

FRAMTIDAS HELSE I LEVANGER KOMMUNE

DETTE ER NAVNET!

FRAMTIDAS TJENESTER – I BYGG SOM TJENER TJENESTENE

Formannskapet i Levanger kommune 25.09.2024

Status ved Anne-Ruth Jangaard, prosjektkoordinator for helsebygg i Levanger kommune

PROSJEKTKOORDINATOR



HVA VIL VI, HVOR SKAL VI, OG HVORDAN SKAL VI GJØRE DET?



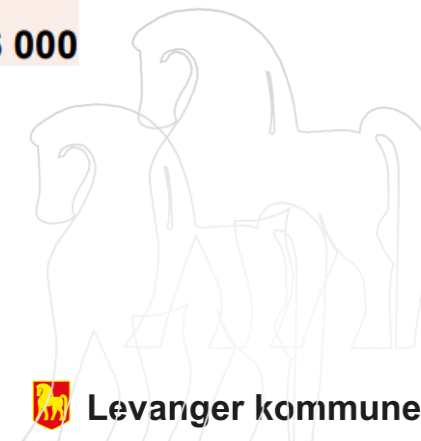
GRUNNLAG – POLITISK VEDTAK

Politisk vedtak: Handlings- og økonomiplan 2024-2027

Investeringer – helse/velferd

Hovedprosjekt	2024	2025	2026	2027	SUM
Staup helsehus - byggetrinn 2	5 000	260 000	265 000	-	530 000
Heldøgns omsorg – omsorgsbase	5 000	41 000	20 000	-	66 000
LBAS rehabilitering og ombygging	-	-	-	30 000	30 000
Kommunale boliger	24 750	24 000	8 000	8 000	16 000

Budsjetterte kostnader justeres i
budsjettprosessen i høst.



HANDLINGSS – OG ØKONOMIPLAN 2024-2027

TRE HOVEDUTFORDRINGER:

- Hvordan håndtere den store økningen i antall (og andel) **eldre**, noe som sannsynligvis vil medføre flere med komplekse sykdomstilstander og økt forekomst av demens?
- Hvordan håndter den økende mengde behov i målgruppen **ynge** personer med funksjonsnedsettelse?
- Hvordan sikre et tilstrekkelig antall personer med **helsepersonellkompetanse** i tjenestene? (eller: med riktig kompetanse)



DETTE ER MED OSS HELE VEIEN



TJENESTEKONSEPT – ORGANISERING – BYGGKONSEPT

VEIEN TIL BYGG SOM SKAL TJENE TJENESTENE

TJENESTEKONSEPT

Basert på mål, lokale planer, nasjonale føringer, lovverk. Tjeneste- og samfunnskonsept.

ORGANISERING

Hvordan må tjenestene organiseres for å kunne realisere tjenestekonseptet/samfunnskonseptet?

BYGGKONSEPT

Hvordan må bygg/lokaler utformes og plasseres for å støtte opp om tjenestekonseptet/samfunnskonseptet?

REKKEFØLGEN ER IKKE LIKEGYLDIG!

FLERE PERSPEKTIVER SAMTIDIG:

- gode tjenester i bygg som tjener tjenestene
- tjenestedrift og byggdrift
- hjem og arbeidsplass
- skjermet – og del av lokalmiljøet
- ...



ORGANISERING AV PROSJEKTET FRAMTIDAS HELSE

Kommunestyret
(bestiller)
ordfører

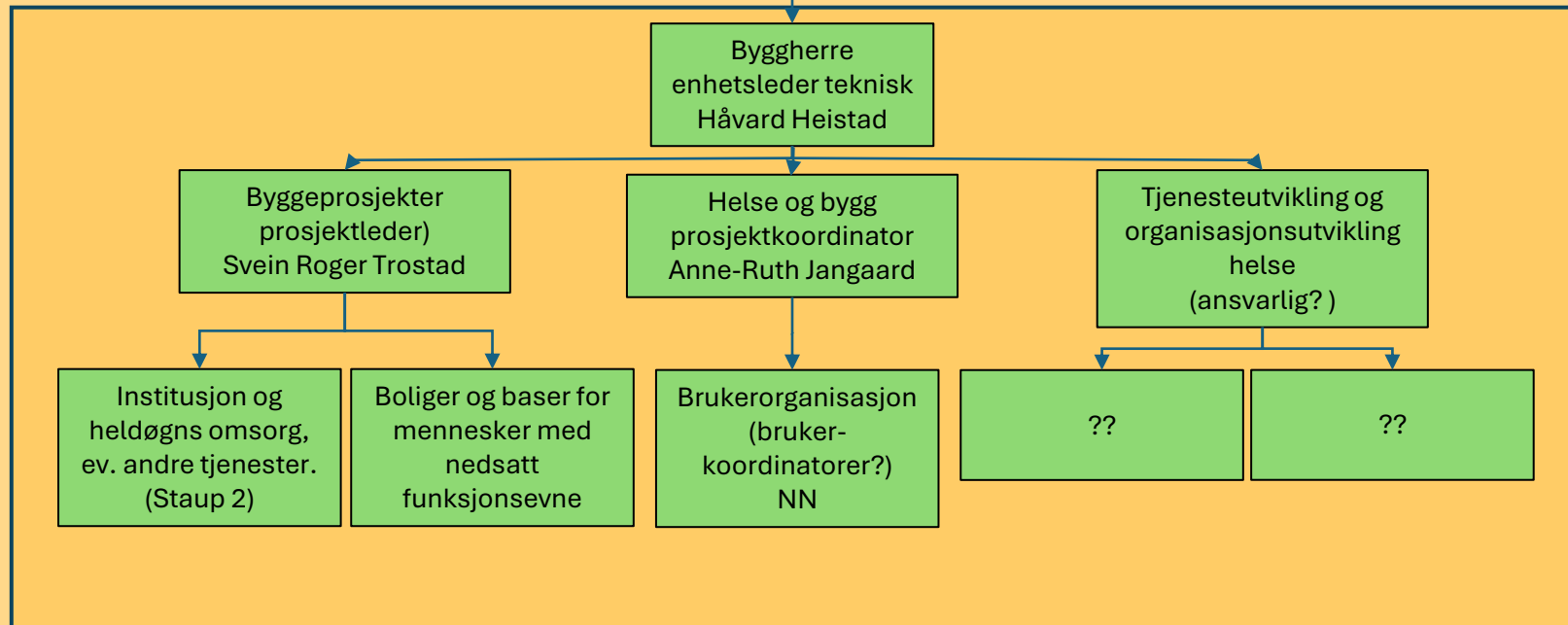
Kommunalsjef
organisasjon og HR
Ingrid Soknes Aunet

Kommunalsjef
samfunnsutvikling
Trude Nøst

Kommunedirektør
Peter Ardon

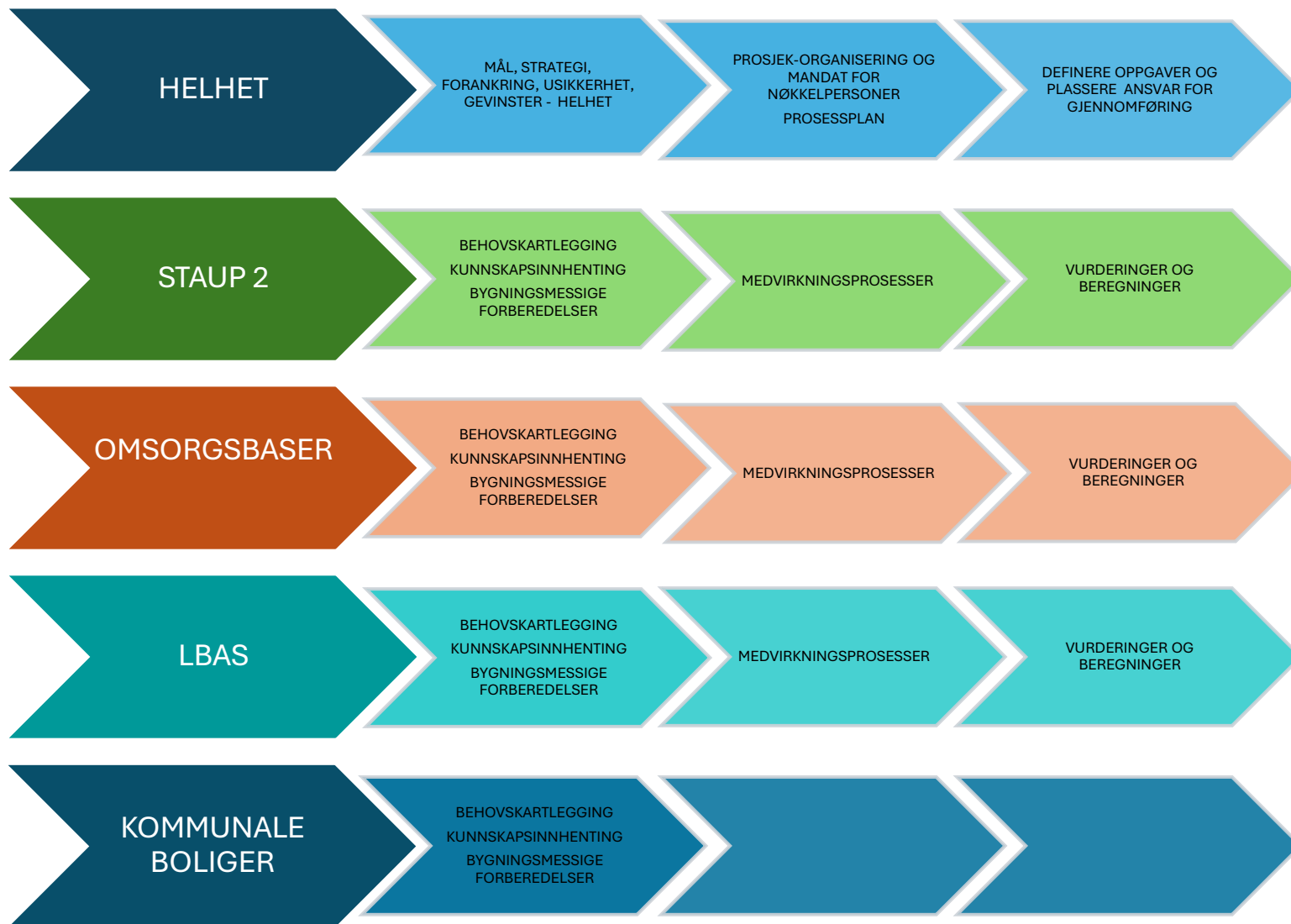
Kommunalsjef
helse og oppvekst
Grete S Jacobsen

Kommunalsjef
økonomi
Arnstein Kjeldsen



FRAMTIDAS HELSE – PROSJEKTPLAN – SKISSE

HVA VIL VI, HVOR SKAL VI, HVORDAN SKAL VI GJØRE DET – OG NÅR?



FASER OG MILEPÆLER (M)

- M1:** Konseptfasen: Konseptvalgrapport politisk vedtatt. Legger grunnlaget for videre arbeidet med byggkonsept tilpasset tjenestekonsept.
- M2:** Programmeringsfase: programmering av bygg, strategi for bygget
- M3:** Valg av gjennomføringsmodell.
- M4:** Konkurransgjennomføring. Kontrakt med valgt entreprenør med samarbeidspartnere om bygging.
- M5:** Utvikling, prosjektering og byggefase. Fase fram til byggestart, byggefase, prøvedrift. byggestart. Milepæl: Byggherre overtar bygget.
- M6:** Innflyttingsfase: Innredning og møblering. Klargjøring for tjenestedrift. Innflytting. Offisiell åpning.
- Driftsperiode**

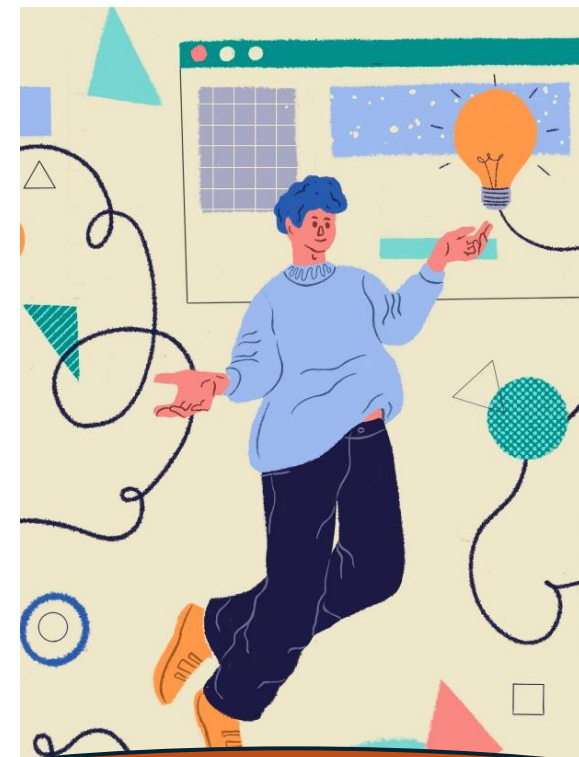
Milepæl 2: Konseptvalggrapport politisk vedtatt

HVA SKAL VI GJØRE? HVEM SKAL GJØRE DET? HVORDAN SKAL VI GJØRE DET – OG NÅR?

HVA SKAL VI LEVERE?

LEVERANSE/RESULTAT (fra mandatet):

- En konseptvalggrapport til politisk behandling som tydelig og konkret legger grunnlag for det videre arbeidet i prosjektet.
- Rapporten skal
 - ivareta helhet og omfatte både tjenesteutvikling, byggutvikling og samfunnsmessige konsekvenser
 - legge fram analyser, alternativer og begrunnelser og anbefale et konsept for det videre arbeidet.
 - identifisere og beskrive avhengigheter, usikkerhet og gevinstmuligheter
- Den vedtatte rapporten skal være styrende for det videre arbeidet i prosjektet.



VI BYGGER PÅ ARBEID OG ERFARINGER SOM ALLEREDE ER GJORT I KOMMUNEN OG HENTER KUNNSKAP OG ERFARINGER FRA ANDRE

ARBEIDSGRUPPA FOR KONSEPTUTVIKLING – FRAMTIDAS HELSE I LEVANGER KIOMMUNE

Elin Lersveen, enhetsleder bolig og mestring

Lars Johan Kverkild, enhetsleder helsefremming

Einar Hindenes, enhetsleder hjemme- og institusjonstjeneste

Sissel Rehaug, avdelingsleder bolig og mestring

Monica Fjerdings, avdelingsleder hjemmetjenesten sentrum (LBAS)

Malin Andrea Midjo/Lilly Nerenget, ergoterapeut, ergo- og fysioterapitjenesten

Victoria Johansen Skjønhau, avdelingsleder forvaltning

Ingvild Radwan, frivilligkoordinator/kultur

Laila Kristin L Munkeby, representant for tillitsvalgte

Gerd Talsnes Heggdal, representant for eldrerådet

Guro Skjetne, representant for råden for personer med funksjonsnedsettelse

Ingvild Augdal, barn og unges representant

Tore Sundal, kommunale boliger

Svein Roger Troset, fagansvarlig prosjekt, prosjektleder bygg

Håvard Heistad, teknisk sjef

Anne-Ruth Jangaard, prosjektkoordinator helsebygg



MEDVIRKNING

HOVEDMÅL FOR OPPSTARTSMØTET 27.08.2024

- Etablere gruppa:
bli kjent og avklare forventninger.
- Skape felles forståelse for arbeidet.
- Mandat og leveranse.
- Nærme oss noen problemstillinger.
- Avklarer videre arbeid.

Arbeid i fellesskap og i smågrupper.



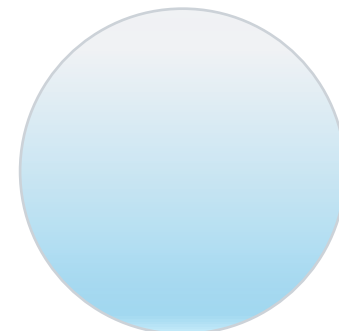
MØTEPLAN AUGUST 2024 – FEBRUAR 2025

TYPE MØTE	DATO	TID	TEMA
Oppstartsmøte	27.08.2024	08.30-11.30	Etablere gruppa. Skape felles forståelse for arbeidet. Mandat og leveranse. Nærme oss noen problemstillinger. Avklarer videre arbeid.
Arbeidsmøte	01.10.2024	08.30-10.30	Nåsituasjon. Befolkning og bosetting. Behovskartlegging. Verktøy og metoder. Staup 1 og 2.
Arbeidsmøte	22.10.2024	08.30-10.30	
Arbeidsmøte	19.11.2024	08.30-10.30	
Arbeidsmøte	10.12.2024	08.30-10.30	
Arbeidsmøte	21.01.2025	08.30-10.30	
Arbeidsmøte	18.02.2025	08.30-10.30	Klargjøring av leveranse for politisk behandling i mars.

Lekse for alle deltakerne fra gang til gang:
Informere om prosjektet og arbeidet i sine sammenhenger:
informere, skape forståelse, svare på spørsmål, innhente innspill.

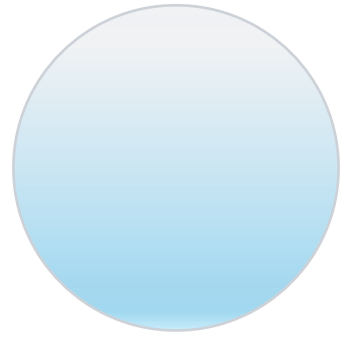
HVORDAN BEREGNE FRAMTIDAS BEHOV FOR HELDØGNS OMSORGSPLASSER? institusjon og omsorgsboliger med HDO

ULIKE METODER OG TILNÆRMINGER –
MED UTGANGSPUNKT I NÅSITUASJONEN



STED	ANTALL PLASSER INSTITUSJON	ANTALL PLASSER I OMSORGSBOLIG MED HDO	KOMMENTARER
Staup helsehus	44		Korttidsplasser og langtidsplasser for palliasjon, rehabilitering, behandling, utredning, avlastning, demens, akutte døgnplasser.
Ytterøy helsetun	11	1	
Stokkbakken		36	
Breidablikktunet	11	51	
LBAS		29	36 av totalt 65 leiligheter er ikke HDO-plasser
TOTALT	66	117	183 NB: Alle disse er ikke over 80 år!

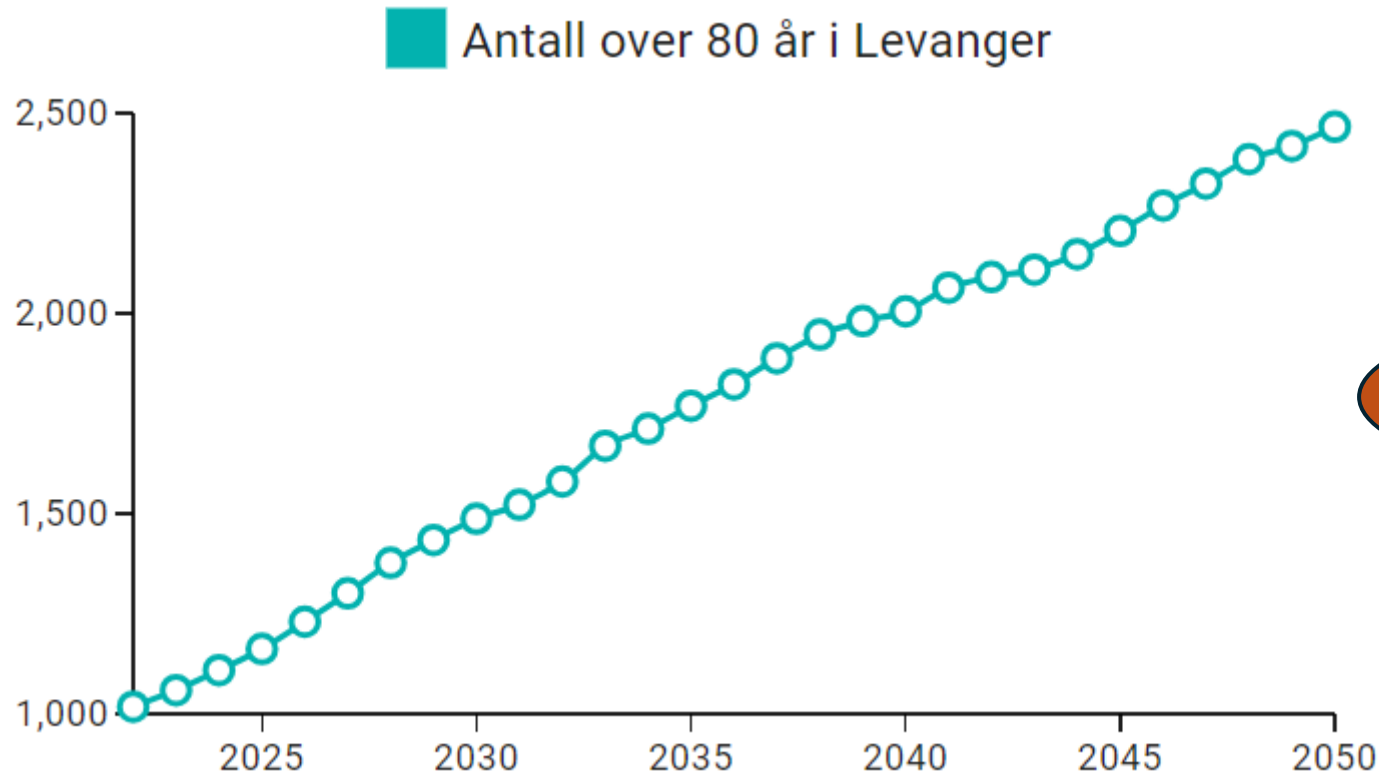
KS – Framtidsverktøyet 2024



Steg 3: Scenariofabrikken

Befolkningsframskriving for folk over 80 år frem mot 2040:

Et sentralt spørsmål blir hva slags tjenester, bemanning og kompetanse kommunen må utvikle frem mot 2040 for å håndtere veksten i antall over 80 år?




Antallet innbyggere over 80 år, som er brukt i tabellen på neste side, er trukket ut herfra.

Beregnet antall plasser som prosentandel av antall eldre over 80

(antall over 80 år er trukket ut fra KS [Scenariofabrikken](#) på forrige side)

	2022	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Antall > 80	1018	1163	1487	1769	2005	2206	2466
Dekningsgrad HDO							
12%		140	178	212	241	265	296
14%		163	208	248	281	309	345
16%		186	238	283	321	353	395
18%		209	268	318	361	397	444
20%		233	297	354	401	441	493



HVORFOR SKAL
VI SETTE EN
ALDERSGRENSE
PÅ 80 ÅR?

Tabellen viser beregning av ulike prosentandeler av innbyggere over 80 år i Levanger fram mot 2050.

Tallene for innbyggere over 80 år er trukket ut av KS [Scenariofabrikken](#) (se forrige side).

Hvis vi slår sammen HDO i bolig og institusjon, har Levanger til sammen 183 plasser.

Dersom vi tar utgangspunkt i framskrevet tall for innbyggere over 80 år i 2025 (1063), tilsvarer 183 plasser en **dekningsgrad på 15,7% av innbyggerne over 80 år**. Vi har altså en dekningsgrad i dag på ca. 16%. Jeg har markert 16%-raden med gult.

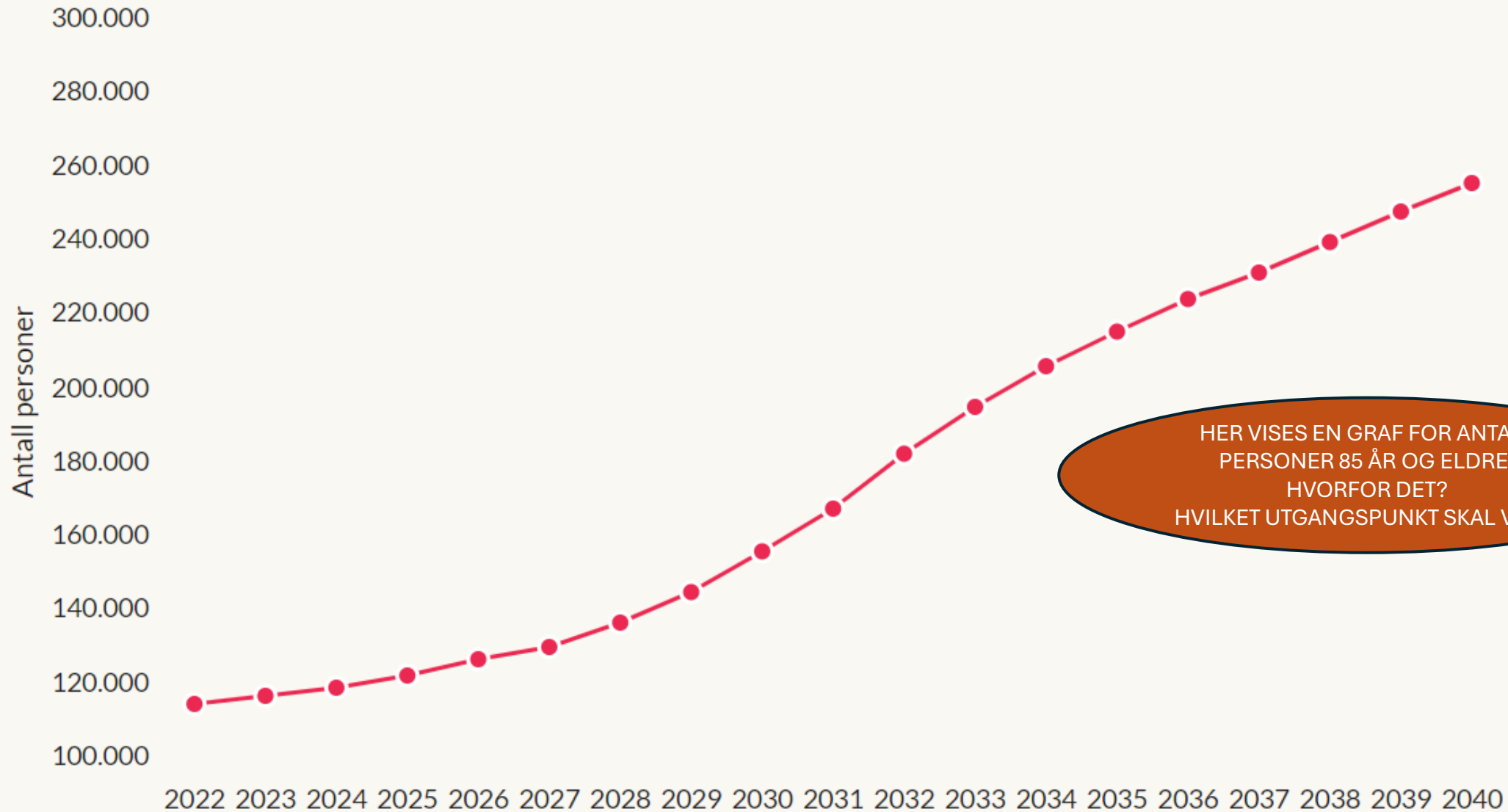
Men våre 183 plasser brukes ikke bare av innbyggere over 80 år!

I en rapport fra Agenda Kaupang og VID fra 2016, problematiseres dekningsgrad som beregningsverktøy. [Heldøgns omsorg – kommunenes dekningsgrad](#). Dette kan likevel være én måte å tilnærme seg framtidens behovet på.

Vi må bruke flere metoder og erfaring og kjennskap til kommunen og tjenestene.

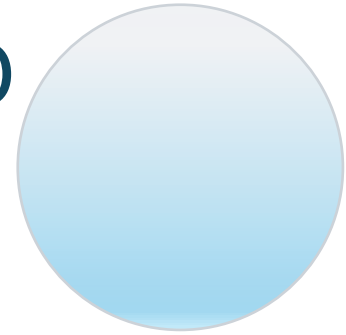
Anbefaling: Beregne og ta utgangspunkt i behov fram til 2040. Mye kan skje på veien fra 2040 til 2050.

Antall personer (85 år eller eldre) man tror det vil være i 2040



HER VISES EN GRAF FOR ANTALL
PERSONER 85 ÅR OG ELDRE.
HVORFOR DET?
HVLKET UTGANGSPUNKT SKAL VI TA?

FRAMSKRIVNINGER VED BRUK AV KS-VERKTØY - økt behov for institusjon og omsorgsboliger med HDO

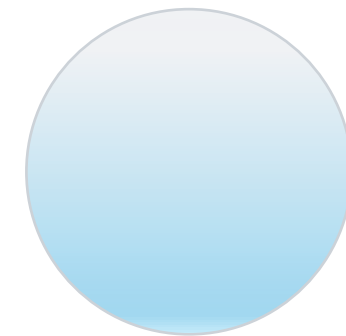


Alternativer	Plasser i dag	Økt produktivitet	Faktor saktere aldring	2025 økning i plasser	2030 økning i plasser	2035 økning i plasser	2040 økning i plasser	2045 økning i plasser	2050 økning i plasser
A	183	0	0,1	- 2	28	67	109	146	182
B	183	3%	0,1	- 3	25	62	101	135	166
C	183	7%	0,1	- 4	22	56	90	120	146
GJENNOMSNIITT				- 3	25	62	100	134	165

- **Økt produktivitet** kan blant annet dreie seg om økt bruk av teknologi, for eksempel slik at flere bor lenger i en bolig de skaffer seg selv. Det kan også være nye behandlings- eller tjenestemetoder.
- **Faktor saktere aldring 0,1** kom automatisk opp i verktøyet da Levanger ble lastet inn. 0-alternativ fantes ikke.
- Gjennomsnittstallet er kun regnet ut som et hjelpetall: Det kan brukes for å gi anslag om framtidens behov.
- 183 eksisterende plasser pluss **100** nye plasser gir totalt **283** plasser i 2040.

SAMMENSTILLING – MOT 2040

institusjon og omsorgsboliger med HDO



Deknings-grad i prosent – totalt antall plasser		Økning ved utgangstall 183	Buk av KS-verktøy (prod.økning i %)	Økning ved utgangstall 183
12%	241	58	Alt. A – 0%	109
14%	281	98	Alt. B – 3%	101
16%	321	138	Alt. C – 7%	90
18%	361	178		
20%	401	218		

Beregningene er ment å være en hjelp til å anslå behovet for antall nybygde plasser ved Staup 2.

- Det er avgjørende for beregningen hvilket utgangstall man regner ut fra.
- Det er avgjørende for beregningen hvordan totalen av dagens plasser og bygg skal brukes i årene som kommer.
- Det er avgjørende for beregningen hvordan tjenestene skal drives framover.
- Det er avgjørende for beregningen om det er andre forhold og tiltak som kan redusere trykket på HDO: tilpassing av boliger, ordinære boliger i markedet mm.
- Det er avgjørende for valget som skal gjøres hvordan man mener man vil ha personell til å drive tjenestene.

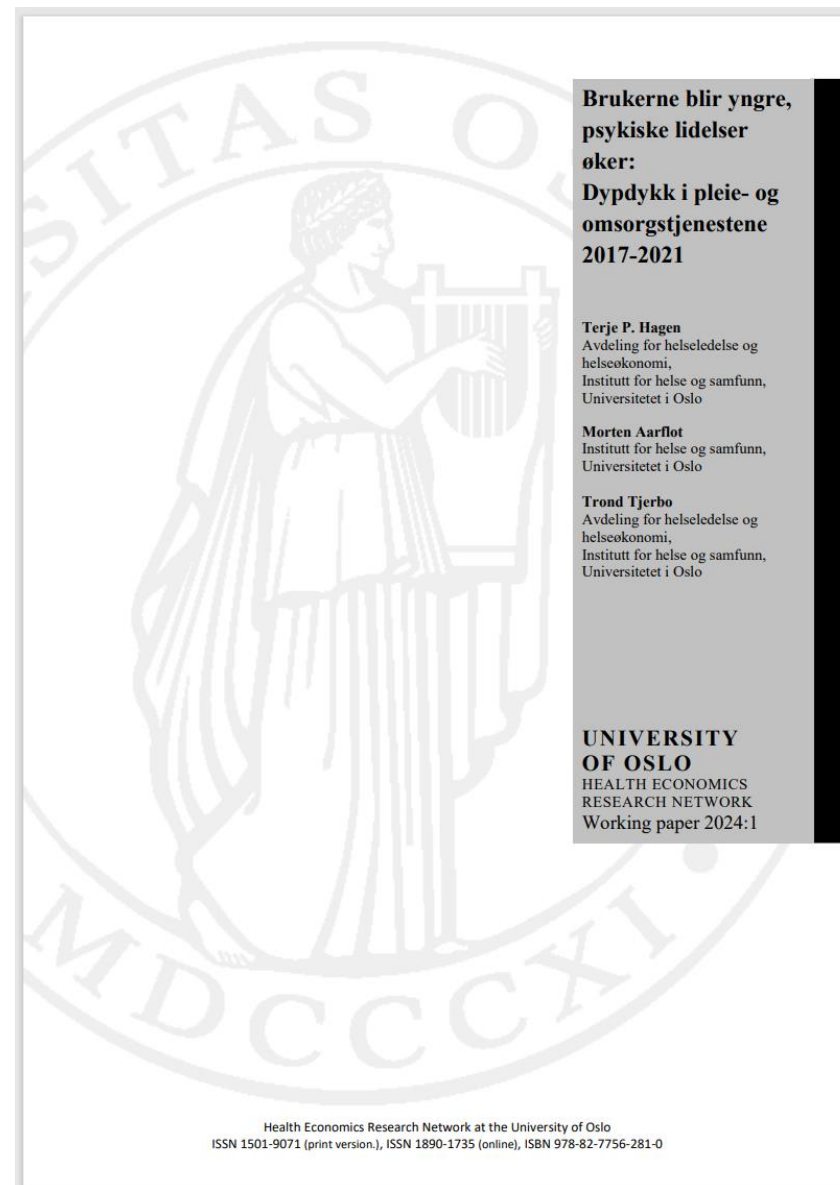
Brukerne blir yngre og psykiske lidelser øker

Innhold

JA, HVA MED DE YNGRE?

Sammendrag.....	2
Forord.....	4
1. Dybdykk i pleie- og omsorgstjenestene.....	6
2. Pasientene i langtidsopphold blir yngre – årsaker og konsekvenser.....	8
3. Høykostnadsbrukere – hvem er de, og hvilke tjenester benytter de?	18
4. Reduserte liggetider i sykehus, kommunenes respons og pasientenes overlevelse.....	28
5. Endringer i andre pleie- og omsorgstjenester	34
6. Diskusjon.....	41
Referanser.....	43
Vedlegg 1. Diagnosevariablene.....	45
Vedlegg 2. Funksjonsvariablene.....	46

NOEN UTDRAK PÅ DE NESTE SIDENE



Brukerne blir yngre og psykiske lidelser øker

FRA SAMMENDRAGET - innledende tekst:

Det var en kraftig vekst i utgiftene i kommunenes pleie- og omsorgstjenester i perioden 2015-2020. Veksten flatet ut i 2020, men har i årene 2021 og 2022 igjen vært kraftig – nesten 9 prosent per år. Det er spesielt i tjenester til hjemmeboende veksten har vært sterk. I tillegg har veksten vært sterk i aldersgruppene under 80 år.

Hovedmålsettingene med denne rapporten har vært å gå dypere i tre temaer:

- **Langtidsopphold i institusjoner:** I en tidligere analyse (Andrews et al., 2021; Hagen & Tjerbo, 2023) fant vi at veksten i langtidsoppholdene kom i aldersgruppene under 80 år. Her stiller vi spørsmål om årsakene til denne endringen. Har de 'yngre' brukergruppene større behov enn de eldre?
- **Høykostnadsbrukere:** I de tidligere analysene fant vi også indikasjoner på at en del yngre hjemmeboende brukere var kostnadskrevende. Her definerer vi høykostnadsbrukerne som de mottakere av pleie- og omsorgstjenester som har de 5% høyeste kostnadene og stiller følgende spørsmål: Hvor stor andel av de samlede pleie- og omsorgstjenestene kan knyttes til de 5 prosentene med høyest kostnader? Hva kjennetegner brukergruppen med høyest kostnader?
- **Samhandling mellom sykehus og kommuner:** Hoftebruddspasientene er en særlig sårbar gruppe. Pasientene er gamle, skrøpelige og har mange tilleggssykdommer (komorbiditeter). Dødeligheten i gruppen er høy. Spørsmålene vi stiller er hvilke effekter reduksjon i sykehusenes liggetider, hardere konkurranse om sykehjems plassene og bedre helse blant de eldre, til sammen har for pasientenes overlevelse. Klarer kommunene å kompensere for den reduserte liggetiden i sykehus?

**Brukerne blir yngre, psykiske lidelser øker:
Dypdykk i pleie- og omsorgstjenestene 2017-2021**

Terje P. Hagen
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi,
Institutt for helse og samfunn,
Universitetet i Oslo

Morten Aarflot
Institutt for helse og samfunn,
Universitetet i Oslo

Trond Tjerbo
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi,
Institutt for helse og samfunn,
Universitetet i Oslo

UNIVERSITY OF OSLO
HEALTH ECONOMICS RESEARCH NETWORK
Working paper 2024:1

Brukerne blir yngre og psykiske lidelser øker

FRA SAMMENDRAGET:

Pasienter i langtidsopphold i kommunale institusjoner

Antallet pasienter i langtidsopphold i institusjoner (sykehjem), går svakt ned i analyseperioden 2017- 2021. Gjennomsnittsalderen blant pasientene faller fra 85 år i starten av 2017 til 82,8 år ved utgangen av 2021. Om lag 77 prosent av pasientene er 80 år eller eldre ved inngangen til 2017. Prosentandelen i denne aldersgruppen faller til om lag 70 prosent ved utgangen av analyseperioden. I relative endringer er dette en reduksjon på 10 prosent.

De største diagnosegruppene blant pasienter i langtidsopphold er hjertelidelser (46-47% av alle pasienter), demens (41-44% av alle pasienter) og nevrologiske lidelser, dvs. slag, hjerneblødning og annet (19-24% av alle pasienter). Dette er diagnoser som alle har en klar aldersgradient og som tradisjonelt har vært de viktigste diagnosegruppene i kommunale sykehjem. Den sterkeste veksten i diagnoser fra 2018 til 2021 har vi blant pasienter med lungelidelser (KOLS, med mer), psykiske lidelser, rusmisbruk og psykisk utviklingshemming. Det er også økning i pasienter med ulike former for kreft.

Det er en signifikant reduksjon i funksjonsevnen til de nyinnlagte pasientene i den eldste aldersgruppen fra 2018 til 2021. Endringen er signifikant for fire av fem funksjonsmålene. Dette indikerer at terskelen for å få langtids plass i sykehjem for de eldre har blitt høyere over tid når vi betrakter landet som helhet. Vi ser imidlertid at funksjonsevnen er dårligere og hjelpebehovet større til lavere aldersgruppene er. Selv om terskelen for å få langtids plass blir høyere for de eldre pasientene så er den enda høyere for de yngre gruppene. Dette gjelder også for funksjonsmålet 'kognitiv svikt' der vi i utgangspunktet hadde forventning om den eldste aldersgruppen hadde de høyeste verdiene (dårligst funksjonsevne). Selv om terskelen for å bli tildelt langtids plass for de eldre heves, indikerer tallene at kommunene prioriterer korrekt når vi betrakter dette på makronivå. De med høyest behov går foran de med lavere.

Brukerne blir yngre, psykiske lidelser øker: Dypdykk i pleie- og omsorgstjenestene 2017-2021

Terje P. Hagen
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi,
Institutt for helse og samfunn,
Universitetet i Oslo

Morten Aarflot
Institutt for helse og samfunn,
Universitetet i Oslo

Trond Tjerbo
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi,
Institutt for helse og samfunn,
Universitetet i Oslo

UNIVERSITY OF OSLO
HEALTH ECONOMICS RESEARCH NETWORK
Working paper 2024:1

Brukerne blir yngre og psykiske lidelser øker

FRA SAMMENDRAGET:

Høykostnadsbrukere

Vi identifiserte 13676 pasienter som høykostnadsbrukere gitt vår definisjon (de 5 prosentene med høyest kostnader). Høykostnadsbrukerne står for 39 prosent av de samlede kostnadene for kommunale pleie- og omsorgstjenester slik de er definert her. For pasientene som er definert som høykostnadsbrukere er gjennomsnittkostnaden knapt 2,2 millioner kroner og for pasienter som defineres i den andre gruppen (ikke-ressurskrevende) er gjennomsnittskostnaden vel 186 000 kroner.

Det er betydelige forskjeller mellom de to gruppene når det gjelder hvilke tjenester som benyttes og som dermed genererer kostnadene. For høykostnadsbrukerne genereres nesten 90% av kostnadene gjennom hjemmetjenester. Den største kostnaden er forbundet med Praktisk bistand - opplæring (36,2%). I gjennomsnitt benyttes nærmere 790 000 kroner på disse tjenestene. Det er videre høye kostnader til helsetjenester i hjemmet (hjemmesykepleie, fysio- og ergoterapi) og 'praktisk bistand – daglige gjøremål' som omfatter bistand til dagliglivets praktiske gjøremål, egenomsorg og personlig stell. BPA-ordningen utgjør også høye kostnader blant de ressurskrevende brukerne – knapt 170 000 kroner årlig.

Høykostnadsbrukerne er i gjennomsnitt yngre enn de øvrige brukerne (46 år vs. 66 år) og har ofte psykiske lidelser, lungelidelser, nevrologiske lidelser og særlig psykisk utviklingshemming. De har dårlig funksjonsevne, og særlig lave evner til å ivareta husholdningsfunksjoner og egenomsorg. Høykostnadsbrukerne har lav dødelighet. Det betyr at kostnadene vil vedvare, og det betyr at f. eks en økning i hvilke tjenester som tilbys denne gruppen hjemmeboende vil kunne gi betydelige kostnadsendringer for kommunene over tid.

Brukerne blir yngre, psykiske lidelser øker:
Dypdykk i pleie- og omsorgstjenestene 2017-2021

Terje P. Hagen
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi,
Institutt for helse og samfunn,
Universitetet i Oslo

Morten Aarflot
Institutt for helse og samfunn,
Universitetet i Oslo

Trond Tjerbo
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi,
Institutt for helse og samfunn,
Universitetet i Oslo

UNIVERSITY OF OSLO
HEALTH ECONOMICS RESEARCH NETWORK
Working paper 2024:1

Brukerne blir yngre og psykiske lidelser øker

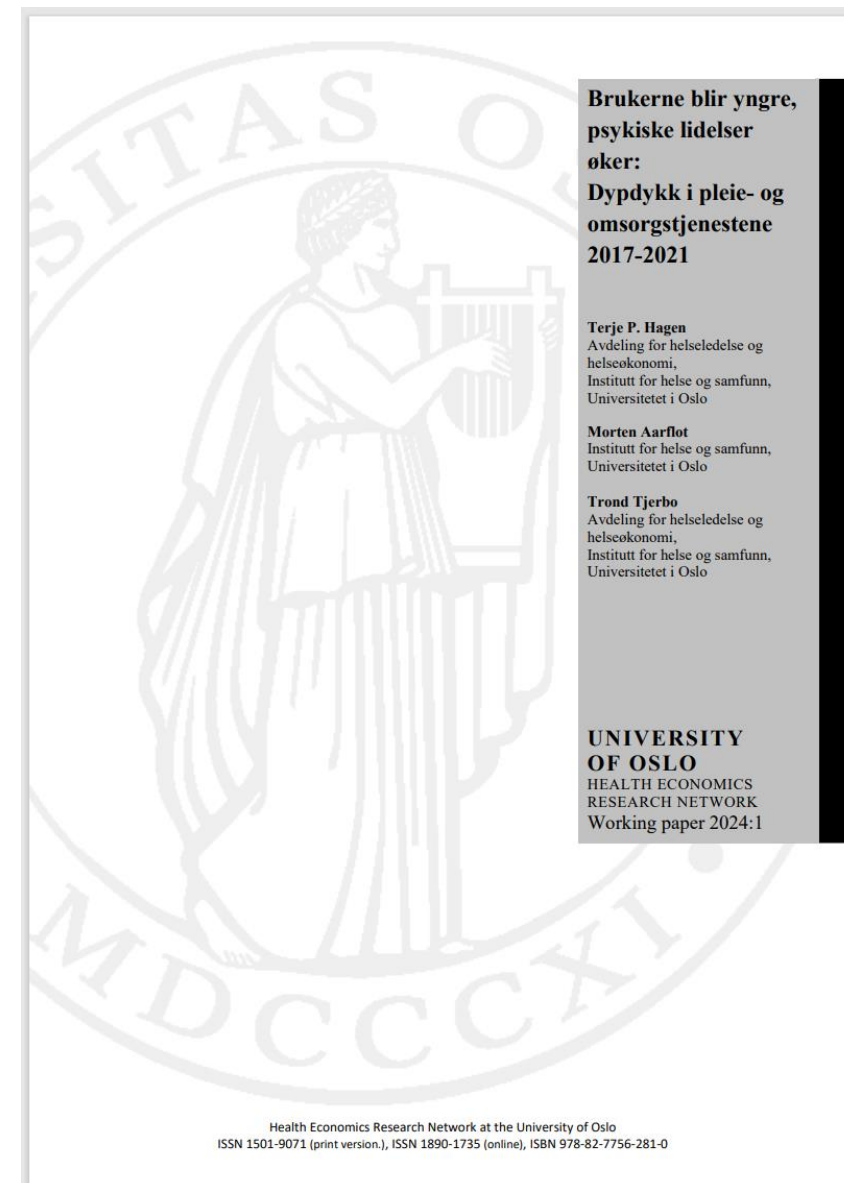
FRA SAMMENDRAGET:

Samhandling mellom sykehus og kommuner

De siste 10-årene har vi observert 3 fundamentale endringer i helsetjenestesystemene - både i Norge og internasjonalt. 1) Det har skjedd reduksjon i liggetider i sykehusene og mer av rehabilitering og oppfølging er overlatt til primærhelsetjenestene. 2) Primærhelsetjenestene i de fleste land endres fra å være institusjonsbaserte til å bli mer hjemmebaserte. 3) Det skjer en forbedring i eldres helse og deres funksjonsevne. Vi har modellert effektene av alle disse tre forholdene i en analyse av dødeligheten blant hoftebruddspasienter behandlet ved norske sykehus i perioden 2010-2020.

Kommunene har fått en betydelig økning i oppfølgingsbehovene som følge av reduserte liggetider i sykehus. Reduksjonen i liggetider og i noen grad også reduksjoner i sykehjemsdekningen har isolert sett hatt negative effekter på pasientenes overlevelse. Overlevelsen* blant hoftebruddspasientene har likevel ikke økt i perioden. Årsakene er flere, bedre operasjonsteknikker i sykehusene, bedre effektivitet i kommunal rehabilitering og bedre helse blant hoftebruddspasientene.

*ARJ kommentar: Her skal det antagelig stå «dødeligheten», noe som samsvarer med sammendraget etter kapittel 4.



Brukerne blir yngre og psykiske lidelser øker

Kapittel 5: ENDRINGER I ANDRE PLEIE- OG OMSORGSTJENESTER

Helsetjenester i hjemmet (s. 35):

...

Antall mottakere er høyest i aldersgruppen 80 år og oppover. Laveste antall brukere finner vi i aldersgruppen 0 – 18 år. Veksten i brukere i aldersgruppene under 80 år er sterkere enn veksten blant antall brukere over 80 år. Dette gjelder både i absolutte og relative tall.

...

Oppsummering

Mens vi i de tre foregående kapitlene har gått dypt inn i tre temaer, har dette kapitlet vist oss bakgrunnen for at utgiftsveksten vi beskrev i kapittel 1 er så sterk som den er. Vi finner vekst i alle tjenestetypene vi har analysert med et unntak for praktisk bistand til daglige gjøremål. Langtidsoppholdene viser også en svakt fallende tendens, mens antallet tidsbegrensede opphold øker. Endringen reflekterer omleggingen som skjer av institusjonshelsetjenesten i kommunene der særlig sykehjemmene i økende grad benyttes til rehabiliteringsopphold.

**Brukerne blir yngre, psykiske lidelser øker:
Dypdykk i pleie- og omsorgstjenestene 2017-2021**

Terje P. Hagen
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi,
Institutt for helse og samfunn,
Universitetet i Oslo

Morten Aarflot
Institutt for helse og samfunn,
Universitetet i Oslo

Trond Tjerbo
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi,
Institutt for helse og samfunn,
Universitetet i Oslo

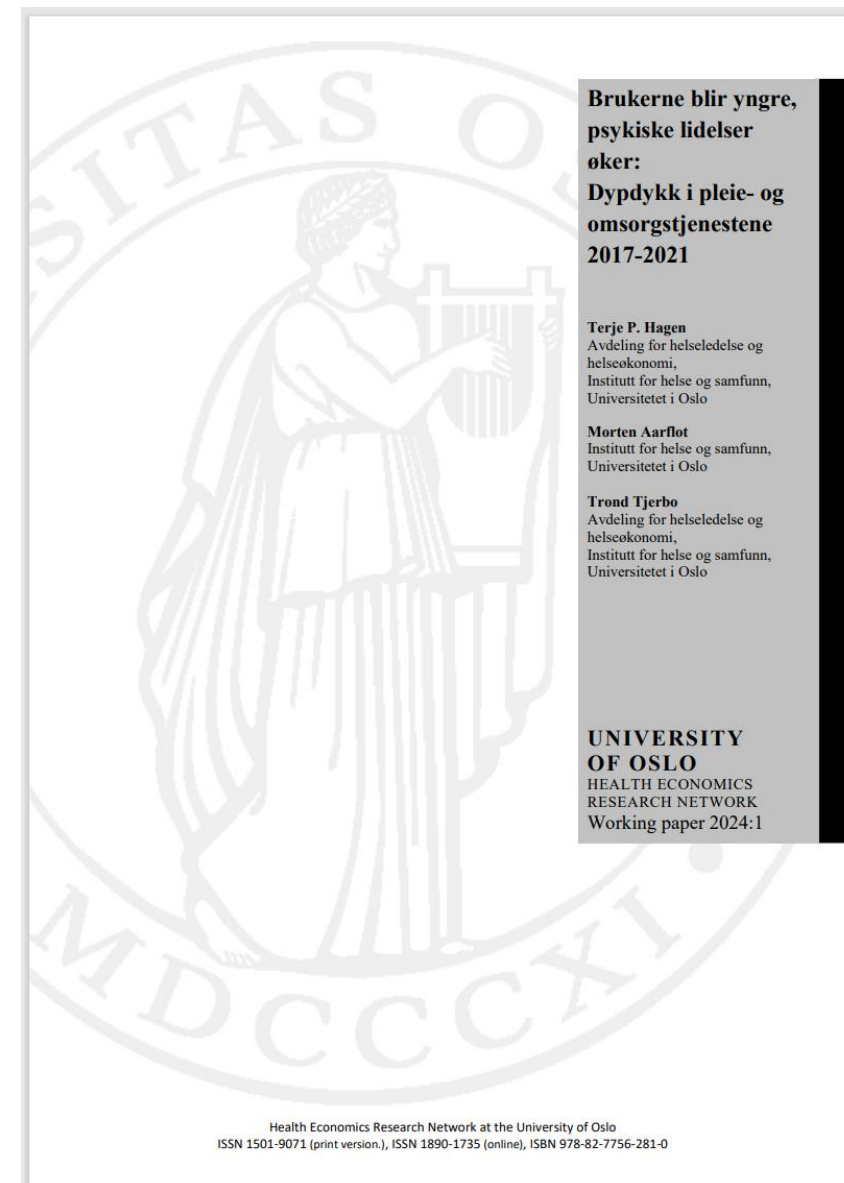
**UNIVERSITY
OF OSLO**
HEALTH ECONOMICS
RESEARCH NETWORK
Working paper 2024:1

Brukerne blir yngre og psykiske lidelser øker

Kapittel 6: DISKUSJON

Den kraftige veksten i utgifter til omsorgstjenester fra perioden 2015-2020, har fortsatt i 2021 og 2022. Det er spesielt sterk vekst i tjenester til hjemmeboende der både antall brukere og timer per bruker øker jevnt.

I tillegg til å gi en beskrivelse av endringene i tjenesteforbruk har vi i denne rapporten sett nærmere på tre forhold; pasienter i langtidsopphold i sykehjem, høykostnadsbrukere og samhandlingen mellom sykehusene og kommunene om pasienter med hoftebrudd. Pasientene i langtidsopphold i kommunale institusjoner blir yngre, og innslaget av pasienter med psykiske diagnoser øker. Det ser imidlertid ikke ut som at dette påvirker kostnadene til institusjonstjenester i kommunene. De 5 prosentene vi har definert som høykostnadsbrukere står for knapt 40 prosent av ressursbruken i pleie- og omsorgstjenestene slik kostnader er definert her. Høykostnadsbrukerne er i hovedsak yngre brukere med psykisk utviklingshemming eller nevrologiske diagnoser som bor hjemme. Tross betydelig reduksjon i liggetider i sykehus og lavere sykehjemsdekning over tid har dødeligheten blant hoftebruddspasientene ikke økt. Vi har ikke identifisert de direkte årsakene, men indikert at flere forhold trekker i samme retning – bedre operasjonsteknikker i sykehusene, bedre rehabiliteringsopplegg i kommunene og at de eldre har blitt friskere.



Brukerne blir yngre og psykiske lidelser øker

Kapittel 6: DISKUSJON – fortsettelse fra forrige side

Regjeringen la i juni 2023 fram en reform for pleie- og omsorgstjenestene. Reformen ble presentert i stortingsmeldingen «Felleskap og meistring – bu trygt heime» (Meld. St. 24 (2022–2023)). Reformen har en rekke tiltak, og de tre viktigste er:

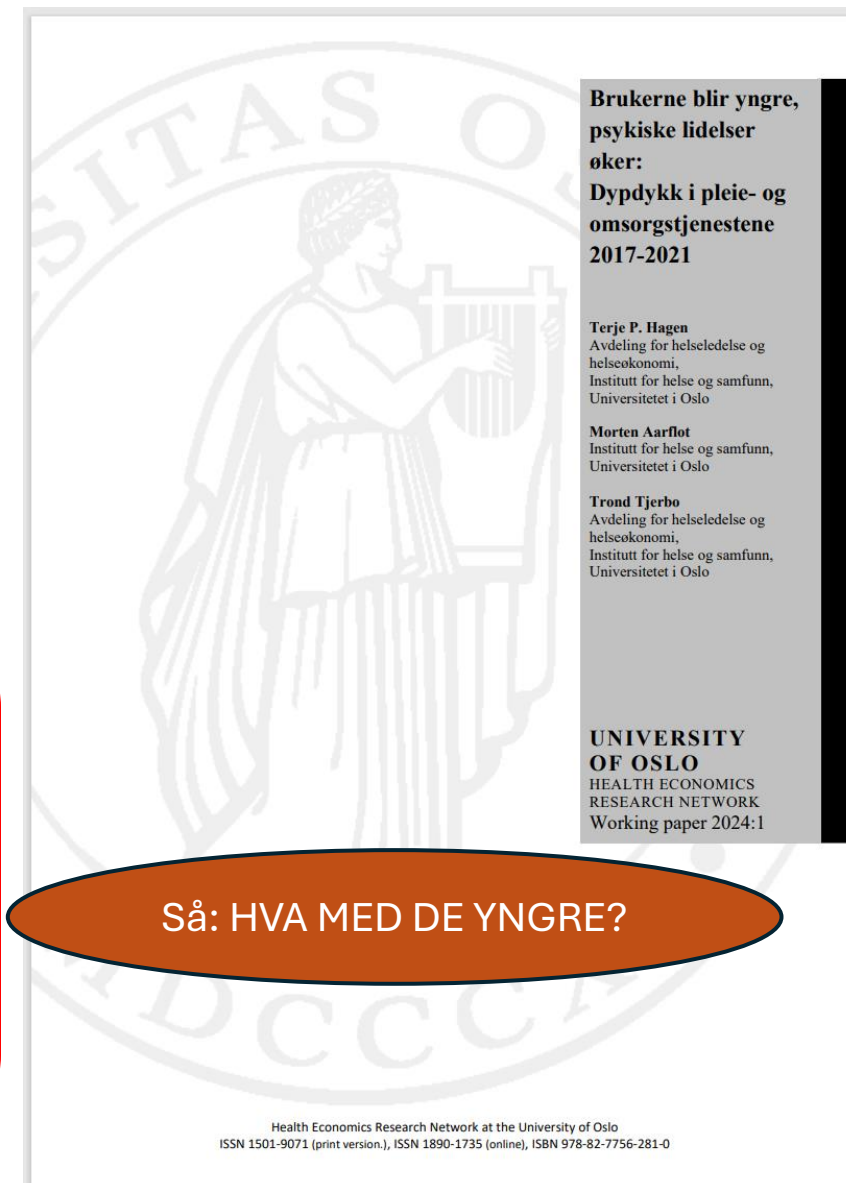
Program for et aldersvennlig Norge, som skal skape flere sosiale møteplasser, aldersvennlig transport, aldersvennlig frivillighet og planlegging for en bedre alderdom. ?

Eldreboligprogrammet, som skal bidra til både tilpasninger i eldre hjem slik at de kan bo hjemme lenger og til bygging av omsorgsboliger, trygghetsboliger og sykehjemsplasser. ?

Den nye hjemmetjenesten, som skal bidra til at eldre får møte få og faste medarbeidere, bedre grunnbemanning og færre vikarer.

Det blir neppe strid om det som står i Stortingsmeldingen. Derimot kan det bli strid om det som ikke står der. Fokuset i meldingen er de eldre og den framtidige økningen i andelen eldre. Våre resultater viser at disse ikke er spesielt «dyre» brukere. Kostnadene er høye blant de yngre brukerne og dersom disse blir flere og de også får flere eller dyrere tjenester over tid, vil det gi større kostnadsutfordringer enn en økning i andelen eldre.

Avinstusjonalisering, desentralisering og boliggingjoring som er de viktige forklaringene på de endringene vi har observert, har vært en ønsket utvikling som har hatt bred politisk støtte. De økonomiske konsekvensene av valgene har imidlertid i liten grad vært klargjort og gjennom denne studien har vi vist hvilken betydning endringene har hatt for kostnadsutviklingen i pleie- og omsorgstjenestene og utgiftsfordelingen innad tjenestene.



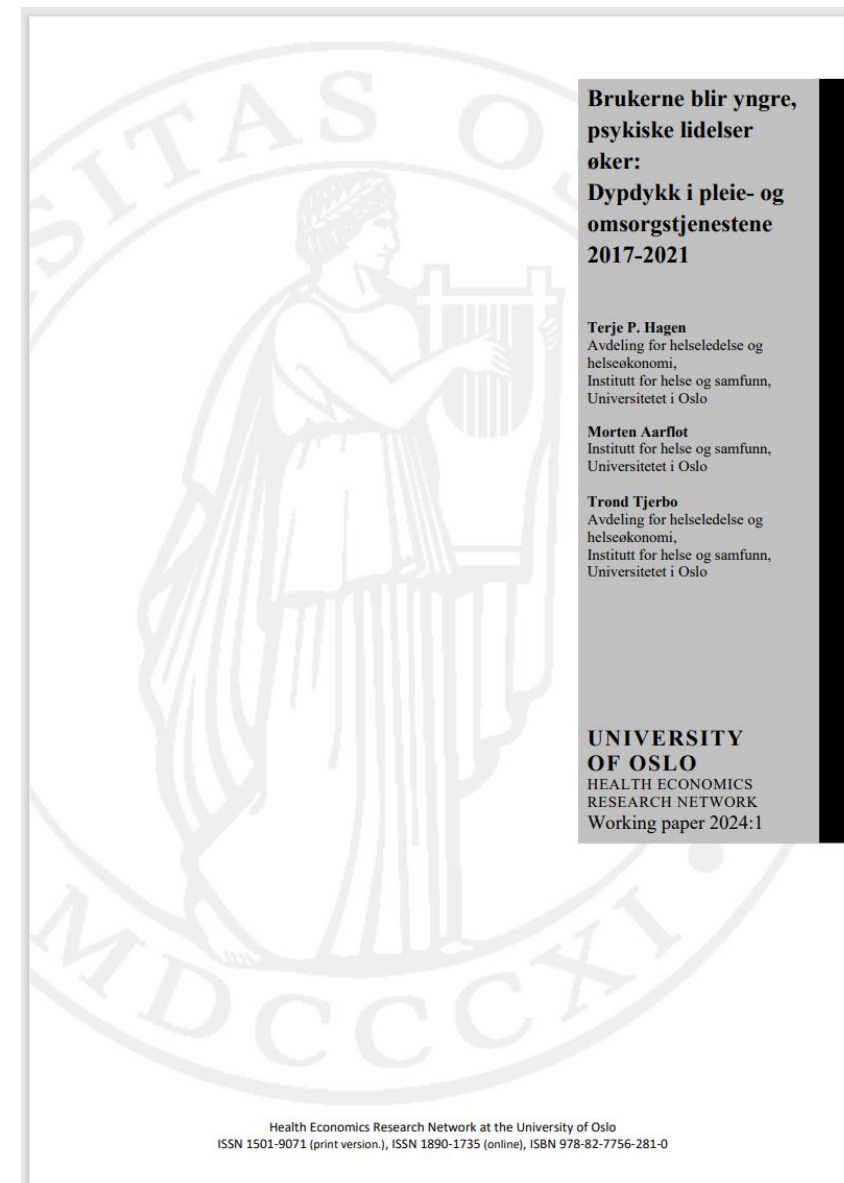
Så: HVA MED DE YNGRE?

Brukerne blir yngre og psykiske lidelser øker

Kapittel 6: DISKUSJON – fortsettelse fra forrige side

I tillegg til å diskutere forslagene som ligger i Stortingsmeldingen, mener vi at en må løfte fram fem mer grunnleggende prioriteringsspmå:

- For det første er det behov for en diskusjon om **prioriteringer mellom spesialisthelsetjenestene og kommunehelsetjenesten**. Vi antar at trenden med reduserte liggetider i sykehusene vil fortsette, om enn med noe lavere hastighet. Dette stiller krav til økt kompetanse og større volum på tjenestene i kommunene. En moderat omfordeling av ressurser mellom de to nivåene kan være med å finansiere denne veksten.
- For det andre er det behov for å **diskutere fordelingen mellom kommunene nærmere**. Selv om fordelingen mellom kommunene ikke har vært tema for denne analysen, vet vi at det er store ulikheter i tjenestetilbudet. F.eks. varierer antall sykehjems plasser per 100 innbyggere over 80 år mellom 1 og 42. Selv om noe av ulikheten skyldes ulik organisering av tilbudet (noen satser mer på hjemmetjenester enn andre), er den viktigste årsaken ulikheter i 42 kommunale inntekter. I Norge bestemmer staten i hovedsak denne fordelingen gjennom inntektssystemet for kommunesektoren. Ulkheten i tilbudet kan reduseres ved en jevnere fordeling av kommunale inntekter.
- For det tredje må **kommunene selv øke omstillingshastigheten i sitt tjenestetilbud**. Reduksjon i etterspørselen etter barnehager og grunnskoleplasser må lede til reallokering av ressurser over til pleie- og omsorgstjenestene. Vi observerer en viss endring i denne retning, men omstillingene går tregt og bidrar til å holde tilbudet innenfor pleie- og omsorgstjenestene nede.
- For det fjerde må en **diskutere rollen til høyere utdanning nærmere**. Den økte etterspørselen etter pleie- og omsorgspersonell bør medføre en diskusjon av prioriteringene i universitets- og høyskolesystemet. Det er trolig ikke tilstrekkelig å øke utdanningskapasiteten i helseutdanningene. En må også redusere tilbudet av studieplasser i andre deler av systemet.
- For det femte må en se på **kommunenes muligheter for å øke sine egne inntekter**. Det er bred enighet i Norge om at det skal være lave egenbetalingssatser slik at ulikhetene i bruken av tjenester holdes nede. I pleie- og omsorgstjenestene er det imidlertid store variasjoner i egenbetaling mellom sykehjem, pleie- og omsorgsboliger og helsetjenester i hjemmet. I det første tilfellet er egenbetalingen høy. For helsetjenester i hjemmet er egenbetalingen ikke eksisterende. En kan innføre lave satser for egenbetaling samtidig med at tjenestene omfattes av egenandelstaket.



**Brukerne blir yngre,
psykiske lidelser
øker:
Dypdykk i pleie- og
omsorgstjenestene
2017-2021**

Terje P. Hagen
Avdeling for helseledelse og
helseøkonomi,
Institutt for helse og samfunn,
Universitetet i Oslo

Morten Aarflot
Institutt for helse og samfunn,
Universitetet i Oslo

Trond Tjerbo
Avdeling for helseledelse og
helseøkonomi,
Institutt for helse og samfunn,
Universitetet i Oslo

**UNIVERSITY
OF OSLO**
HEALTH ECONOMICS
RESEARCH NETWORK
Working paper 2024:1

Health Economics Research Network at the University of Oslo
ISSN 1501-9071 (print version.), ISSN 1890-1735 (online), ISBN 978-82-7756-281-0

Brukerne blir yngre og psykiske lidelser øker

Kapittel 6: DISKUSJON – fortsettelse fra forrige side

Forskningsmessig er det flere forhold som bør følges opp, blant annet disse:

- Det er foreløpig lite kunnskap om hva som bestemmer kommunenes beslutninger om tildeling av langtids plass i sykehjem. Vår analyse indikerer at pasientenes funksjonsevne er en viktig faktor. De store variasjonene i sykehjemsplasser per innbygger som er mellom kommunene har sannsynligvis også sterke effekter.
- Vi vet fortsatt lite om hvordan organiseringen av det kommunale tilbudet påvirker pasientenes funksjonsevne, trivsel og overlevelse. Denne analysen indikerer at sykehjemsdekningen påvirker overlevelsen, men vi har foreløpig ikke eksplisitt modellert den enkelte pasients tjenesteforbruk og de effektene det har. Det er også behov for å studere nærmere i hvilken grad boliger med heldøgns bemanning kan erstatte sykehjemmene. Som kjent har det vært en betydelig vekst i antall boliger med heldøgns bemanning siste årene – fra knapt 22000 i 2013 til om lag 26000 i 2022.

**Brukerne blir yngre,
psykiske lidelser
øker:
Dypdykk i pleie- og
omsorgstjenestene
2017-2021**

Terje P. Hagen
Avdeling for helseledelse og
helseøkonomi,
Institutt for helse og samfunn,
Universitetet i Oslo

Morten Aarflot
Institutt for helse og samfunn,
Universitetet i Oslo

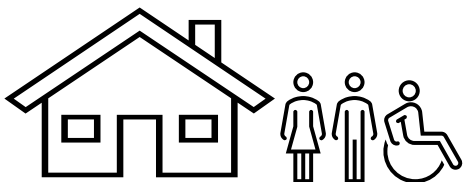
Trond Tjerbo
Avdeling for helseledelse og
helseøkonomi,
Institutt for helse og samfunn,
Universitetet i Oslo

**UNIVERSITY
OF OSLO**
HEALTH ECONOMICS
RESEARCH NETWORK
Working paper 2024:1

OMSORGSTRAPP – MESTRINGSTRAPP – INNSATSTRAPP

HVA MED
ANDRE
FORHOLD?

vekt på aktivitet, mening, selvstendighet, trivsel



EGNE
VALG

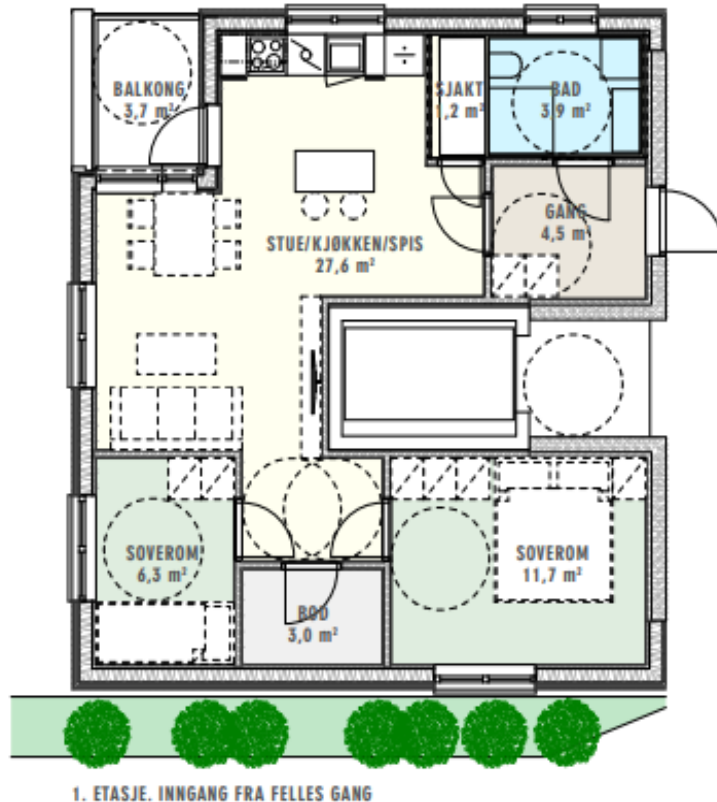


FRAMTIDAS HELSE I LEVANGER KOMMUNE

Agenda Kaupangs innsatstrapp (med noen tilføyelser)

BOLIG FOR LIVET - ER BYGGKVALITET OG BOKVALITET DET SAMME?

BYLEILIGHET 61 M² - ALTERNATIV A



Vindmøllebakken, Stavanger, 61 kvm.
Lite bad. Langt fra soverommene.
Prefabrikkert bad med begrensede
framtidsmuligheter.

Det bygges en mengde boliger der
det skal være enkelt å bli gammel.
Blir de tilstrekkelig funksjonelle for
beboerne?

Snusirkler er på plass, men bad
med toalett er plassert lengst
mulig unna soverommene. Dette
er lite hensiktsmessig i det
daglige, og enda mindre
hensiktsmessig den dagen man
trenger bistand i hjemmet.

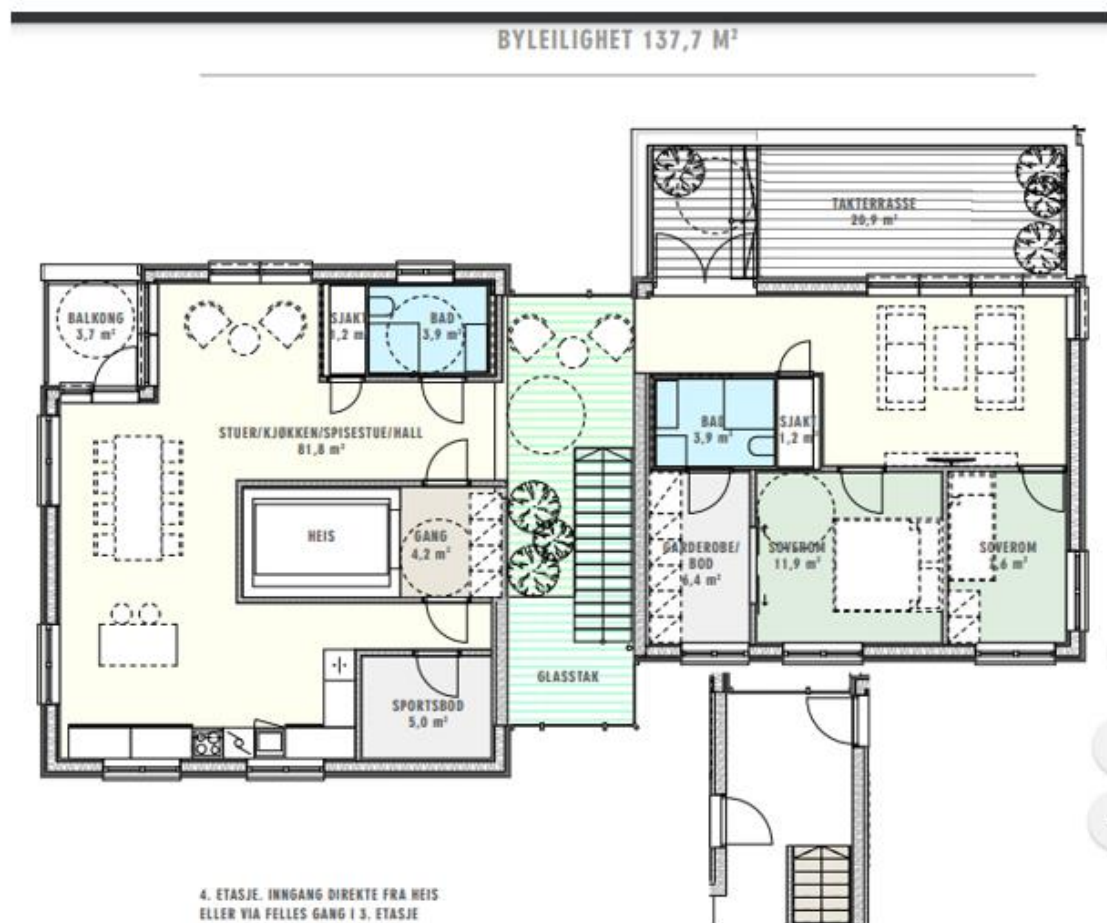
Vindmøllebakken i Stavanger vant
Statens pris for byggkvalitet 2020
[https://dibk.no/statens-pris-for-
byggkvalitet/vindmøllebakken-i-stavanger-vant-
statens-pris-for-byggkvalitet/](https://dibk.no/statens-pris-for-byggkvalitet/vindmøllebakken-i-stavanger-vant-statens-pris-for-byggkvalitet/)

HVA ER «BYGGKVALITET»?
HVA ER «BOKVALITET»?

FRAMTIDAS HELSE- OG OMSORGSTJENESTER I BYGG SOM TJENER TJENESTENE – OG I GODE BOLIGER FOR INNBYGGERNE?

Vindmøllebakken, Stavanger.

Stor leilighet på 137 kvm med to bad, men begge er like små.
Prefabrikkerte bad med begrensede framtidsmuligheter.



HVA KAN KOMMUNEN GJØRE MED DETTE?

- Komme tidlig nok i kontakt med utbyggerne for å bidra med informasjon og kunnskap om behov som bør ivaretas: kjøperne bør kunne bo lenge i boligen de kjøper, også med noen utfordringer og behov for bistand i hjemmet, midlertidig eller permanent. Mange vil få slike behov i løpet av livet.
- Understreke overfor utbyggere at gode boliger for eldre vil være gode boliger for alle. Også barnefamilier vil sette pris på enkel tilkomst, gode planløsninger og god størrelse på bad.
- Stille krav, der det er mulig.
- Bidra til å bevisstgjøre boligkjøpere?
- ???

HANDLINGSS – OG ØKONOMIPLAN 2024-2027

VI MINNER OM

TRE HOVEDUTFORDRINGER:

- Hvordan håndtere den store økningen i antall (og andel) **eldre**, noe som sannsynligvis vil medføre flere med komplekse sykdomstilstander og økt forekomst av demens?
- Hvordan håndter den økende mengde behov i målgruppen **ynge** personer med funksjonsnedsettelse?
- Hvordan sikre et tilstrekkelig antall personer med **helsepersonellkompetanse** i tjenestene? (eller: med riktig kompetanse)



DETTE ER MED OSS HELE VEIEN



Enkle kjøreregler for prosjekter (og veldig mye annet)

1. Man må ville snakke sammen
2. Man må ville høre på hverandre
3. Man må ville gjøre det praktiske arbeidet som må til for å nå resultater
4. Man må stadig søke forbedring
5. Man må ville bli fornøyd

Anne-Ruth Jangaard 2015/2019

