



Trøndelag Forskning og Utvikling

Trøndelag R & D Institute

Revidering av Handlingsplan for helse- pleie- og omsorgstjenesten 2010–2020. Snåsa kommune



Berit Therese Nilsen
Roald Lysø
Roald Sand

TFoU-rapport 2017:14

Tittel : Revidering av handlingsplan for helse- pleie- og omsorgstjenesten 2010 – 2020. Snåsa kommune

Forfatter(e) : Berit Therese Nilsen, Roald Lysø og Roald Sand

TFoU-rapport : 2017:14

ISBN : 978-82-7732-263-6

ISSN : 0809-9642

Prosjektnummer : 2842

Oppdragsgiver : Snåsa Kommune

Kontaktperson : Mimi Jørstad

Oppdragets størrelse: Kr. 125.000,-

Prosjektleder : Roald Lysø

Medarbeider(e) : Berit Therese Nilsen og Roald Sand

Foto forside : Johan Arnt Nesgård

Sammendrag : Denne rapporten inneholder bakgrunnsdata, resultater fra intervju og prosesser samt vurderinger og anbefalinger om revidering av handlingsplanen.

Emneord : Helsetjenester, Omsorgstjenester, Pleietjenester, Forebyggende arbeid, Folkehelsearbeid, Organisering

Dato : August 2017

Antall sider : 43

Status : Offentlig

Utgiver : Trøndelag Forskning og Utvikling AS
Postboks 2501, 7729 STEINKJER
Telefon 74 13 46 60

FORORD

Steinkjer, august 2017

I forbindelse med utbygging og renovering av sykeheimen ønsket Snåsa kommune ny kunnskap som grunnlag for en vurdering av den eksisterende omsorgsstrategien sin. TFoU ga et tilbud for å bistå med dette som ble akseptert av Snåsa kommune. Prosjektet har en ramme på kr 125.000.

Arbeidet med å skaffe denne kunnskapen har vært delt mellom dokumentstudier, intervju av ledere, ansatte og brukerrepresentanter i Snåsa kommune samt statistiske analyser for å vurdere demografisk utvikling og ulike økonomiske scenarier.

Roald Lysø har skrevet kapittel 2 og 6. Berit Therese Nilsen har skrevet kapitlene 1 og 3. Roald Sand har hatt ansvaret for befolknings- og økonomiske analyser i kapittel 4 og 5.

Steinkjer 31. august 2017

Roald Lysø
prosjektleder

INNHold

	Side
FORORD	i
INNHold	ii
TABELLER	iv
1. INNLEDNING	1
Del 1 Nasjonale utviklingstrekk	1
Del 2 Prosessdata	1
Del 3 Befolkningsframskriving og økonomiske data	2
2. Nasjonale utviklingstrekk	3
2.1 Historie og utviklingstrekk	3
2.1.1 Ressursbruk i de kommunale omsorgstjenestene	4
2.1 Husbanken	4
2.2 Krav til framtidige sykehjemsplasser og omsorgsboliger	5
2.3 Betydningen av endringer i det generelle boligmarkedet	5
2.4 Framtidas beboere av sykehjem og omsorgsboliger	6
2.5 Framtidas sykehjem og omsorgsboliger	7
2.6 Behov fram mot 2030 og 2060	11
2.7 Heldøgns omsorg	12
2.8 Om normer for heldøgns omsorg	13
3. Revidering av Handlingsplan for helse- pleie- og omsorgstjenesten 2010-2020. Snåsa kommune.	15
3.1 Handlingsplan, videreføring og revidering	16
3.2 Organisering av pleie- og omsorgstjenesten	16
3.2.1 En organisatorisk enhet	17
3.2.2 Kompetanse og rekruttering	17
3.2.3 Boliger	18
3.2.4 Private boliger	18
3.2.5 Omsorgsboliger og kommunale boliger	19
3.3 Helsehus og institusjonsplasser	19
3.3.1 Institusjonsplasser	19
3.3.2 Økonomiske konsekvenser	22
3.3.3 Helsehuset	23
3.4 Kommunikasjon og medvirkning	24

4. Sammenligning med andre kommuner	27
5. Strukturen i framtidig pleie og omsorgstilbud	31
6. Konklusjoner og anbefalinger	35
6.1 Generelt	35
6.2 Helse, folkehelse og kultur	35
6.3 Rekruttering og kompetanse	36
6.4 Styrking av hjemmetjenester og åpen omsorg	36
6.5 Utvikling av helse-, pleie- og omsorgstjenesten	37
6.6 Helsehuset	37
6.7 Institusjonsplasser og omsorgsboliger	38
Referanser	39

TABELLER

Tabell	side
Tabell 1 Fordelingen av eldre innbyggere i Snåsa	20
Tabell 2 Estimert antall demente med pleie og omsorgsbehov	20
Tabell 3 Dekningsgrad ved 35 institusjonsplasser	20
Tabell 4 Barn og unge født mellom 1999 og 2005 med forventet bistandsbehov	21
Tabell 5 Ulik dekningsgrad, plasser og kostnader	22
Tabell 6 Dekningsgrad i ulike kommuner 2016 (eldre 80<)	22
Tabell 7: Sammenligning av innbyggere, institusjonsplasser, omsorgsboliger og brukere i kommunene Snåsa, Gjerstad, Frosta, Namdalseid og Kostragruppe 03 (Kilde: Kostra/SSB).	27
Tabell 8: Sammenligning av kostnader ved kommunalt pleie og omsorgstilbud i kommunene Snåsa, Gjerstad, Frosta, Namdalseid og Kostragruppe 03 (Kilde: SSB/Kostra).	29
Tabell 9 Heldøgns plasser og dekningsgrad i framtidig pleie og omsorg i Snåsa (Kilde: SSBs befolkningsframskrivninger og TFoUs anslag)	32

1. INNLEDNING

Snåsa kommune har en vedtatt Handlingsplan for helse-, pleie- og omsorgstjenesten for perioden 2010 – 2020. Siden kommunen nå står overfor en utbygging/renovering av sykeheimen ønsker de en vurdering av omsorgsstrategien sett opp imot driftsøkonomi av sjukeheimen med tilhørende ressurser (legesenter, fysioterapi/ergoterapi, tjeneste for psykisk helse og rus, hjemmetjenesten osv.).

Gjennomgangen av omsorgsstrategien skal fange opp eventuelle endrede behov i befolkningen, og hvordan disse behovene best kan løses. Dette skal i tillegg gi et godt grunnlag for å bygge en sykeheim for fremtida i Snåsa.

Det er ikke laget et sammendrag av rapporten. Vi viser til kapittel 6 som inneholder konklusjoner og anbefalinger.

Rapporten fra arbeidet TFoU har utført inneholder, i tillegg til kapittel 1, 5 kapitler:

Kapittel 2 Nasjonale utviklingstrekk

TFoU har i denne delen hentet ut noen relevante funn fra dokumentet «Rom for omsorg. Behov for utbygging og fornyelse av landets sykehjem og omsorgsboliger. Behandlet i konsultasjonsmøte med KS 26.oktober 2016.», Helse- og omsorgsdepartementet (2016). Dette dokumentet trekker fram utviklingstrekk og inneholder refleksjoner vi mener det er klokt å ta med i vurderingen av framtidige løsninger og innsatser i Snåsa. I tillegg har vi hentet kunnskap fra rapporten «Heldøgns omsorg – kommunenes dekningsgrad» (VID og Agenda Kaupang 2016).

Kapittel 3 Prosessdata

Kartlegging og vurdering av dagens tjenestetilbud

TFoU har hatt en gjennomgang av dagens tjenestetilbud med lederne av ulike tjenesteytende enheter i kommunen. Fokus har vært på omfang, kvalitet og organisering samt å kartlegge hva som anser som kapasitetsbegrensninger pr i dag. Derneft har vi hatt en dialog om hvordan ulike tjenester kan utvikles og effektiviseres.

Workshop

På bakgrunn av data og informasjon vi samlet inn i kartleggingsfasen gjennomførte TFoU en workshop med en gruppe ansatte i Snåsa kommune som representerer både kommuneledelse, politisk ledelse og ledere og ansatte i omsorgssektoren. I workshopen ble konsekvenser av henholdsvis 10, 20 og 30 pleie- og omsorgsplasser diskutert. Workshopen hadde som mål å identifisere at antall plasser man bygger ut på helsehuset vil få konsekvenser for andre typer av tjenester kommunen også tilbyr. Målet er å finne en realistisk løsning innenfor budsjettet som gir det beste tjenestetilbudet for Snåsas befolkning.

Kapittel 4 Sammenligning med andre kommuner

I dette kapitlet ser vi på hvordan Snåsa ligger an i utgiftsbehov og ressursbruk sammenlignet med andre kommuner. Det er benyttet tall fra Kostra som SSB administrerer. Vi sammenligner med Gjerstad, Frosta og Namdalseid samt Kostra-gruppen.

Kapittel 5 Strukturen i framtidig pleie- og omsorgstilbud

Her er det gjort befolkningsframskrivninger for å estimere befolkningsutvikling fram til år 2040.

Det pekes det på sentrale forutsetninger og faktorer å legge vekt på, når det gjelder valg av framtidig pleie- og omsorgstilbud i Snåsa.

Kapittel 6 Konklusjoner og anbefalinger

Dette kapitlet oppsummerer våre vurderinger og anbefalinger etter følgende struktur:

- Generelt
- Helse, folkehelse og kultur
- Rekruttering og kompetanse
- Styrking av hjemmetjenester og åpen omsorg
- Utvikling av helse-, pleie- og omsorgstjenesten
- Helsehuset
- Institusjonsplasser og omsorgsplasser

2. NASJONALE UTVIKLINGSTREKK

Det er viktig at en i planleggingen av Snåsa kommunes framtidige pleie- og omsorgstjenester relaterer seg til kunnskap om utviklingstrekk og andre kommuners erfaringer. Det har ikke vært tid eller ressursgrunnlag for å gjennomføre en grundig analyse av utviklingstrekk eller erfaringer. Vi har derfor valgt å trekke fram noen relevante funn fra dokumentet «Rom for omsorg. Behov for utbygging og fornyelse av landets sykehjem og omsorgsboliger. Behandlet i konsultasjonsmøte med KS 26.oktober 2016.», Helse- og omsorgsdepartementet (2016). Dette dokumentet trekker fram utviklingstrekk og inneholder refleksjoner vi mener det kan være klokt å ta med i vurderingen av framtidige løsninger og innsatser i Snåsa.

2.1 Historie og utviklingstrekk

Det er færre institusjonsplasser i dag enn i 1988, da sykehjemsreformen ble gjennomført og ansvaret ble overført til kommunene. Det er først og fremst aldershjems plassene som er lagt ned, og dobbeltrommene som er blitt enkeltrom. Tallet på sykehjems plasser har imidlertid økt, og reduksjonen i institusjonsplasser er kompensert ved en betydelig utbygging av omsorgsboliger.

I dag bruker kommunene mer ressurser på hjemmetjenester og omsorgsboliger enn på sykehjem og institusjonsomsorg. Mens hele to tredeler av årsverkene i omsorgstjenestene var knyttet til institusjonsomsorg og bare en tredel til hjemmetjenester for 30 år siden, er forholdet nå endret slik at andelen årsverk er størst i hjemmetjenestene.

Denne utviklingen er resultat av reformarbeid, faglige og økonomiske vurderinger i kommunene og sterkere medvirkning fra brukerne i utforming av tjenestene

Integrering, normalisering og deltakelse

Integrering, normalisering og deltakelse var sentrale prinsipper, når tidligere institusjonsbeboere flyttet i egne boliger og fikk tilrettelagt sitt helse- og omsorgstjenestetilbud. Samtidig ble tilbudet til de som ikke tidligere hadde fått institusjonsplass rustet kraftig opp. De hadde krav på samme tjenestetilbud som tidligere institusjonsbeboere. Prosjektet Unge ut av institusjon og Opptrappingsplan for psykisk helse førte dette videre, og en del av den samme utviklingen ble fanget opp i regjeringens Demensplan 2015 og Nevroplan for mennesker med nevrologiske skader og lidelser.

Denne utviklingen fortsetter (perioden 2008 – 2015), og tallene fra SSB viser at kommunene i større grad satser på andre bo- og tjenesteformer enn institusjonstjenester, noe som blant annet vises ved at antallet beboere i boliger med heldøgns bemanning i denne har hatt en vekst på over 13 pst.

2.1.1 Ressursbruk i de kommunale omsorgstjenestene

Tall fra SSB viser også at kommunene nå bruker en betydelig større andel av ressursene på hjemmetjenester, enn på institusjonstjenester. I 2015 ble 55,1 pst. av de totale driftsutgiftene i omsorgstjenesten benyttet til tjenester utenfor institusjon, mens 44,9 pst ble brukt til institusjonsdrift. Kommunene dreier altså innretningen av tjenestetilbudet sitt bort fra den tradisjonelle institusjonstjenesten. Undersøkelser viser også at de fleste tjenestemottakerne ønsker å bli boende hjemme så lenge det er mulig, og at kommunene innretter sitt tjenestetilbud etter dette.

Tall fra SSB for 2015 viser at det i gjennomsnitt koster 1 068 000 kroner i året å drifte en institusjonsplass. De gjennomsnittlige årlige driftskostnader per hjemmetjenestemottaker er 237 000 kroner.

Om lag 45 pst. av de som mottar omsorgstjenester er 80 år eller eldre, men det er først og fremst tallet på yngre brukere under 67 år som har vokst de siste 20 årene. Dette avspeiler seg også i boligbehovet.

2.1 Husbanken

Investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser er regjeringens øremerkede virkemiddel for å stimulere kommunene til å fornye og øke kapasiteten av heldøgns omsorgsplasser i institusjon og omsorgsbolig. Investeringstilskuddet skal brukes til å øke og fornye botilbudet for alle med behov for heldøgns tjenester, uavhengig av alder, diagnose og funksjonsnivå.

Det blir gitt tilskudd både til plasser i sykehjem, og til plasser i omsorgsboliger.

Heldøgns tjenester kan ytes i tjenestemottakerens eget opprinnelig hjem, i omsorgsboliger og i institusjon eller sykehjem. Brukere i eget opprinnelige hjem eller i omsorgsboliger betjenes av hjemmetjenestene.

Den statlige tilskuddsandel for en sykehjemsplass er 55 prosent av anleggskostnad og for en omsorgsbolig 45 prosent.

Omsorgsboliger og sykehjem som finansieres med investeringstilskudd må være tilrettelagt for tilkobling av elektroniske hjelpemidler, kommunikasjons- og varslingssystem og annen velferdsteknologi. Det legges til grunn at omsorgsplasser som får innvilget investeringstilskudd er universelt utformet og tilrettelagt for mennesker med demens og kognitiv svikt. Slik utforming og tilrettelegging skal skje i tråd med Omsorg 2020 jf. Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg, og i tråd med formålet for ansvarsreformen for mennesker med utviklingshemming om integrering og normalisering.

Av det totale antallet plasser som har fått utbetalt tilskudd i perioden 2008 til og med utgangen av 2015, har nesten 1/3 gitt netto tilvekst av heldøgns omsorgsplasser, målt

i antall plasser i institusjon og antall beboere i bolig med heldøgns bemanning. Det har vært en vekst i tallet på plasser i sykehjem og omsorgsboliger, mens det først og fremst er tallet på aldershjems plasser som er redusert.

2.2 Krav til framtidige sykehjemsplasser og omsorgsboliger

Demensplan 2015 slo fast at sykehjem med store avdelinger og lange korridorer ikke fungerer godt for mennesker med demens og annen kognitiv svikt. Ettersom 80 prosent av dagens sykehjemspasienter har en demenslidelse, er det derfor satt som krav i Husbankens tilskuddsordning at alle sykehjem og omsorgsboliger skal bygges som små tilrettelagte enheter, enten de organiseres i små avdelinger eller bofellesskap med få beboere. Dette er også i tråd med mange andre brukergruppers behov, jf. reformen for mennesker med utviklingshemming og Nevroplan 2015.

Det er derfor mye som tyder på at de mer tradisjonelle institusjonene er på vei ut og at framtida vil skape nye løsninger som tar med seg det beste fra både institusjons- og hjemmetjenestetradisjonen.

2.3 Betydningen av endringer i det generelle boligmarkedet

Behovet for omsorgsboliger og sykehjem må ses i sammenheng med utviklingen i boligmarkedet generelt både med hensyn til boligstandard og tilgangen på godt tilrettelagte og universelt utformede boliger. Det er en betydelig underdekning av godt tilrettelagte leiligheter i markedet, og aldersgruppen over 65 år vil ifølge enkelte prognoser stå for mer enn halvparten av den samlede boliggetterspørselen i årene framover (Elnan 2011).

De fleste boliger vi skal bli gamle i, eller kan få nedsatt funksjonsevne i, er allerede bygd. Mye avhenger derfor av hvordan befolkningen selv investerer i å gjøre boligen aldersvennlig eller tilrettelagt med livsløpsstandard eller universell utforming. Det vil i mange tilfeller kunne forebygge eller utsette behovet for omsorgsboliger og institusjonsplasser (NOU 2011:11). Tiltak som kan stimulere utbyggingen av universelt utformede leiligheter i det generelle boligmarkedet, eller som gjør det enklere og kan motivere folk til selv å tilrettelegge egen bolig, vil derfor kunne påvirke etterspørselen etter botilbud fra helse- og omsorgstjenestens side.

I en rapport om heldøgns omsorg som VID og Agenda Kaupang 2016 har gjort på oppdrag fra KS, pekes det på at gode boliger for eldre reduserer behovet for bygging i kommunal regi. Sentrumsnære private leiligheter er et godt alternativ for mange eldre, og kan redusere behovet for kommunale leiligheter og bidra til mer rasjonell drift av hjemmetjenestene.

2.4 Framtidas beboere av sykehjem og omsorgsboliger

Ved utgangen av 2015 bodde om lag 87.000 av de 275.000 som mottok omsorgstjenester i institusjon eller omsorgsboliger. Dette er beboere i alle aldersgrupper med svært ulike boligbehov. Noen er inne til kort tids avlastning eller rehabilitering, andre skal motta heldøgns omsorg over lengre tid. Noen skal tilbringe livets siste dager, andre skal leve et langt liv der, med bistand fra helse- og omsorgstjenesten. Noen trenger mye rom rundt seg for ikke å ødelegge livet for andre. Andre har stort behov for fellesskap. Det finnes derfor ikke bare ett svar på hvordan omsorgstjenestens bo- og institusjonsformer bør bygges og organiseres. Skal dette være brukernes omsorgstjeneste og dekke deres ulike behov, krever det et mangfold av løsninger.

Fremtidens sykehjem og omsorgsboliger må utformes ut fra brukernes behov, og ha en mer fleksibel utforming.

Nasjonalt ser en at mer enn en tredel av beboerne i dagens omsorgsboliger er under 67 år. Av disse har halvparten en utviklingshemning mens den andre halvpart enten har psykiske og sosiale problemer eller langvarig funksjonsnedsettelse på grunn av somatiske sykdommer, ofte av nevrologisk karakter. I de boligene som benyttes til beboere med behov for heldøgns tjenestetilbud er over halvparten under 67 år (Brevik 2010).

Den sterke veksten i utbygging av omsorgsboliger er først og fremst knyttet til veksten i tallet på yngre brukere av kommunale omsorgstjenester de siste tiårene. Brukergrupper som tidligere hadde institusjonstilbud i spesialisthelsetjenesten, får nå et bredt tjenestetilbud i egen hjemkommune. Dette har også skapt behovet for nye boligløsninger, som både ivaretar hensynet til deltakelse og integrering i lokalsamfunnet og legger forholdene til rette for et omfattende tjenestetilbud på heldøgnsbasis.

I en studie av mulighetene unge med funksjonsnedsettelse har til å etablere seg i egen bolig (Brevik 2014), går det fram at halvparten av de som bor i kommunale omsorgsboliger i aldersgruppen 18-66 år har omfattende bistandsbehov (Iplos). De mottok i gjennomsnitt hjelp tilsvarende 2,7 årsverk fra hjemmetjenestene (2011), mens den andre halvparten med mindre bistandsbehov mottok 0,6 årsverk. Det er imidlertid store variasjoner også blant de med omfattende bistandsbehov. Brukere som kom inn under den statlige toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester mottok i gjennomsnitt hele 3.8 årsverk.

Det er verdt å merke seg at 40 % av alle med omfattende bistandsbehov i aldersgruppen 18- 66 år bor i private boliger. De mottok i gjennomsnitt 1,65 årsverk. Det kan altså se ut til at tjenestetilbudet varierer med boform. Noe av forskjellen kan sannsynligvis forklares med tilgang på privat omsorg.

Access to society

Stadig flere seniorer ønsker å bo sentralt, med nærhet til servicesenter, ulike fasiliteter og offentlig transport. Tilgjengelighet handler om tilgjengelighet til det meste – «access to society», sier Hagenutvalget i sin utredning om "Innovasjon i omsorg" (NOU 2011:11):

"Beliggenhet, nærhet til service og lett tilgjengelighet til tjenestetilbud, gir mulighet for aktivitet og rekreasjon i nærområdet i og utenfor boligen. For å imøtekomme utfordringene må en i større grad samarbeide på tvers av sektorer og fagområder. Planlegging og organisering av framtidige boligareal, kommunikasjon og transport, servicetilbud, grøntareal og tjenesteyting må sees under ett. På denne måten vil omsorgsfeltet bli en viktig utfordring for kommunal arealplanlegging og legge premissene for en helhetlig områdeutvikling.

Utvalget ønsker å bygge videre på de verdier som ligger i målet om at alle skal ha mulighet til å bo i egen bolig og leve et selvstendig, aktivt og meningsfullt liv.

Tjenestetilbudet skal så langt som mulig gis uavhengig av bosted. Det vil si at tjenestene i enda større grad enn i dag må gis der folk bor og ønsker å fortsette å bo, og ikke motsatt, at folk må bo der tjenestene er."

Endrede funksjoner for sykehjemmet

Det ser også ut til at funksjonsnivå og bistandsbehov øker. For langtidsopphold har tallet på de som har omfattende bistandsbehov økt fra 76 % i 2009 til 83 % i 2015 (Iplos). For de som er inne på korttidsopphold har det vært en tilsvarende økning.

Sykehjemmene har på denne bakgrunn fått endrede funksjoner som dels må ses i sammenheng med samhandlingsreformen og dels må ses i lys av kommunal ressursutnyttelse og en sterkere helsefaglig tilnærming med større vekt på rehabilitering, øyeblikkelig hjelp og korttids behandlingsopphold.

Det vil derfor etter hvert bli mer og mer naturlig å skille mellom sykehjem og omsorgsboliger til langtidsopphold (hjem) og kommunale korttidsinstitusjoner for mer intensiv behandling og rehabilitering, som flere kommuner kaller "helsehus" o.l.

2.5 Framtidas sykehjem og omsorgsboliger

De nye løsningene som vokser fram er i større grad tilpasset den enkelte beboer eller beboergruppes behov og funksjonsnivå, enten det handler om eldre med en demenslidelse eller yngre med alvorlig nedsatt funksjonsevne. Kommunens ansvar

omfatter nå ulike pasient- og brukergrupper i alle aldre og dekker hele livsløpet fra barneboliger til sykehjem.

To ulike tradisjoner er i ferd med å smelte sammen. På den ene siden begynner sykehjemsrommene å ligne fullverdige boliger og på den andre siden bygges dagens omsorgsboliger sammen og blir benyttet både som supplement og alternativ til sykehjem. Snart ser vi ikke lenger forskjell på moderne små sykehjemsenheter med høy bostandard og lokale bo- og servicesentra med egne boliger. Vi har fått sykehjem med boligstandard og omsorgsboliger med sykehjemstilbud.

Det å ta med det beste fra de to ulike tradisjonene og bygge morgendagens løsninger må forholde seg til noen grunnleggende prinsipper:

- «Smått er godt». Små bofellesskap og avdelinger i stedet for tradisjonelle institusjonsløsninger.
- Et tydelig skille mellom boform og tjenestetilbud, der tjenestetilbud og ressursinnsats knyttes til den enkeltes behov.
- Et tydelig skille mellom privat areal, fellesareal, offentlig areal og tjenesteareal i alle bygg med helse- og omsorgsformål.
- Boligløsninger som er tilrettelagt for bruk av ny velferdsteknologi og har alle nødvendige bofunksjoner (bad, toalett, kjøkkenkrok, soverom og oppholdsrom) innenfor privatarealet, tilrettelagt både for beboer og pårørende.
- En omsorgstjeneste med boformer og lokaler som er en integrert del av nærmiljøet i tettsteder og bydeler, der de offentlige arealene deles med den øvrige befolkning.

I forbindelse med forskningsprosjektet "Trivsel og boligform" gjennomførte forskere ved Aalborg Universitet en gjennomgang av dansk og internasjonal forskning (Henriksen et al. 2007). Litteraturgjennomgangen baserer seg på studier innenfor helsefag, sosial- og samfunnsfag, samt arkitektur og bygningsfaglig litteratur. Konklusjonen er at boligens utforming og innretning både påvirker pleietrengende eldres trivsel og tjenestenes mulighet til å tilby god og hensiktsmessig pleie.

Rapporten summerer opp følgende hovedfunn (Henriksen et al. 2007):

Beliggenhet: Det er av betydning at boligen er plassert i kjente omgivelser, gjerne tett på det tidligere hjem.

Boligkonsept/type: Det må være et bevisst samspill mellom fysiske rammer og pleie. Hvordan boligen utformes og innrettes har en avgjørende betydning for hvilke brukergrupper den er egnet til å huse

Boligkonsept/demensbolig: Eldre med demenssykdom har behov for mindre enheter (få beboere, desentral ledelse) og demensorientert design.

Uteareal: Direkte adgang til tilrettelagt uteareal har vesentlig betydning

Fellesareal: Arealet har betydning som fysisk ramme rundt sosialt samvær. Gangene bør være sirkulære, god belysning og fargevalg bør skape oversikt og ro

Den private bolig: Mulighet for privatliv er avgjørende for trivsel. Entre og bad er viktige rom. Utvendig entre bør markeres for å trekke en grense mellom fellesareal og privat areal. Badet bør innrettes handikappvennlig og ergonomisk korrekt. Det bør være plass til rullestol og to hjelpere og det bør være god plass på begge sider.

Hjemlighet: Hjemmelignende forhold er en altavgjørende trivselsfaktor. Det handler om hvordan boligen eller institusjonen fungerer nettopp som hjem.

Smått er godt!

Optimale rammebetingelser for personer med demens defineres i Demensplan 2015 som små bogrupper i et oversiktlig fysisk miljø med få beboere (fire til åtte personer) og et stabilt personale med nødvendig kompetanse. Det bør være direkte tilgang til tilrettelagt uteareal og det bør legges til rette for sosialt fellesskap.

I motsetning til de gamle, store og uegnede institusjonsbyggene, er små, hjemlige og oversiktlige boenheter assosiert med mindre uro, angst og depresjon, og bedre orienteringsevne, mobilitet og sosial kontakt. Dette gir igjen lavere bruk av medikamenter. Konseptet («Smått er godt») gir også et gunstig bomiljø for andre brukergrupper med behov for heldøgns omsorgstjenester og tilrettelagte botilbud.

I en ny kunnskapsstatus SINTEF har utarbeidet for KS med tittelen "Er smått alltid godt i demensomsorgen?" (Haugan et al 2015) er konklusjonen at *småskala omsorgsformer* understøtter:

- *sosial interaksjon*; i småskalainstitusjoner var personer med demens vesentlig mer sosialt engasjert, etablerte i større grad positive relasjoner med hverandre og viste mindre aggressiv atferd
- beboernes opplevelse av *autonomi* i dagliglivet
- beboernes mulighet for *privatliv*; forskning dokumenterer at personer med demens med mer privatliv uttrykte mindre angst og aggresjon; å kunne være privat anses som styrkende for opplevelsen av integritet
- *hjemlighet*; småskala omsorgsformer gir større potensial for å skape et miljø preget av hjemlighet. Forskning dokumenterer at et miljø som ligner beboerens hjem, støtter orienteringsevnen og dermed mestring; beboere i mindre institusjonaliserte anlegg viste lavere nivå av aggresjon.
- ivaretagelse av *individuelle behov*; småskalainstitusjoner representerer et mindre og dermed mer oversiktlig miljø som gir større potensial for å ivareta individuelle behov

- *deltakelse i meningsfylt aktivitet*; mindre og dermed mer oversiktlige miljøer understøtter rom for den enkeltes unike behov og spesifikt rettede intervensjoner (som aerob trening, styrketrening, aktiviteter relatert til husarbeid eller tidligere arbeidsliv)
- *personsentrert omsorg*; størrelsen på enheten har betydning for pleiernes mulighet og evne til å utføre personsentrert omsorg. *Personsentrert omsorg* presenteres som et
- «*beste-praksis*»-konsept og anses som en avgjørende faktor for livskvalitet blant sykehjemspasienter med demens.
- *redusert bruk av fysisk tvang og psykofarmaka*
- *aktiviteter utendørs*; småskala omsorgsformer kan gi nærhet til utemiljø som er av stor betydning for livskvaliteten til personer med demens (eksempelvis sansehage)
- *pårørendes tilfredshet og trivsel*

Både integrering og særomsorg

Både Handlingsplan for eldreomsorgen, reformen for utviklingshemmede og opptrappingsplan for psykisk helse medførte sterk vekst i utbygging av omsorgsboliger og hjemmebaserte tjenester. Slik har utviklingen gått mer og mer i retning av et mer helhetlig og integrert omsorgstjenestetilbud som gis uavhengig av diagnose, funksjonshemming og alder. Dette innebærer også at andre sektorer enn helse- og sosialtjenesten må ta sin del av ansvaret for å gjøre kulturtilbud, undervisning, kollektivtransport og andre tjenester tilgjengelig også for omsorgstjenestens brukere.

Omsorgsboliger eller sykehjem til eldre?

Gjennom Handlingsplan for eldreomsorgen og Omsorgsplan 2015 har kommunene stått fritt til å utforme og bygge ut et tjenestetilbud tilpasset lokale forhold og behov, og selv velge organisatoriske løsninger, tjenestemodeller og boformer. Dette resulterte i at noen kommuner valgte å satse på sykehjem og institusjonsløsninger, mens andre har valgt å bygge ut omsorgsboliger og hjemmetjenester med heldøgns tilbud. Samtidig nærmer disse formene seg hverandre slik at en snart ikke lenger ser forskjell på moderne små sykehjemsenheter med høy bostandard og lokale bo- og servicesentra med omsorgsboliger. Vi har fått sykehjem med omsorgsboligstandard og omsorgsboliger med sykehjemstilbud. Nesten alle nye omsorgsboliger bygges nå med fellesareal og nærhet til lokaler for helse- og sosialpersonell. Samtidig utvikles nye modeller for bygging og drift av sykehjem med gode enerom organisert i små bogrupper med egne fellesfunksjoner. På denne måten kombineres erfaringene fra institusjon og mer åpen omsorg. Utfordringen er å utvikle tilbud som både gir trygghet og individuell tilpasning til den enkeltes behov.

Sykehjem og omsorgsboliger overlapper delvis hverandre som botilbud til eldre med omfattende og store bistandsbehov. Omsorgsboligene brukes imidlertid til flere

brukergrupper og fungerer mer fleksibelt både med hensyn til beboernes alder, diagnose og funksjonshemming. De er også bedre tilrettelagt for familie og pårørende. Det er lettere å bruke omsorgsboliger som sykehjem enn sykehjem som omsorgsboliger.

Organisering og økonomi

Om bruk av omsorgsboliger og hjemmetjenester er økonomisk mer effektivt enn sykehjem, er det fortsatt gjort lite forskning på, men i en rapport Senter for økonomisk forskning utarbeidet for Helse- og omsorgsdepartementet er hovedkonklusjonen at hjemmetjenesteorienterte kommuner driver mer effektivt enn institusjonsorienterte kommuner uten at pleie- og omsorgstilbudet blir dårligere. Dette gjelder også når sammenligningen begrenses til de tyngste brukerne. (Borge og Haraldsvik 2005)

Det er store variasjoner i hvordan kommunene har organisert sine helse- og omsorgstjenester. I 20 prosent av kommunene brukes under 40 prosent av omsorgstjenestenes netto driftsutgifter til institusjon, og mer enn 60 prosent på hjemmetjenester og aktivitetstilbud. I ti av disse kommunene er institusjonsandelen under 20 prosent. På den andre siden bruker 15 prosent av kommunene over 60 prosent av utgiftene til institusjon, hvorav 11 kommuner har en institusjonsandel på 80 prosent eller mer. Nesten to tredeler av kommunene har en institusjonsandel på 40–60 prosent, og landsgjennomsnittet er på 45 prosent.

2.6 Behov fram mot 2030 og 2060

Statistisk Sentralbyrå har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet framskrivninger av behovet for arbeidskraft og botilbud i institusjon og omsorgsboliger innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten fram til 2060. Framskrivningene ble i juni 2016 lagt fram i en egen rapport (Holmøy et al 2016) Rapporten viser hvor mye behovet for arbeidskraft, institusjonsplasser og omsorgsboliger i den formelle omsorgssektoren påvirkes av forutsetninger om demografi, eldres helsetilstand, familieomsorg, produktivitet og tjenestestandarder.

I rapporten sies det at etterspørselen etter pleie- og omsorgstjenester varierer betydelig med hensyn til alder og kjønn og at nøkkelelementene i framskrivningene er realistiske framskrivninger av antall kvinner og menn i ettårige aldersgrupper, og aldersprofiler for kvinner og menns bruk av ulike helse- og omsorgstjenester. I tillegg pekes det på at eldres familiemedlemmer fremdeles yter et betydelig antall årsverk som ulønnet omsorgsarbeid, og at endringer i denne innsatsen har potensielt stor betydning for ressursbehovet i den formelle omsorgen.

Dersom en legger til grunn at det er mangel på plasser i dag, eller at standarden økes og terskelen for å få innvilget plass blir lavere, kan behovet for heldøgns omsorgsplasser øke betydelig. Det samme kan skje om familieomsorgen reduseres eller hvis lenger levealder også medfører en lengre periode på slutten av livet med funksjonstap.

På den annen side kan bedre tilrettelegging av egen bolig, bruk av velferds- eller mestringsteknologi, dagtilbud, utbygging av trygghetsboliger og sterkere satsing på hjemmetjenester og rehabilitering, være alternativ til eller bidra til å utsette behovet for heldøgns omsorgsplasser.

I plansammenheng vurderes det slik at:

- Det er sannsynligvis en for optimistisk forutsetning å regne med at familieomsorgen opprettholdes på samme nivå som i dag
- Det ser ut til at levealderen fortsetter å øke raskt, i alle fall fram mot 2030
- Det vil være begrenset effekt av bedring i helsetilstand og funksjonsnivå innenfor en så kort tidsperiode som fram til 2030
- Det er vanskelig å tenke seg et fravær av standardøkning. Noe av denne økningen bør det imidlertid være mulig å kompensere gjennom produktivitetsvekst

2.7 Heldøgns omsorg

KS peker i sin undersøkelse av kommunale planer og behov, på at det er betydelig avvik mellom de tallene kommunene har registrert i KOSTRA og de tallene som framkommer i KS sin undersøkelse, og mener dette blant annet skyldes uklarhet i hva som defineres som heldøgns omsorgsplasser. SSBs KOSTRA-veiledning har en beskrivelse av dette begrepet der det er stilt helt andre krav enn i Husbankens veileder.

I KOSTRA stilles det blant annet krav om at bygningen skal ha fast tilknyttet personell og at tjenesteyter må være til stede hele døgnet. KS ønsker på denne bakgrunn å ha en nærmere gjennomgang, slik at begrepet heldøgns omsorg brukes mer i tråd med praksis i kommunene.

Til sammenligning har Husbanken i sin veileder til tilskuddsordningen for sykehjem og omsorgsboliger knyttet sin beskrivelse av heldøgnsbegrepet til den enkelte brukers tjenestebehov, og tenkt mer praktisk på organisering og lokalisering:

"Med personer som har behov for heldøgns helse- og sosialtjenester menes her personer som trenger tjenester på ulike tider i løpet av hele døgnet. Omfanget av tjenestene vil kunne variere gjennom døgnet og over tid. Dette inkluderer personer med langvarig somatiske sykdommer, funksjonshemming, utviklingshemming, rusproblemer eller psykiske og sosiale problemer. Det er ikke noe krav at kommunen må ha en omsorgsbasis i det enkelte prosjekt så lenge denne ligger i boligen(es)nærmiljø. Kommunen har ansvaret for hvordan tjenestene organiseres."

En undersøkelse utført for KS (VID og Agenda Kaupang 2016) peker også på at ulik forståelse av «heldøgns omsorg» gjør planleggingen vanskelig. Undersøkelsen viser at heldøgnsstilbudet er et samlebegrep for svært ulike tilbud når det gjelder type plass, hvem plassene blir tilbudt, samt omfanget av bemanningen, som varierer svært mye.

2.8 Om normer for heldøgns omsorg

VID og Agenda Kaupang sier i sin rapport (2016) at en veiledende norm for alle kommuner ikke er fornuftig.

De gjennomførte et prosjekt med bakgrunn i at regjeringen ønsket å «etablere en plan sammen med KS om årlige mål for utbygging av flere plasser i heldøgns pleie og omsorg». Spørsmålet har vært om det er mulig å tenke seg en mer lik praksis for beregning av behovet i kommunene, og om dette lar seg overføre til et nasjonalt nivå.

Som grunnlag for sitt arbeid formulerte de en hypotese om at en dekning av heldøgns omsorg på mellom 16 og 20 % (av befolkningen over 80 år), bør være en anbefalt norm. De sier at arbeidet i prosjektet har skapt tvil om det er hensiktsmessig med en norm for denne delen av tilbudet. Den viktigste grunnen er at tilbudet om heldøgns omsorg omfatter svært ulike nivåer av bistand både for sykehjem og boliger med fast tilknyttet personell hele døgnet. I tillegg gir ikke statistikken et helt pålitelig bilde av dagens situasjon, selv etter de prinsippene som gjelder. Disse forholdene har gjort at det ikke er et tilstrekkelig grunnlag for å verifisere hypotesen de hadde da arbeidet startet.

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

De mener likevel at en differensiert kommunal veiledende norm kan være fornuftig, og at en slik norm bør ta utgangspunkt i det samlede tilbudet av sykehjem og boliger til eldre. Normen kan ikke være lik for alle kommuner. Nivået avhengig av levealder, kulturelle forhold, geografiske avstander, utviklingen av resten av omsorgstrappen, hjemmetjenestenes kompetanse og en vellykket boligpolitikk for eldre. Normen bør derfor differensieres ut fra en vurdering av disse forholdene. En norm som er tilpasset særegne forhold i den enkelte kommune gjør at det ikke gir særlig mening å snakke om en norm på nasjonalt nivå.

3. REVIDERING AV HANDLINGSPLAN FOR HELSE- PLEIE- OG OMSORGTJENESTEN 2010-2020. SNÅSA KOMMUNE.

Målet med TFoU sitt arbeid er å komme fram til en strukturert vurdering av dagens omsorgsplan, hvor vi tar inn både ny og etablert kunnskap og ulike rammebetingelser. Vurderingen skal frambringe forslag på løsninger på hvordan Snåsa skal planlegge sitt arbeid på omsorgsfeltet framover.

Utgangspunkt for både planer og utbygging er å estimere hvilke behov befolkningen i Snåsa vil ha for Helse- og omsorgstjenester i løpet av de neste 30-40 årene. Dette behovet fins i hele befolkningen, og tilbudet Helsehuset tilbyr må tilrettelegges for alle, herunder psykisk utviklingshemmede, pasienter innen psykiatri og rus, trygdede, demente, kronisk syke og kompliserte syke, barnevern, flyktninger (pr i dag ca. 50 stk.), ektefeller, familie og andre fra både andre kulturer, samt samisk og norsk kultur. Behovene til befolkningen må ses under ett, og antall innbyggere som kan ha behov for omsorgsboliger (ikke bare syke eller eldre) må estimeres. Det er spesifisert at forebyggings- og folkehelseperspektiv skal være en del av vurderingene.

I tillegg til Handlingsplanen for helse- pleie og omsorgtjenesten som har vært utgangspunkt for denne rapporten, har Snåsa kommune en rekke planer som i detalj gjennomgår dagens behov og tjenester og estimerer fremtidige behov og ønskede satsningsområder innen felt som er nært knyttet til helse, pleie og omsorg, og som både direkte og indirekte vil påvirke de valgene som tas innen helse, pleie og omsorg. Dette gjelder blant annet Demensplan, Plan for psykisk helse og rus, Folkehelseplan, Boligsosial plan og Bosettingsplan. En kompetanse- og rekrutteringsplan er under utarbeidelse og arbeidet med oppdatering av rehabiliteringsplan starter til høsten. I arbeidet med denne rapporten har det vært et mål å være informert men kortfattet, så disse planene er brukt men ikke referert til i særlig utstrekning.

Snåsa leverer i dag gode helsetjenester til rundt 20% lavere kostnader enn kommuner det er naturlig å sammenligne seg med. Alle ønsker selvsagt å opprettholde det høye nivået på tjenestene, og en omorganisering kan være fornuftig. Det er samtidig viktig å innse at det vil være svært krevende å effektivisere stort mer.

Dette arbeidet har krevd at vi som forskningsinstitutt har involvert oss i praksisfeltet for å bedre kunne vurdere retningsvalg sammen med kommunen. Vi har på bakgrunn av intervjuer identifisert de mest sentrale valgene som må gjøres og ut ifra statistikk gjort utregninger relevante for disse valgene. Valg som gjøres ett sted vil påvirke andre forhold, så det er samtidig viktig at dette ses under ett.

3.1 Handlingsplan, videreføring og revidering

Handlingsplan for helse- pleie- og omsorgstjenesten 2010-2020 ble vedtatt i Snåsa kommunestyre i februar 2010, og har siden vært en viktig styringsdokument for kommunen. Sentrale utfordringer Snåsa da sto overfor ble gjennomgått og tiltak foreslått. I tida etterpå er svært mange av disse tiltakene gjennomført, og i sum leverer Snåsa gode tjenester til en lav pris og har også klart å prioritere forebyggende og besparende tiltak som ikke har vært lovpålagte. Vi foreslår derfor ingen snuoperasjon, men peker på et par-tre områder hvor noen informerte valg må tas.

Handlingsplanen (2010 s.10) skal – i den grad en har grunnlag for det - prioritere tiltak, tidfeste iverksetting og evaluering, foreslå budsjettmessige og andre virkemidler og plassere gjennomføringsansvar for tiltakene innenfor følgende delområder:

1. Rekruttering og kompetanse
2. Tilpasning av pleie- og omsorgstilbudet til den samiske befolkningen
3. Sykefravær og bemanning / arbeidsgiverpolitiske tiltak
4. Styrking av hjemmetjenester og åpen omsorg
5. Aktivering av flere uformelle omsorgsytere
6. Omorganisering herunder ledelsesstruktur og samlokalisering av tjenester
7. Behovet for tilpasning/ombygging av sykeheimen for å ivareta demens og somatiske utfordringer
8. Interkommunalt samarbeid

I våre prosessdata er særlig punkt 1, 4, 6 og 7 fremhevet, og det har lagt føringer for hva vi har prioritert videre. Flere av disse områdene er direkte koplet, og rekkefølgen her gjøres i er derfor ikke uvesentlig. Etter en punktvis gjennomgang av handlingsplanen har vi identifisert de områdene vi mener trenger en ny gjennomgang og hvor beslutninger må tas som vil påvirke tjenestetilbudet i Snåsa i tida frem mot 2040. Vi har valgt å samle innsatsfeltene under tre overskrifter: organisering, boliger og helsehus. De delene av handlingsplanen som enten er gjennomført eller som kan videreføres i sin nåværende form har vi ikke kommentert.

3.2 Organisering av pleie- og omsorgstjenesten

Det vil bli stadig flere innbyggere med pleie- og omsorgsbehov i Snåsa kommune fremover, og det vil være en stadig økende kompleksitet i behovene til disse pasientene. Videre ser vi en vridning mot at flere tilbys pleie og omsorg hjemme og et økt fokus på forebygging og folkehelseperspektiv. Samtidig er et nytt helsebygg straks under oppføring i Snåsa. Både for å være rustet til disse endringene og legge til rette for å hente ut mulige gevinster gjennom en større fleksibilitet både når det gjelder utstyr, personell og kompetanse, bør organiseringen av pleie- og omsorgstjenesten gjennomgås.

3.2.1 En organisatorisk enhet

En mulig del av løsningen på å få en mer fleksibel organisering er at tjenesten blir én organisatorisk enhet når det gjelder tjenesteproduksjon, turnus, ansatte og rekruttering. Dette vil gjøre det enklere å fokusere på utvikling, fordele ressurser, bygge nødvendig kompetanse og rekruttere i henhold til felles behov i hele enheten. Dette er allerede foreslått flere steder i handlingsplanen (blant annet på s. 6, 7 og 17) og nevnt mange ganger i våre intervjuer og samtaler. Det er naturlig at leder for pleie- og omsorgstjenesten har ansvaret for gjennomføringen av omorganiseringen. Kompetanse- og rekrutteringsplan som er under utarbeidelse bør ta utgangspunkt i at tjenesten er én organisatorisk enhet.

Organisasjonsendringer vil ha betydning for den enkelte medarbeider, for grupper eller team, for organisasjonen som et hele, for ledelsen og, ikke minst, for tjenestemottakerne. Organisasjonsendringer kan skape utrygghet, frykt og motstand. Det er derfor viktig at de som skal lede endringsprosessen fokuserer på, eller er seg bevisst, at det er nødvendig å tenke på og involvere enkeltpersoner og fellesskap i endringsprosessene. Det aller viktigste grepet er å bidra til eller legge til rette for at alle i organisasjonen forstår hva som er årsaken til og målet for endringen. Det er viktig å ta i bruk lederes og ansattes kompetanse på en slik måte at de får anledning til å bidra kritisk og konstruktivt til å finne gode løsninger.

3.2.2 Kompetanse og rekruttering

Samtidig som behovet for arbeidskraft innen helse- og omsorg i Snåsa blir større vil en stor andel av dagens ansatte pensjoneres i løpet av relativt kort tid. Særlig i tilknytning til økt pleie og omsorg i hjemmet og et fokus på forebygging og folkehelse, er det ikke nødvendigvis slik at dagens yrkessammensetning er den optimale. Det er til dels store forskjeller på hvor vanskelig ulike yrkesgrupper er å rekruttere, og det er store prisforskjeller på omsorg gitt av ulike yrkesgrupper.

I et 10-15-års perspektiv kan en konkludere med at det ikke er nok med status quo når det gjelder f.eks. sykepleiere; det er behov for flere. Dette utfordrer kommunens rekrutteringspolitikk og bruk av/valg av rekrutteringstiltak. Generelt vil hele stillinger og aktiv bruk av lærlinger være et godt tiltak.

En kompetanse- og rekrutteringsplan er allerede under utarbeidelse, og den kan sikte mot å hente gevinster fra den nye organiseringen og ta utgangspunkt i estimerte behov for tjenester i hele Snåsas befolkning. Planen har pasientenes eller brukernes behov i sentrum, og kan bemanne med de yrkesgruppene som best fyller pasientenes behov og til lavest mulig kostnad. Det kan åpne opp for i større grad å bruke f.eks. leger og sykepleiere der kompetansen er lovpålagt, og for en mer utstrakt bruk av andre yrkesgrupper, f.eks. fysio- og ergoterapeuter, fagutdannede helsefagarbeidere eller støttekontakter for andre typer arbeidsoppgaver.

3.2.3 Boliger

Som et resultat av endrede behov i befolkningen, en vridning mot at mer pleie og omsorg utøves i hjemmet, en omorganisering av pleie- og omsorgstjenesten og en planlagt påbygging på Helsehuset i Snåsa, er behovet for ulike typer av boliger et svært sentralt tema i denne revideringen. Det har vært en utvikling i den offentlige diskursen rundt hva som anses som å være den beste boformen for innbyggere med omfattende pleie- og omsorgsbehov, og det er ikke lenger et mål at alle skal bo på «hjemmet». Det er derimot stadig tydeligere kommunisert at de fleste ønsker å bo hjemme så lenge som mulig, og at tjenestetilbyderne ønsker å kunne tilrettelegge for nettopp det (Foreningen for folkehelsen 2016, Snåsa kommune 2011a, 2011b).

Behovet for heldøgns pleie- og omsorgsplasser på helsehuset bestemmes i stor grad av hvor godt private hjem eller omsorgsboliger kan tilrettelegges. For å si noe om behovet på helsehuset bør derfor også mulighetene for tilrettelegging i private boliger og omsorgsboliger gjennomgås. Innen dette feltet er det allerede gjort mye både i forhold til informasjon og orienteringer om finansieringsmuligheter og løsninger, men arbeidet må følges opp. I den forbindelse vil det også være viktig å vurdere infrastrukturelle løsninger (velferds- eller mestringsteknologimuligheter) og enkle tekniske eller praktiske tjenester som kan bidra til at innbyggere velger å satse på å bo lengre hjemme. Ambulerende vaktmestertjeneste kan være en mulighet.

3.2.4 Private boliger

Tidligere har utformingen av og beliggenheten til en god del privatboliger vært et hinder for tilrettelegging hjemme, for eksempel hos eldre som har bodd i kårboliger som har vært lite hensiktsmessig utformet og lokalisert langt fra andre tjenester. Nå er det imidlertid en positiv utvikling i Snåsa, hvor det både tilrettelegges bedre i eksisterende boliger (gjennom oppussing og tilbygg) og samtidig bygges nye boliger som er mye bedre tilrettelagt. Utbyggingen av boliger på Meieritomta er en stor satsning, hvor rundt 36 private boliger er planlagt oppført i løpet av tre utbyggingsfaser. Første del av utbyggingen, som gjelder rundt 20 boliger er allerede utsolgt. Videre utbygging er avhengig av etterspørsel og ligger noe fram i tid. De leilighetene som bygges for det private markedet har ikke livsløpsstandard i henhold til Husbanken, men bygges terskelfritt, har brede dører og universell utforming. Det er voksne folk som har kjøpt leiligheter på Meieritomta, og det er utvilsomt at denne utbyggingen vil få konsekvenser for antallet eldre som kan motta pleie- og omsorgstjenester hjemme. Det vil også redusere omfanget av «friske» eldre som bor i omsorgsboliger på grunn av dårlig tilrettelagte private boliger (med trapper, plen som må klippes, oppkjørsel som må måkes etc.). Det åpner i tur for at institusjonsplasser og omsorgsboliger i større grad kan benyttes av beboere som har større pleie- og omsorgsbehov i hele befolkningen.

3.2.5 Omsorgsboliger og kommunale boliger

Av de til sammen 50 leilighetene som er planlagt på Meieritomta og i sentrumsområdet er rundt ti stykker leiligheter med kommunal tildelingsrett som har Husbankstandard, og er følgelig svært godt tilrettelagt for hjemmetjenester. I tillegg til disse planlagte kommunale boligene har Snåsa 42 omsorgsboliger. Bruken av disse omsorgsboligene varierer, og beboere er gruppert ut i fra behov, funksjonsnivå, og boligens utformingen. Enkelte grupper av boliger er dominert av eldre med relativt sett godt funksjonsnivå, i andre er eldre med lavere funksjonsnivå og dårligere somatisk helse prioritert, noen er dominert av rus og psykiatri, mens andre igjen av psykisk utviklingshemmede. Dette oppleves trolig positivt både av beboerne og for muligheten til å standardisere tjenestene noe. Beboere i omsorgsboliger er leietakere med kontrakter som regulerer leieforholdet og sikrer dem rettigheter, omsorgsboliger er derfor ikke umiddelbart disponible på samme måte som institusjonsplasser er.

Summert har Snåsa, i tillegg til de rundt 40 private boligene på Meieritomta som er godt tilrettelagt, om ikke lenge over 50 kommunale boliger og omsorgsboliger som er svært godt tilrettelagt for å motta tjenester hjemme.

3.3 Helsehus og institusjonsplasser

Den siste gruppen av boliger som på mange måter er mest sentral i denne sammenhengen er institusjonsplasser knyttet til helsehuset. Snåsa kommune må ta stilling til i forbindelse med utbygging av helsehuset hvor mange institusjonsplasser av ulik karakter Snåsas innbyggere vil ha behov for i løpet av de neste tiårene. Det omfatter blant annet plasser til rehabilitering, korttidsopphold, skjermede plasser og plasser med smittesluse.

På grunn av at relativt sett små endringer i befolkningens behov kan få store effekter både økonomisk, knyttet til bemanning og bygningsmessige behov, er det understreket at fleksibilitet er en svært viktig kvalitet ved det nye helsehuset. Det kan for eksempel bety at alle nybygde rom må kunne benyttes av alle typer pasienter og at omsorgsboliger kan gjøres om til fulltids pleieplasser.

Når det legges opp til en så stor grad av fleksibilitet, samhandling og samarbeid på tvers av etater og funksjoner er viktig at huset også tilrettelegger for ulike aktiviteter. Videre bør det vurderes om bygget kan tegnes på en slik måte at byggefasen kan skje i stadier dersom behovet endres i forhold til dagens estimat. Eksempelvis at to av tre mindre boliggrupperinger bygges i første omgang, og at et tredje bygg kan tilføyes dersom behovet øker mer enn estimert.

3.3.1 Institusjonsplasser

For å beregne hvor mange institusjonsplasser det nye helsehuset bør ha, er flere forhold interessante. Den største andelen av de som trenger tett pleie og omsorg er

eldre med demens eller annet komplisert sykdomsbilde. Vi har ingen eksakte tall for prevalensen av demens, men vi vet at den øker med alder. I følge Folkehelseinstituttet (2014) stiger utbredelsen av demens fra 1,6 prosent i aldersgruppen 60-64 år til 43 prosent i gruppen over 89 år. Med en aldrende befolkning er dette selvsagt utfordrende tall. Det er imidlertid også forskning som indikerer en nedgang i demensutbredelsen i populasjonen og et bedret kognitivt funksjonsnivå blant eldre personer knyttet til forebygging og redusert eksponering av en del risikofaktorer.

Som tabell 1 viser er dagens situasjon i Snåsa at den samlede befolkningen over 67 er 448. Tilsvarende tall for 2040 er 562. Selv om vi ikke kan si nøyaktig hvor mange som vil kreve pleie og omsorg, og i hvilken grad, kan vi si med sikkerhet at behovet kommer til å stige.

Tabell 1 Fordelingen av eldre innbyggere i Snåsa

Innbyggere:	2016	2020	2030	2040
Totalt	2159	2 124	2 099	2 102
67-79	313	309	322	342
>80	135	147	190	220
>67	448	456	512	562

Ut ifra befolkningsframskrivingen kan vi i tabell 2 se at ca. 60 personer vil ha en form for demens i 2040, og av disse vil rundt halvparten ha behov for omfattende pleie og omsorg. I dagens helsevesen er institusjonsplasser på sykehjem det som tilbys de pasientene med behov for svært godt tilrettelagt bolig og tett oppfølging.

Tabell 2 Estimert antall demente med pleie og omsorgsbehov

Demente	2016	2020	2030	2040
Anslag demente	45	45	54	59
Hvorav sterkt pleietrengende	23	23	27	30

Tabell 3 Dekningsgrad ved 35 institusjonsplasser

Dekningsgrad	2016	2020	2030	2040
Befolkning >80	25,9 %	23,8 %	18,4 %	15,9 %

Om antall institusjonsplasser videreføres som det er i dag, vil dekningsgraden, som vi ser i tabell 3, gå fra drøyt 25% til drøyt 15% i løpet av årene frem mot 2040. Dersom 22,2% dekning skal videreføres for befolkningen over 80 år, vil det bety en økning fra 30 til 49 plasser i samme tidsrom.

Dersom pleie og omsorg av eldre og demente fortsetter som i dag, vil det være en stor økning i behovet for institusjonsplasser for denne gruppen. Det er imidlertid både nasjonale og lokale føringer (Helse- og omsorgsdepartementet 2015, Snåsa kommune 2011b) som tilsier at særlig eldreomsorgen vil bli gjenstand for en enda større vridning mot hjemmebasert omsorg i tida fremover enn det vi allerede er vitne til. Snåsa kommune ønsker å bygge et helsehus for fremtida, og er i våre prosessdata tydelige på at løsningen på eldrefutdringen ikke er å øke antall plasser på sykeheimen og ellers fortsette som før.

Helsehusets institusjonsplasser skal også dekke behov for andre aldersgrupper enn de over 67, og både barn, unge og voksne kan ha ulike utfordringer som tilsier at de trenger en institusjonsplass i perioder. Det er imidlertid sjelden at andre aldersgrupper er langtidspasienter, og for dem vil andre løsninger som regel være å foretrekke.

Snåsa kommune estimerer at så mange som 7-10 av barn og unge kan ha behov for tilrettelagt bolig i årene frem mot 2023 (se tabell 5). Godt tilrettelagte private boliger eller omsorgsboliger vil trolig være det beste tilbudet for de fleste i denne gruppen. Om det blir bestemt at det bør bygges boliger som er særlig tilrettelagt for denne gruppen kan en plassering i nærheten av Hovteigen hvor det er nattevakt, være en trygghet.

Tabell 4 Barn og unge født mellom 1999 og 2005 med forventet bistandsbehov

Behov for tilrettelagt bolig	7-10 personer
Behov for tilrettelagt arbeid/dagtilbud	8-10 personer

Rus, psykiatri, kronisk sykdom, komplisert sykdom og rehabilitering kan alle være årsaker til innleggelse i en periode. Det må derfor være kapasitet på korttidsplasser også for denne heterogene gruppen.

En mulig løsning vil da være å holde antall plasser på samme nivå som i dag, men kun ha 10-15 plasser på helsehuset og heller rundt 15-20 små, fleksible og godt utstyrte omsorgsboliger på et «tun» knyttet til helsehuset. Dersom arkitektene kan prosjektere for videre utbygging dersom behovet skulle vise seg å bli større enn estimert kan et eventuell påbygg komme senere uten for store ekstra kostnader.

3.3.2 Økonomiske konsekvenser

Valgene Snåsa kommune tar i forbindelse med utbyggingen har i hovedsak to økonomiske konsekvenser, det ene er investeringskostnader i forbindelse med bygging, flytting og rehabilitering, som diskuteres i neste avsnitt. Det andre er driftskostnader i årene fremover.

Tabell 5 viser estimerte kostnader ved ulik dekningsgrad (korrigerte brutto driftsutgifter, institusjon, konsern i million kr, kostnader som 2015).

Tabell 5 Ulik dekningsgrad, plasser og kostnader

Dekningsgrad	2016	2020	2030	2040
Antall plasser med 22,2% dekning (>80)	30	33	42	49
Kostnader ved 22,2% dekning	25,7	28,0	36,1	41,9
Antall plasser med 15,5 % dekning (>80)	21	23	29	34
Kostnader ved 15,5% dekning	18	20	25	29

Som forventet vil driftsutgiftene stige veldig med en fortsatt høy dekningsgrad. Å gradvis trappe ned dekningsgraden samtidig som hjemmebasert pleie og omsorg bygges opp vil trolig være den beste løsningen. Som tabell 6 viser har Snåsa en høy dekningsgrad sammenlignet med andre kommuner, og det bør være forsvarlig å legge seg på et lavere nivå.

Tabell 6 Dekningsgrad i ulike kommuner 2016 (eldre 80<)

Snåsa	Frosta	Namdalseid	Nittedal	Landet uten Oslo
26%	15%	20%	16%	18%

Dersom heldøgns institusjonsplasser nedprioriteres noe, kan man i stedet øke antall godt tilrettelagte, små omsorgsboliger i tilknytning til helsehuset. Flexibilitet er en etterspurt kvalitet ved alle nybygde boliger, og et uttalt mål i helse- og omsorgstjenesten i Snåsa er at pasienten skal være i sentrum. Pårørende og ansatte skal høres og økonomiske hensyn må tas, men det er stor enighet om at pasienten er

det viktigste. Siden de fleste på forespørsel oppgir at de ønsker pleie og omsorg hjemme heller enn på institusjon, handler en omlegging av tjenestetilbudet også om å høre på pasienten.

3.3.3 Helsehuset

Helsehuset fungerer allerede som et «allhus» hvor ulike helsetjenester i Snåsa er samlokalisert. Familiesentralen og pleie- og omsorgstjenesten har ulike ansvarsområder og brukergrupper, men en fysisk samlokalisering legger til rette for samarbeid og en felles bruk av enkelte ressurser. Deler av denne gevinsten er ennå ikke realisert, men med et nybygg kan det utvikles videre.

I forbindelse med forebygging og folkehelse spiller helsehuset allerede en viktig rolle, men har et potensial for å utvide den rollen. Det er «forholdsvis sikre sammenhenger mellom fysisk, psykisk og sosial aktivitet og risikoen for demens» (Hjort, Waaler 2010: 1358). En videreføring av arbeidet med forebygging på mange områder vil derfor være en fornuftig investering for Snåsa kommune. Aktivitet og ernæring er imidlertid sentrale komponenter både i forebygging, rehabilitering og generell folkehelse, og i våre prosessdata er dette noe mange ser for seg at et nytt helsehus kan legge godt til rette for. Det vil kreve en investering.

Når det gjelder å tilrettelegge for aktiviteter i helsehuset har flere påpekt behovet for et område av en viss størrelse, med plass til ulike apparater og for både grupper og enkeltindivider. Dette arealet bør være lokalisert sammen med ergo- og fysioterapeutene, og utformet i samarbeid med de behovene ansatte på helsehuset av erfaring vet at ulike grupper i befolkningen har bruk for. Det bør være et åpent rom som virker inviterende og hvor utformingen innbyr til mange former for fysisk aktivitet. Kostnaden på et slikt rom kan estimeres på bakgrunn av gjennomsnittlige priser, men vil avhenge av både størrelse, utstyr og om det blir lagt til et sted i det allerede eksisterende bygget eller blir en del av nybygget. TFoU kjenner ikke til at det vært gjort beregninger på det.

I tillegg til fysisk aktivitet er ernæring en svært sentral del av en godt fungerende pleie- og omsorgstjeneste. Det er en kjent utfordring at eldre og særlig demente ofte sliter med underernæring, som igjen har mange negative konsekvenser for helse og psyke. Å sørge for at eldre spiser måltidene sammen med andre har vist seg å ha god effekt (Paquet et al. 2008). Flere har i intervju pekt også på det sosiale navet et kjøkken kan være i det nye helsehuset, dersom det åpnes for at både pasienter, ansatte, pårørende og andre gjennom for eksempel en kantineordning kan bruke det. Matleveringsordningen som fungerer godt i dag videreføres, men særlig beboere i omsorgsboliger som ligger i nærheten av helsehuset kan oppmuntres til å komme på helsehuset til en eller flere av dagens måltider.

På forespørsel fra enhetsleder på teknisk etat har arkitekt estimert budsjettpriser på henholdsvis nybygg eller ombygging av eksisterende kjøkken. Arkitekten understreker at det er mange usikkerhetsfaktorer som spiller inn på prisen, og at en utfordring blant annet er at må man finne en god løsning når det gjelder varehåndtering og lagring. Som en tommelfingerregel kan man imidlertid regne rundt 35- 40 000,- pr. kvm. (som for en svømmehall) for et nytt kjøkkenareal. Om man kan gjenbruke noe annet areal, så regner man rundt 25.000,- inkl. mva. Utstyr kommer i tillegg, så der vil man også få kostnader, spesielt på kjølerom og fryserom. I dag brukes totalt rundt 122 kvm. til kjøkken, men om man tenker seg at noe areal kan effektiviseres kan vi for enkelhets skyld si at 100 kvm er tilstrekkelig. Pris blir da i utgangspunktet rundt kr. 4.000.000,- for et nybygd kjøkken og 2.500.000,- for å gjenbruke eksisterende areal. Utstyr kommer i tillegg. Man kan ikke søke tilskudd fra husbanken på slikt areal, men man kan søke om merverdiavgift kompensasjon.

Tilrettelegging for fysisk aktivitet og ernæring vil kreve investeringskostnader, og det er samtidig vanskelig å gi et kostnadmessig overslag på eventuelle besparelser som ligger i forebygging og økt livskvalitet.

Det er dyrt å underdimensjonere nybygg, og helsehuset bør inkludere også møteplasser og rom som ikke er strengt tatt «nødvendige» eller lovpålagte.

3.4 Kommunikasjon og medvirkning

Snåsa kommune har tradisjon for brei deltakelse i endrings- og utviklingsprosesser og det er viktig å videreføre den videre prosessen der både politikere, ansatte og innbyggere bør involveres. Det er lovpålagt å inkludere Eldres råd og Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Ansatte skal involveres i henhold til Arbeidsmiljølov og tariffavtaler. Det bør også vurderes hvordan en kan skape andre involverende former for medvirkning.

Utviding/ombygging av helsehuset har lenge vært under planlegging, og mange grupper har allerede vært inkludert i planleggingen. Uavhengig av hva Snåsa kommune bestemmer seg for med tanke på utbygging av helsehuset og antall institusjonsplasser er det essensielt at informasjonen til og kommunikasjonen med innbyggerne er gjennomtenkt. Enhver endring i et pleie- og omsorgstilbud vil kunne oppleves som utrygt, og det er viktig å trygge befolkningen på at alle blir ivaretatt.

Sett på bakgrunn av bredden og innsatsområdene i handlingsplanen for helse-, pleie- og omsorgstjenesten i Snåsa vil en god arbeidsform i forhold til informasjon, kommunikasjon og medvirkning kunne bidra til å bygge opp under et helsefremmende lokalsamfunn og styrke lokal samskaping. I kommunenes arbeid med å skape innbygger- eller brukervedvirkning er det viktig for kommunens valg av metoder og tiltak at man har klart for seg hva formålet med medvirkningen er, altså *hvorfor* en ønsker medvirkning. Videre må en vite *hvem* en ønsker å komme i dialog med og *når* i

prosessen en ønsker medvirkning. Dette gir et godt grunnlag for å definere *hvordan* medvirkning bør skje.

Å bygge opp under deltakelse i lokalsamfunn innebærer dessuten å bygge opp under enkeltmenneskers tillit til å innta naturlige hjelperroller. Det er et ressursorientert perspektiv på helse, der endring bygger på innbyggernes ressurser og deltakelse.

4. SAMMENLIGNING MED ANDRE KOMMUNER

Hvordan Snåsa ligger an i utgiftsbehov og ressursbruk sammenlignet med andre kommuner er interessant i en vurdering av hvordan ulike områder prioriteres. Her finnes det offentlig statistikk som er kostnadseffektiv å benytte, samtidig som den har visse svakheter spesielt på enkeltkommunenivå. Alle kommuner må rapportere inn detaljerte opplysninger om driften til staten og registeret Kostra som SSB administrerer. Det er imidlertid ikke enkelt å få alle kommuner til å tolke alle spørsmål på samme måte, og ikke minst, legge inn helt sammenlignbare opplysninger. Fellesadministrasjon kan være et slikt problematisk område, hvor det varierer hvor mye administrasjon man har og rapporterer inn for tjenesteområdene. For et stort område som pleie/omsorg er trolig tallene for enkeltkommuner mer sammenlignbare, spesielt for de store utgiftspostene institusjonsdrift og hjemmebasert omsorg. På mindre utgiftsposter som aktivisering, er det trolig stor variasjon i tolking og innrapportering av ressursbruk.

Tabell 7: Sammenligning av innbyggere, institusjonsplasser, omsorgsboliger og brukere i kommunene Snåsa, Gjerstad, Frosta, Namdalseid og Kostragruppe 03 (Kilde: Kostra/SSB).

	1736 Snåsa		0911 Gjerstad		1717 Frosta		1725 Namdalseid		Gj.sn. kostra-gr. 03	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Antall innbyggere	2 139	2 159	2 473	2 511	2 631	2 630	1 622	1 593	3 249	3 267
Antall innbyggere 80 og eldre	136	135	129	129	153	151	119	120	178	179
Antall innbyggere 67-79 år	308	313	307	327	342	352	203	212	393	407
Institusjonsplasser	34	35	32	20	22	22	24	24	37	36
Beboere i institusjon 80 år og over	21	23	17	19	15	18	16	16	28	27
Andel av plassene som de eldste over 80 år har	62 %	66 %	53 %	95 %	68 %	82 %	67 %	67 %	75 %	75 %
Dekningsgrad (inst.plasser/innb eldre over 80 år)	25 %	26 %	25 %	16 %	14 %	15 %	20 %	20 %	21 %	20 %
Andre plasser med heldøgns bemanning	0	0	9	10	17	15	31	28	22	20
Justert dekningsgrad med bemannede boliger	25 %	26 %	32 %	23 %	25 %	25 %	46 %	43 %	33 %	31 %
Andre omsorgsboliger	42	42	14	15	16	18	7	7	19	21
Dekningsgrad med omsorgsboliger, alle over 67 år	17 %	17 %	13 %	10 %	11 %	11 %	19 %	18 %	13 %	13 %
Mottakere av pleie- og omsorgstjenester	214	218	198	195	128	135	152	144	204	212
Mottakere av pleie- og omsorgstjenester over 67 år	111	121	107	104	91	102	106	101	138	142
Andel over 67 år med pleie og omsorgstjeneste	25 %	27 %	25 %	23 %	18 %	20 %	33 %	30 %	24 %	24 %
Mottakere av hjemmetjenester i alt	180	181	166	175	106	113	129	121	167	175
Mottakere av hjemmetjenester 67 år og over	84	91	84	81	71	78	82	79	103	108
Andel over 67 år med hjemmetjenester	19 %	20 %	19 %	18 %	14 %	16 %	25 %	24 %	18 %	18 %

I den første tabellen vises utvalgte resultater fra Kostra for innbyggere og institusjonsplasser og omsorgsboliger i Snåsa, gjennomsnittet av sammenlignbare kommuner i Kostras kommunegruppe 3 samt utvalgte kommuner som Gjerstad, Frosta og Namdalseid. Gjerstad er valgt ut pga. sammenlignbar størrelse og en nylig omlegging fra institusjonsbasert til mer hjemmebasert omsorg. Frosta og Namdalseid ut fra at de kan være de mest sammenlignbare kommunene i Nord-Trøndelag.

I tallene har vi lagt inn 42 omsorgsboliger i Snåsa, ikke 21 som det står i statistikken. Hva som gir mest sammenlignbare tall med andre kommuner er et åpent spørsmål, da det kan tenkes at heller ikke andre kommuner rapporterer inn alle boliger med kommunal tildelingsrett som omsorgsbolig.

Tallene for institusjonsplasser og enkel dekningsgrad, dvs. antall plasser delt på antall personer over 80 år, viser en relativ høy dekningsgrad i Snåsa i dag. Gjerstad var like høyt i 2015 men har redusert antall plasser betydelig. Frosta skiller seg ved å ha svært lav dekningsgrad.

Omsorgsboliger eller plasser med heldøgnsbemanning trekkes gjerne fram som et likeverdig tilbud. Slike plasser har ikke Snåsa pr i dag. De andre kommunene får betydelig høyere dekningsgrad i omsorgstilbudet når slike plasser regnes med. Spesielt Namdalseid kommer da ut veldig høyt, mens Frosta havner på samme nivå som Snåsa. Gjennomsnittet i kommunegruppen har betydelig høyere dekning enn Snåsa, når andre heldøgns omsorgstilbud regnes med.

Når det gjelder andre omsorgsboliger, kan tallene være noe usikre jf. innrapportert 21 for Snåsa men som sies å være 42 i møtene vi har hatt på Snåsa. Når vi tar med alle disse 42 omsorgsboligene, får Snåsa en svært høy dekningsgrad for samlet omsorgstilbud i ulike boliger når vi deler på antall personer over 67 år, over gjennomsnittet i kommunegruppen men fortsatt lavere enn Namdalseid. Om vi hadde holdt oss til 21 omsorgsboliger som registrert i statistikken, blir Snåsa mer på gjennomsnittet i kommunegruppen.

Samlet viser tallene god dekningsgrad når omsorgsboliger tas med, mens det for heldøgnsbemannede plasser/boliger tyder på at Snåsa har noe lavere tilbud enn sammenlignbare kommuner.

I tabellen vises også noe data om brukere av de ulike tilbudene. Snåsa har noe høyere andel yngre personer på institusjon sammenlignet med andre kommuner, men dette kan ha sammenheng med fraværet av andre plasser med heldøgns bemanning.

Kommunene ligger for øvrig nært gjennomsnittet for andelen i befolkningen over 67 år som har hjemmetjeneste eller pleie og omsorgstjeneste. Frosta skiller seg her ut ved å

lavere andel og Namdalseid ved å ha høyere andel. Snåsa ligger marginalt over gjennomsnittet i kommunegruppen.

I tabellen nedenfor vises registrerte kostnader på hovedpostene innen pleie og omsorg.

Tabell 8: Sammenligning av kostnader ved kommunalt pleie og omsorgstilbud i kommunene Snåsa, Gjerstad, Frosta, Namdalseid og Kostragruppe 03 (Kilde: SSB/Kostra).

	1736 Snåsa		0911 Gjerstad		1717 Frosta		1725 Namdalseid		Gj.sn. kostra-gr. 03	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Korrigerte brutto driftsutgifter, pleie og omsorg, konsern i mill kr	53,3	55,2	60,9	64,7	58,1	63,0	56,3	55,1	78,4	82,4
Korrigerte driftsutgifter i tusen kr pleie/oms. pr innbygger over 67 år	120	123	140	142	117	125	175	166	137	141
Korrigerte brutto driftsutgifter for hjemmetjenester f254, konsern, mill kr	24,2	27,0	30,4	32,1	29,8	32,9	27,8	27,8	36,4	38,8
Korrigerte brutto driftsutgifter til aktivisering, konsern mill kr	-	-	1,3	1,7	3,7	3,8	1,6	1,8	3,2	3,3
Korrigerte brutto driftsutgifter, institusjon, konsern mill kr	29,1	28,2	29,2	31,0	24,6	26,4	26,9	25,5	38,7	40,4
Brutto driftsutgifter, institusjon, konsern pr inst.plass i tusen kr	857	805	911	1549	1119	1199	1122	1061	1057	1133
Brutto driftsutgifter i hjemmetjenesten, pr mottaker i tusen kr	134	149	183	183	281	291	215	230	218	221
Netto driftsutgifter pleie og omsorg (f234+253+254+261), konsern mill	47,4	49,6	56,7	62,3	45,9	48,5	47,1	46,0	69,0	72,4
Netto driftsutgifter, hjemmeboende brukere (f254), konsern mill kr	23,8	26,3	29,2	30,9	23,6	25,6	23,1	22,2	31,8	33,7
Netto driftsutgifter til pleie- og omsorg - Institusjoner (f253+261) mill kr	23,6	23,4	24,5	27,2	20,2	20,9	21,9	22,0	34,3	35,8
Netto driftsutgifter, institusjon, pr inst.plass i tusen kr	693	667	765	1 362	920	948	914	915	937	1 004
Netto driftsutgifter i hjemmetjenesten, pr mottaker i tusen kr	132	145	176	177	223	226	179	184	191	193
Netto driftsutgifter pleie/omsorg pr innbygger over 67 år i tusen kr	106,7	110,8	130,1	136,6	92,8	96,5	146,2	138,4	121	123

Vi ser at Snåsa brukte brutto 55 mill kr på sektoren i 2016. Når vi deler dette på antall personer over 67 år, viser dette relativt lav ressursbruk sammenlignet med de andre kommunene. Dette samsvarer med relative lave brutto driftsutgifter pr institusjonsplass og lave utgifter pr mottaker av hjemmetjeneste i Snåsa. Snåsa har her den desidert laveste ressursbruken av alle.

Når vi ser på netto driftsutgifter er bildet det samme når det gjelder kostnader for institusjonsplasser og kostnader pr mottaker av hjemmetjenester. Når vi deler nettoutgiftene på innbyggere over 67 år, viser tallene fortsatt lav ressursbruk i Snåsa men ikke så lav som Frosta. Her kan det være forskjeller i egenandeler, tilskudd fra staten eller andre forhold, som forklarer differansene. Omfanget av dette har vi ikke hatt anledning å se nærmere på utover at vi er kjent med at Frosta har dagtilbud til hjemmeboende brukere som mottar betydelig tilskudd fra staten.

5. STRUKTUREN I FRAMTIDIG PLEIE OG OMSORGSTILBUD

Blant sentrale forutsetninger og faktorer å legge vekt på, når det gjelder valg av framtidig pleie- og omsorgstilbud i Snåsa, vil vi her trekke fram følgende:

- Snåsa brukte i 2016 55 mill kr på pleie- og omsorg, om lag likt fordelt på institusjonsdrift og hjemmebasert omsorg slik det er i mange andre kommuner
- Det er pr i dag 35 institusjonsplasser i Snåsa, inkludert en demensavdeling. Dette gir isolert en god dekningsgrad.
- Det brukes noen få hundre tusen på aktivisering, men det regnskapsførers/rapporteres ikke inn til Kostra.
- Snåsa har noe lavere dekningsgrad enn andre kommuner innen heldøgns plasser totalt sett.
- Snåsa har godt med omsorgsboliger og dette øker nå fra 42 til 52 innen få år.
- Det bygges også sentrumsnære private leiligheter som kan demme noe opp for omsorgsboligbehovet.
- Snåsa har normale forekomster av antall brukere av hjemmetjenester og institusjonsplasser.
- Snåsa har lave kostnader pr institusjonsplass og pr bruker av hjemmetjenestene.
- Befolkningsframskrivinger tilsier økt ressursbehov innen pleie- og omsorgstilbudet i Snåsa. Antall eldre øker kraftig fram mot 2030-2040. Antall demente er pr i dag relativt lavt, sammenlignet med forekomst ellers i landet.
- Inntektssystemet kan gi 5 mill. kr ekstra fram mot 2030 og 10 mill. kr ekstra til kommunen fram mot 2040, basert på økning i antall eldre og dagens regler som tilsier om lag 85000 kroner ekstra inntekt til Snåsa kommune pr ekstra innbygger mellom 80 og 89 år, og 195400 kr pr ekstra innbygger over 90 år.
- Nasjonale signaler er mer vekt på hjemmebasert omsorg og mer fleksibel av ressursene enn hva som tradisjonelt har vært innenfor institusjonsbasert omsorg.
- Det foreligger ingen kjente, valide kostnadsoverslag for hvordan driftsutgiftene endres ved overgang fra institusjonsbasert til hjemmebasert omsorg med heldøgns bemanningstilbud der man på kort sikt flytter over en pasientgruppe mens man på lenger sikt kan påvirke pasientgruppens størrelse med tilbud om aktivisering og andre tilbud som gjør det mer mulig å bo hjemme.
- Det argumenteres med mer fleksibel bruk av ressursene ved hjemmebaserte tilbud, men dette kan i praksis oppnås også ved å samordne institusjons- og hjemmebasert omsorg som Snåsa allerede har gjort.

I tabellen nedenfor viser vi resultater fra SSBs framskrivinger av antall eldre og hva vi anslår i utvikling av behov framover. Her har vi blant annet lagt inn dagens andel mottakere av tjenester og brukt dette til å framskrive antallet mottakere. Resultatet av en slik framskrivning blir 40 % flere mottakere av tjenester i 2040. Dette er ment kun for å illustrere hva slags økning i ressursbehov det kan være.

Hva som er det faktiske ressursbehovet og hva man velger å sette inn av ressurser er et annet spørsmål. I tabellen har vi lagt inn dagens ressursbruk pluss økt statstilskudd på grunn av flere eldre innbyggere, slik at sektorbudsjettet anslås til 65 mill kr i 2040, målt i dagens prisnivå. Dette gir i så fall en vekst på 20 % i utgiftene, altså klart mindre enn utgiftsbehovet basert på antall mottakere. Antall mottakere kan deles inn i mange ulike grupper hvor vi her fokuserer mest på de mest krevende brukerne, de med behov for heldøgns omsorgstilbud. Kapasiteten må her ta høyde for betydelig økning i demente og andre med tungt omsorgsbehov.

Tabell 9 Heldøgns plasser og dekningsgrad i framtidig pleie og omsorg i Snåsa (Kilde: SSBs befolkningsframskrivinger og TFoUs anslag)

	2016	2020	2030	2040
Antall innbyggere	2159	2 124	2 099	2 102
Antall innbyggere 80 og eldre	135	147	190	220
Antall innbyggere 67-79 år	313	309	322	342
Mottakere av pleie- og omsorgstjenester, ut fra dagens behov	218	223	252	299
Brutto driftsutgifter innen sektoren i mill kr	55,2	57,6	60,2	65,2
Institusjonsplasser som i 2016	35	35	35	35
Dekningsgrad (inst.plasser/innb eldre over 80 år)	26 %	24 %	18 %	16 %
Andre plasser med heldøgns bemanning	-	-	6	12
Justert dekningsgrad med bemannede boliger	26 %	24 %	22 %	21 %
Andre omsorgsboliger	42	52	52	52
Brutto driftsutgifter institusjon i mill kr	28,2	28,2	28,2	28,2
Brutto driftsutgifter aktivisering og hjemmebasert i mill kr	27,0	29,4	32,0	37,0
Antall plasser og boliger delt på mottakere	35 %	39 %	37 %	33 %
Institusjonsplasser går fra 35 til 25	35	25	25	25
Dekningsgrad (inst.plasser/innb eldre over 80 år)	26 %	17 %	13 %	11 %
Andre plasser med heldøgns bemanning	-	10,0	16,0	22,0
Justert dekningsgrad med bemannede boliger	26 %	24 %	22 %	21 %
Andre omsorgsboliger	42	52	52	52
Antall plasser og boliger delt på mottakere	35 %	39 %	37 %	33 %
Brutto driftsutgifter institusjon i mill kr	28,2	20,2	20,2	20,2
Brutto driftsutgifter aktivisering og hjemmebasert i mill kr	27,0	37,4	40,0	45,0

I tabellen skilles mellom to alternativ, ett hvor vi illustrerer plasser, boliger og kostnader ved institusjonsplasser som i 2016, og ett hvor vi reduserer institusjonsplassene samtidig som vi øker antallet andre heldøgnsbemannede plasser med 6-12 mot 2030-2040. Her er det lagt inn 0,8 mill kr pr reduserte plass innen institusjonstilbudet. Dette er videre lagt inn som forutsetning i anslagene for driftsutgifter institusjon og annet (aktivisering og hjemmetjeneste). Vi anslår med andre ord at det man sparer i institusjon, må brukes til heldøgns omsorg, eventuelt at noe av kan brukes til aktiviseringstilbud som bidrar til å holde folk boende hjemme i større grad.

I begge tilfeller er det lagt inn til sammen 47 heldøgns plasser og 52 omsorgsboliger imot 2040. Dette kan vises å opprettholde en relativt høy generell dekningsgrad, dvs. antall plasser og boliger delt på antall personer i aldersgruppen over 67 år. Videre kan økt antall private leiligheter i sentrum til en viss grad redusere utgiftsbehovet pleie- og omsorg, siden det kan forenkle mulighetene til å bo hjemme.

Den store utfordringen er at dekningsgradene innen eldre aldersgrupper synker med bare 47 heldøgns plasser på lang sikt. Bare innen demens kan antall personer med tyngre omsorgsbehov dobles og kanskje tredobles innen 2030-2040. Da blir det eventuelt få plasser igjen til rehabilitering, habilitering og andre formål. Snåsa er i den sammenheng en kommune med relativt få innbyggere, og det kan være stor variasjon i omfang innen ulike brukergrupper mellom år. Omsorgstilbudet bør slik sett bygges opp fleksibelt slik at det blir mulig å ta inn ulike brukergrupper i ulike avdelinger og områder av tilbudet.

Kostnadsnivået i pleie/omsorg er lavt i utgangspunktet i Snåsa. Dette indikerer effektiv drift men også lav forekomst tyngre brukere og at det pr i dag ikke ytes tjenester på samme nivå som i kommuner nærmere gjennomsnittet. Spesielt de to siste momentene antyder at ressursbehovet i sektoren må økes utover de 5-10 mill. kronene som er lagt inn ut fra økte statlige overføringer. Spesielt må aktivisering og stimulering av folk til å bli boende hjemme få økte ressurser på et tidlig nok tidspunkt. Det kan derfor være vel anvendte penger å øke ressursbruken allerede i kommende økonomiplanperiode, slik at man unngår å være på etterskudd når økningen i antall eldre kommer for fullt etter 2020.

Et alternativ til å satse mer på aktivisering og at folk skal klare seg mer hjemme, er å opprettholde høyere kapasitet innen heldøgnsomsorg. Det kan vises at seks ekstra plasser til om lag 0,8 mill kr i årlig kostnad, vil kunne gi dekningsgrad på 24-25 % fram mot 2030-2040. Prisen pr år, trolig om lag 5 mill kr, illustrerer at økt satsing på aktivisering og tilrettelegging for å bo hjemme, kan forsterkes betydelig.

6. KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER

6.1 Generelt

Vår gjennomgang av helse- og omsorgstjenesten i Snåsa kommune har gitt oss et bilde av en tjeneste som er kostnadseffektiv, oppegående, framtidsrettet, fokuserer på kvalitet og på at tjenestene skal tilpasses tjenestemottakerne der de er. Vi har også konstatert at det er stor grad av enighet om utfordringer og muligheter og om hvordan tjenestene bør være organisert i framtiden. Alle vi har snakket med har understreket at det må arbeides for helhetlige løsninger og at dette forutsetter økt samhandling og mer fleksible måter å organisere og løse oppgavene på. I dette ligger også at det må være en innebygget mulighet for fleksibilitet i bruken av eksisterende og framtidig bygningsmasse.

Helse- og omsorgstjenestene omfatter alle aldersgrupper i kommunen. Ulike brukere har ulike behov, noe som stiller store krav til både spesialisering og samarbeid for å skape optimale tilbud for brukerne. Helsehuset inneholder tjenester og kompetanseressurser for hele befolkningen.

Viktige forutsetning for å lykkes med å skape gode løsninger er motiverte og kompetente medarbeidere, inkluderende lederskap og forutsigbar økonomi. Snåsa kommune bør arbeide med informasjon og kommunikasjon både internt i organisasjonen og eksternt. Særlig viktig er det å involvere, etterspørre og legge til rette for deltakelse og innsatser fra øvrige kommunale enheter, brukerorganisasjoner, pårørende og lokalsamfunnet generelt.

6.2 Helse, folkehelse og kultur

Et målrettet arbeid med forebygging og folkehelse gir muligheter for bedre helse i befolkningen og for betydelige innsparinger og mindre ressursbruk til behandling og færre og kortere innleggelses. Dette krever «tung satsing over tid» der gode tiltak kan gi økt livskvalitet, virke forebyggende og gi helsegevinster for den enkelte innbygger, selv om en ikke nødvendigvis kan måle resultater i løpet av kort tid. Satsing på forebygging og folkehelse forutsetter tålmodig og langsiktig politikk.

Det å ta i bruk lokale ressurser som lag, foreninger og kulturarbeidere kan forløse både skapende krefter i lokalsamfunnet og samarbeid med tjenester og brukere. Det å involvere ansatte og brukere i natur- og kulturopplevelser som helsefremmende eller forebyggende aktivitet har gode effekter. Koblingen til kommunenes kulturarbeid blir derfor viktig. Her har Snåsa allerede gode tradisjoner og gode interne relasjoner.

Gjennom «Nasjonalt kompetansesenter for Kultur, helse & omsorg» i Levanger, kan kommunen få tilgang til kunnskap og ressurser som kan bidra til å forebygge lidelser eller styrke det forebyggende helsearbeidet for både eldre og unge.

Vi anbefaler at Snåsa kommune vurderer å jobbe enda mer systematisk for i enda større grad enn nå å ta i bruk kunst, kultur og kulturopplevelser som helsefremmende tiltak.

6.3 Rekruttering og kompetanse

Kompetansen som rekrutteres bør ha pasientenes eller brukernes behov i sentrum, og ha som mål å fylle behovene med god kvalitet til lavest mulig kostnad. Det kan åpne opp for å i større grad bruke f.eks. lege og sykepleiere der kompetansen er lovpålagt og absolutt nødvendig, og i større utstrekning rekruttere yrkesgrupper som fysio- og ergoterapeuter, fagutdannede helsefagarbeidere eller støttekontakter for andre typer arbeidsoppgaver.

Ser en på situasjonen mht. kvalifisert personell i et 10-15-års perspektiv kan en konkludere med at det ikke er nok å videreføre dagens nivå på antall sykepleiere; det er behov for flere. Kommunens kompetanse- og rekrutteringsplan kan og bør prioritere tiltak som sikrer rekruttering av nødvendig kompetanse.

En aktiv politikk for å øke attraktiviteten gjennom en kvalitetsorientert og kompetansedrevet tjenesteproduksjon er nødvendig. Generelt vil gode tiltak for Snåsa kommune være å arbeide for å få flest mulig hele stillinger og ha en aktiv bruk av lærlinger.

6.4 Styrking av hjemmetjenester og åpen omsorg

Det er viktig å se sammenhengen i tjenestetilbudet fra aktivitets- og dagtilbud, åpen omsorg (tjenester til mennesker som bor hjemme og som trenger hjelp i dagliglivet) med for eksempel hjemmehjelp, støttekontakt, brukerstyrt personlig assistent og til hjemmesykepleie og mer spesialiserte tjenester.

En omlegging fra satsing på sykehjemsplasser til økt satsing på hjemmetjenester, at folk i større grad skal kunne fortsette å bo hjemme, og med gode og tilstrekkelige tjenester, krever at disse tjenestene styrkes og at det arbeides med å utvikle smarte løsninger der både brukere, pårørende og ansatte opplever trygghet og kvalitet.

Praktiske tjenester og for eksempel ambulerende vaktmestertjeneste kan inngå i dette.

6.5 Utvikling av helse-, pleie- og omsorgstjenesten

Som nevnt i kapittel 3.2.1 er en mulig del av løsningen på å få en mer fleksibel organisering at tjenesten blir én organisatorisk enhet når det gjelder tjenesteproduksjon, turnus, ansatte og rekruttering.

Det er naturlig at leder for pleie- og omsorgstjenesten har ansvaret for gjennomføringen av omorganiseringen. Kompetanse- og rekrutteringsplan som er under utarbeidelse bør ta utgangspunkt i at tjenesten er én organisatorisk enhet.

Vi anbefaler at Snåsa kommune følger opp tidligere utviklingsarbeid og gjennomfører prosesser som involverer både enkeltpersoner, interessenter og fellesskap i endringsprosessene. Det aller viktigste grepet er å bidra til, og legge til rette for, at alle i organisasjonen forstår hva som er årsaken til og målet for endringen. Det er viktig å ta i bruk lederes og ansattes kompetanse på en slik måte at de får anledning til å bidra kritisk og konstruktivt til å finne gode løsninger.

6.6 Helsehuset

Helsehuset har potensial for i enda større grad å kunne fungere som et «allhus» hvor ulike helsetjenester i Snåsa er samlokalisert.

I forbindelse med nybygg og omorganisering kan det legges til rette for fysisk samlokalisering, samarbeid og felles bruk av ressurser. Det er allerede gjennomført tiltak for å skape slike resultater, men det er forbedrings- og utviklingspotensial. Med tilpasning, ombygging, omdisponering av arealer og nybygg kan dette utvikles videre.

I forbindelse med forebygging og folkehelse spiller ansatte i helsehuset allerede en viktig rolle, og det er potensial for å utvide denne rollen. En styrking og videreføring av arbeidet med forebygging vil være en fornuftig investering for Snåsa kommune.

Aktivitet og ernæring er sentrale komponenter både i forebygging, rehabilitering og generell folkehelse.

- For å tilrettelegge for aktiviteter i helsehuset er det behov for et areal som gir plass til ulike apparater for både grupper og enkeltindivider. Ergo- og fysioterapeutene bør være lokalisert i tilknytning til dette arealet.
- Ernæring er en svært sentral del av en godt fungerende pleie- og omsorgstjeneste. Å sørge for at eldre spiser måltidene sammen med andre har vist seg å ha god effekt på trivsel og ernæring. Et kjøkken kan være et sosialt nav i det nye helsehuset, dersom det åpnes for at både pasienter, ansatte, pårørende og andre gjennom for eksempel en kantineordning kan bruke det. Matleveringsordningen som fungerer godt i dag videreføres, men

særlig beboere i omsorgsboliger som ligger i nærheten av helsehuset kan oppmuntres til å komme på helsehuset til en eller flere av dagens måltider.

Tilrettelegging for fysisk aktivitet, sosialt samspill og ernæring vil kreve investeringer. Det er vanskelig å gi et overslag på eventuelle besparelser som ligger i forebygging og økt livskvalitet, men vi er av den oppfatning at en bør tenke framtidige løsninger og muligheter, ikke bare foreta kortsiktig vurderinger av investeringskostnader.

6.7 Institusjonsplasser og omsorgsboliger

Det er vanskelig å gi eksakte anbefalinger om antall institusjonsplasser og omsorgsboliger. Behovet for heldøgns pleie- og omsorgsplasser på helsehuset bestemmes i stor grad av behovet hos brukerne og av hvor godt private hjem eller omsorgsboliger kan tilrettelegges.

For å si noe om behovet på helsehuset bør arbeidet med å gjennomgå og bidra til tilrettelegging i private boliger og omsorgsboliger videreføres, jf. kap. 3.3. I den forbindelse vil det også være viktig å vurdere infrastrukturløsninger (velferds- eller mestringsteknologimuligheter) og enkle tekniske eller praktiske tjenester som kan bidra til at innbyggere velger å satse på å bo lengre hjemme. Ambulerende vaktmestertjeneste kan være en mulighet.

I forbindelse med utbygging av helsehuset må Snåsa kommune ta stilling til hvor mange institusjonsplasser av ulik karakter Snåsas innbyggere vil ha behov for i løpet av de neste tiårene. Det er understreket at fleksibilitet er en svært viktig kvalitet ved det nye helsehuset. Det kan for eksempel bety at alle nybygde rom må kunne benyttes av alle typer pasienter og at omsorgsboliger kan gjøres om til fulltids pleieplasser jf. kap 3.4.

Den store utfordringen er at dekningsgradene innen eldre aldersgrupper synker med bare 47 heldøgns plasser på lang sikt jf. kap 5. Bare innen demens kan antall personer med tyngre omsorgsbehov dobles og kanskje tredobles innen 2030-2040. Da blir det eventuelt få plasser igjen til rehabilitering, habilitering og andre formål. Snåsa er i den sammenheng en kommune med relativt få innbyggere, og det kan være stor variasjon i omfang innen ulike brukergrupper mellom år. Omsorgstilbudet bør slik sett bygges opp fleksibelt slik at det blir mulig å ta inn ulike brukergrupper i ulike avdelinger og områder av tilbudet.

Et alternativ til å satse mer på aktivisering og at folk skal klare seg mer hjemme, er å opprettholde høyere kapasitet innen heldøgnsomsorg. Det kan vises at seks ekstra plasser til om lag 0,8 mill kr i årlig kostnad, vil kunne gi dekningsgrad på 24-25 % fram mot 2030-2040. Prisen pr år, trolig om lag 5 mill kr, illustrer at økt satsing på aktivisering og tilrettelegging for å bo hjemme, kan forsterkes betydelig.

REFERANSER

- Borge, Lars Erik og Marianne Haraldsvik (2005): Ressursbruk og tjenestetilbud i institusjonsorienterte og hjemmetjenesteorienterte kommuner. Senter for økonomisk forskning.
- Brevik, Ivar (2010) De nye hjemmetjenestene – langt mer enn eldreomsorg. Utvikling og status i bruk av hjemmebaserte tjenester 1989-2007. NIBR-rapport 2010:2. Norsk Institutt for by- og regionforskning.
- Brevik, Ivar (2015): Herre i eget hus. Muligheter til å etablere seg i egen bolig for unge funksjonshemmede med tjenester. Rapport 2014:1. Brelanta Analyse.
- Elnan, Kåre (2011): Scenarieanalyse 2010-2020. Boligbehovet i Norge. Prognosesenteret på oppdrag fra Boligprodusentenes forening
- Folkehelseinstituttet (2014) Folkehelse rapporten 2014. Helsetilstanden i Norge. Tilgjengelig på: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/demens---folkehelse rapporten-2014/>
- Haugan, Gørill; Ruth Woods; Karin Høyland og Øyvind Kirkevold (2015): Er smått alltid godt i demensomsorgen? Kunnskapsstatus om botilbud. SINTEF Byggforsk. SINTEF akademisk forlag.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). Demensplan 2015. «Den gode dagen». Delplan til Omsorgsplan 2015. Tilgjengelig på: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan2015/Demensplan2015.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016) Rom for omsorg. Behov for utbygging og fornyelse av landets sykehjem og omsorgsboliger. Behandlet i konsultasjonsmøte med KS 26.oktober 2016. Tilgjengelig på: https://www.regjeringen.no/contentassets/bdba889a5fad49db9485f688551cebee/161115_rom_for_omsorg.pdf
- Henriksen, Nina, Kurt Møller og Mary-Ann Knudstrup (2007) Trivsel og boligform. Litteraturgennemgang. Aalborg Universitet. Utarbeidet for den danske Servicestyrelsen.
- Hjort, P. F., Waaler, H. Th. (2010) Demens frem mot 2050. *Tidsskriftet Den norske legeforening*. 3/2014. Tilgjengelig på: <http://tidsskriftet.no/2010/07/kronikk/demens-frem-mot-2050>

Holmøy, Erling, Fatima Valdes Haugstveit, og Berit Otnes (2016): Behovet for arbeidskraft og omsorgsboliger i pleie- og omsorgssektoren mot 2060. Rapport 2016/20. Statistisk Sentralbyrå

Nasjonalforeningen for folkehelsen (2016). Nasjonalforeningen for folkehelsens prinsippprogram på demensområdet. Tilgjengelig på: <http://nasjonalforeningen.no/om-oss/vi-mener/prinsippprogrammer/prinsippprogram-demens/>

Paquet, C. et al. (2008) More Than Just not Being Alone: The Number, Nature, and Complementarity of Meal-Time Social Interactions Influence Food Intake in Hospitalized Elderly Patients. *The Gerontologist*, Vol 48:5, 603-611.

Snåsa kommune (2011a). Handlingsplan for helse- pleie- og omsorgstjenesten 2010-2020. Vedtatt i Snåsa Kommunestyre 25. februar, Snåsa.

Snåsa kommune (2011b). Demensplan Snåsa kommune 2010-2020. Vedtatt i Snåsa Kommunestyre 28. april, Snåsa.

VID Vitenskapelige Høgskole og Agenda Kaupang (2016): Heldøgns omsorg – kommunenes dekningsgrad. Færre institusjonsplasser, mer omfattende hjemmetjenester. KS-FOU

