjonsplasser:	Omsorgsbolig med HDO:	Brukere av hjemmetjenester:	Estimert kostnadsutvikling:
2025: 961	2025: 154 (114 + 40)	2025: 154	2025: 654	2025: 305,5 MNOK
2045: 1632	2045: 278 (206 + 72)	2045: 278	2045: 1076	2045: 540,5 MNOK

Utvikling i kapasitet og kostnad med dagens modell

framskriving av nullalternativet, det vil si nåsituasjonen, uten endring i dekningsgrad og fordeling av HDO-plasser viser at antall brukere av HDO-tilbudet vil øke fra 326 i 2019 til 655 i 2045

(2019: 238 av HDO-plassene benyttes av aldersgruppen 80+ og 88 av HDO-plassene benyttes av aldersgruppen 67-79; 2045: 527 av HDO-plassene benyttes av aldersgruppen 80+ og 128 av HDO-plassene benyttes av aldersgruppen 67-79).

Brukere av hjemmetjenester øker fra 505 brukere i 2019 til 976 brukere i 2045, og samlet årlig timeforbruk øker fra ~67 000 i 2019 til ~129 000 i 2045.

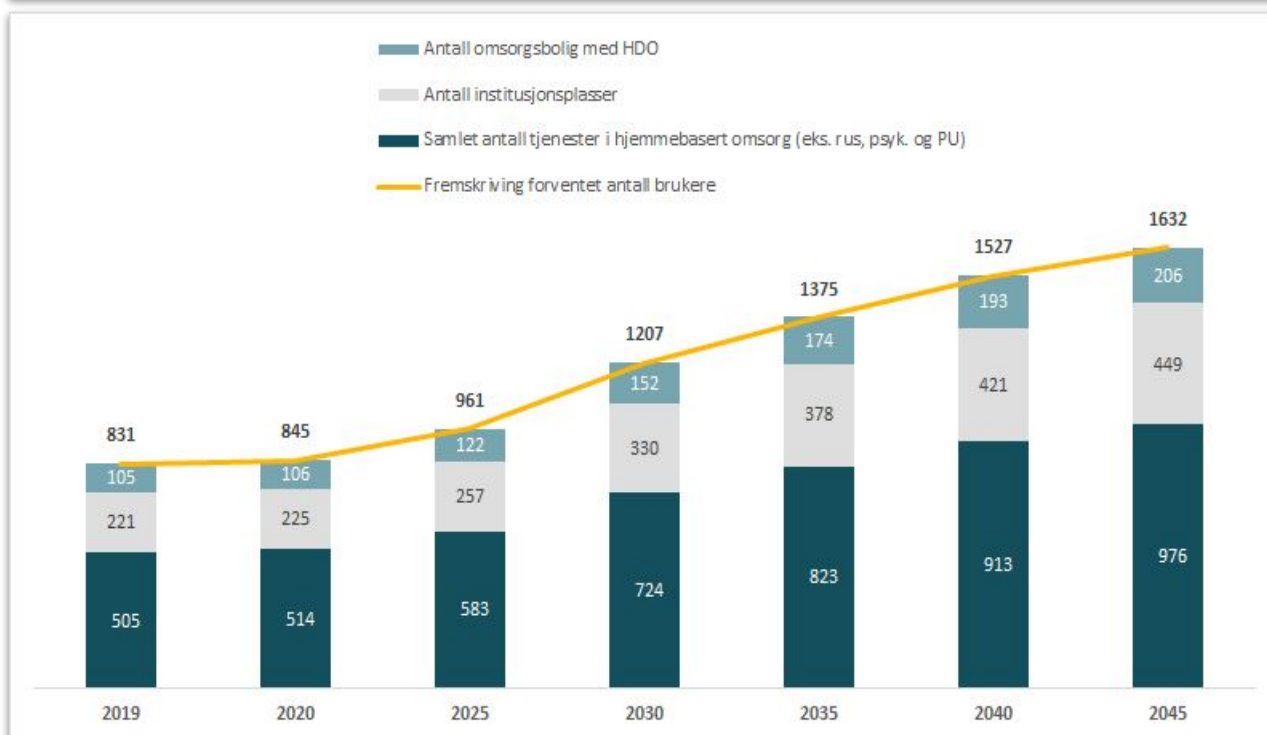
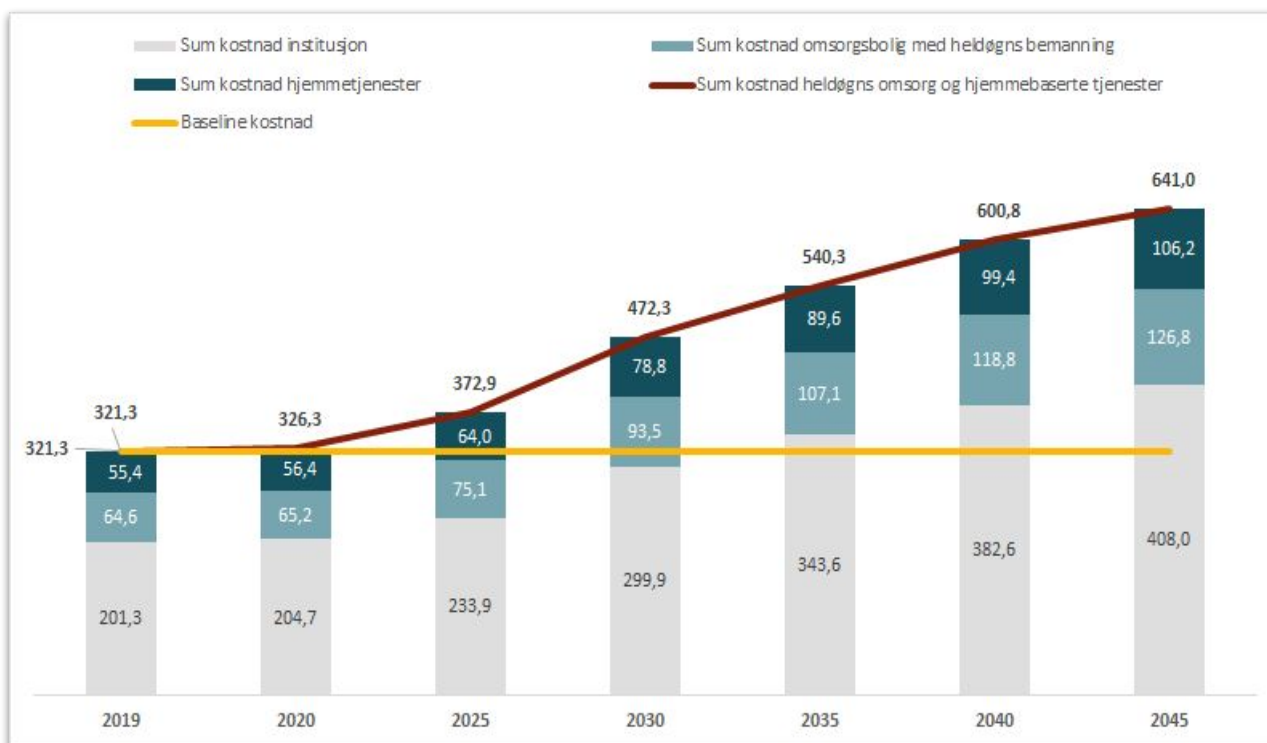
Samlet kostnad øker fra 321,3 MNOK i 2019 til 641 MNOK i 2045.

Den perioden som har størst økning i antall brukere i eldreomsorgen, er perioden 2025 til 2030.

Dekningsgrad 15,9% (80+) 2,21% (67-79)	2019	2020	2025	2030	2035	2040	2045
Samlet antall brukere (HDO og hjemmetjenester)	831	845	961	1207	1375	1527	1632
Samlet antall HDO-plasser	326	331	379	482	552	614	656
Antall institusjonsplasser	221 (161 langtid, 60 korttid)	225 (165 langtid, 60 korttid)	257 (188 langtid, 69 korttid)	330 (243 langtid, 87 korttid)	378 (278 langtid, 100 korttid)	421 (310 langtid, 111 korttid)	449 (331 langtid, 118 korttid)
Antall omsorgsboliger med HDO	105	106	122	152	174	193	206
Antall mottakere av hjemmetjenester	505	514	583	724	823	913	976
Timer hjemmetjeneste	67 600	68 800	77 998	96 119	109 309	121 182	129 531
Estimert kostnad (MNOK)	321,3	326,3	372,9	472,3	540,3	600,8	641,0
Differanse sammenlignet med faktiske driftsutgifter i 2019	-	5,0	51,6	150,9	219,0	279,4	319,6

Grafisk fremstilling av kapasitet og kostnad med dagens modell

Nedenfor vises endring i kostnad og antall plasser i eldreomsorgen fra 2019 til 2045.



Scenario 2: Utvikling i kapasitet og kostnad med endret dekningsgrad

Valg av dekningsgrad for scenario 2 begrunnes med at:

- Det forventes en betydelig økning i antall eldre (80+) fra 2019 til 2045, herunder spesielt i perioden 2025 til 2030. Ettersom Halden kommune ikke har noe ledig kapasitet til å utvide HDO-tilbudet per i dag, er det andre tiltak, som f.eks. nedjustering av dekningsgrad som kan være en alternativ løsning på kort sikt
- Det vil være utfordrende å få tilstrekkelig med helsepersonell når behovet for HDO-tjenester øker
- Halden kommune har en høyere dekningsgrad i aldersgruppen 67-79 år enn andre kommuner, og kommunen må vurdere om noen av brukerne som i dag har et HDO-tilbud, kan få et likeverdig tilbud gjennom hjemmetjenester
- Vi har valgt en nedjustering i dekningsgrad som kan fungere på kort sikt (frem til 2025), der behovet for institusjonsplasser tilsvarer dagens kapasitet (231 plasser) eller under. Fra 2025 bør Halden kommune imidlertid vurdere å øke kapasiteten for å kunne ivareta behovet for helse- og omsorgstjenester til eldre.

I scenario 2 er dekningsgrad nedjustert fra 15,9% til 15% for aldersgruppen 80+ og fra 2,2% til 1% for aldersgruppen 67-79 år.

Dekningsgrad 15% (80+) 1% (67-79)	2019 (Null- alternativet)	2020	2025	2030	2035	2040	2045
Samlet antall brukere (HDO og hjemmetjenester)	831	845	961	1207	1375	1527	1632
Samlet antall HDO-plasser	326	270	307	406	465	520	556
Antall institusjonsplasser	221 (161 langtid, 60 korttid)	187 (138 langtid, 49 korttid)	212 (157 langtid, 55 korttid)	282 (209 langtid, 73 korttid)	323 (240 langtid, 83 korttid)	361 (268 langtid, 93 korttid)	387 (287 langtid, 100 korttid)
Antall omsorgsboliger med HDO	105	83	95	124	142	159	169
Antall mottakere av hjemmetjenester	505	576	654	801	909	1 007	1 076
Timer hjemmetjeneste	67 600	77 099	87 497	106 342	120 731	133 659	142 803
Estimert kostnad (MNOK)	321,3	284,2	322,7	419,5	479,4	535,0	572,3
Differanse sammenlignet med faktiske driftsutgifter i 2019	-	-37,2	1,3	98,1	158,1	213,7	251,0
Differanse sammenlignet med nullalternativet (per år)	-	-42,1	-50,2	-52,8	-60,9	-65,8	-68,6

Grafisk fremstilling av kapasitet og kostnad i scenario 2

Nedenfor vises endring i kostnad og antall plasser i eldreomsorgen fra 2020 til 2045.

Ved å nedjustere dekningsgraden vil kostnadene for helse- og omsorgstjenestene til eldre først i 2025 tilsvare dagens driftsutgifter (321,3 MNOK i nullalternativet vs 322,7 MNOK i scenario 2).

“Innsparingspotensialet” sammenlignet med nullalternativet i 2045 er ~69 MNOK (samlet kostnad i nullalternativet er 641 MNOK i 2045).

Fremskrivning kostnader i MNOK



Fremskrivning brukere og antall plasser

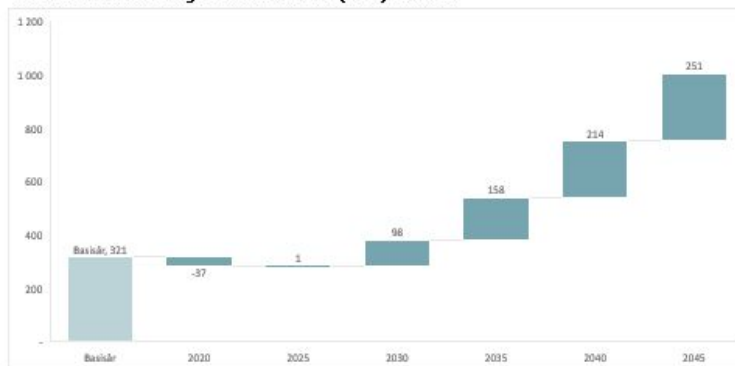


Dekningsgrad < 1,0 %

Dekningsgrad < 15,0 %

	2019	2020	2025	2030	2035	2040	2045
Merkostnad sammenlignet med 201	-42	-37	1	38	158	214	251
Differanse ift fremskrevet nullaltern	-42	-42	-50	-53	-61	-66	-69

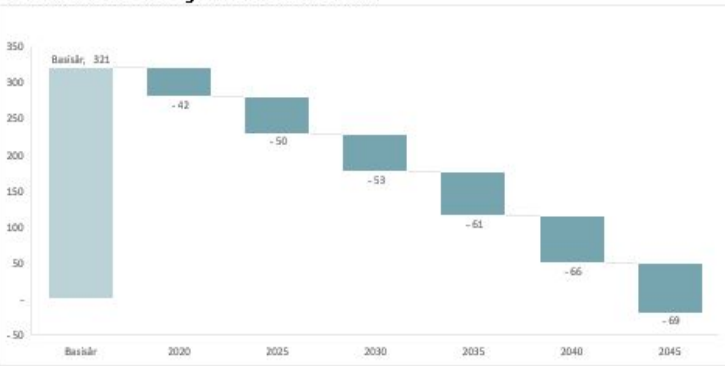
Merkostnad sammenlignet med basisåret (2019) i MNOK



Andel institusjon < 60,2 %

Andel institusjon < 70,6 %

Merkostnad sammenlignet med nullalternativet

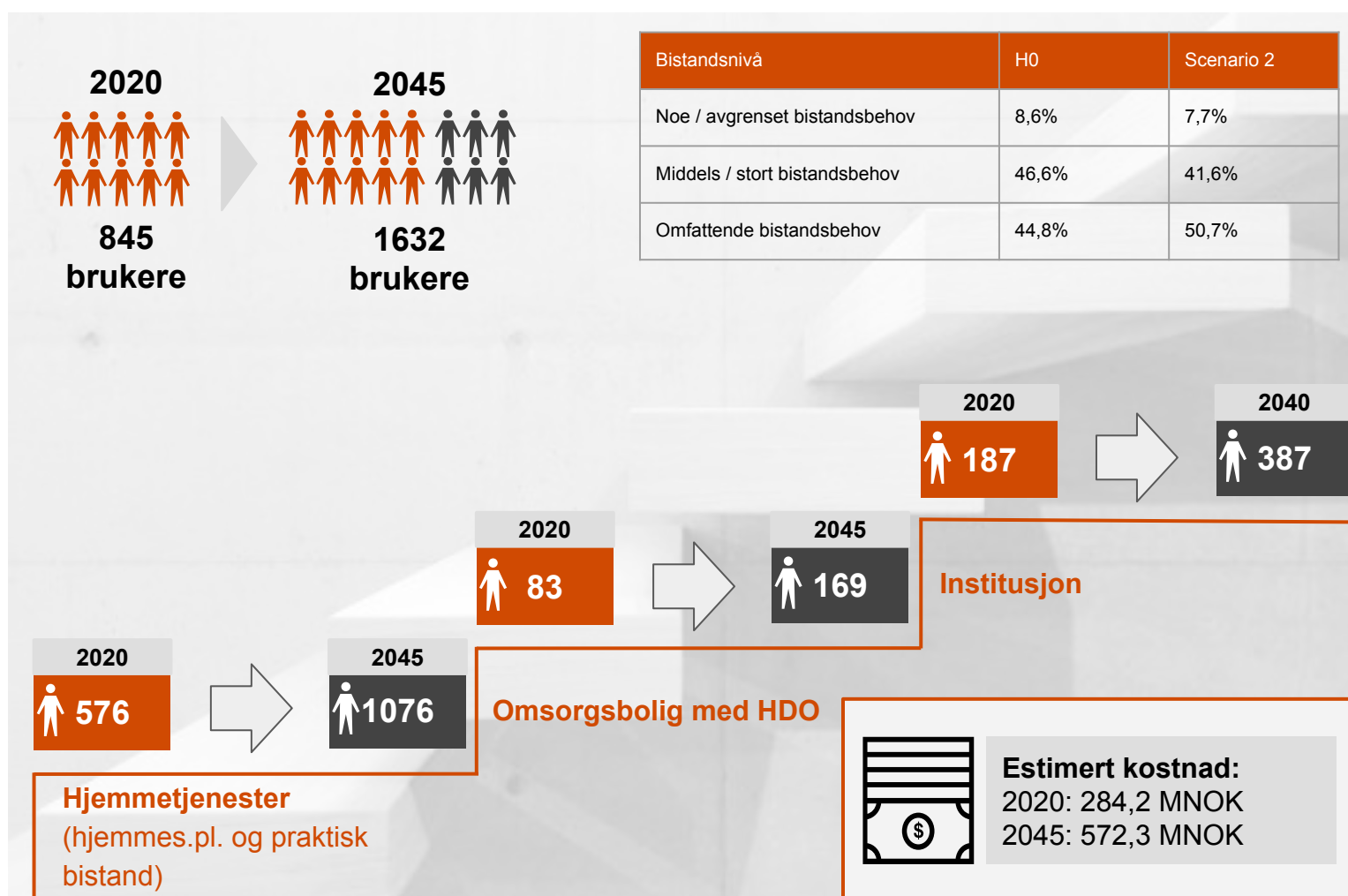


Resultat av scenario 2: Endret dekningsgrad

I scenario 2 er dekningsgraden endret fra 15,9% til 15% for aldersgruppen 80+, og fra 2,2% til 1% for aldersgruppen 67-79 år. Fordelingen av HDO-plasser er uendret.

Resultatet viser at **samlet kostnad er 42,1 MNOK lavere enn nullalternativet i 2020, og 68,6 MNOK lavere enn nullalternativet i 2045.**

Videre vil de øverste nivåene i omsorgstrappen ha færre brukere enn i nullalternativet, og flere brukere vil gå over til hjemmetjenester i dette scenariet. Her vil flere brukere ha behov for mer omfattende bistand enn i nullalternativet. Fordelingsnøkkelene her er basert på kvalitative vurderinger fra tidligere prosjekter.



Scenariet tar utgangspunkt i at endringen trer i kraft umiddelbart. I realiteten vil dette være en endring som vil pågå over flere år.

Scenario 3: Utvikling i kapasitet og kostnad med endret fordeling av HDO-plasser (50/50)

Valg av dette scenariet skyldes at det er lavere kostnader forbundet med investeringer i omsorgsboliger enn å bygge nye institusjonsplasser. I tillegg er det lavere pleiefaktor i omsorgsboliger, og dermed lavere driftskostnader. Det er derfor naturlig at veksten i heldøgns-omsorgsplasser bør være i form av omsorgsboliger - gjerne da i form av samlokaliserte omsorgsboliger der man kan ha fordeler av felles personale.

Vi har valgt en endring i fordeling av HDO-plasser der behovet for å etablere nye institusjonsplasser ikke er tilstede før i ca i 2029 (i 2030 er det estimert et behov for 241 plasser, noe som er 10 plasser over dagens kapasitet).

I scenario 3 er fordeling mellom institusjon og omsorgsbolig med HDO endret fra:

- 70,6 % institusjon / 29,4% omsorgsbolig med HDO til for aldersgruppen 80+
- 60,2 % institusjon / 39,8% omsorgsbolig med HDO for aldersgruppen 67-79 år

til **50% institusjon / 50% omsorgsbolig med HDO** for begge aldersgrupper

Dekningsgrad 15,9% (80+) 2,21% (67-79)	2019 (Null- alternativet)	2020	2025	2030	2035	2040	2045
Samlet antall brukere (HDO og hjemmetjenester)	831	845	961	1207	1375	1527	1632
Samlet antall HDO-plasser	326	332	378	482	552	614	656
Antall institusjonsplasser	221 (161 langtid, 60 korttid)	166 (121 langtid, 45 korttid)	189 (138 langtid, 51 korttid)	241 (177 langtid, 64 korttid)	276 (203 langtid, 73 korttid)	307 (226 langtid, 81 korttid)	328 (241 langtid, 87 korttid)
Antall omsorgsboliger med HDO	105	166	189	241	276	307	328
Antall mottakere av hjemmetjenester	505	514	583	724	823	913	976
Timer hjemmetjeneste	67 600	68 800	77 998	96 119	109 309	121 182	129 531
Estimert kostnad (MNOK)	321,3	309,7	352,3	447,7	511,0	567,9	606,3
Differanse sammenlignet med faktiske driftsutgifter i 2019	-	-11,6	31,0	126,4	189,7	246,6	285,0
Differanse sammenlignet med nullalternativet (per år)	-	-16,6	-20,6	-24,5	-29,3	-32,8	-34,7

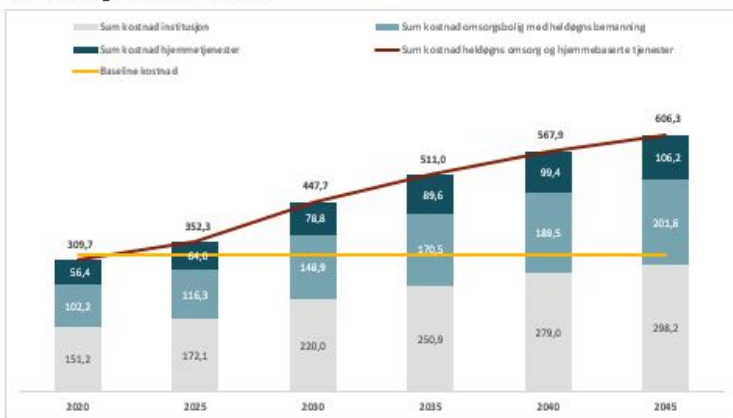
Grafisk fremstilling av kapasitet og kostnad i scenario 3

Nedenfor vises endring i kostnad og antall plasser i eldreomsorgen fra 2020 til 2045.

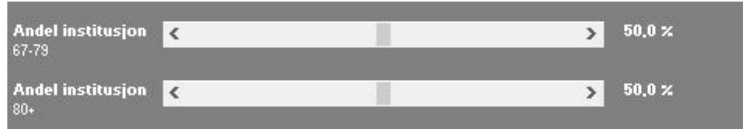
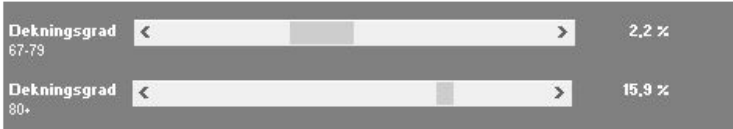
Ved å endre på fordeling av HDO-plasser fra institusjon til omsorgsboliger med HDO vil kostnadene for helse- og omsorgstjenestene til eldre tilsvare dagens driftsutgifter mellom 2020 og 2025.

“Innsparingspotensialet” sammenlignet med nullalternativet i 2045 er 34,7 MNOK i 2045 (samlet kostnad i nullalternativet er 641 MNOK i 2045).

Fremskrivning kostnader i MNOK

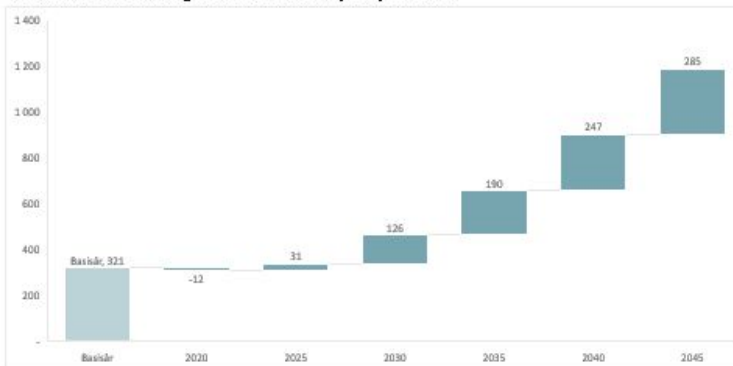


Fremskrivning brukere og antall plasser

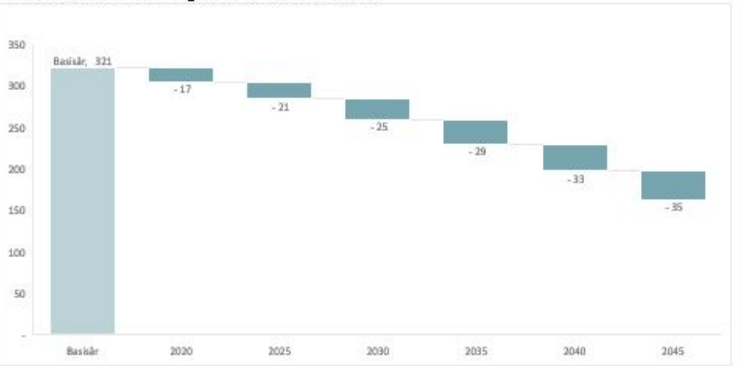


	2019	2020	2025	2030	2035	2040	2045
Merkostnad sammenlignet med 201	-17	-12	31	126	130	247	285
Differanse ift fremskrevet nullaltern	-17	-17	-21	-25	-29	-33	-35

Merkostnad sammenlignet med basisåret (2019) i MNOK



Merkostnad sammenlignet med nullalternativet



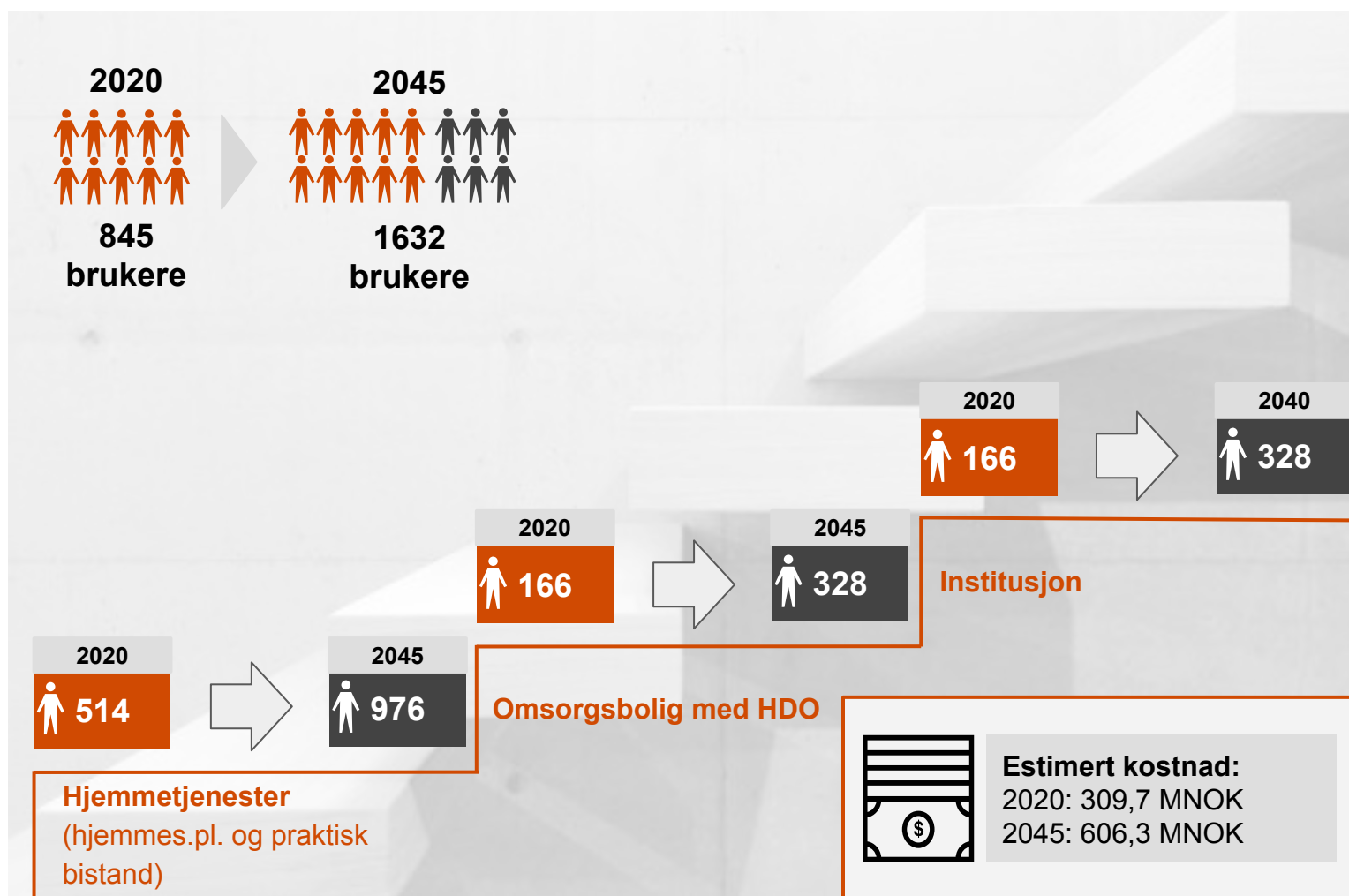
Resultat av scenario 3: Endret fordeling av HDO-plasser (50/50)

I scenario 3 er fordelingen av HDO-plasser endret til 50% omsorgsbolig med HDO / 50% for både aldersgruppene 67-79 år og 80+. Dekningsgraden er uendret.

Resultatet viser at **samlet kostnad er 16,6 MNOK lavere enn nullalternativet i 2020, og 34,7 MNOK lavere enn nullalternativet i 2045.**

Sammenlignet med nullalternativet gir dette:

- Omsorgsbolig med HDO har flere brukere
- Institusjon har færre brukere
- Hjemmebaserte tjenester har samme antall brukere



Scenariet tar utgangspunkt i at endringen trer i kraft umiddelbart. I realiteten vil dette være en endring som vil pågå over flere år.

Scenario 4: Utvikling i kapasitet og kostnad med endret fordeling av HDO-plasser (30/70)

I scenario 3 viste resultatet at behovet for antall institusjonsplasser overstiger dagens kapasitet rundt år 2029. Dette vil således medføre at etablering av ny kapasitet er tilstede i løpet av de neste ti årene.

Dersom man justerer HDO-fordelingen til en ennå større dreining mot omsorgsbolig med HDO, kan man i teorien ha tilstrekkelig institusjonskapasitet med den dekningen som finnes i dag.

I scenario 4 er fordeling mellom institusjon og omsorgsbolig med HDO endret fra:

- 70,6 % institusjon / 29,4% omsorgsbolig med HDO til for aldersgruppen 80+
- 60,2 % institusjon / 39,8% omsorgsbolig med HDO for aldersgruppen 67-79 år

til 30% institusjon / 70% omsorgsbolig med HDO for begge aldersgrupper

Dekningsgrad 15,9% (80+) 2,21% (67-79)	2019 (Null- alternativet)	2020	2025	2030	2035	2040	2045
Samlet antall brukere (HDO og hjemmetjenester)	831	845	961	1207	1375	1527	1632
Samlet antall HDO-plasser	326	331	378	482	552	614	656
Antall institusjonsplasser	221 (161 langtid, 60 korttid)	99 (73 langtid, 26 korttid)	113 (83 langtid, 30 korttid)	144 (106 langtid, 38 korttid)	165 (122 langtid, 43 korttid)	184 (136 langtid, 48 korttid)	195 (144 langtid, 52 korttid)
Antall omsorgsboliger med HDO	105	232	265	338	387	430	460
Antall mottakere av hjemmetjenester	505	514	583	724	823	913	976
Timer hjemmetjeneste	67 600	68 800	77 998	96 119	109 309	121 182	129 531
Estimert kostnad (MNOK)	321,3	287,7	329,8	418,5	477,6	530,2	567,5
Differanse sammenlignet med faktiske driftsutgifter i 2019	-	-33,7	8,5	97,2	156,3	208,9	246,2
Differanse sammenlignet med nullalternativet (per år)	-	-38,6	-43,1	-53,7	-62,7	-70,5	-73,4

Grafisk fremstilling av kapasitet og kostnad i scenario 4

Nedenfor vises endring i kostnad og antall plasser i eldreomsorgen fra 2020 til 2045.

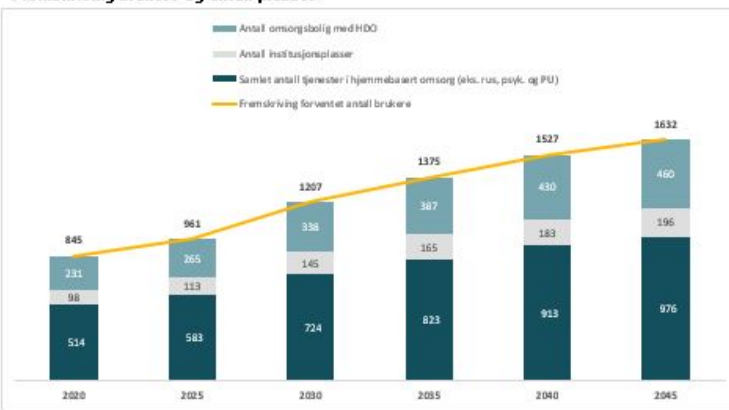
Ved å endre på fordeling av HDO-plasser fra institusjon til omsorgsboliger med HDO vil kostnadene for helse- og omsorgstjenestene til eldre tilsvare dagens driftsutgifter (321,3 MNOK i nullalternativet vs 329,8 MNOK i scenario 4) omlag rundt år 2025.

“Innsparingspotensialet” sammenlignet med nullalternativet i 2045 er 73,4 MNOK i 2045 (samlet kostnad i nullalternativet er 641 MNOK i 2045).

Fremskriving kostnader i MNOK

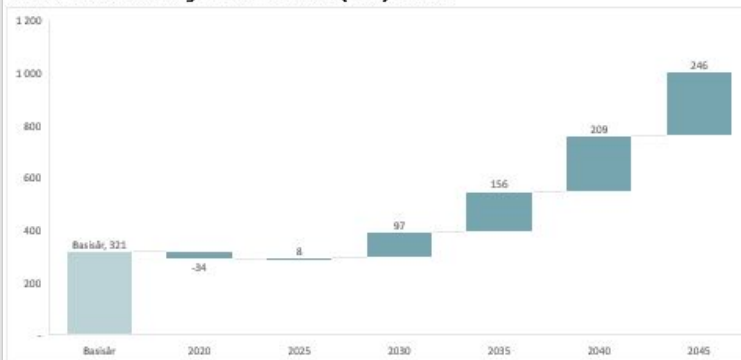


Fremskriving brukere og antall plasser

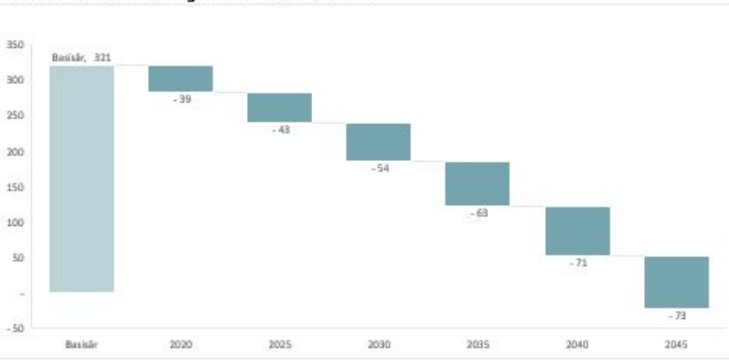


	2019	2020	2025	2030	2035	2040	2045
Merkostnad sammenlignet med 201	-37	-34	8	37	156	209	246
Differanse ift fremkrevet nullaltern	-37	-33	-43	-54	-63	-71	-73

Merkostnad sammenlignet med basisåret (2019) i MNOK



Merkostnad sammenlignet med nullalternativet



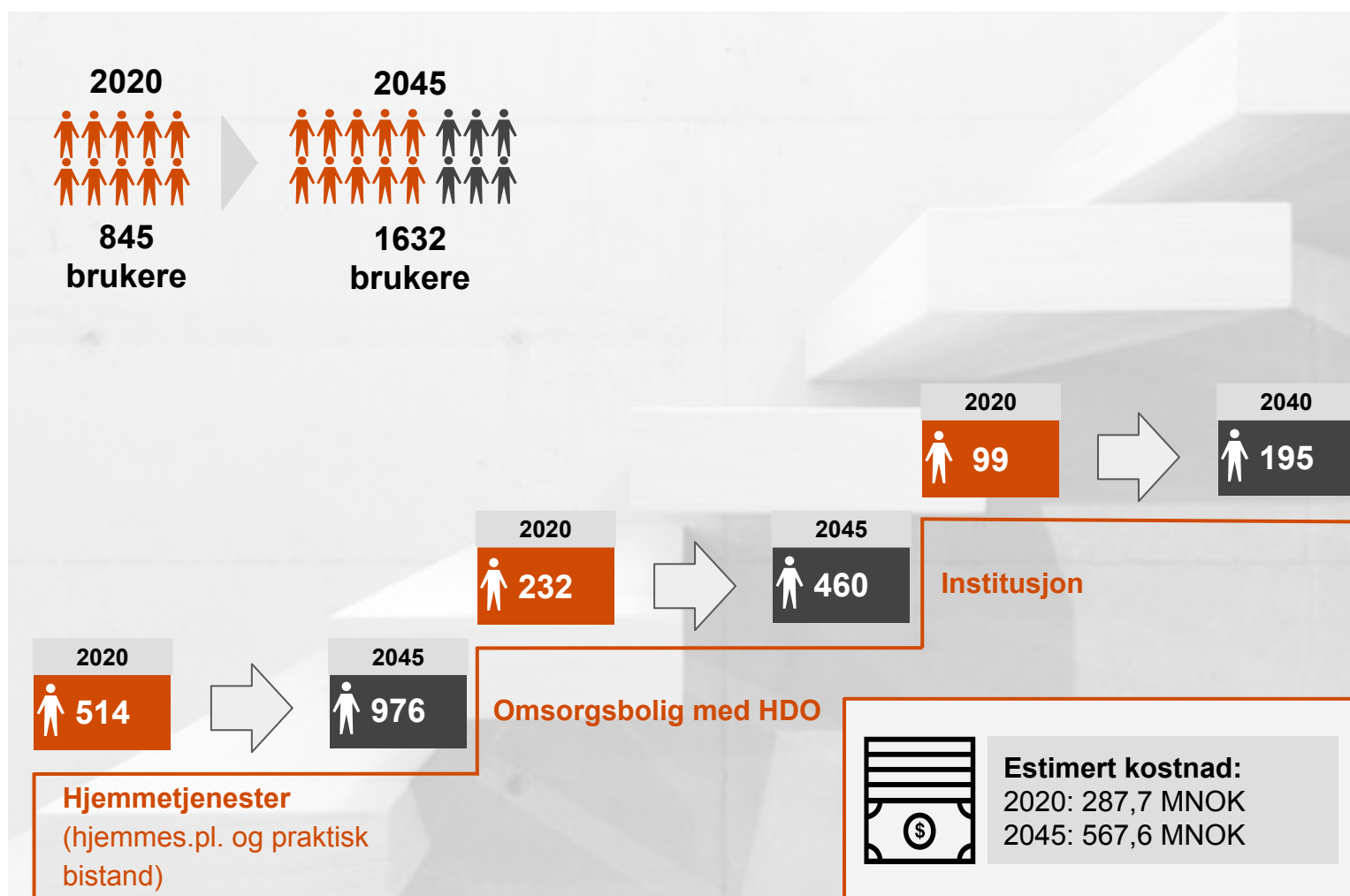
Resultat av scenario 4: Endret fordeling av HDO-plasser (30/70)

I scenario 4 er fordelingen av HDO-plasser endret til 70% omsorgsbolig med HDO / 30% for både aldersgruppene 67-79 år og 80+. Dekningsgraden er uendret.

Resultatet viser at **samlet kostnad er 38,6 MNOK lavere enn nullalternativet i 2020, og 73,4 MNOK lavere enn nullalternativet i 2045.**

Sammenlignet med nullalternativet gir dette:

- Omsorgsbolig med HDO ha flere brukere
- Institusjon har færre brukere
- Hjemmebaserte tjenester har samme antall brukere



Scenariet tar utgangspunkt i at endringen trer i kraft umiddelbart. I realiteten vil dette være en endring som vil pågå over flere år.

Scenario 5: Utvikling i kapasitet og kostnad med endret dekningsgrad og fordeling av HDO-plasser

Dette scenariet er valgt med henblikk på det som vil gi Halden kommune den største økonomiske handlefriheten. Her har vi kombinert nedjustering av dekningsgrad, samt en betydelig dreining mot omsorgsboliger med HDO sammenlignet med institusjonsplasser. I likhet med de andre alternativene ovenfor har det ikke blitt gjennomført faglige vurderinger med tanke på gjennomførbarhet og implementering av dette scenariet.

I scenario 5 er **dekningsgrad nedjustert fra 15,9% til 15% for aldersgruppen 80+ og fra 2,2% til 1% for aldersgruppen 67-79 år.**

I scenario 5 er også fordeling mellom institusjon og omsorgsbolig med HDO endret fra:

- 70,6 % institusjon / 29,4% omsorgsbolig med HDO til for aldersgruppen 80+
- 60,2 % institusjon / 39,8% omsorgsbolig med HDO for aldersgruppen 67-79 år

til **50 % institusjon / 50 % omsorgsbolig** med HDO for begge aldersgrupper

Dekningsgrad 15% (80+) 1% (67-79)	2019 (Null- alternativet)	2020	2025	2030	2035	2040	2045
Samlet antall brukere (HDO og hjemmetjenester)	831	845	961	1207	1375	1527	1632
Samlet antall HDO-plasser	326	270	307	406	466	520	556
Antall institusjonsplasser	221 (161 langtid, 60 korttid)	135 (100 langtid, 35 korttid)	153 (113 langtid, 40 korttid)	203 (150 langtid, 53 korttid)	233 (172 langtid, 61 korttid)	260 (192 langtid, 68 korttid)	278 (206 langtid, 72 korttid)
Antall omsorgsboliger med HDO	105	135	153	203	233	260	278
Antall mottakere av hjemmetjenester	505	576	654	801	909	1 007	1 076
Timer hjemmetjeneste	67 600	77 099	87 497	106 342	120 731	133 659	142 803
Estimert kostnad (MNOK)	321,3	263,7	305,5	396,5	454	507,2	540,5
Differanse sammenlignet med faktiske driftsutgifter i 2019	-	-52,5	-15,8	75,2	132,7	185,9	219,2
Differanse sammenlignet med nullalternativet (per år)	-	-57,5	-67,4	-75,8	-86,3	-93,5	-100,4

Grafisk fremstilling av kapasitet og kostnad i scenario 5

Nedenfor vises endring i kostnad og antall plasser i eldreomsorgen fra 2020 til 2045.

Ved å endre på dekningsgrad og fordeling av HDO-plasser fra institusjon til omsorgsboliger med HDO vil kostnadene for helse- og omsorgstjenestene til eldre tilsvare dagens driftsutgifter (321,3 MNOK i nullalternativet) mellom 2025 og 2030.

“Innsparingspotensialet” sammenlignet med nullalternativet i 2045 er 100,4 MNOK i 2045 (samlet kostnad i nullalternativet er 641 MNOK i 2045).

Fremskrivning kostnader i MNOK



Fremskrivning brukere og antall plasser



Dekningsgrad 67-79

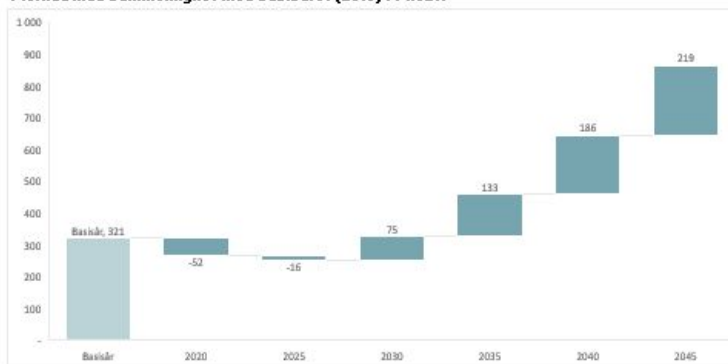
Dekningsgrad 80+

Andel institusjon 67-79

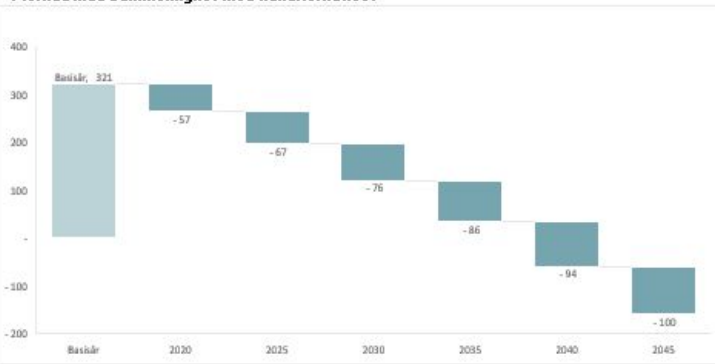
Andel institusjon 80+

	2019	2020	2025	2030	2035	2040	2045
Merkostnad sammenlignet med 201	-58	-52	-16	75	133	186	219
Differanse ift fremskrevet nullaltern	-58	-57	-67	-76	-86	-94	-100

Merkostnad sammenlignet med basisåret (2019) i MNOK



Merkostnad sammenlignet med nullalternativet

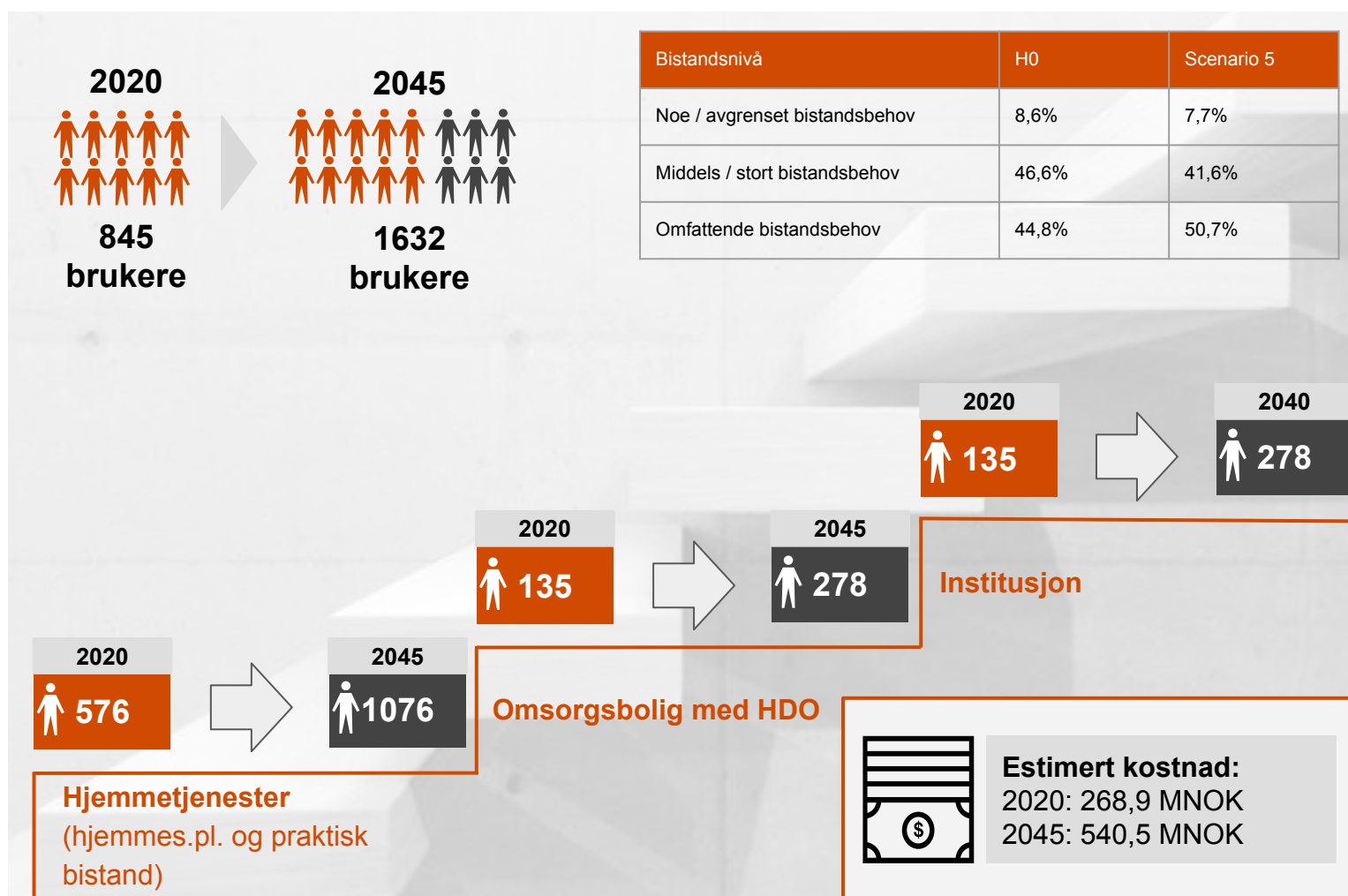


Resultat av scenario 5: Endret fordeling av HDO-plasser

I scenario 5 er dekningsgraden endret fra 15,9% til 15% for aldersgruppen 80+, og fra 2,2% til 1% for aldersgruppen 67-79 år. Fordelingen av HDO-plasser endret til 70% omsorgsbolig med HDO / 30% for både aldersgruppene 67-79 år og 80+.

Resultatet viser at **samlet kostnad er 57,5 MNOK lavere enn nullalternativet i 2020, og 100,4 MNOK lavere enn nullalternativet i 2045.**

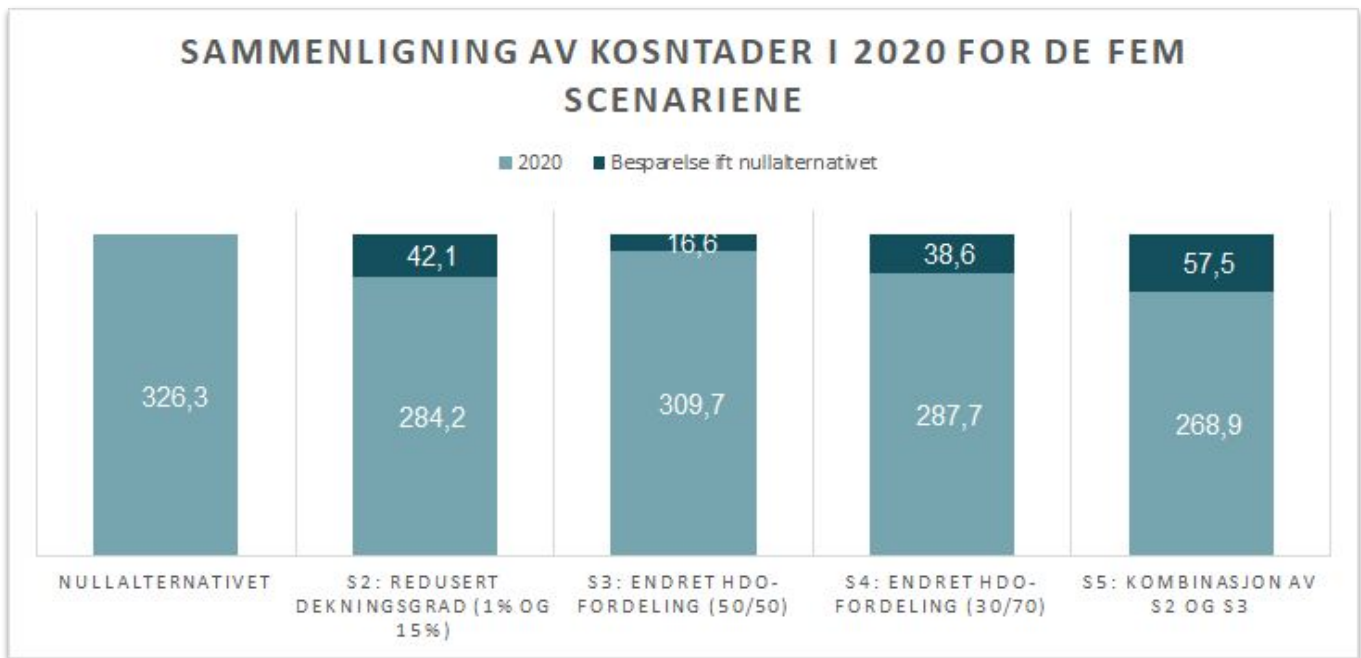
Videre vil de øverste nivåene i omsorgstrappen ha færre brukere enn i nullalternativet, og flere brukere vil gå over til hjemmetjenester i dette scenariet. Her vil flere brukere ha behov for mer omfattende bistand enn i nullalternativet. Fordelingsnøkkelene her er basert på kvalitative vurderinger fra tidligere prosjekter.



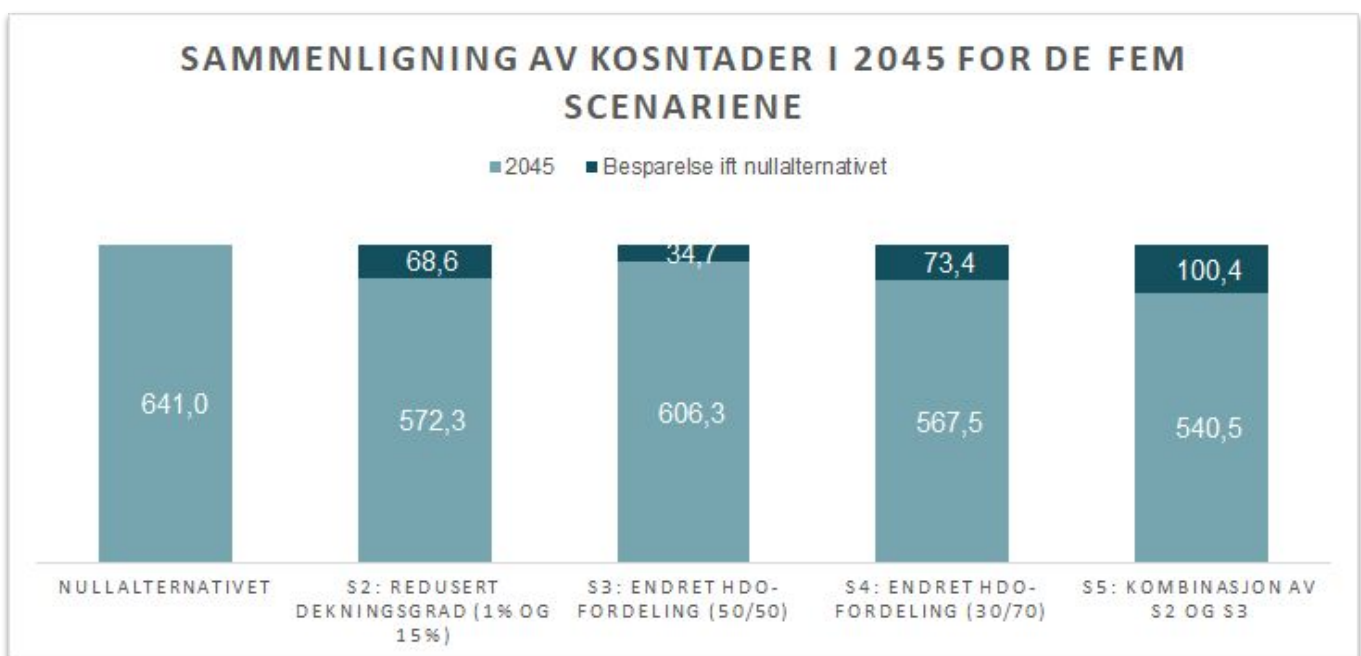
Scenariet tar utgangspunkt i at endringen trer i kraft umiddelbart. I realiteten vil dette være en endring som vil pågå over flere år.

Oppsummering av nullalternativet og kostnadsbesparelser per scenario for 2020 og 2045

Nedenfor vises en oppsummering av kostnader per scenario for 2020 og 2045. Potensial for innsparinger i 2020 er 42,1 MNOK (scenario 2), 16,6 MNOK (scenario 3), 38,6 MNOK (scenario 4), og 57,5 MNOK (scenario 5)

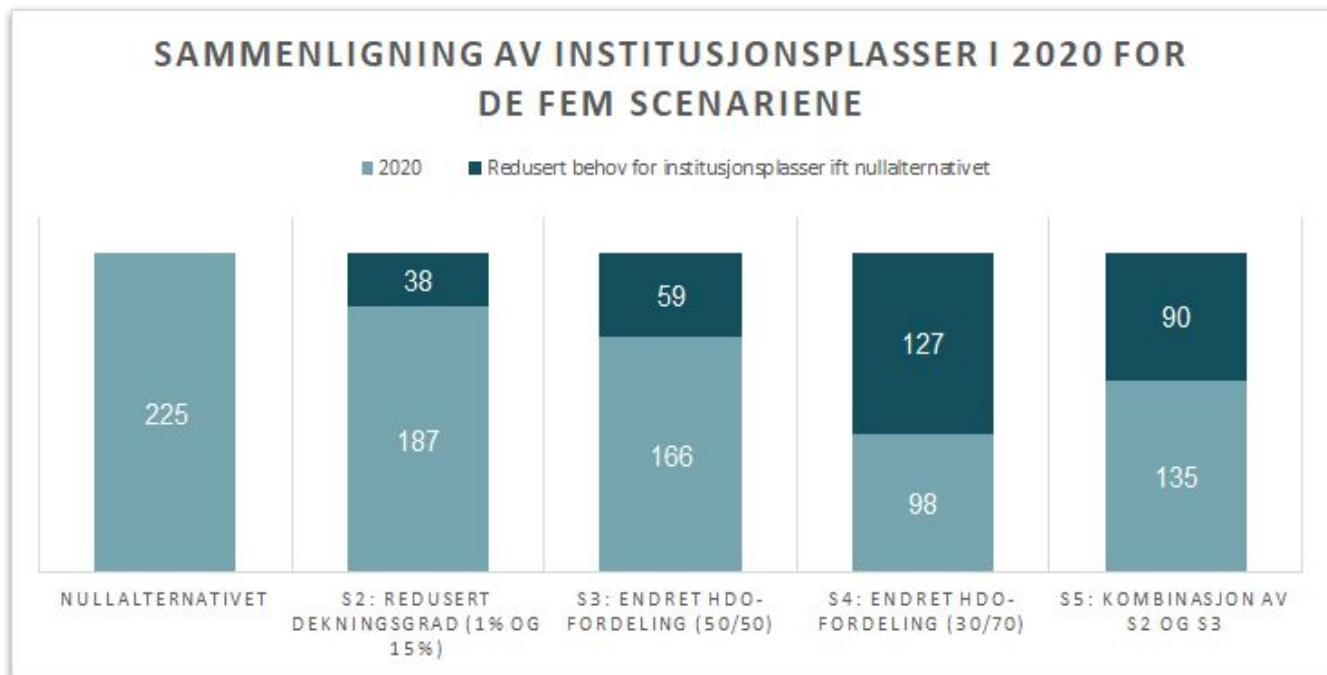


Potensial for innsparinger i 2045 er 68,6 MNOK (scenario 2), 34,7 MNOK (scenario 3), 73,4 MNOK (scenario 4) og 100,4 MNOK (scenario 5)

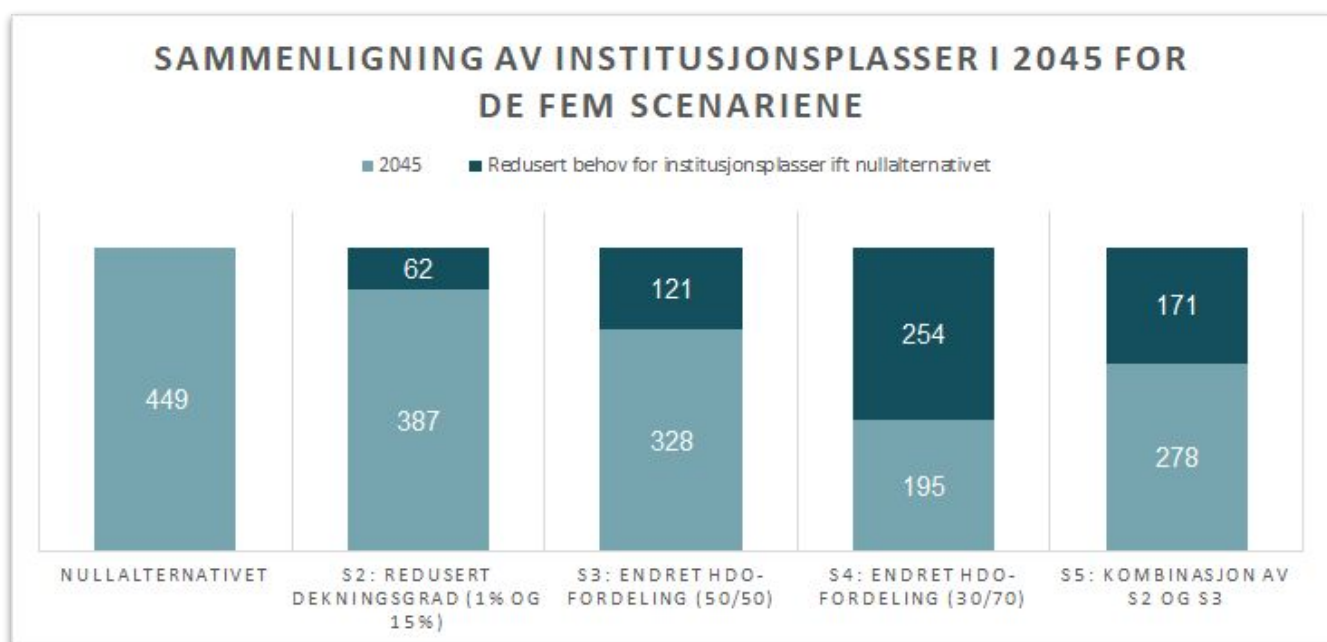


Oppsummering av nullalternativet og behov for institusjonsplasser per scenario for 2020 og 2045

Nedenfor vises en oppsummering av behov for institusjonsplasser per scenario for 2020 og 2045. Redusert behov for institusjonsplasser i 2020 er 38 plasser (scenario 2), 59 plasser (scenario 3), 127 plasser (scenario 4), og 90 plasser (scenario 5)



Redusert behov for institusjonsplasser i 2045 er 62 plasser (scenario 2), 121 plasser (scenario 3), 254 plasser (scenario 4), og 171 plasser (scenario 5)



Oppsummering av framskrivningen av eldreomsorgen

Basert på scenarieanalysen vi har gjort for Halden kommune fremkommer det at nullalternativet vil gi en økt behov for institusjonsplasser på 228 plasser; -en fordobling av antall plasser sammenlignet med dagens kapasitet. Tilsvarende vil behovet for omsorgsboliger med HDO øke fra 105 plasser til 206 plasser, -også her en fordobling i kapasitetsbehovet. Følgelig gir dette en kostnadsøkning fra 321 MNOK til 641 MNOK (økning på 319, 6 MNOK) i perioden 2019 (basisåret) til 2045. Dersom Halden kommune anser dette som avvikende i forhold til forventet fremtidig budsjett, kan noe av handlingsrommet økes ved å:

- Justere dekningsgrad
- Endre fordeling av HDO-plasser mellom institusjon og omsorgsbolig med HDO

I tillegg til nullalternativet har vi framskrevet fire ulike scenarier for å illustrere effekten av å endre på disse variablene. Hvert av disse scenariene kan fungere som et målbilde for Halden kommunes videre planlegging av organisering og dimensjonering av botilbudet. Vår vurdering av scenariene er:

- Scenario 1 (nullalternativet) er svært avvikende fra forventet fremtidig budsjett for HDO-tjenestene
- Scenario 2 vil være bærekraftig frem til 2025, dersom kommunen har klart å gjennomføre en betydelig omstilling av eksisterende HDO-tjenestetilbud ved nedjustering av dekningsgrad
- Scenario 3 vil være kostnadsbesparende sammenlignet med nullalternativet, men vil ikke være bærekraftig på lang sikt
- Scenario 4 vil være bærekraftig frem til 2025, dersom kommunen har klart å gjennomføre en betydelig omstilling av eksisterende HDO-tjenestetilbud ved dreining av HDO-tilbudet mot 70% omsorgsplasser, 30% institusjonsplasser
- Kostnadene for scenario 5, som innebærer en omfattende endring, -i form av redusert dekningsgrad og dreining av HDO-tilbudet mot 50% omsorgsplasser, 50% institusjonsplasser, vil ikke overstige dagens kostnad før ca 2027.

Vi ser at scenario 5 vil gi den største økonomiske handlefriheten, og samtidig innebære at man har mindre behov for å rekruttere nødvendig fagkompetanse framover i tid enn i de andre scenariene. Imidlertid vil kostnadene også i dette scenariet øke til 540,5 MNOK årlig (en økning på 219,2 MNOK sammenlignet med dagens kostnad (2019)).

Scenario 5 representerer en omfattende omstilling av tjenestene i form av nye arbeidsprosesser, utvikling av tjenestetilbud og tjenesteinnhold, og også eventuelt nye organisasjonsmodeller. Imidlertid må kommunen vurdere hvilket scenario som er realistisk å kunne finansiere, opp mot hva som er faglig og organisatorisk gjennomførbart, både på kort og lang sikt.

Kapittel 4

**Kvalitative analyser og
tjenesteutvikling**

Overordnet vurdering av dagens eldreomsorg i Halden kommune

Vurderingen er basert på intervjuer med ledere, stab, tillitsvalgte og brukerrepresentanter samt gjennomgang av planer og dokumenter som er tilgjengelig på kommunens internettsider. I tillegg nasjonale kvalitetsindikatorer tilgjengelig på Helsedirektoratet sine nettsider.

PwC vurderer at Halden kommune har en velfungerende eldreomsorg med tjenestekvalitet på nivå eller litt bedre enn snitt for landet. Vurderingen er gjort ut fra følgende funn;

- Nasjonale kvalitetsindikatorer viser at tjenestekvalitet i Halden er på nivå med snitt i landet. For noen indikatorer ligger Halden litt over landsgjennomsnittet, for andre litt under.
- Det er utviklet lokale kvalitetsindikatorer i tjenesten og det rapporteres jevnlig på disse Dette viser evne og vilje til å jobbe aktivt med kvalitetsforbedring
- Det er etablert gode ledelses- og styringssystem både for kvalitet, drift, økonomi og personal
- Organisasjonsmodellen og fysisk lokalisering av tjenester ser ut til å være hensiktsmessig
- Det ser ut til å være tydelighet i fordeling av ansvar og myndighet, både for fag, kvalitet og økonomi
- Det er en rekke aktive samarbeidsarenaer internt i tjenesten, og også mot aktører som utdanningsinstitusjoner og spesialisthelsetjeneste
- Kommunen har kommet langt i å innføre velferdsteknologi
- Det er få ledige stillinger for pleiepersonell
- Det er pågående arbeid med strategisk plan for helse og mestring. Arbeidet er satt på vent grunnet Covid-19 situasjonen men vil bli tatt opp igjen

Vi har også identifisert områder der Halden kommune bør iverksette av tiltak for å møte framtidige utfordringer. Områdene er;

- Tilpasse tjenestene til framtidige brukerbehov
- Sikre opprettholdelse av god tjenestekvalitet også gjennom nødvendige endringsprosesser
- Sikre tilstrekkelig ressurs - og kompetanse for fremtiden
- Dimensjonere tjenestene med fokus på omsorgstrappen og beste effektive omsorgsnivå
- Utvikle lederskap og medarbeiderskap
- Legge til rette for innbyggerinvolvering
- Øke digitaliseringsgrad og bruk av velferdsteknologi

På de neste sidene følger vurdering og forslag til tiltak innen hvert av disse områdene.



Tilpasning av tjenestene til fremtidens brukerbehov

Hva

De nye generasjonene eldre forventes å leve lenger og møte alderdommen med bedre økonomi, høyere utdannelse, bedre helse, bedre IKT-kompetanse og helt andre krav til materielle standarder sammenliknet med generasjoner før dem. En 80-åring i 2020 og en 80-åring i 2045 vil derfor ikke være det samme. Samtidig vil det være stor variasjon i helsetilstand blant de eldre. Ensomhet blant eldre er utbredt og utgjør et folkehelseproblem. Mulighet for sosiale relasjoner er en faktor som direkte påvirker Eldres helse. Folkehelseoven gir kommunene plikt til å fremme helse og trivsel og å forebygge tiltak som har negativ virkning på folkehelse.

Hvorfor

Det vil kreves god strategisk ledelse og også utstrakt evne til gjennomføring og gevinstrealisering for å tilpasse tjenestene til framtidens brukere. Brukerne og deres representanter, tillitsvalgte og verneombud må alle delta sammen med ledelsen i arbeid med utforming av fremtidige løsninger for at endringsarbeidet skal lykkes.

Ledergruppens evne til å jobbe strategisk og innovativt med problemstillinger vil være avgjørende for hvorvidt kommunen lykkes med omstilling. Eldreomsorgen skal fokusere på den enkeltes egen evne til å mestre. Samtidig skal det gis trygghet for nødvendig hjelp, tilsyn og pleie. For mye hjelp vil i et slikt perspektiv ha like negativ effekt som for lite hjelp.

Hvordan

For å kunne gjøre nødvendige vurderinger og prioriteringer på tvers av enheter og tjenesteområder bør ledergruppen i helse og mestring tilstrebe å bli en strategisk ledergruppe i enda større grad enn de er i dag. For å oppnå dette bør gruppen jobbe aktivt med strategiske saker. Dette kan gjøres ved å sette tilstrekkelig tid til å diskutere strategiske saker.

Brukere bør involveres i arbeid med utforming og realisering av strategi. Eksempelvis ved opprettelse av et bruker- og pårørende utvalg for helse og mestring.



Kvalitet i tjenestene

Hva

Ledere i eldreomsorgen har ansvar for god kvalitet og trygge tjenester. Forskrift 2016-10-28-1250 om ledelse og kvalitetsforbedring beskriver hvilke plikter leder har til å planlegge, gjennomføre evaluere og korrigere tjenestene. Forskriften tydeliggjør leders ansvar, medarbeideres involvering, brukermedvirkning, krav til forbedring og krav til kvalitet.

Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder til forskriften der plikter og ansvar er nærmere omtalt. I veilederen står at tjenester av god kvalitet er:

- Virkningsfulle
- Trygge og sikre
- Involverer brukere
- Samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressurser
- Tilgjengelige og rettferdig fordelt

I følge veilederen er kvalitetsforbedring en kontinuerlig prosess for å identifisere svikt eller forbedringsområder, teste ut tiltak og justere til resultatet blir som ønsket og forbedringen vedvare. Dokumentasjon av denne prosessen skal skje i et kvalitetssystem.

Hvorfor

I intervjuer har lederne i kommunen beskrevet internkontroll og kvalitetssystemet og hvordan det arbeides systematisk med forbedringer. Direktør for helse og mestring har kvalitetsrådgiver i sin stab og det er opprettet Fag- og kvalitetsforum der fagutviklere fra enhetene jobber sammen med kvalitetsrådgiveren med kompetanse- og kvalitetsutvikling. Det rapporteres jevnlig på nasjonale og lokale kvalitetsindikatorer og på avvik. Arbeidet følger et årshjul, det er basert på forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring og er dokumentert i kvalitetssystemet RiskManager. Det gjennomføres brukerundersøkelser og medarbeiderundersøkelser som del av kvalitetsarbeidet.

Hvordan

Halden kommune ser ut til å ha et velfungerende kvalitetssystem. Nasjonale kvalitetsindikatorer tyder på at kommunen i snitt har tjenestekvalitet på høyde med snitt i landet. Noen indikatorer har hatt en positiv utvikling fra 2018 til 2019, andre har hatt en noe negativ utvikling. PwC har ikke utført revisjon av tjenestekvaliteten, men har likevel et inntrykk av at kommunen har opprettholdt god kvalitet i eldreomsorgen til tross for økonomiske utfordringer de siste årene. Tiltak framover vil være å videreutvikle kvalitetsstandarder og kvalitetsindikatorer for å kunne overvåke tjenestekvalitet under omstilling og for å kunne måle kvalitet før og etter omstilling.

Nasjonale kvalitetsindikatorer 2019 (2018 tall i parentes)

	Halden	Østfold	Landet
Andel samlet sykefravær i pleie- og omsorgstjenesten	14,1 (13,6)	12,9 (12,6)	11,37 (11,59)
Andel årsverk med fagutdanning i pleie- og omsorgstjenesten	74,5 (70,5)	78,7 (75,7)	77,50 (90,28)
Ventetid på helsetjenester i hjemmet andel som har fått tjenester innen 15 dager fra vedtak er fattet	94,4 (95,9)	96,8 (96,8)	96,00 (96,27)
Ventetid på langtids sykehjemsplass andel som har mottatt plass 15 dager etter vedtak	Tall ikke publisert for 2019 (100)	Tall ikke publisert for 2019 (95,5)	Tall ikke publisert for 2019 (90,28)
Andel hjemmeboende med demens som har vedtak om dagtilbud	29,2 (24,2)	29,8 (24,4)	30,03 (29,15)
Andel langtidsbeboere i sykehjem som har fått legemiddelgjennomgang siste 12 måneder	76,7 (73,5)	74,5 (70,6)	57,69 (54,54)
Andel brukertilpassede enerom i institusjon	98,4 (97,8)	89,0 (86,6)	89,3 (87,8)
Andel langtidsbeboere i sykehjem som er vurdert av lege siste 12 måneder	80,0 (76,1)	81,0 (77,8)	67,69 (63,87)
Andel langtidsbeboere i sykehjem som er vurdert av tannhelsepersonell i løpet av de siste 12 måneder	27,6 (48,6)	51,8 (54,5)	46,46 (46,68)
Andel langtidsbeboere i sykehjem som har fått kartlagt ernæringsstatus i løpet av de siste 12 måneder	38,3 (58,3)	55,8 (57,3)	47,80 (46,15)

Ressurs- og kompetansebehov for fremtiden

Hva

På landsbasis vil det være behov for en økning i antall årsverk på om lag 35 prosent fram mot 2035 for å dekke framskrevet behov. Det er knyttet usikkerhet til framskrivingene, først og fremst som følge av at det ikke er kjent i hvilken grad helsetilstand i befolkningen vil bedre seg når levealderen øker. Det er også usikkert hvordan omfang av ubetalt pleie- og omsorgsarbeid i hjemmet vil utvikle seg og om det vil finne sted en standardvekst målt ved årsverk per bruker. Behovet for økning vil også variere mellom landsdeler og kommuner.

“Det vil bli særlig knapphet på sykepleiere og helsefagarbeidere. For leger og fysioterapeuter anslår SSB noenlunde balanse mellom tilgang og behov. Det forventes et lite overskudd av psykologer. Det kan samtidig være stor variasjon mellom ulike deler av landet. For legegruppen kan det være utfordringer knyttet til rekruttering til enkelte spesialiteter”

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, kap 9

PwC har gjort en framskriving av behov for sykepleiere og helsefagarbeidere i Halden kommune knyttet til scenariene som er utarbeidet i kapittel 3. Framskrivingen er omtrentlig og vil ha de samme usikkerhetsfaktorene som tall for landsbasis. Metodikk for framskrivingen er gjengitt i vedlegg til rapporten.

Hvorfor

Det er ikke realistisk å dekket så stort behov for nye årsverk for sykepleiere og helsefagarbeidere som framskrivingen tilsier gjennom ekstern rekruttering. Ressurs- og kompetansegap som oppstår vil derfor kreve endringer i måten kommunen utvikler kompetanse på internt og hvordan oppgaver fordeles på tvers av yrkesgrupper. Kompetanseutvikling vil gjelde individnivå, gruppenivå og organisasjonsnivå. Framtidens kompetansebehov omfatter, i tillegg til helsefaglig kompetanse, også digitale ferdigheter, samhandlingskompetanse og relasjonskompetanse. Evne og vilje til å dele kunnskap styrkes gjennom tilrettelegging for godt læringsmiljø og ved å bruke team som samarbeidsform.

Hvordan

PwC har benyttet en **modell med 3 steg** for framskriving av kompetanse- og bemanningsbehov for sykepleiere og helsefagarbeidere. Steg 1 er en lineær framskriving av behovet basert på scenariene som er utviklet i kapittel 3. Steg 2 er vurdering av kompetansemiks og oppgavedeling. Steg 3 er vurdering av utnyttelsesgrad og sammensetning i turnuser.

Steg 1 har PwC gjennomført fullt ut basert på tilsendt informasjon fra kommunen. Arbeid med steg 2 og 3 krever betydelig involvering av mellomledere og tillitsvalgte, og er allerede iverksatt i kommunen. Eksempelvis er det startet endring av oppgavedeling gjennom etablering av rollen “Fagarbeider pluss”. Det gjøres også gjennomgang av turnus- og bemanningsplaner med tanke på større stillingsbrøker for helsefagarbeidere.

Resultat framskriving bemanning - Steg 1

1

Nullalternativet: Nåsituasjonen, uten endring i dekningsgrad (15,9 % for 80+ år og 2,21% for 67-79 år) og fordeling av HDO-plasser (71 % I / 29 % O for 80+, og 60 % I / 40 % O for 67-79 år)

Antall sykepleiere	Antall helsefagarbeidere	Naturlig avgang Sykepleiere	Naturlig avgang helsefagarbeidere	Samlet mangel sykepleiere og helsefagarbeidere:
2020: 160	2020: 327			
2025: 186	2025: 380	2025: 15	2025: 35	2025: 128
2045: 322	2045: 654	2045: 83	2045: 160	2045: 732

2

Scenario 2: Endring i dekningsgrad (15% for 80+ og 1 % for 67-79 år)

Antall sykepleiere	Antall helsefagarbeidere	Naturlig avgang Sykepleiere	Naturlig avgang helsefagarbeidere	Samlet mangel sykepleiere og helsefagarbeidere:
2025: 161	2025: 325	2025: 15	2025: 35	2025: 49
2045: 288	2045: 580	2045: 83	2045: 160	2045: 624

3

Scenario 3: Endring i fordeling av HDO-plasser (50 % Institusjon / 50 % Omsorgsbolig med HDO for både 80+ og 67-79 år)

Antall sykepleiere	Antall helsefagarbeidere	Naturlig avgang Sykepleiere	Naturlig avgang helsefagarbeidere	Samlet mangel sykepleiere og helsefagarbeidere:
2025: 155	2025: 364	2025: 15	2025: 35	2025: 82
2045: 267	2045: 629	2045: 83	2045: 160	2045: 652

4

Scenario 4: Endring i fordeling av HDO-plasser (30 % Institusjon / 70 % Omsorgsbolig med HDO for både 80+ og 67-79 år)

Antall sykepleiere	Antall helsefagarbeidere	Naturlig avgang Sykepleiere	Naturlig avgang helsefagarbeidere	Samlet mangel sykepleiere og helsefagarbeidere:
2025: 121	2025: 348	2025: 15	2025: 35	2025: 32
2045: 206	2045: 599	2045: 83	2045: 160	2045: 561

5

Scenario 5: Kombinasjon av scenario 2 og 3

Antall sykepleiere	Antall helsefagarbeidere	Naturlig avgang Sykepleiere	Naturlig avgang helsefagarbeidere	Samlet manko sykepleiere og helsefagarbeidere:
2025: 135	2025: 313	2025: 15	2025: 35	2025: 21
2045: 238	2045: 556	2045: 83	2045: 160	2045: 550

Tiltak for å redusere behov for bemanning

Steg 2. Kompetansemiks og oppgavedeling

Forholdet mellom sykepleiere og helsefagarbeidere i eldreomsorgen i Halden i dag er 33 prosent sykepleiere og 67 prosent helsefagarbeidere. Det samme forholdet er framskrevet i alle scenariene uten endring.

Det finnes ikke nasjonale sammenligningstall for fordeling av sykepleiere og helsefagarbeidere i eldreomsorgen. På landsbasis var det 35 prosent høyskoleutdannet personell i kommunale helse- og omsorgstjenester som helhet i 2017. Tallet var da en nasjonal kvalitetsindikator, men er ikke oppdatert siden. Ut fra 2017 tallet og ut fra kommuner PwC har jobbet med ser Halden sin andel av sykepleiere og helsefagarbeidere ut til å være rimelig. Det er store variasjoner i sammensetning av kompetanse fra lokasjon til lokasjon. Variasjon er naturlig ut fra sammensetning av brukergrupper og ulikheter i sykdomsbilde hos brukerne.

Ved å rendyrke sykepleieroppgaver i større grad kan framskriving av behov for sykepleiere reduseres, men behov for helsefagarbeidere vil da øke tilsvarende. Kommunen er i gang med å gjennomgå oppgavedeling. Framgangsmåte for hvordan denne gjennomgangen kan gjøres systematisk er vist i vedlegg til rapporten. Det anbefales å innføre endret oppgavedeling gradvis, og gjerne starte med institusjonstjenesten, da det er her rekrutteringsbehovet for sykepleiere er størst i alle scenarier.

Steg 3. Utnyttelsesgrad

Behovet for rekruttering kan reduseres ved å øke snitt stillingsbrøk for yrkesgruppene. Det er særlig helsefagarbeidere som har lav snitt stillingsbrøk. Større stillingsbrøker reduserer behovet for ekstern rekruttering og øker også kvalitet i tjenesten ved at det blir færre involverte fagpersoner per bruker. Større stillingsbrøker vanskeliggjøres av behov for nok "hoder" til å dekke helgene. Kommunen har allerede iverksatt prosjekt for å finne løsninger for høyere stillingsbrøker. Dette arbeidet blir svært viktig å prioritere også framover, da det synes urealistisk å skaffe nok fagutdannet personell fram mot 2045 uansett scenario.

Snitt stillingsbrøk eldreomsorg Halden	Institusjon	Heldøgns omsorgsbolig	Hjemmetjenesten	Snitt alle tjenesteområder
Sykepleiere inkludert spesialsykepleiere	0,78	0,84	0,86	0,82
Helsefagarbeidere	0,55	0,59	0,83	0,65

Kilde: Bemanningsoversikt oversendt fra kommunen i mars 2020 og juni 2020 (ettersending helsehuset i juni)

Organisering av tjenestetilbudet

Resultat av scenariene - anbefaling

Resultatet av scenarioene viser at det som vil gi den største økonomiske handlefriheten på lengre sikt er en kombinasjon av nedjustering av dekningsgrad og omfordeling av HDO-tilbudet til en større andel omsorgsboliger enn det man har i dag (scenario 5).

Scenariene er utviklet i et langt perspektiv fram mot 2045, og det er heftet usikkerhet i hvordan behov for helsetjenester til eldre vil utvikle seg i denne perioden. Valg av scenario bør være en strategisk retning for kommunen å bevege seg mot i 25-års perioden, snarere enn en konkret målsetting. Ut fra strategi kan det da utarbeides mål og tiltak for stegvis gjennomføring. Strategien vil måtte justeres underveis og kursen vil kunne modifieres dersom forutsetningene, og rammevilkårene man kjenner i dag, endrer seg.

Ut fra dette anbefales det at kommunen legger scenario 5 til grunn i langsiktig strategi for eldreomsorgen

Lokalisering og organisering - anbefaling

Halden kommune har nylig gjort endringer både i fysisk lokalisering og organisatorisk inndeling av tjenestene. Åpning av en ny institusjon (Bergheim) medførte samling av tilbud som tidligere lå spredt. Bergheim er bygget for fremtiden og er i følge medlemsavisen til fagorganisasjonen Delta et av landets største, nyeste og kanskje flotteste bo- og aktivitetssenter. Øvrige institusjoner, boliger og personalbaser i eldreomsorgen ligger lokalisert innenfor en radius av ca 30 minutters kjøretid.

Organisatorisk er omsorgsboliger og hjemmebaserte tjenester nylig slått sammen. Det er også opprettet en stabsfunksjon for innovasjon og digitalisering med tanke på utbygging av velferdsteknologi.

Eldreomsorgen er organisert under én direktør for helse og mestring og 6 enhetsledere. I tillegg stabsfunksjoner for fag og kvalitet og for innovasjon. På nivå under er det avdelingsledere.

Inntrykk er at organisasjonsmodellen ser ut til å fungere tilfredsstillende, og at det ikke er grunnlag for å anbefale endringer i dagens organisering, hverken når det gjelder fysisk lokalisering eller intern organisasjons- og ledelsesstruktur. En omorganiseringsprosess nå ville også tatt energi og fokus bort fra organisasjonsutvikling og omstilling av tjenesteyting.

Ved behov for nye bygg i eldreomsorgen i fremtiden anbefales det å legge disse i tilknytning til eksisterende bygg. Samlokalisering gir fordeler både for de eldre, for kommunen og for brukerne, og bidrar til å stimulere rekruttering og øke muligheten for effektiv ressursutnyttelse på tvers av enheter.



Lederskap og medarbeiderskap

Hva

Kommunen må forberede seg på en fremtid som er veldig ulik dagens situasjon. Morgendagens medarbeidere vil ha andre krav og preferanser enn dagens. Uro rundt fremtiden påvirker ansattes motivasjon, trivsel og selvtillit. Lederne må bygge sosial robusthet gjennom å oppmuntre til fleksibilitet og tilpasning. Samtidig legge til rette for autonomi og tillitsbasert ledelse. Viktige områder for ferdigheter både for ledere, tillitsvalgte og medarbeidere vil være;

Kommunikasjon Relasjon Endring Digitalisering Samhandling Opplæring Prioritering

Hvorfor

Kommunen vil være helt avhengig av tillit og samarbeid mellom ledelse og medarbeidere for å kunne løse oppgavene i et fremtidsperspektiv. For å få til gode endringsprosesser framover kreves at det er et miljø i kommunen som stimulerer til åpenhet, læring og deling av kompetanse og erfaringer både mellom ledelse og medarbeidere/ tillitsvalgte og på tvers av enheter og yrkesgrupper.

Hvordan

Kommunedirektør og hovedtillitsvalgte har faste månedlige møter, med saksliste og referat fra alle møter. For å styrke samarbeid og involvering kan noen av møtene gjøres uformelle. Her kan begge parter invitere til dialog om utfordringer, ideer og muligheter som det er ønskelig å diskutere mer uformelt. Dette vil legge til rette for tidligst mulig involvering i endringsprosesser.

Kommunen har fastlagt struktur for formelle drøftinger i endringsprosesser. Det bør i tillegg utarbeides standardisert og forutsigbar metodikk for risikovurdering, evaluering og gevinstrealisering av endringsprosesser. Dette vil bidra til lik prosessstilnærming for alle typer endringer og bidra til at mål for endringer oppnås. Metodikk for risikovurdering bør omhandle når det skal gjøres, hvordan det skal gjøres og hvem skal gjøre vurderingene. Metodikk for evaluering bør minimum omhandle når det skal gjøres evaluering, hva som skal evalueres og hvem som skal gjøre det. Metodikk for gevinstrealisering bør minimum inneholde framgangsmåte for fastsettelse av evalueringskriterier og for måling av gevinstoppnåelse.

For å sikre rekruttering av gode ledere i fremtiden bør kommunen også vurdere å etablere et mobiliseringsprogram for ledertalenter. Et slikt program vil bidra til at ledelsen identifiserer medarbeidere med talent for ledelse, og dermed styrker framtidig rekruttering av ledere. Det vil også signalisere overfor ansatte at ledelse er en mulig karrierevei i kommunen. I programmet kan medarbeidere og tillitsvalgte med interesse for ledelse få innsikt i hva det innebærer å være leder og kan vurdere om dette er en aktuell for dem.

Innbyggerinvolvering

Hva

Ifølge Kommuneproposisjonen 2020 står offentlig sektor overfor store utfordringer, med blant annet strammere økonomiske rammer, demografiske endringer og klimaendringer. Den demografiske utviklingen har gjort at kostnaden ved å opprettholde samme standard og dekningsgrad i kommunenes tjenestetilbud har økt de siste årene. Regjeringen mener derfor det er viktig å satse på innovasjon, omstilling og effektivisering for å møte utfordringene som kommer med strammere kommuneøkonomi og mer komplekse oppgaver. Det krever nye modeller og metoder for hvordan kommunene skal utøve sine ulike roller i velferdssamfunnet og i samarbeid med frivillige, brukerne av tjenestene og andre aktører - også kalt kommune 3.0.

Hvorfor

Det vil være ulike syn på fremtiden og på hva som vil være den beste strategi for å møte utfordringene. Ved å etablere og formidle historien om framtidskommunen Halden som en 3.0 kommune kan kommuneledelsen "ta regi" og legge grunnlag for å skape mening rundt endringstiltak både internt og eksternt. Åpenhet om den strategiske retningen og involvering av alle berørte parter og interessenter er nødvendig for å skape positivt engasjement. Morgendagens ledere må kunne forklare virkeligheten for medarbeiderne, for brukerne og deres pårørende og for innbyggerne. Dette krever evne til å artikulere visjon og strategi og skape oppslutning.

Hvordan

Kommunen bør som del av det pågående arbeidet med utforming av strategi for helse- og omsorgstjenesten formulere den skriftlige historien om hvordan eldreomsorgen i Halden ser ut i 2045. Framtidshistorien bør inneholde;

- Tydelige verdier
- Fokus på samfunns mål og fellesskap
- Fokus på prosess
- Åpenhet om behov for at alle bidrar
- Åpenhet om usikkerhet
- Åpenhet om svakhetene i historien
- Åpenhet om støtte til de ansatte
- Åpenhet om behov for involvering og lagånd

Kommunen bør også som en del av arbeidet med strategisk plan for helse og mestring arrangere dialogmøte med innbyggere og næringsliv. I møtene bør utfordringsbildet og framtidshistorien formidles og det bør legges opp til diskusjon om hvordan de ulike aktørene best kan samarbeide for å løse utfordringene.

Digitalisering og velferdsteknologi

Hva

Digitalisering av kommunene og samfunnet forøvrig, og bruk av velferdsteknologi innenfor eldreomsorgen er en av de store endringene i moderne tjenesteyting i kommune-Norge. Denne utviklingen kan ha stor innvirkning på tjenestetilbudet til kommunene som klarer å utnytte potensiale i ny teknologi.

Velferdsteknologi kan defineres som (NOU 2011:11 “Innovasjon i omsorg”):

«Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon»

Hvorfor

Kommunene står overfor store utfordringer i fremtiden, med økt behov for og krav til tjenester, samtidig som det blir færre til å yte og finansiere velferden. Blant løsningene på dette problemet er økt bruk av velferdsteknologi, som har potensiale til å *øke kvaliteten, være tidsbesparende og redusere framtidig kostnader.*

Det konkrete innsparingspotensialet ved bruk av ulike velferdsteknologier er fortsatt uklart. En rekke studier viser at det er et stort potensiale for gevinster, men anslaget varierer (se bl.a. Nasjonalt velferdsteknologiprogram rapport 1 & 2, SINTEFs rapport om medisindispensere i Bærum kommune og Menons rapport om gevinstpotensiale i kommuner) og vil avhenge av faktorer som grad av sykkelighet og brukeradaptasjon blant de eldre i kommunen. I Bærum har man erfart at bruken av medisindispensere i hjemmetjenesten bl.a. har ført til bedre helse grunnet riktig medisiner, økt selvstendighet og mestringsfølelse, redusert antall hjemmebesøk og mindre administrativt arbeid som følge av færre avvik (SINTEF, 2015, s. 22).

Hvordan

Kommunen må bestemme seg for om de skal ha en optimistisk, nøytral eller pessimistisk innstilling til velferdsteknologi. Om kommunen følger anbefalingene i denne rapporten vil ny teknologi være en viktig faktor for å skape effektive tjenester i boliger og hjemmetjeneste.

W

De viktigste gevinstene vi ser er utsatt behov og redusert antall besøk fra hjemmetjenesten, utsatt behov for institusjonsplass, økt trygghet, frihet, mestring og selvstendighet for brukere og pårørende, redusert belastning for tjenesten og mindre bruk av tvang

- Larvik kommune
(2016)

Kilde: Nasjonalt velferdsteknologiprogram, *Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger*

Disclaimer

© 2020 PwC. Med enerett.

Denne rapport er utarbeidet for Halden kommunes bruk i samsvar med kontrakt datert 30. mars 2020

Våre vurderinger bygger på faktainformasjon som har fremkommet i intervjuer med kommunens ansatte, i dokumentasjon som kommunen har gjort tilgjengelig for oss og offentlige registre. PricewaterhouseCoopers (PwC) har ikke foretatt noen selvstendig verifisering av informasjonen som har fremkommet, og vi innestår ikke for at den er fullstendig, korrekt og presis. PwC har ikke utført noen form for revisjon eller kontrollhandlinger av kommunens virksomhet.

Kommunen har rett til å benytte informasjonen i denne rapporten i sin virksomhet, i samsvar med vilkårene i oppdragsbrevet. Rapporten og/eller informasjon fra rapporten skal ikke benyttes for andre formål eller distribueres til andre uten skriftlig samtykke fra PwC. PwC påtar seg ikke noe ansvar for tap som er lidt av kommunen eller andre som følge av at vår rapport eller utkast til rapport er distribuert, gjengitt eller på annen måte benyttet i strid med disse bestemmelsene eller engasjementsbrevet.

PwC beholder opphavsrett og alle andre immaterielle rettigheter til rapporten samt ideer, konsepter, modeller, informasjon og know-how som er utviklet i forbindelse med vårt arbeid.

Enhver handling som gjennomføres på bakgrunn av vår rapport foretas på eget ansvar.



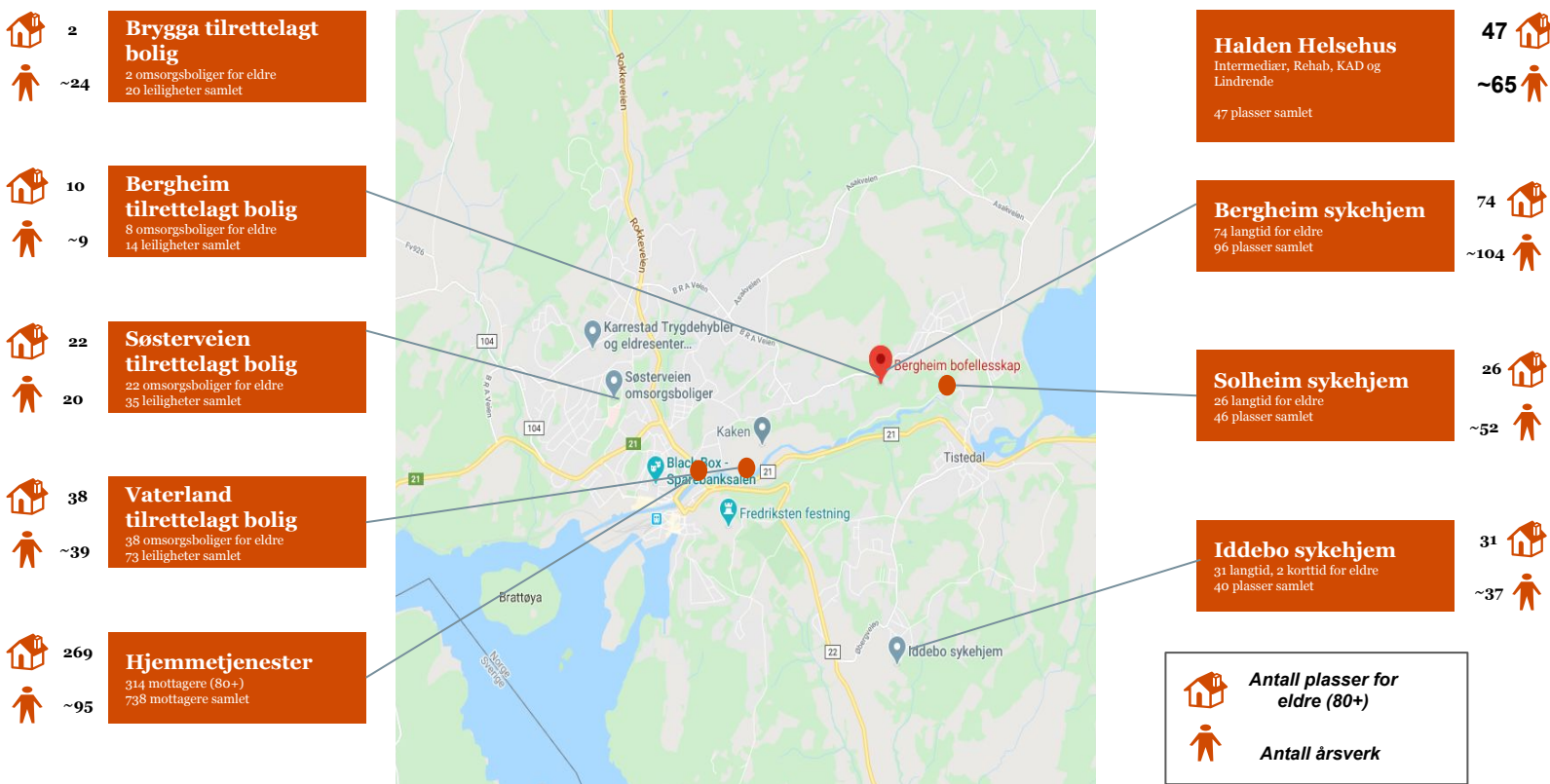
Vedlegg

Vedlegg

Rapportens vedlegg oversendt kommunen sammen med rapporten. Dokumentene som er sendt er:

1. Oversikt over lokasjoner og antall plasser i helse- og omsorgstjenesten i Halden kommune
2. Data i framskrivingsmodellen
 - a. Befolkningsframskriving SSB
 - b. framskrevet antall brukere av helse- og omsorgstjenester
 - c. Variabler i framskrivingsmodellen
 - d. Eksempel på kostnadsberegning
 - e. Funksjonalitet ved endring av dekningsgrad
3. Vurdering av historisk kostbare omsorgsboliger
4. Oppsummering av alderskategorier som ble vurdert i framskrivningen
5. Modell for framskriving av behov for ressurs og kompetanse
6. Detaljert resultat av framskrivningen
7. Forutsetninger for framskriving av naturlig avgang
8. Oversikter naturlig avgang per lokasjon

Oversikt over helse- og omsorgstjenester i Halden kommune

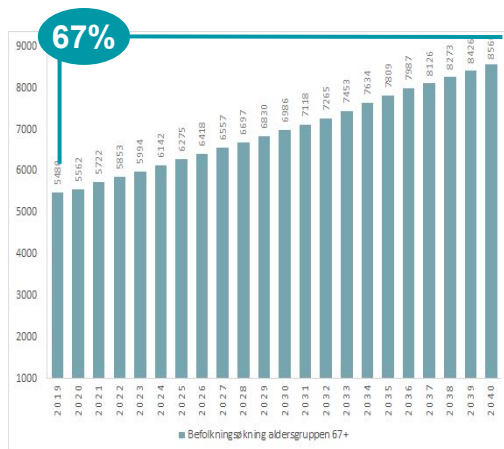


Antall personer 80+ vil øke med 122% frem mot 2045 mens yrkesaktiv befolkning kun vil øke med 11%

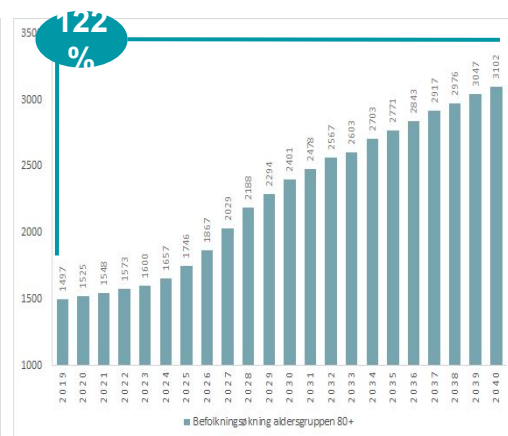
Samlet befolkningsøkning



Antall personer 67 år eller eldre



Antall personer 80 år eller eldre



- Samlet befolkning vil øke fra 31 218 til 37 182 i perioden 2019 til 2045 (19%)
- Befolkningsmengden som er i yrkesaktiv alder (15-74 år) vil øke med 11%

- Antall personer som er 67 år eller eldre vil øke med 67 % fra 2019 til 2040
- I faktiske tall tilsier dette 5480 personer i 2019 og 9126 personer i 2045

- Antall personer som er 80 år eller eldre vil øke med 122 % fra 2019 til 2045
- I faktiske tall tilsier dette 1497 personer i 2019 og 3322 personer i 2045

Samlet antall brukere av helse og omsorgstjenester

Brukere av helse- og omsorgstjenester i framskrivingsmodellen

	2019	2020	2025	2030	2035	2040	2045
67-	280	281	287	294	298	302	305
<i>Omsorgsbolig med HDO</i>	37	37	38	39	39	40	40
<i>Institusjon</i>	10	10	10	10	11	11	11
<i>Hjemmetjenester</i>	233	234	239	244	248	252	254
67+	831	845	961	1207	1 375	1 527	1 632
<i>Omsorgsbolig med HDO</i>	505	513	583	723	823	913	975
<i>Institusjon</i>	221	225	256	330	378	421	450
<i>Hjemmetjenester</i>	105	107	121	153	174	193	206
67-79	279	283	317	321	353	383	407
<i>Omsorgsbolig med HDO</i>	35	35	40	40	44	48	51
<i>Institusjon</i>	53	54	60	61	67	73	77
<i>Hjemmetjenester</i>	191	194	217	220	242	262	278
80+	552	562	644	885	1 022	1 144	1 225
<i>Omsorgsbolig med HDO</i>	70	71	82	112	130	145	155
<i>Institusjon</i>	168	171	196	269	311	348	373
<i>Hjemmetjenester</i>	314	320	366	504	581	651	697
Alle	1 111	1 127	1 248	1 500	1 673	1 829	1 934

Samlet antall brukere øker fra 1109 i 2019 til 1865 i 2045, -gitt befolkningsframskriving fra SSB (MMMM)

- 67- øker med 9%
- 67-79 øker med 46%
- 80+ øker med 122%

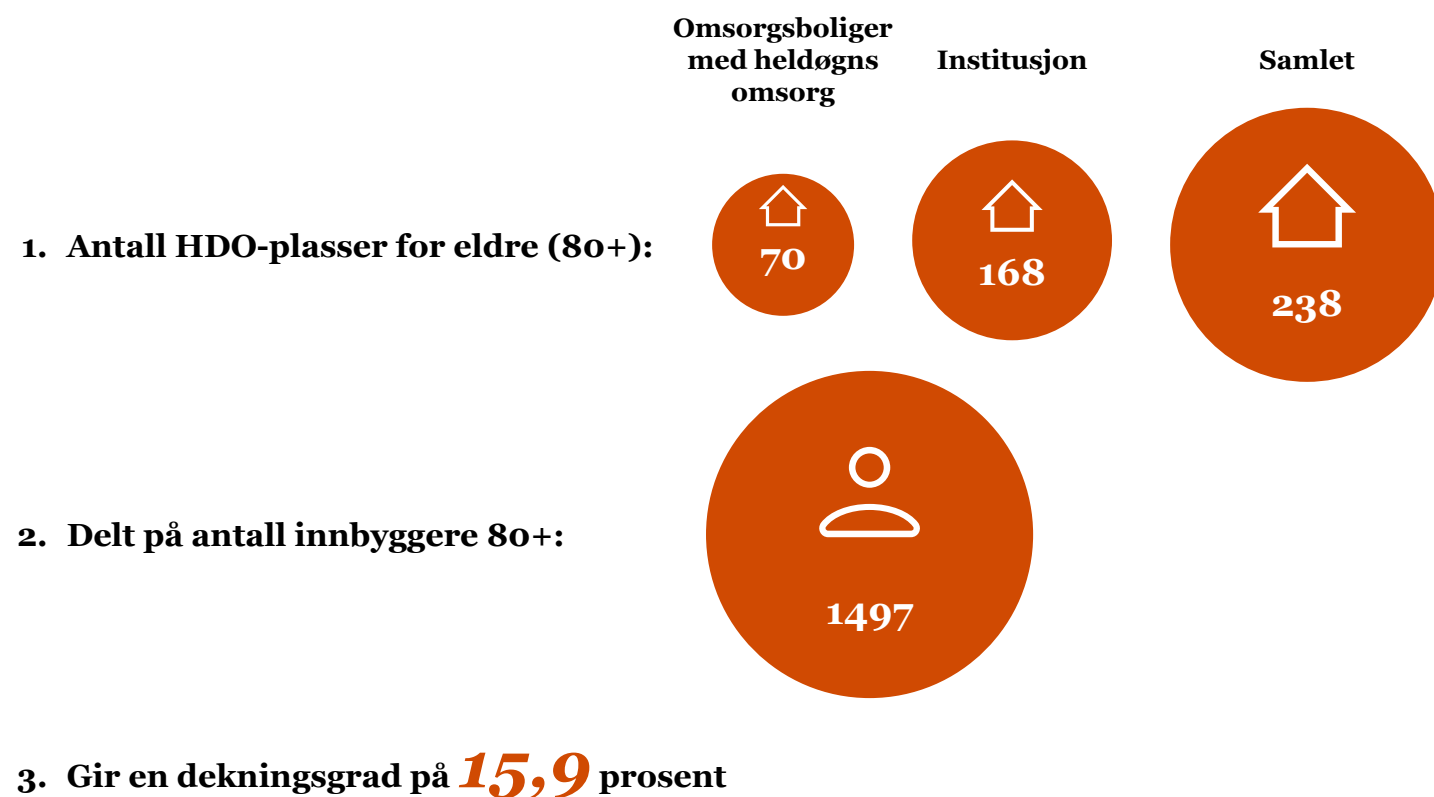
Den største økningen i antall eldre (80+) vil forekomme i tidsperioden 2025 til 2030. Økningen er på 38% og i antall personer er dette 241.

Kilde: Halden kommune og SSB

Definisjonen av dekningsgrad og hvordan den brukes i rapporten

Dekningsgrad for Halden kommune

De ulike scenariene som framskriver det fremtidige kapasitetsbehovet for eldreomsorgen i Halden kommune tar utgangspunkt i vår beregning av dekningsgrad for kommunen (hhv. basert på Husbankens definisjon):



Tilsvarende beregning for aldersgruppen 67-79 år: 88 HDO-plasser / 3983 innbyggere 67-79 år = dekningsgrad på **2,21** prosent

Variabler i framskrivningsmodellen

Variabel	Formel	Tall
Kostnad langtidsplass	Netto driftskostnad langtidsplasser / totalt antall langtidsplasser	$139\,185\,392 / 165 = 843\,548$
Kostnad korttidsplass	Netto driftskostnad langtidsplasser / totalt antall korttidsplasser	$72\,011\,754 / 66 = 1\,091\,087$
Kostnad omsorgsbolig med HDO	Netto driftskostnad omsorgsbolig med HDO / totalt antall plasser	$87\,383\,396 / 142 = 615\,376$
Kostnad hjemmesykepleie	Netto driftsutgifter hjemmesykepleie / antall timer til hjemmesykepleie per år	$83\,680\,324 / 1522 = 1057$
Kostnad praktisk bistand	Netto driftsutgifter praktisk bistand / antall timer til praktisk bistand per år	$5\,317\,506 / 565 = 181$
Andel brukere langtid samlet <i>Samme beregning gjelder for ulike alderskategorier - men da med ulikt resultat ettersom de har ulik fordeling av langtid- og korttidsplasser</i>	Samlet andel langtidsplasser / totalt antall brukere av langtidsinstitusjonsplasser <i>MERK! Antall langtidsplasser er ulikt antall pasienter som benytter langtidsplasser - det er 20 langtidspasienter som benytter korttidsplasser, og dette genererer en større kostnad enn en langtids plass</i>	$(165 \text{ plasser langtid} /$ $231 \text{ institusjonsplasser samlet}$ $= 71,43\%)$ \times $(187 \text{ brukere av langtidsplasser} / 165$ $\text{langtidsplasser} = 1,133)$ $= 81\% \text{ reell andel brukere av langtid}$
Dekningsgrad	Samlet antall HDO-plasser / Innbyggere 80+ Samlet antall Institusjonsplasser / Innbyggere 80+	$238 \text{ HDO-plasser for } 80+$ $/ 1497 \text{ innbyggere } 80+$ $= 15,90\%$ $168 \text{ institusjonsplasser } 80+$ $/ 1497 \text{ innbyggere } 80+$ $= 11,22\%$

Oversikt beregning av kostnad for alderskategorien 67+i 2019

Omsorgsbolig med heldøgns omsorg

Brukere av omsorgsbolig m/HDO: **105**

Kostnad per plass:
615 376 NOK

$105 \times 615\,376 \text{ NOK} =$
64,6 MNOK

Institusjon

Institusjonsplasser: **221**
(160 langtidsplasser og 61 korttidsplasser, 182 brukere langtid og 39 brukere korttid)

Kostnad per plass:
843 548 NOK (langtid)
1 091 087 NOK (korttid)

$(161 \times 843\,548 \text{ NOK}) +$
 $(60 \times 1\,091\,087 \text{ NOK}) =$
196,1 MNOK

Hjemmebaserte tjenester

Brukere av hj.baserte tjenester: **505**

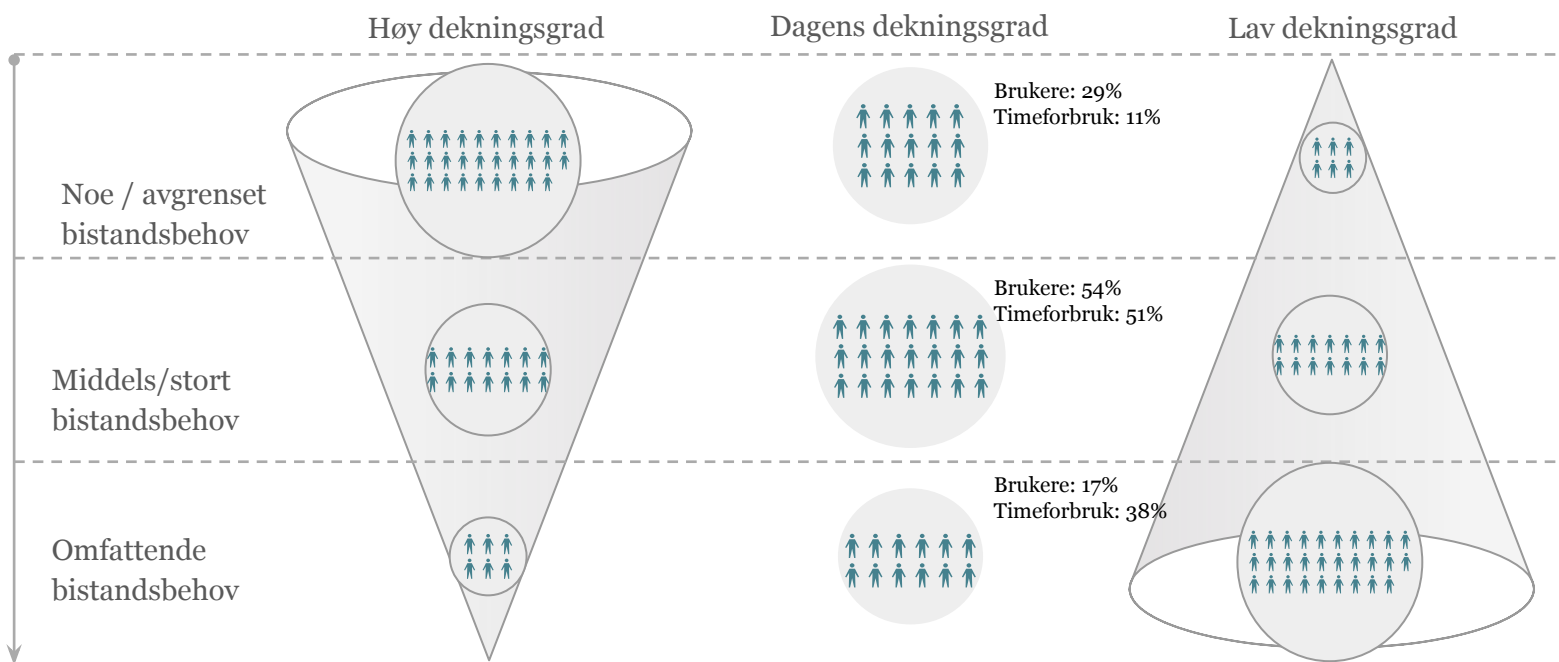
Vektet pris per time:
820 NOK

$67\,600 \text{ timer per år} \times 820 \text{ NOK} =$
55,4 MNOK

Samlet kostnad i 2019
321,3 MNOK

Hvordan hjemmetjenester påvirkes av dekningsgrad

Ved justeringer i dekningsgrad, vil hjemmetjenestebrukere fordeles på ulike omsorgsnivå, -basert på en fordelingsnøkkel som omfordeler brukere etter prinsippet illustrert nedenfor



Stegvis gjennomføring av framskriving

1

Innhente data

- Befolkningsframskriving: SSB og Framsikt
- Aktivitet- og kostnadstall: Kommunen (IPLOS, Gerica, Visma)
 - Dataforespørsel til kommunen



Helsedirektoratet

2

Strukturere data og legge i modell

- Input data vaskes, struktureres og legges inn i modellen
 - Antall plasser per tjeneste, kostnader, timeforbruk hjemmebaserte tjenester

3

Kvalitetssikre data

- Sjekk tall fra KOSTRA og kommunen
- Identifisere gap, f eks på:
 - Timeproduksjon hjemmebaserte tjenester
 - Netto driftsutgifter
 - Antall plasser per tjenesteområde
 - Antll brukere per tjenesteområde
- Identifisere riktig datapunkt
- Identifisere forslag til scenarier



4

Gjennomgang av modell med kommunen

- Avstemme riktig populasjon i modell
- Avstemme dataunderlag
- Avgjøre scenarier for analyse

5

Scenariotesting og dokumentasjon av resultater

- Måle KPIer: plasser, kostnader, ansatte



Modell for framskriving av ressurs-og kompetansebehov

Steg 1 -Liniær framskriving

Bemanningsbehov for sykepleiere, spesialsykepleiere, helsefagarbeidere, hjelpepleiere og spesialhjelpepleiere framskrives i tråd med befolkningsutvikling uten at det gjøres endringer i personellsammensetning, ressursbehov per plass/bruker, gjennomsnittlig stillingsbrøk eller andre faktorer. Kilde for data er oversikt "Bemanningsdata sendt PwC i mars 2020 med ettersending for Halden helsehus i juni.

Steg 2 kompetansemiks og oppgavedeling

1. Kartlegging av oppgaver
 - Gjennomgå hvilke oppgaver og prosedyrer som gjennomføres i institusjon, omsorgsbolig, hjemmetjeneste
 - Se opp mot yrkesgruppenes formalkompetanse og regulering i forskrift av hvem som kan gjøre hva
2. Gjennomgang av status
 - Vurdere samsvar mellom dagens oppgavedeling mellom yrkesgruppene og samsvar med formalkompetanse og forskriftsregulering
 - Vurdere endring i oppgavedeling og mulighet for internt og eksternt etter- og videreutdanning for å øke samsvar
 - Vurdere dagens kulturelle grunnlag for læring (organisasjonskultur, læringsmiljø, team som samarbeidsform)
3. Konkretisere plan for å dekke gapet
 - Hva gir mest mest verdiskaping for organisasjonen
 - Hva er viktigst å endre først
 - Hva må forbedres i kultur og miljø
 - Hvilke ferdigheter må utvikles- hos hvilke yrkesgrupper
 - Hva har vi av talenter og nøkkelkompetanse internt
 - Hvilken kompetanse må hentes eksternt

Steg 3 Utnyttelsesgrad

1. Snitt stillingsbrøk for yrkesgruppene i dag, vurdering av mulighet for å styrke heltidskultur
2. Kompetansesammensetning i de ulike tjenesteområdene
 - Kompetansebehov i institusjon i forhold til omsorgsbolig og hjemmetjeneste
 - Andel ufaglærte opp mot andel fagutdannet personell
3. Kompetansesammensetning på ulike tider av døgnet
 - Gjennomgang og justering av døgnrytmeplaner
 - Oppsett av bemanningsplaner
4. Behov for fleksibilitet og samarbeid på tvers av enheter
 - Identifisering av hvem som kan samarbeide med hvem og hvordan det kan legges til rette for samarbeid
5. Vurdering av endring i arbeidstidsordninger
 - Grunnturnus, årsturnus
6. Oppsett av turnusplaner
7. Vedlikehold av ferdigheter og kompetanse

Forutsetninger framskrivning av naturlig avgang for alder

For naturlig avgang er det beregnet pensjonsalder 65 år. Dette er et snitt, der det kan forventes at noen går av tidligere og noen senere. Kilde for alderssammensetning er “Årsverk desember 2019-alder” tilsendt fra kommunen i mai 2020. Kilden omhandler **alle** ansatte som mottok utbetaling fra helse og mestring i desember 2019. Arkfane som er lagt til grunn i aldersframskrivningen er “Data denne måneden”. Her fremkommer i kolonne L “Dato for sluttet i stillingen”. I kolonne L har vi filtrert bort ansatte i de aktuelle stillingskategoriene som har sluttet i stillingene. Deretter er kolonne E “Ansvar” filtrert på de tjenestesteder oppdraget omfatter. Avgangsåret er beregnet ut fra kolonne V “Født år”. “helsefagarbeider” er ikke en stillingskategori i kilden. Her er stillingskategorien “hjelpepleier” og “spesialhjelpepleier” brukt. For å dekke pleiepersonell med fagbrev ble også stillingskategorien “fagarbeider” tatt med.

Aldersframskrivningen summerer opp antall som går av per år. Det er ikke mulig i kilden å skille ut hvem som jobber med brukere over 67 år. Etter at aldersframskrivning var gjort per lokasjon ble det derfor gjort en snittmessig beregning på at 80 prosent av de aktuelle stillingskategoriene på de aktuelle lokasjonene jobber i eldreomsorgen. Dette ut fra at det i snitt er 80 prosent brukere over 67 år ved lokasjonene til sammen. 20 prosent er derfor trukket fra i sammenstilling av fremtidig bemanningsbehov i kapittel 4 side 54. Det som framkommer i grafene i sidene under her ligger altså 20 prosent over det som er sammenstilt i rapportens kapittel 4 side 54.

Antall ansatte i kilden er knyttet til de som har eller har hatt et stillingsforhold i desember 2019. Dette gir to feilkilder som gjør at beregningene må sees som omtrentlige og ikke absolutte;

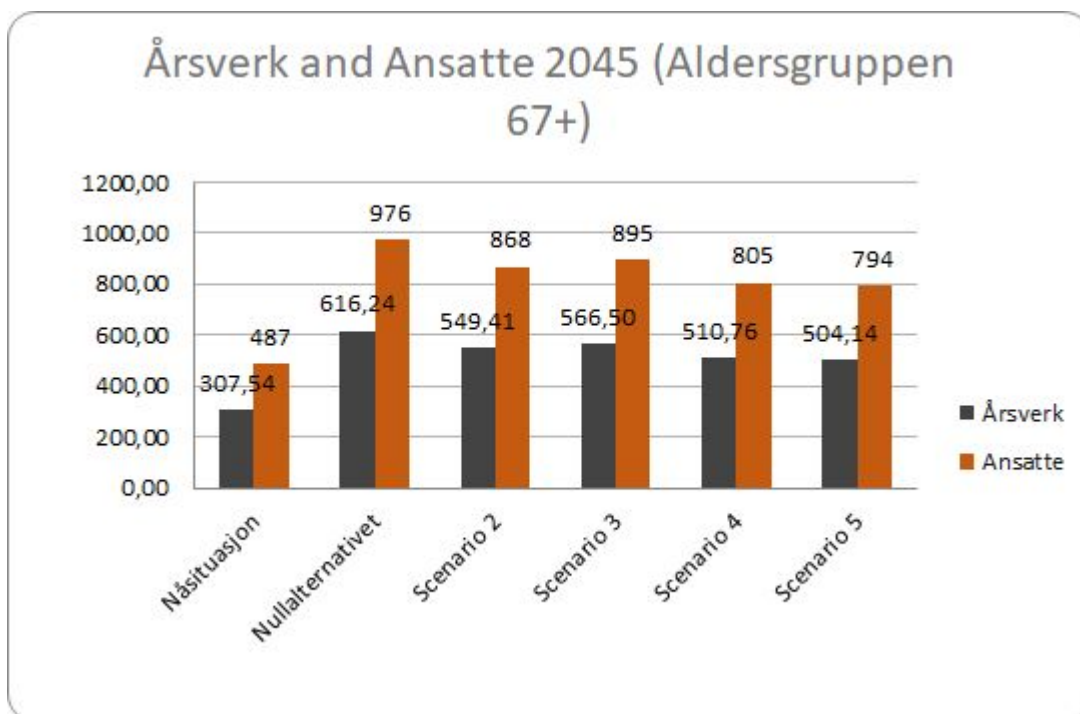
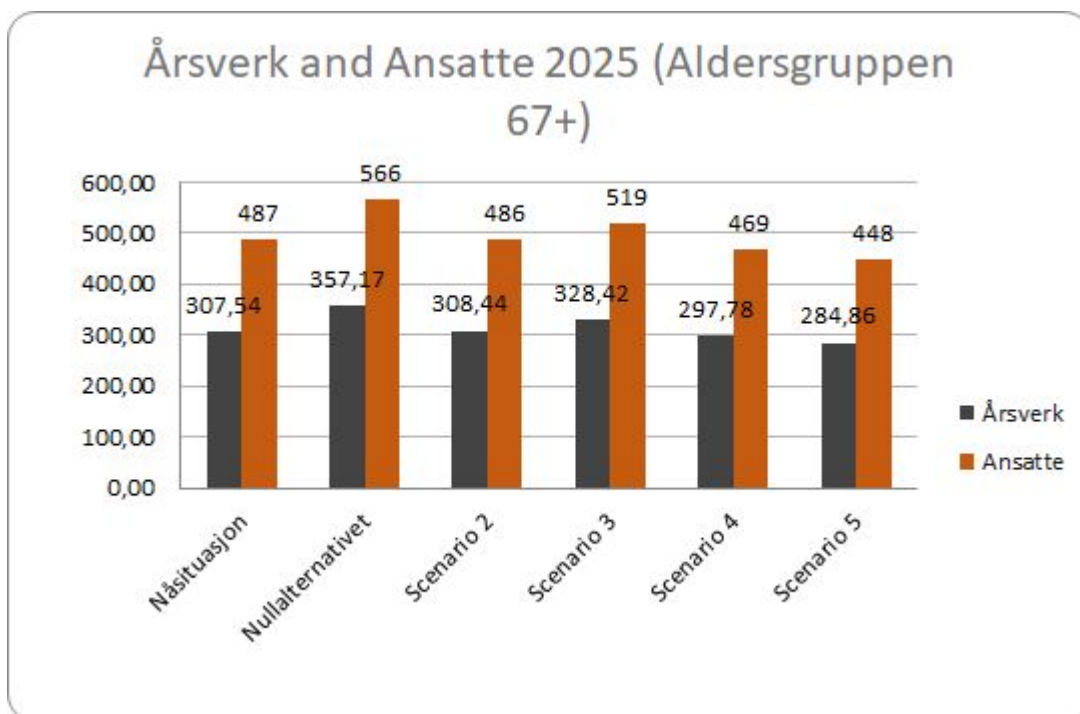
1. Vikarer er regnet med
2. Ansatte som har flere stillingsforhold er regnet flere ganger

Ansvarsområder og stillingskoder som inngår i aldersframskrivningen:

Ansvarsområde	ID 1	ID 2	ID 3	ID 4
Brygga omsorgsbolig	Brygga omsorgsb			
Bergheim omsorgsbolig	Bergheim Trygde			
Bergheim sykehjem	Bergheim Bo og	Amb. Bergheim	Bergheim Mestri	
Hjemmetjenest en	Hj. tjenester I	Hj. tjenester S	Hj.Tjenester Ro	Hj.tjenester Be
Solheim sykehjem	Solheim senter	Solheim Dagsent		
Iddebo Sykehjem	Iddebo langtid	Iddebo korttid		
Halden Helsehus	Halden helsehus			
Vaterland Omsorgsbolig	Vaterland/Ha geg			
Søsterveien omsorgsboliger				

Sykepleiere	Kode	Helsefagarbeidere	Kode
Sykepleier	7174	fagarbeider	7517
Sykepleier 1	7627	hjelpepleier	7076
Spesialsykepleie	7523	hjelpepleier 1	7465
Spesialsykepleie 5	7525	spesialhjelpepleier	7681

Lineær framskriving av bemanningsbehov 2025 og 2045 for eldreomsorgen (brukere over 67), for sykepleiere, spesialsykepleiere, helsefagarbeidere, hjelpepleiere og spesialhjelpepleiere - uten kompensering for naturlig avgang



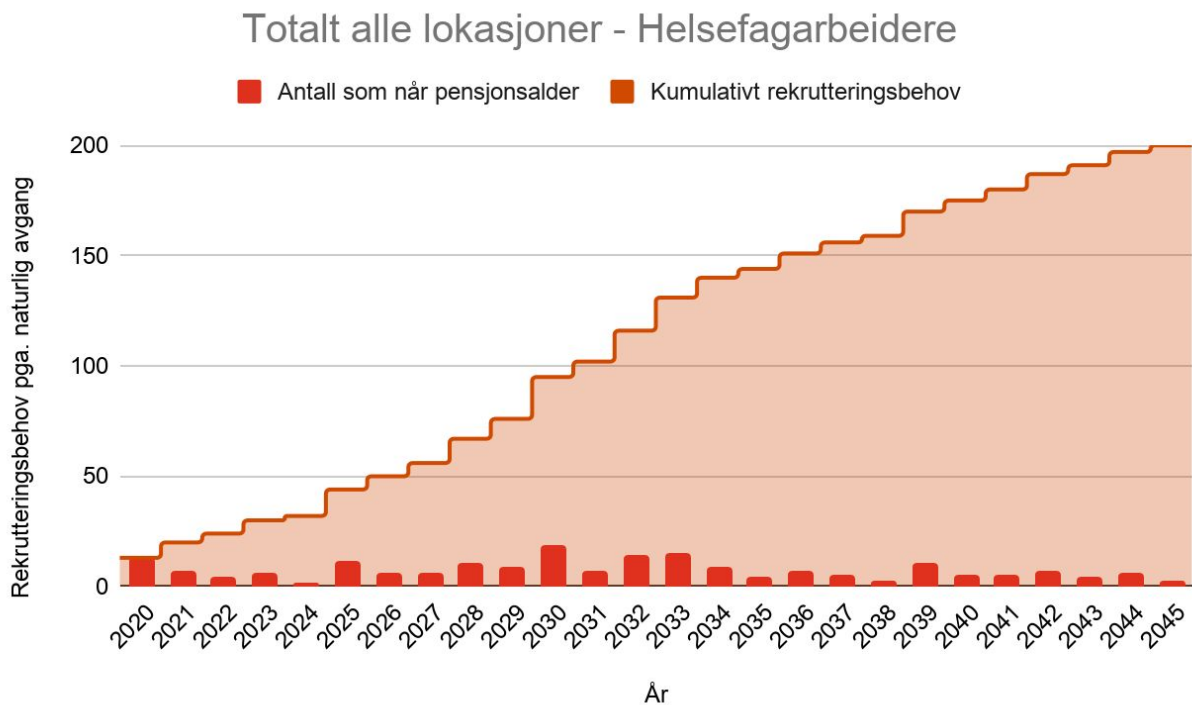
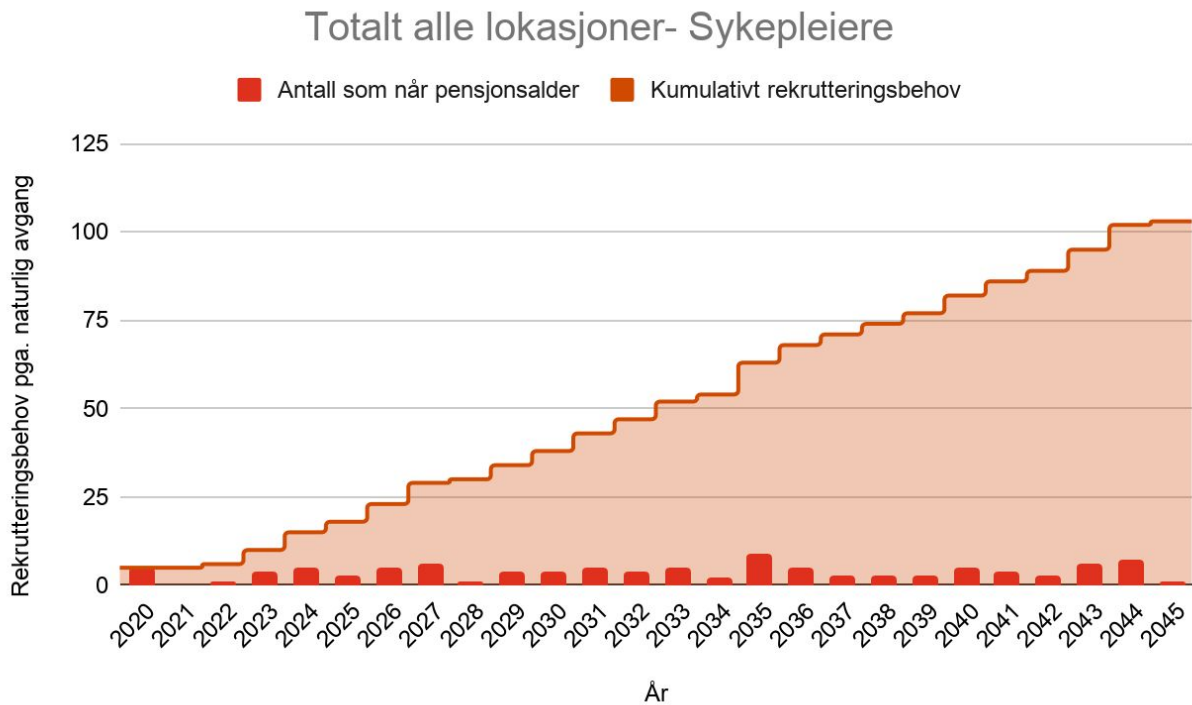
Detaljert resultat av lineær framskriving av bemanningsbehov 2025- bare for eldreomsorgen (brukere over 67)

		Sykepleiere/ spesialspl i institusjon	Helsefag- Arbeidere, hjelpepleiere og spes. hjelpe- pleiere i institusjon	Sykepleiere/ spesialspl i omsorgs- bolig	Helsefag- arbeidere og hjelpe- pleiere/ spes hjelpe- pleiere i omsorgs- boliger	Sykepleiere/ spesial- sykepleiere i hjemme- tjeneste	Helsefag- arbeidere og hjelpe- pleiere/ spes. Hjelpe- pleiere i hjemme- tjeneste	Samlet behov sykepleiere/ Spesialsyke- pleiere og helsefag- arbeidere, hjelpepleiere og spesial- hjelpepleiere
Nåsituasjon	Antall plasser	221	221	105	105	505	505	
	Årsverk	93,58	111,44	9,42	44,38	20,69	28,03	307,54
	Ansatte	124	206	11	75	25	47	487
	Årsverk per plass	0,42	0,5	0,09	0,42	0,04	0,06	
	Ansatte per plass	0,56	0,93	0,11	0,71	0,05	0,09	
Null- alternativet 2025	Antall plasser	257	257	122	122	583	583	
	Årsverk	108,82	129,59	10,95	51,57	23,89	32,36	357,17
	Ansatte	145	239	13	87	28	54	566
Scenario 2 2025	Antall plasser	212	212	95	95	654	654	
	Årsverk	89,77	106,9	8,52	40,15	26,8	36,3	308,44
	Ansatte	119	197	10	68	32	60	486
Scenario 3 2025	Antall plasser	189	189	189	189	583	583	
	Årsverk	80,03	95,3	16,96	79,89	23,89	32,36	328,42
	Ansatte	106	176	20	134	28	54	519
Scenario 4 2025	Antall plasser	114	114	265	265	583	583	
	Årsverk	48,27	57,48	23,78	112,01	23,89	32,36	297,78
	Ansatte	64	106	28	188	28	54	469
Scenario 5 2025	Antall plasser	154	154	154	154	654	654	
	Årsverk	65,21	77,65	13,82	65,09	26,8	36,3	284,86
	Ansatte	87	143	16	110	32	60	448

Detaljert resultat av lineær framskriving av bemanningsbehov 2045-bare for eldreomsorgen (brukere over 67)

		Sykepleiere/ spesialspl i institusjon	Helsefag- arbeidere, hjelpepleier og spes. hjelpe- pleiere i institusjon	Sykepleiere/ spesialspl i omsorgs- bolig	Helsefag- arbeidere og hjelpe- pleiere/ spes hjelpe- pleiere i omsorgs- boliger	Sykepleiere/ spesial- sykepleiere i hjemme- tjeneste	Helsefag- arbeidere og hjelpe- pleiere/ spes. Hjelpe- pleiere i hjemme- tjeneste	Samlet behov sykepleiere/ Spesialsyke- pleiere og helsefag- arbeidere, hjelpepleiere og spesial- hjelpepleiere
Nåsituasjon	Antall plasser	221	221	105	105	505	505	
	Årsverk	93,58	111,44	9,42	44,38	20,69	28,03	307,54
	Ansatte	124	206	11	75	25	47	487
	Årsverk per plass	0,42	0,5	0,09	0,42	0,04	0,06	
	Ansatte per plass	0,56	0,93	0,11	0,71	0,05	0,09	
Null- alternativet 2045	Antall plasser	449	449	206	206	976	976	
	Årsverk	190,12	226,4	18,48	87,07	39,99	54,17	616,24
	Ansatte	253	418	22	147	48	90	976
Scenario 2 2045	Antall plasser	387	387	169	169	1076	1076	
	Årsverk	163,86	195,14	15,16	71,43	44,09	59,72	549,41
	Ansatte	218	360	18	120	52	99	868
Scenario 3 2045	Antall plasser	328	328	328	328	976	976	
	Årsverk	138,88	165,39	29,43	138,64	39,99	54,17	566,5
	Ansatte	185	305	35	233	48	90	895
Scenario 4 2045	Antall plasser	195	195	460	460	976	976	
	Årsverk	82,57	98,33	41,27	194,43	39,99	54,17	510,76
	Ansatte	110	181	49	327	48	90	805
Scenario 5 2045	Antall plasser	278	278	278	278	1076	1076	
	Årsverk	117,71	140,18	24,94	117,50	44,09	59,72	504,14
	Ansatte	156	259	29	198	52	99	794

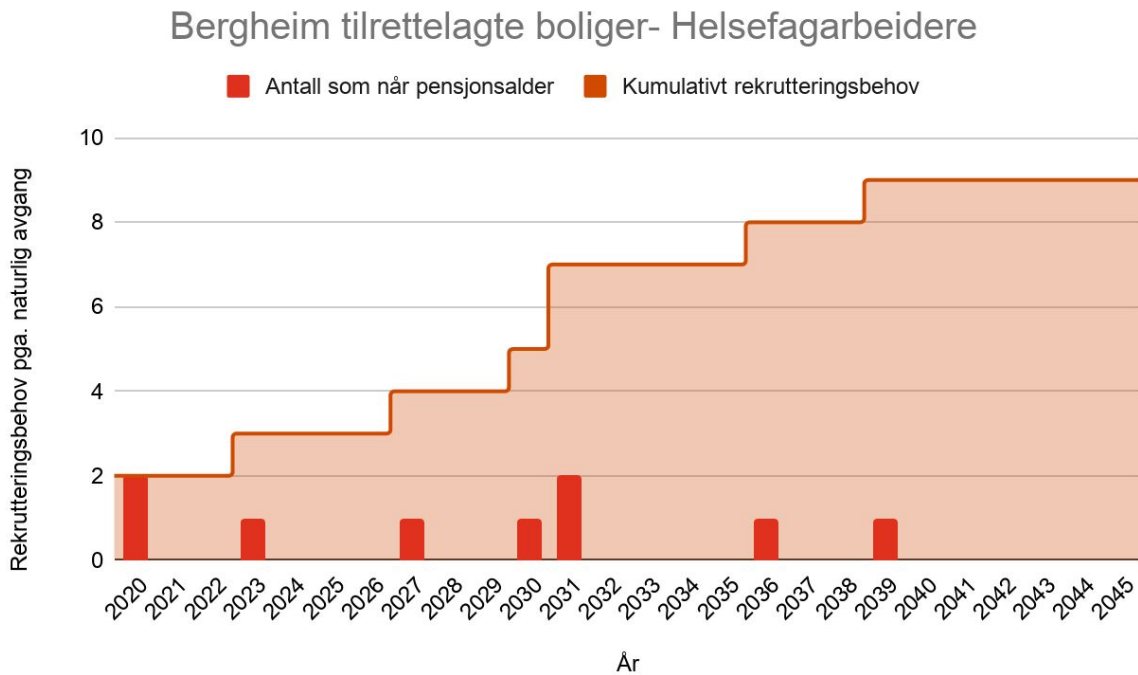
Naturlig avgang alder*



*Som beskrevet på side 72 skal tallene som framkommer i grafene justeres 20 prosent ned for kun å omfatte de som jobber i eldreomsorgen

Naturlig avgang alder

Bergheim tilrettelagte boliger

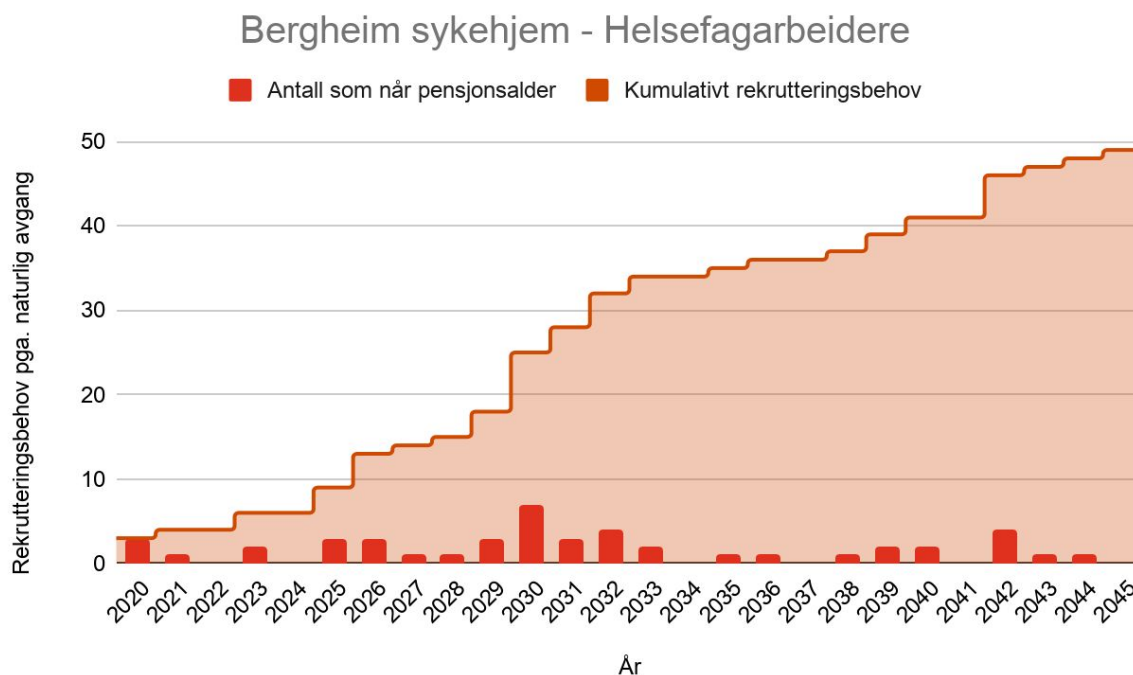
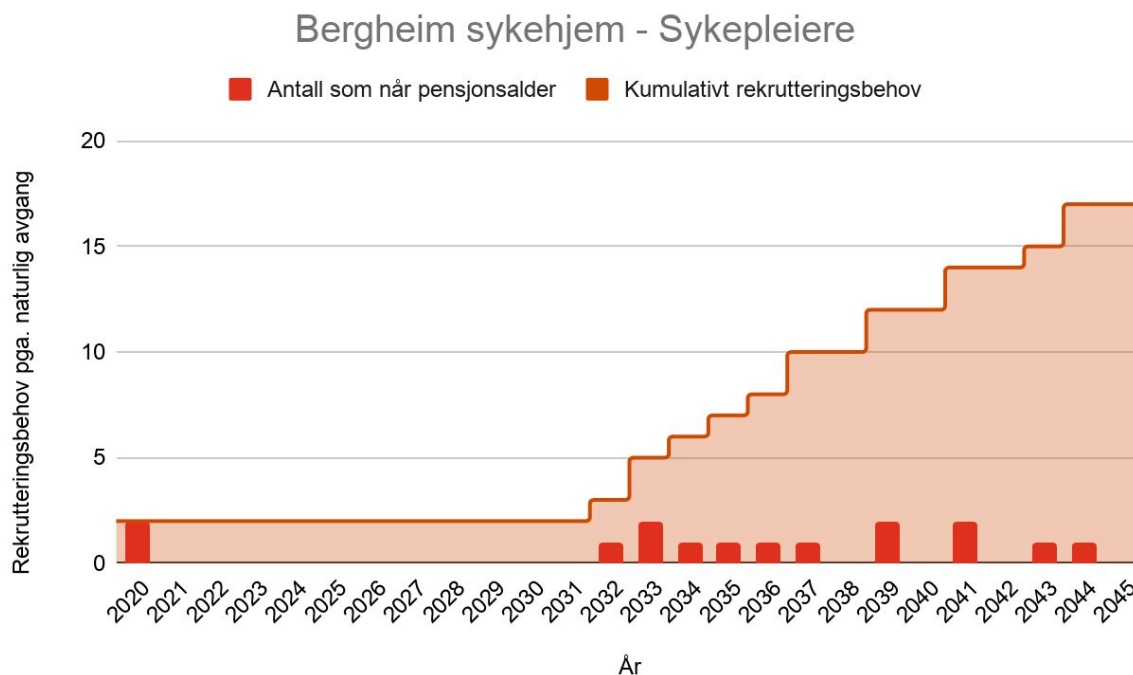


Bergheim tilrettelagte boliger har ingen sykepleiere som når pensjonsalder innen 2045

*Som beskrevet på side 72 skal tallene som framkommer i grafene justeres 20 prosent ned for kun å omfatte de som jobber i eldreomsorgen

Naturlig avgang alder

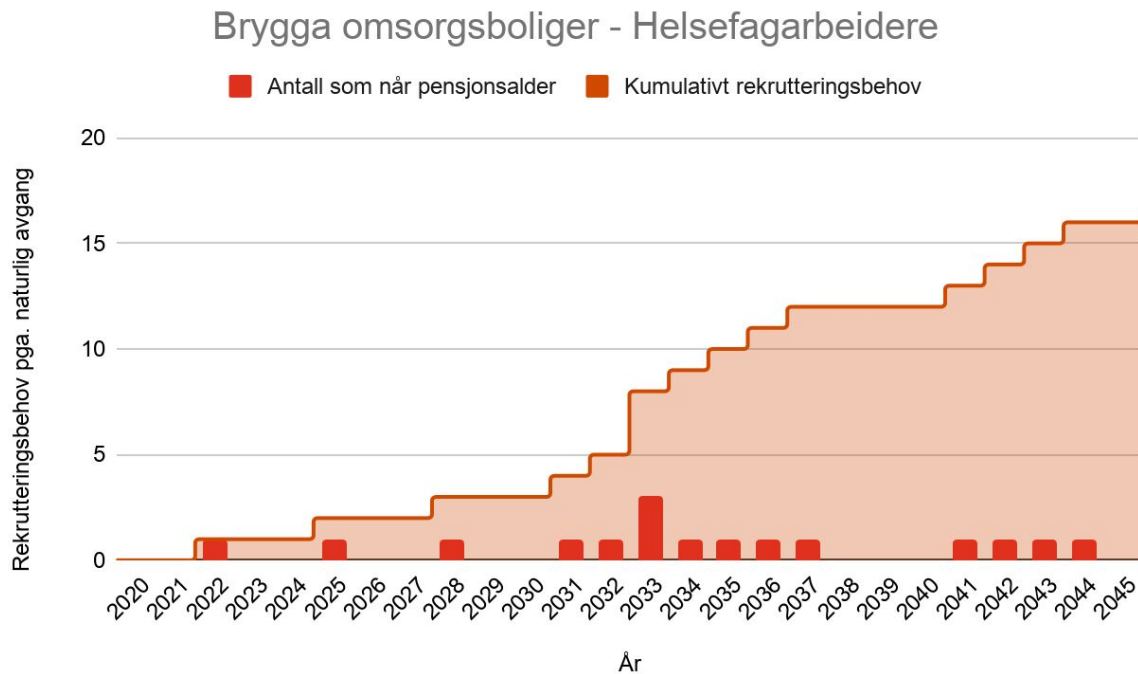
Bergheim sykehjem



*Som beskrevet på side 72 skal tallene som framkommer i grafene justeres 20 prosent ned for kun å omfatte de som jobber i eldreomsorgen

Naturlig avgang alder

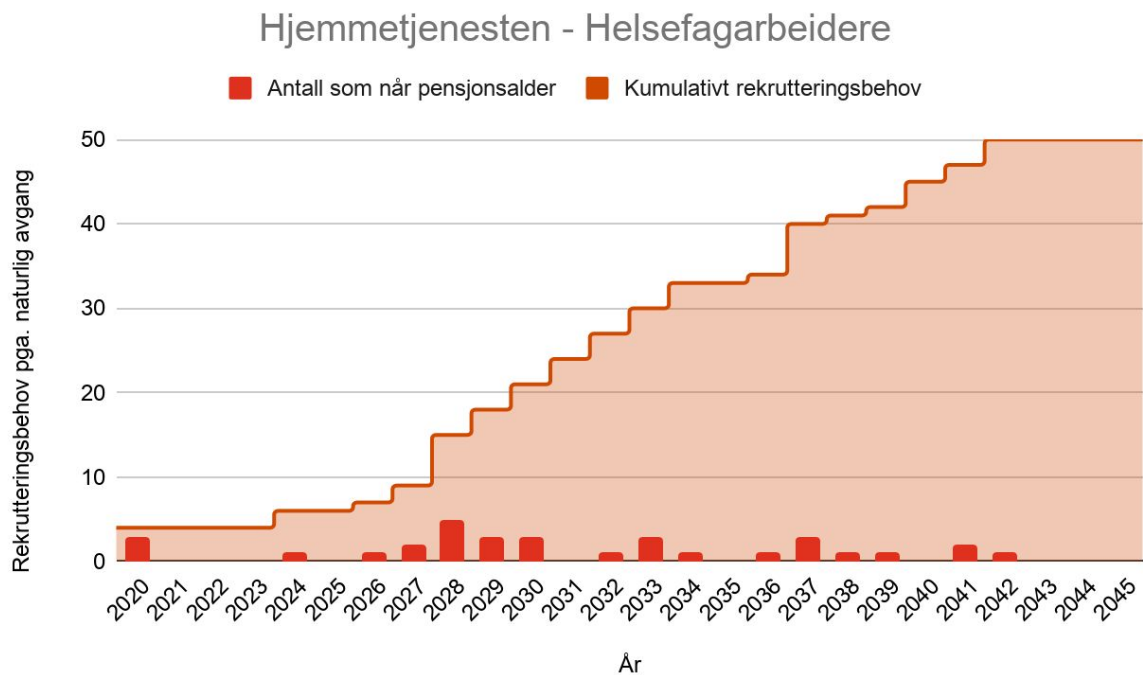
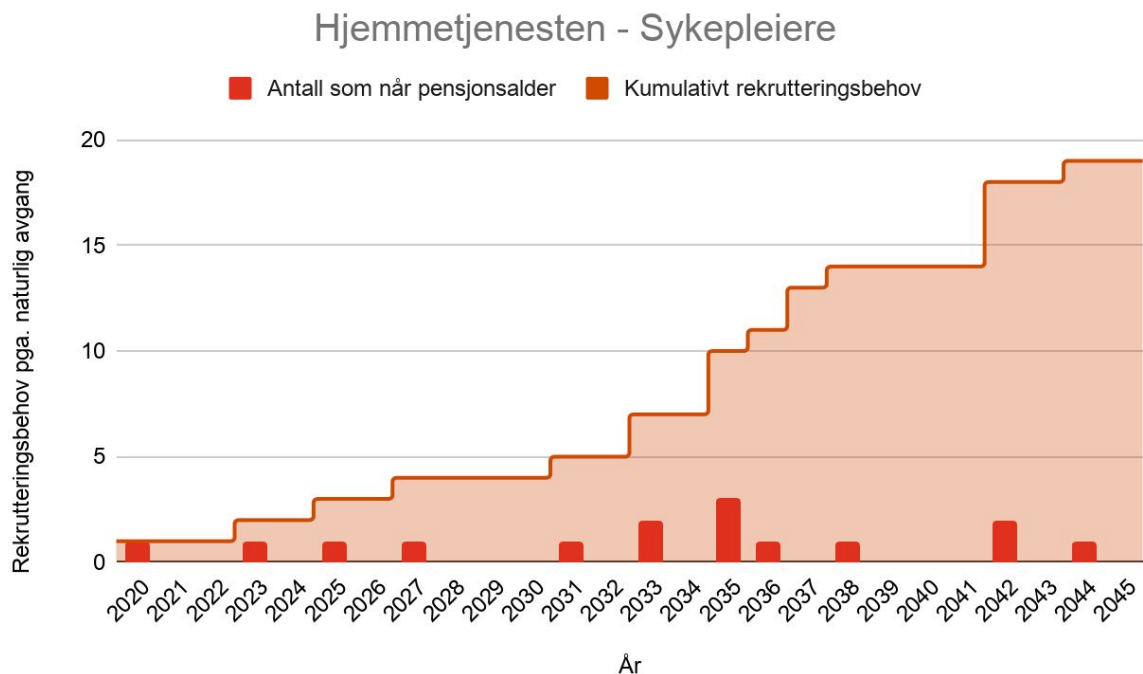
Brygga omsorgsboliger



Brygga omsorgsboliger har ingen sykepleiere som når pensjonsalder innen 2045

*Som beskrevet på side 72 skal tallene som framkommer i grafene justeres 20 prosent ned for kun å omfatte de som jobber i eldreomsorgen

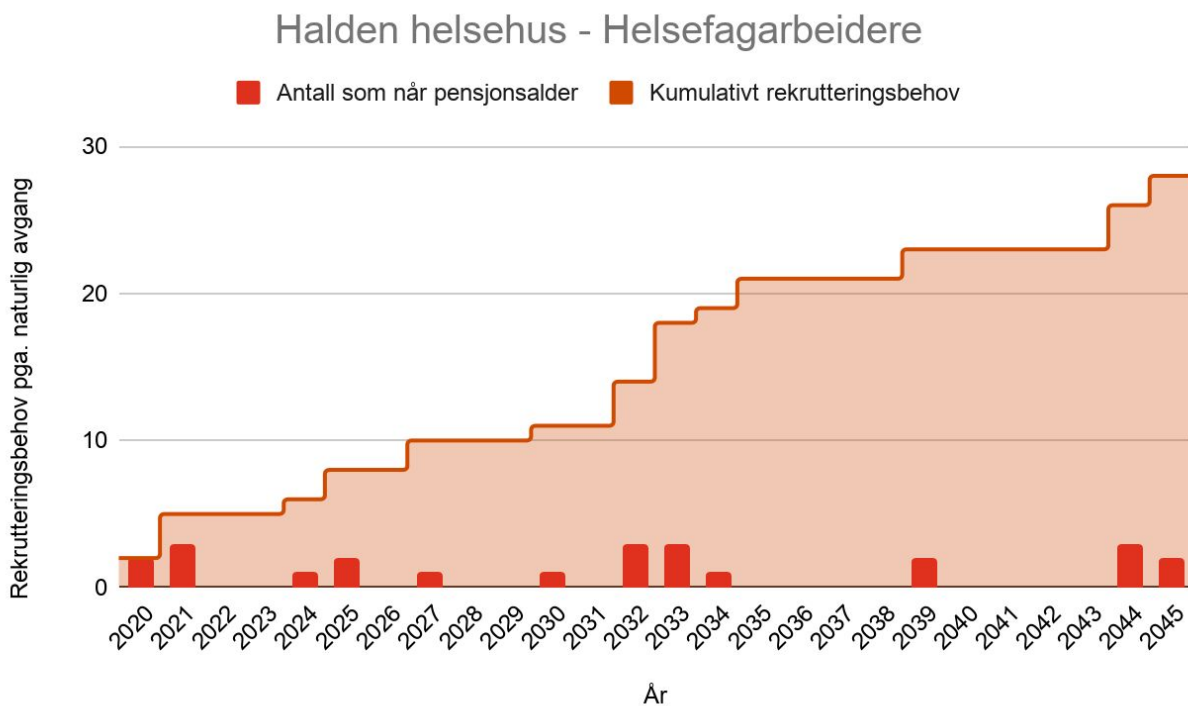
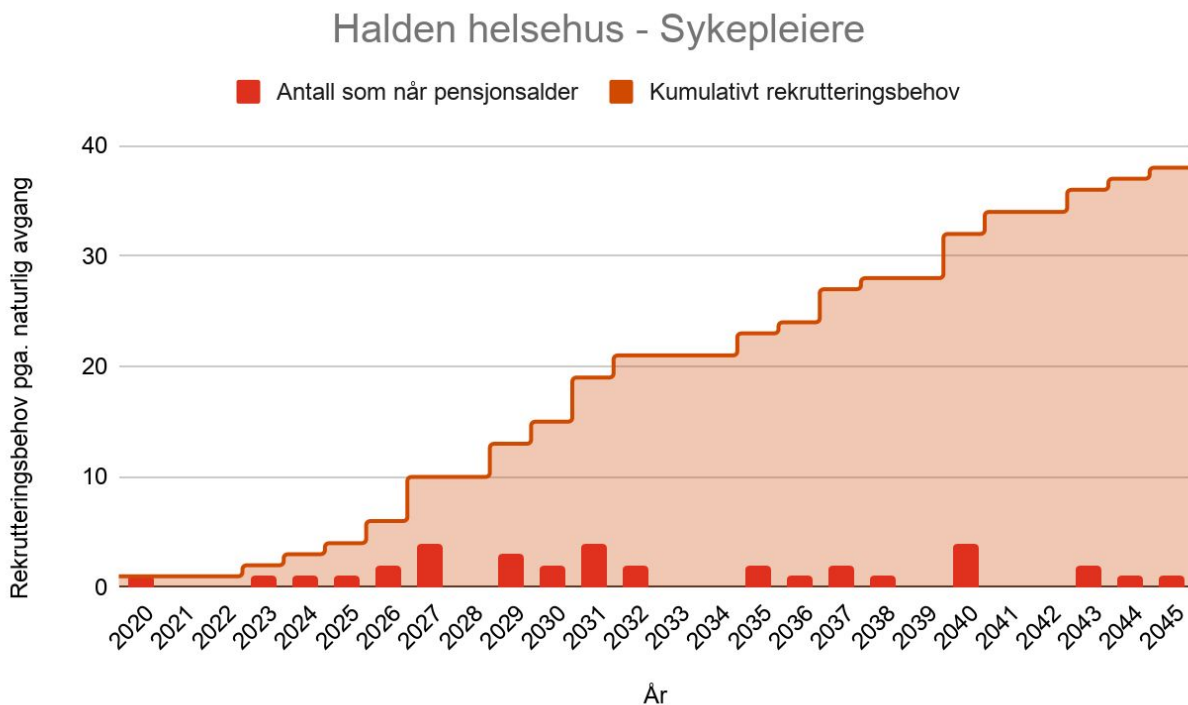
Naturlig avgang alder Hjemmetjenesten



*Som beskrevet på side 72 skal tallene som framkommer i grafene justeres 20 prosent ned for kun å omfatte de som jobber i eldreomsorgen

Naturlig avgang alder

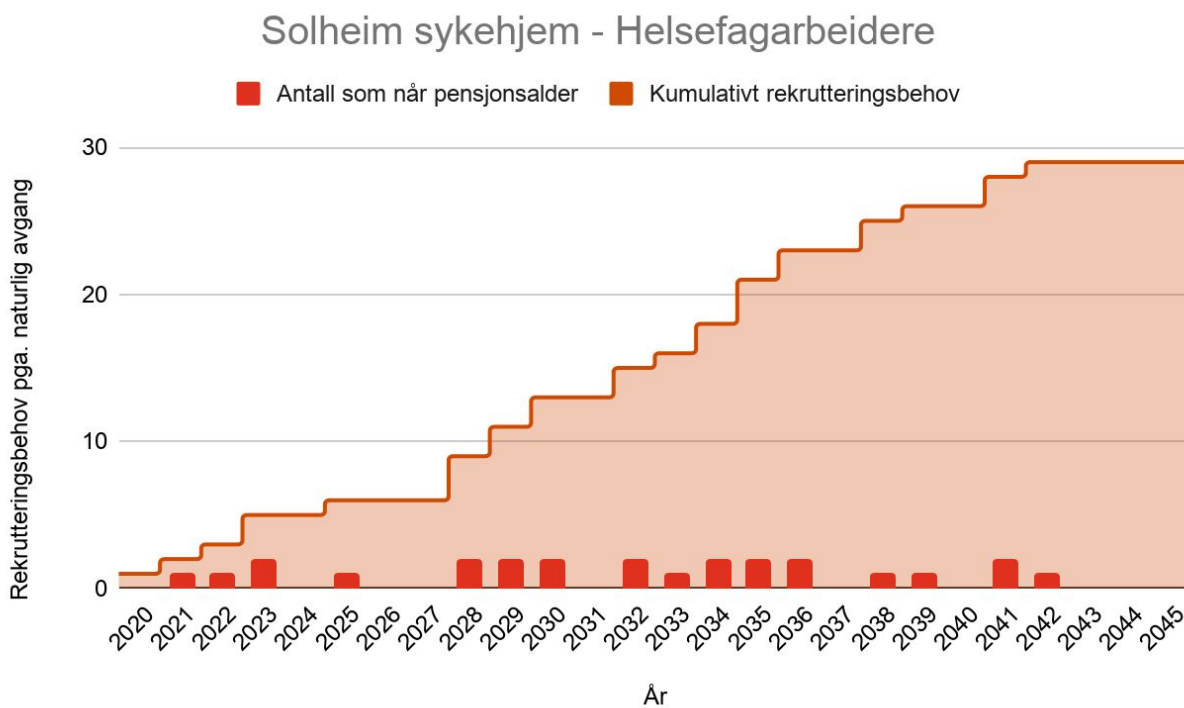
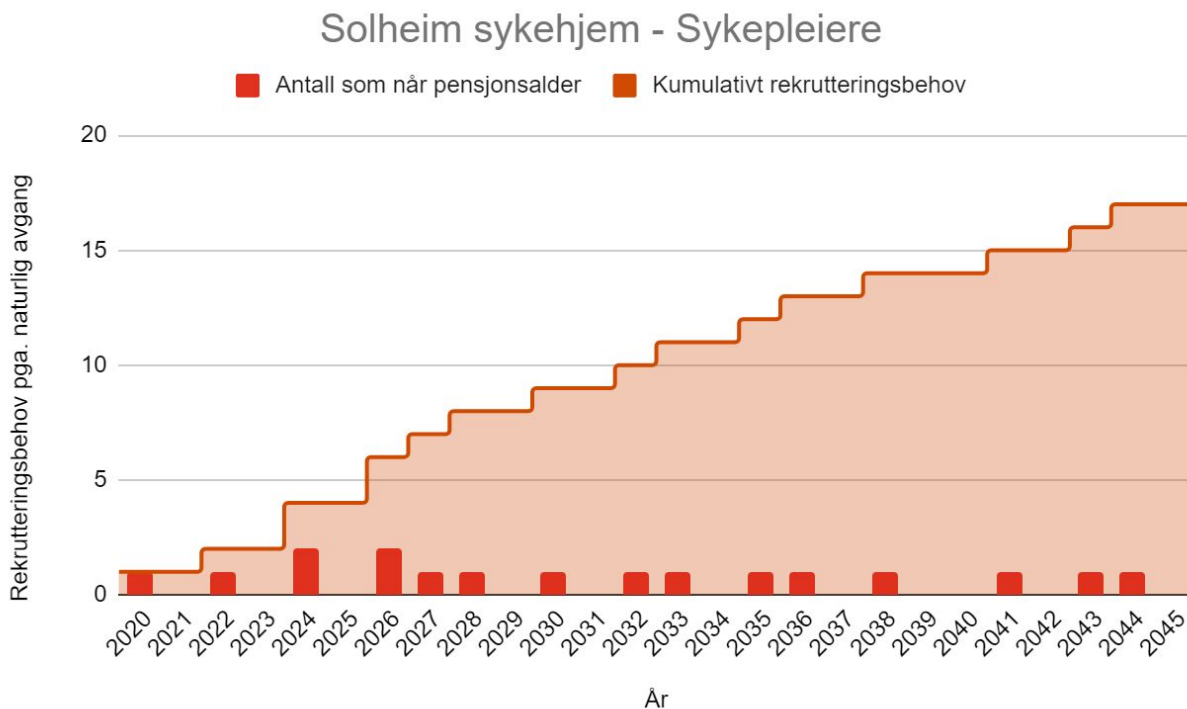
Halden helsehus



*Som beskrevet på side 72 skal tallene som framkommer i grafene justeres 20 prosent ned for kun å omfatte de som jobber i eldreomsorgen

Naturlig avgang alder

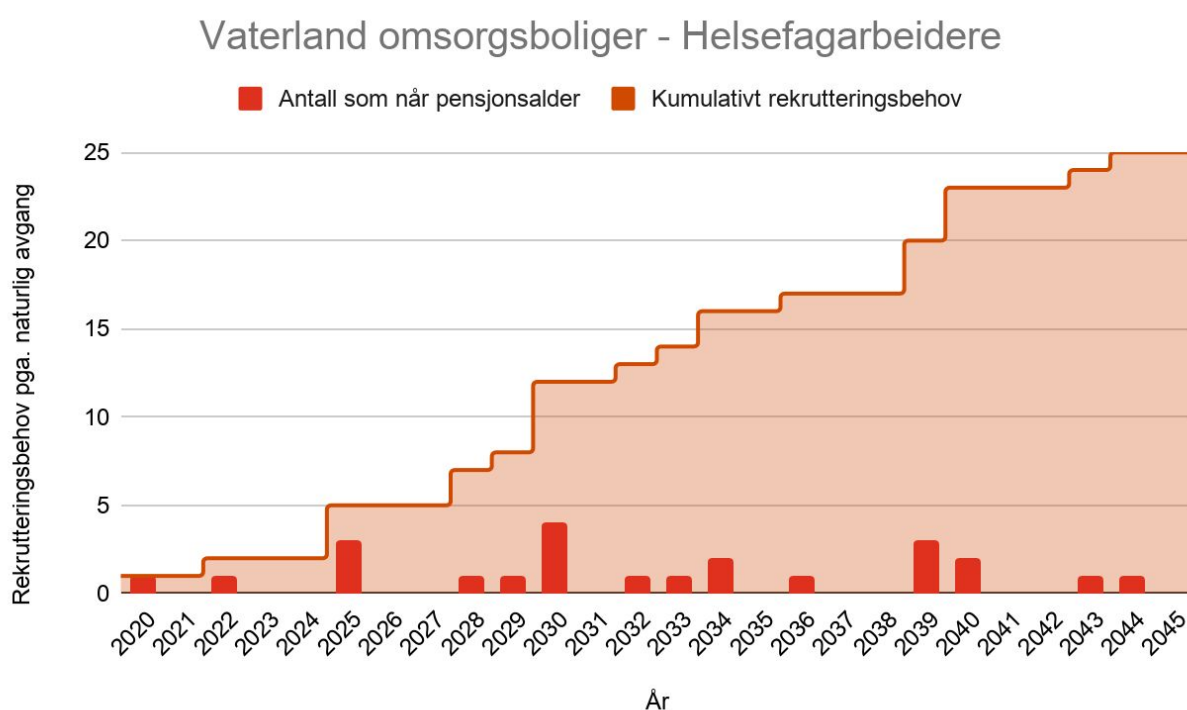
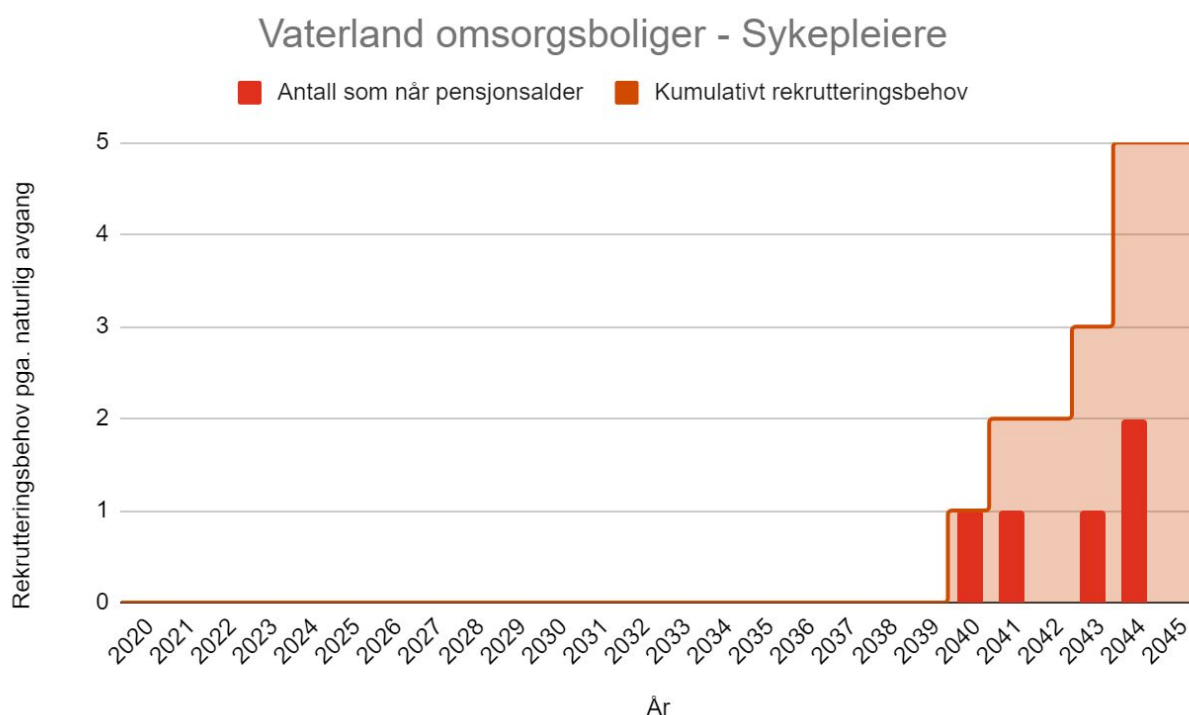
Solheim sykehjem



*Som beskrevet på side 72 skal tallene som framkommer i grafene justeres 20 prosent ned for kun å omfatte de som jobber i eldreomsorgen

Naturlig avgang alder

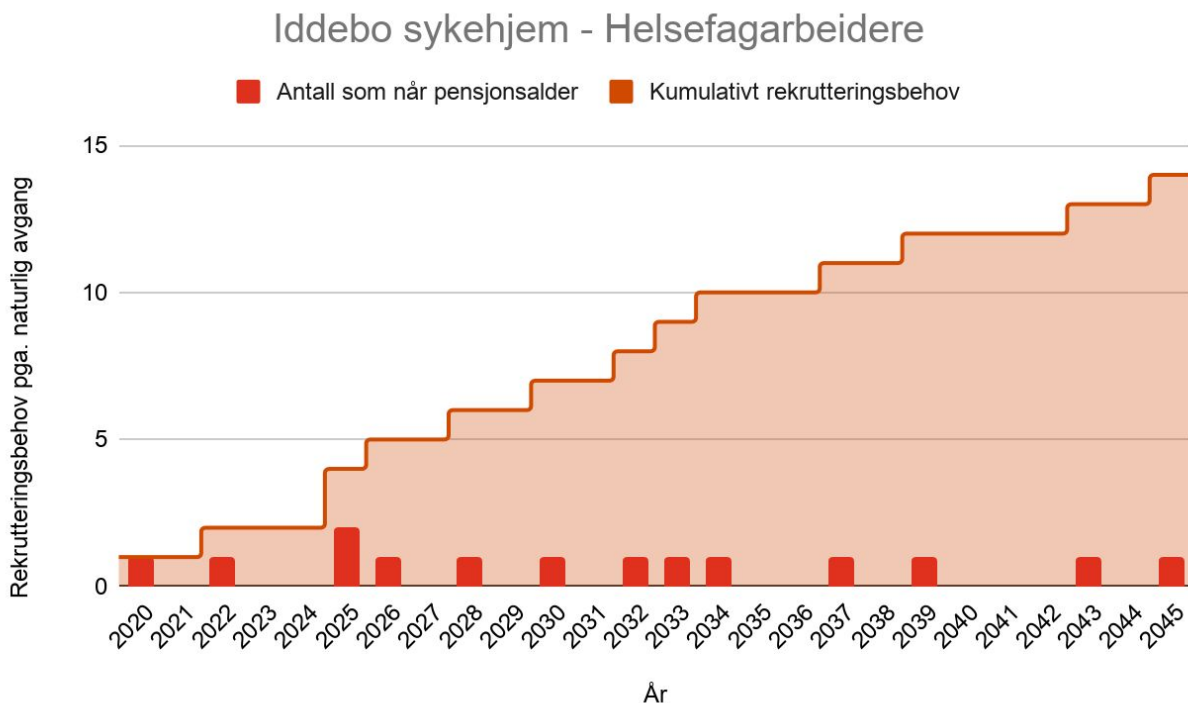
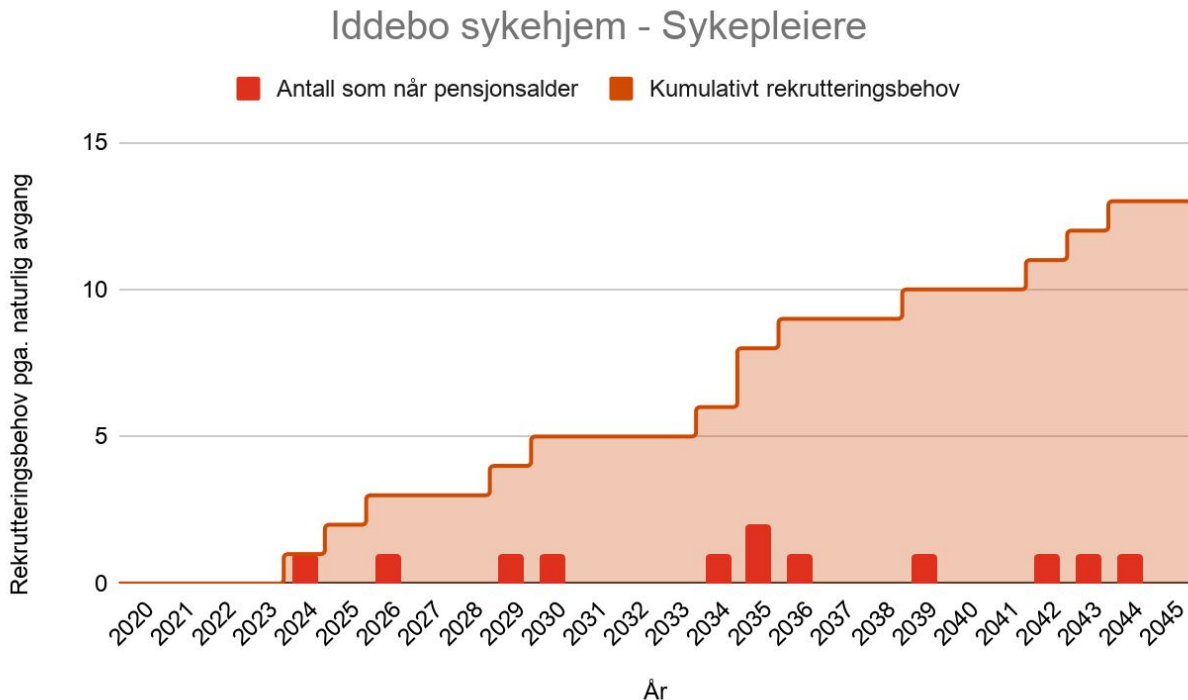
Vaterland omsorgsboliger



*Som beskrevet på side 72 skal tallene som framkommer i grafene justeres 20 prosent ned for kun å omfatte de som jobber i eldreomsorgen

Naturlig avgang alder

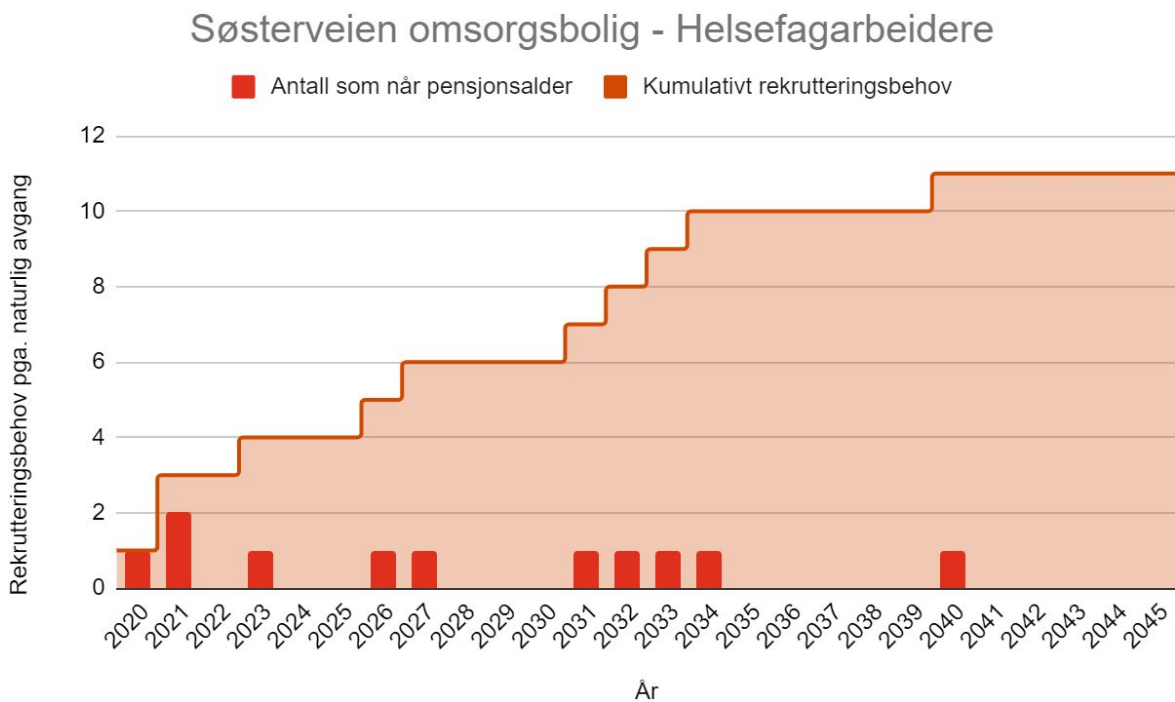
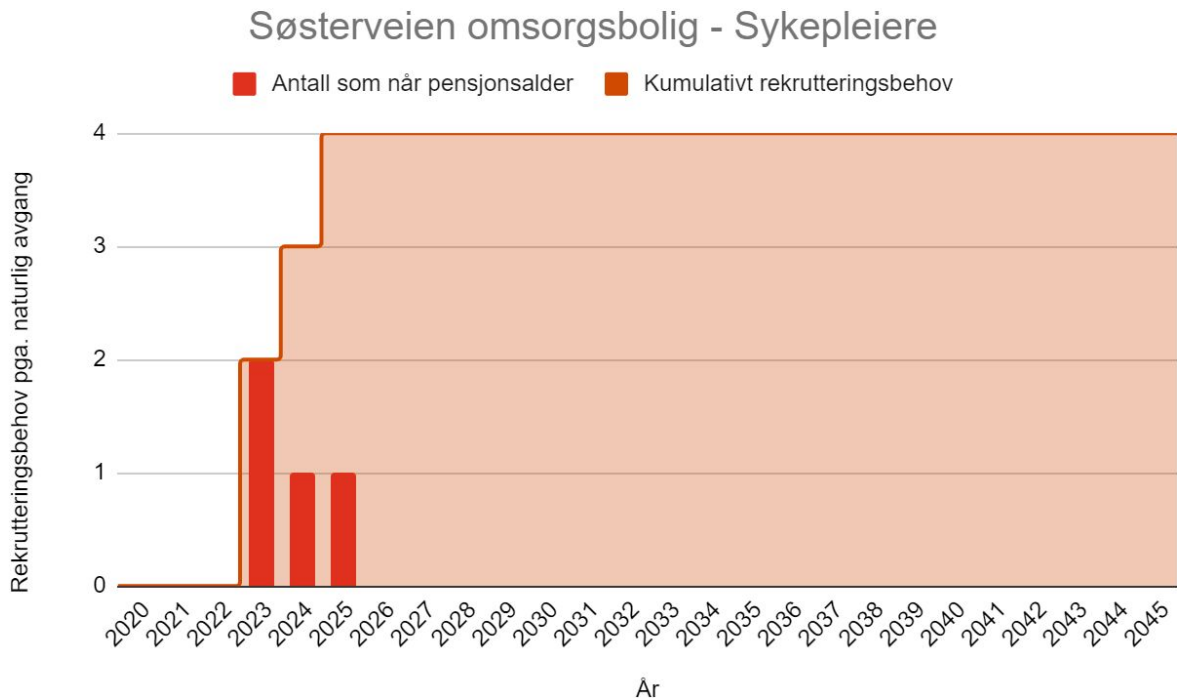
Iddebo sykehjem



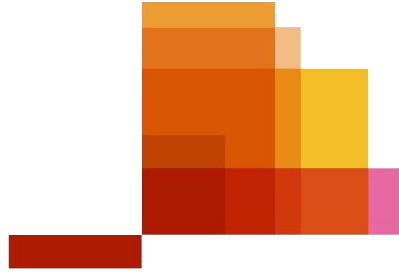
*Som beskrevet på side 72 skal tallene som framkommer i grafene justeres 20 prosent ned for kun å omfatte de som jobber i eldreomsorgen

Naturlig avgang alder

Søsterveien omsorgsboliger



*Som beskrevet på side 72 skal tallene som framkommer i grafene justeres 20 prosent ned for kun å omfatte de som jobber i eldreomsorgen



pwc