

Kunnskapsgrunnlag og analyser knyttet til utvikling,
lokalisering og dimensjonering av helse- og
omsorgstilbudene i Molde kommune

21.09.2023



Side

0	Sammendrag, anbefalte tiltak og veikart	4-11
1	Bakgrunn, gjennomføring og metode	12-16
2	Helse og omsorg i Molde kommune	17-29
3	Alderssammensetning og demografiutvikling i Molde kommune	30-33
4	Nasjonale trender i sektoren	34-42
5	Bo- og habiliteringstjenester	43-47
6	Psykisk helse- og rustjenester	48-51
7	Eldreomsorg	52-72
8	Støttetjenester	73-77
9	Kildehenvisninger og disclaimer	78-80

Forklaring av sentrale begrep og hvordan de brukes i rapporten

Helse og omsorg: Brukes i rapporten om alle tjenester som rapporterer til kommunalsjef helse og omsorg i Molde.

Eldreomsorg: Omfatter helse- og omsorgstjenester til brukere som er 67 år eller eldre.

Institusjon: Heldøgns botilbud der beboer i langtidsopphold med behov for omfattende helse- og omsorgstjenester får alle sine behov inkludert mat og medisiner dekket av kommunen mot å betale andel av inntekt/trygd. For korttidsopphold og barn i barnebolig gjelder andre betalingsordninger.

Bofellesskap: Heldøgnsbemannet boligstruktur med flere boenheter der brukerne som oftest disponerer eget kjøkken og stue men også deler fellesområder som kjøkken og stue.

Sykehjem: Brukes ofte som en samlebetegnelse for alle typer heldøgns plasser (HDO-plasser) innen eldreomsorgen - dvs at sykehjem favner både institusjon og heldøgnsbemannede bofellesskap. I denne rapporten vil sykehjem bli brukt om institusjonsplasser.

Omsorgsbolig: Leilighet uten fast bemanning. Beboer leier leilighet der det ikke er tilknyttet egen personellbase og ingen fast bemanning. Ved behov får beboer vedtak om hjemmebaserte tjenester som hjemmetjenesten utfører.

Plansone/distrikt: Geografisk område med samling av flere tjenester. Det er 5 plansoner/distrikt i Molde idag; Midsund, Nettet, Kleive, Skåla, Sentrum.

Lokasjon: Avgrenset geografisk område der det er brukerrettet virksomhet og der det kan være flere bygg men gangavstand mellom byggene. Innen Bo- og habiliteringstjenester er det 23 lokasjoner idag (bofellesskap, andre boliger og aktivitetssentre) I psykiske helse- og rustjenester 8 lokasjoner. I eldreomsorgen 10 lokasjoner (Midsund omsorgssenter, Nettet omsorgssenter bofellesskap og helsehus, Kleive omsorgssenter, Skåla omsorgssenter, Kirkebakken omsorgssenter og helsehus, Bergmo omsorgssenter, Glomstua omsorgssenter, Nobel bofellesskap, Gotfred Lies plass bofellesskap, Råkhaugen omsorgssenter.

Samlokalisering: Samling av flere funksjoner på samme lokasjon (samme geografiske område) der det er gangavstand mellom funksjoner og bygg.

Samlokaliserte boliger: Leiligheter tilrettelagt for en gruppe brukere med sammenfallende tjenester. Tjenestene gis fra en base tilknyttet samlokaliseringen

Omsorgssenter: Brukes om en lokasjon som favner ulike tjenester innen eldreomsorg - eksempelvis institusjon og bofellesskap, base for hjemmetjenester, dagsenter, kjøkken og vaskeri.

Dekningsgrad: KOSTRA definerer dekningsgrad som prosentandel institusjonsplasser av antall innbyggere over 80 år. I Husbankens definisjon tas også heldøgnsbemannede bofellesskap inn i dekningsgrad slik at det blir prosentandel institusjonsplasser og HDO plasser av antall innbyggere over 80 år.

BPA: Brukerstyrt personlig assistent



0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

Sammendrag,
anbefalte tiltak og
veikart



Sammendrag (1/6)

Bakgrunn

PwC har på oppdrag fra Molde kommune etablert et kunnskapsgrunnlag som skal ligge til grunn for strategisk plan for helse- og omsorgstjenester.

Utgangspunkt har vært botilbudet, med vurdering av hvilken konsekvens endring i plasser og dekningsgrader vil ha for hjemmetjenesten og for støttetjenester. Det er videre gjort vurderinger og anbefalinger rundt fremtidig lokalisering og dimensjonering og vurderinger av økonomi og bemanning knyttet til anbefalt struktur.

Arbeidet har vært gjennomført i tett samarbeid med ledere, tillitsvalgte og andre nøkkelpersoner i kommunen.

Våre observasjoner, vurderinger og anbefalte tiltak for en bærekraftig utvikling i helse og omsorg fremover er oppsummert på de neste sidene

Viktigste utfordringer i helse og omsorg i Molde kommune:



Antall innbyggere over 80 år vil doubles uten at det vil være mulig å øke bemanning og ressurser tilsvarende

Kommunen vil få en dobling av antall innbyggere over 80 år fram mot 2040. Dersom tjenesten drives på samme måte som i dag betyr det at kommunen må etablere 258 nye institusjonsplasser og 59 nye plasser i heldøgnsbemannede omsorgsboliger.

Det vil være behov for 321 flere årsverk enn idag, og årlig driftsbudsjett vil måtte økes med ca. 300 MNOK.

Det vil ikke være mulig for kommunen å skaffe tilstrekkelig bemanning eller disponible midler til en slik utvikling. Mangel på helsepersonell vil være den største utfordringen. Helsepersonellkommisjonen har uttalt at det er fare for at tjenestene bryter sammen dersom ikke produktiviteten økes og måten det arbeides på endres.

Molde har i dag 8 sykehjem og 4 bofelleskap for eldre. Noen av enhetene har få plasser og få brukere. Dette gir små fagmiljø, noe som ifølge Helsepersonellkommisjonen bidrar til å vanskeliggjøre rekruttering. Produksjonskjøkken og vaskeri for institusjonstøy og beboertøy er lokalisert på sykehjemmene og driftes av kommunen (noe privat leverandør på vaskeri).

Kjøkkenene leverer varm middag til hjemmeboende eldre og til beboere i sykehjem og bofelleskap. Det er ikke tilstrekkelig areal til å utvide hverken kjøkken eller vaskeri i tråd med økning i antall eldre. Dagens løsning er dermed ikke mulig å videreføre til 2040 uten at det gir betydelige kapasitetsutfordringer



Fremtidig behov for tjenester innen bo- og habiliteringstjenester, og psykisk helse- og rustjenester, er usikkert

Behov for disse tjenestene er ikke mulig å framskrive på bakgrunn av demografi slik som i eldreomsorgen. Bo og habiliteringstjenester kjenner til et antall barn med utviklingshemming som fyller 18 år fram mot 2040. Antall tilflyttende eller nye brukere som ikke har tjenester i dag er ikke kjent.

Psykiske helse- og rustjenester har hatt en kraftig økning i søknader om kortvarig psykisk helsehjelp det siste halvåret, men det er usikkert om økningen vil fortsette. Forekomst av psykiske lidelser i befolkningen er stabil på landsbasis.

Sammendrag (2/6)

Dagens organisering

Observasjon: Tjenestene i helse og omsorg er fordelt på 10 enheter og 47 lokasjoner. Flere lokasjoner har relativt få brukere og ansatte. Enhetslederne har flere avdelingsledere under seg. Antall ledere er delvis en følge av den geografisk spredte virksomheten.

Vurdering: For å lykkes med omstilling og bærekraftig utvikling vil Molde ha behov for tilstrekkelig ledelsesressurser på operativt nivå, fysisk nært brukere, pårørende og ansatte. Det anbefales derfor ingen omorganisering nå. Reduksjon i antall ledere bør gjennomføres i forbindelse med samlokalisering og reduksjon i antall lokasjoner og avdelinger.

Dagens tjenestenivå

Observasjon: Dekningsgrad for institusjonsplasser i Molde er på 15,9 % som utgjør 274 plasser. Dette er etter nedtak i 2022-2023 (4 plasser gjenstår). Dette er på nivå med snitt i KOSTRA-gruppen og litt lavere enn snitt for landet. Det er tilnærmet 100 % belegg i plassene. Molde har 62 plasser og dekningsgrad 3,6 % i heldøgnsbemannede bofellesskap for eldre. Her finnes det ikke sammenligningstall fra andre kommuner. Antall brukere av hjemmebaserte tjenester i Molde er ifølge KOSTRA-tall for 2022 lavere enn snitt i KOSTRA-gruppen, mens gjennomsnittlig antall timer per bruker er høyere. **Vurdering:** Beleggsprosent og antall brukere i heldøgns plassene i 2022 var høyt, noe som tyder på god utnyttelse av kapasiteten. For antall brukere og timer per bruker i hjemmebaserte tjenester er det usikkerhet i registreringspraksis i kommunene og tallene må tolkes med varsomhet. **Observasjon:** Molde hadde i 2022 høyere kostnader per innbygger og høyere forbruk av årsverk per bruker av omsorgstjenester enn sammenlignbare kommuner. Her inngår kostnader til vikarer og overtid. **Vurdering:** Årsak til høyt kostnadsnivå analyseres ikke i dette prosjektet, men i parallelt prosjekt i samarbeid mellom Romsdalskommunene.

Demografisk utvikling i de ulike delene av kommune

Observasjon: Antall innbyggere over 80 år dobles fram mot 2040. I snitt er det en årlig vekst på 4 %. Veksten er spesielt høy i årene 2026-2030. Også antall innbyggere mellom 67 og 79 år øker mot 2040. Utviklingen er ulik i plansonene. Sentrum får størst vekst i andel og antall eldre, Midsund får lavest vekst.

Vurdering: Den demografiske utviklingen i plansonene tilsier at nye heldøgns plasser for eldre bør etableres i sentrum. Det er her den største økningen i antall eldre vil være, og det er her infrastruktur som offentlig kommunikasjon og servicetjenester er best lagt til rette.

Sammendrag (3/6)

Forventet utvikling i befolkningens helsetilstand

Observasjon: Fra 1995 til 2017 har gjenstående leveår uten hjelpebehov etter 70-års alder økt med 4-5 år. Økt bemanningsbehov i helse og omsorg skyldes ikke økt sykkelighet, men at vi blir flere eldre og derfor flere med hjelpebehov. Statistisk sentralbyrå viser til at folkehelsen i Norge har vært i bedring i flere tiår allerede uten at det har dempet behov for helsepersonell. **Vurdering:** Fremtidig bedring i folkehelse bør ikke tillegges for stor vekt i dimensjonering av bemanning i eldreomsorgen. Samlet sett vurderer SSB at effekt av bedret folkehelse kan utgjøre en halv prosent reduksjon i bemanningsbehov per bruker per år framover.

Rekruttering og kompetanse

Observasjon: Innen 2040 vil 506 av dagens ca. 1.365 ansatte i Helse og omsorg i Molde gå av med pensjon. Det er flest sykepleiere og helsefagarbeidere som vil gå av. Molde har ca. 40 flere årsverk med høyskoleutdanning og ca. 40 færre med fagutdanning i helse og omsorg enn sammenlignbare kommuner og snitt i landet. **Vurdering:** Rekruttering av kvalifisert personell kommer til å bli en utfordring i årene som kommer, for alle kommuner. Mangelen på bemanning vil bli størst for de høyskoleutdannede gruppene. Det vil være behov for å forberede seg på en framtid der tilgangen på høyskoleutdannede vil være lavere enn i dag. Dette innebærer å rendyrke oppgavene for de høyskoleutdannede og å unngå å binde opp helsefaglig kompetanse til å utføre oppgaver andre kan ivareta.

Teknologisk utvikling

Observasjon: Molde er i ferd med å innføre velferdsteknologi. Innsparingspotensialet ved bruk av ulike velferdsteknologier er fremdeles uklart. SSB peker på at teknologiske og digitale verktøy har vært i funksjon og stadig blitt utviklet også i de tiårene vi har lagt bak oss. Dette har likevel ikke ført til en demping i behov for helsepersonell. **Vurdering:** Molde bør fortsette innføring av velferdsteknologi og arbeide aktivt for å hente ut bemanningsmessig gevinst. Bemanningsmessig gevinst av velferdsteknologi bør likevel ikke tillegges stor vekt i framskriving av behov for helsepersonell.

Eldres valg av boform

Observasjon: Det er blitt mer vanlig å flytte i aldersgruppen 60-75. Eldre flytter fra enebolig til mer tilgjengelige blokkleiligheter. Tilhørighet i lokalsamfunnet og nærhet til infrastruktur og møteplasser vektlegges når eldre vurderer valg av boform. Dette bidrar til et aktivt liv som igjen bidrar til bedre helse og utsettelse av hjelpebehov. **Vurdering:** Ved å hensynta faktorer som påvirker eldres valg av boform i fremtidige planer for bolig- og næringsutbygging kan Molde kommune legge til rette for dempet vekst i helse- og omsorgstjenester.

Sammendrag (4/6)

<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>Tilrettelegging for et aldersvennlig samfunn</p>	<p>Observasjon: Eldres ønsker for et aldersvennlig samfunn er undersøkt i flere utredninger. De eldre peker på behov for å føle tilhørighet og å være tett på lokalsamfunnet. De ønsker mulighet til å være aktive og oppleve liv og røre uten at det fordrer store krav til transport og tilrettelegging. De ønsker å føle seg verdsatt og få anledning til å bruke egne ressurser. Vurdering: Tilrettelegging av lokalsamfunn ut fra eldres behov kan bidra til å dempe presset på helse- og omsorgstjenestene og dermed også bemanningsbehovet. Utvikling av et aldersvennlig samfunn i Molde må skje på tvers av virksomhetsområder i kommunen og i samarbeid med representanter for de eldre, frivillige organisasjoner og næringsliv. Arbeidet må koordineres av kommunen hvis det skal lykkes.</p>
<p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>Bo- og habiliterings-tjenester</p>	<p>Observasjon: Bo- og habiliteringstjenester omfatter bofellesskap og samlokaliserte boliger, avlastningsboliger, dagtilbud og aktivisering og hjemmebaserte tjenester. Tjenesten er spredt på 23 lokasjoner. I tillegg ytes det tjenester på ca. 40 enkeltadresser. I 2023 bor 99 brukere i bofellesskap eller samlokaliserte boliger. I tillegg kommer 31 brukere i private hjem. Vurdering: Antallet kjente nye brukere som kommer inn i tjenesten de nærmeste ti årene gir grunnlag for å bygge et nytt bofellesskap/samlokaliserte boliger. Det er også behov for å erstatte lokaler for et av de eksisterende samlokaliseringene, da det har ugunstig beliggenhet og manglende fasiliteter for ansatte. Ut over dette er det behov for oppgradering eller utskiftning av flere bygg. Flere boliger er ikke bygget for det formål de brukes til idag, men er anskaffet som vanlige boliger og innredet etter beste evne. Særlig er det arbeidslokaler for de ansatte som ikke er funksjonelle. Tjenestene kan også samlokaliseres i større grad enn idag. Økt samlokalisering av boliger og tilrettelegging av arbeidsforhold for ansatte vil virke positivt på rekruttering og også dempe behov for nattevakter.</p>
<p>9</p> <p>Psykiske helse- og rustjenester</p>	<p>Observasjon: Enheten omfatter Kortvarig psykisk helsehjelp (lavterskeltilbud), Psykisk helseteam (stasjonært og ambulans), Distriktsteam, ett heldøgnsbemannet bofellesskap og boliger med stasjonær bemanning deler av døgnet. I tillegg kommer Rus- og psykiatri team (ROP team), Fact-Ung, arbeid og aktivisering og barnebolig. Tjenesten er fordelt på 8 lokasjoner. I bofellesskapet er de fleste beboerne eldre. Lokalene her har ikke funksjonelle fasiliteter for de ansatte. Det er et nasjonalt mål at satsning på psykisk helsehjelp og rusomsorg skal videreføres i kommuner og sykehus. Vurdering: Molde bør gjennomgå boligens tekniske tilstandsgrad og funksjonalitet i forbindelse med tilsvarende gjennomgang som anbefales for bo og habiliteringstjenester.</p>

Sammendrag (5/6)

<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>Eldreomsorgen Kapasitet</p>	<p>Observasjon: Kommunen vil få en dobling av antall innbyggere over 80 år fram mot 2040. Antall eldre med god fysisk helse men med kognitiv svikt vil øke Vurdering: PwC anbefaler å dempe veksten i institusjonsplasser ved å satse mer på bofellesskap. I samarbeid med prosjektgruppen er det utarbeidet framskrivning av dagens dekningsgrader og ytterligere tre scenarier med ulike dekningsgrader og fordeling av type plasser.</p> <p>Mot 2030 vurderer PwC at kommunen bør etablere 87 nye plasser i bofellesskap. Kommunen kan klare seg med det antall institusjonsplasser som driftes idag fram til 2027/2028 men bør ha etablert 36 nye plasser innen 2030. Dette vil gi en dekningsgrad på 12,5 % institusjonsplasser og 6 % bofellesskap. Det vil redusere bemanningsbehov og kostnader i forhold til videreføring av dagens dekningsgrader, samt legge til rette for framtiden hvor antall med kognitiv svikt vil øke. Plassene bør etableres i plansone Sentrum da det er her veksten i antall eldre er størst og her infrastruktur og servicetjenster er best lagt til rette.</p> <p>Mellom 2030 og 2040 bør Molde etablere ytterligere 25 institusjonsplasser og 186 plasser i bofellesskap. Samlet dekningsgrad og antall plasser i heldøgnsomsorgen beholdes da på dagens nivå, men rekrutteringsbehov og kostnader dempes.</p>
<p>7</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>Eldreomsorgen Lokalisering</p>	<p>Observasjon: Molde har flere årsverk i helse og omsorg sammenlignet med andre kommuner i samme KOSTRA-gruppe. Vurdering: PwC vurderer at dette muligens kan henge sammen med den desentrale strukturen. Økt samlokalisering vil kunne dempe bemanningsbehovet noe, styrke samarbeidet på tvers av fag og avdelinger og gi større og mer attraktive fagmiljø. Kommunen bør for eldreomsorgen vurdere å flytte institusjonsplassene ved Kleive og Skåla til sykehjemmene i plansone Sentrum. Dette bør gjøres ved å erstatte plassene til rom som står ledige eller blir ledige framover. Flyttingen må planlegges godt og gjøres i samspill med brukere, pårørende og ansatte. Sykehjemmene i Midsund og Nettet er også små, men bør bestå som i dag på grunn av lange avstander.</p>
<p>Eldreomsorgen Støttetjenester</p>	<p>Observasjon: Molde har 5 kjøkken som daglig produserer varm middag til sykehjemsbeboere, bofellesskap og hjemmeboende eldre. Vurdering: Lokale produksjonskjøkken oppleves som positivt for ernæring og matopplevelse hos brukerne. Ingen av kjøkkenene har imidlertid arealer til å utvide produksjonen i tråd med økning i antall eldre. Molde bør utrede etablering av et nytt samlokalisert kjøkken for produksjon etter kok-kjøll metoden. Alternativt vurdere å inngå avtale med ekstern leverandør. Andre kommuner har lyktes med slik overgang. Fokus på kvalitetskontroll, oppvarming og anretning av maten vil være viktig i en omlegging og drift av ny ordning.</p> <p>Molde har også lokale vaskeri. Heller ikke her er det kapasitet til å utvide i takt med økt antall brukere. Molde bør utrede kjøp av vaskeritjenester fra ekstern leverandør. Beboertøy/privat tøy kan vaskes lokalt.</p>

Sammendrag (6/6)



Følgende tiltak anbefales med hensyn til å sikre bærekraftig dimensjonering og lokalisering av tjenestene i helse- og omsorgssektoren i fremtiden. Tiltakene står i prioritert rekkefølge og i samsvar med nummerering andre steder i rapporten.

1 Planlegge og etablere 87 nye plasser i bofellesskap og 36 nye institusjonsplasser innen 2030

2 Planlegge og etablere nye samlokaliserte boliger (forsterket) innen Bo- og habiliteringstjenester

3 Planlegge og etablere nye samlokaliserte boliger (ikke forsterket) innen Bo- og habiliteringstjenester

4 Gjennomgå tildelings- og registreringspraksis for hjemmebaserte tjenester for å se om høye timetall per bruker er reelt

5 Endre oppgavefordeling med formål å rendyrke oppgaver for høyskoleutdannede og å unngå å binde opp helsefaglig kompetanse til å utføre oppgaver andre kan ivareta.

6 Utrede overgang til sentralisert kjøkkenløsning

7 Utrede kjøp av vaskeritjenester fra eksternt leverandør

8 Planlegge og gjennomføre flytting av institusjonsplasser fra Kleive og Skåla til plansone Sentrum

9 Koordinere innsatsen for et aldersvennlig samfunn der det er lagt til rette for sosialt og aktivt liv for de eldre

10 Utarbeide helhetlig plan for renovering og utskiftning av bygg innen Bo- og habiliteringstjenester og psykisk helse- og rustjenester

11 Planlegge for ytterligere 186 plasser i bofellesskap og ytterligere 25 plasser i institusjon i 2040



Veikart mot bærekraftige helse- og omsorgstjenester i Molde

2023

2024

2025 - 2030

2030 - 2040

Kompetanse og bemanning

5

Endre oppgavefordeling med formål å rendyrke oppgaver for høyskoleutdannede



Bygg og anlegg

1

Planlegge og etablere 87 nye plasser i bofellesskap og 36 nye institusjonsplasser innen 2030



2

Planlegge og etablere nye samlokaliserte boliger (forsterket) innen Bo- og habiliteringstjenester



3

Planlegge og etablere nye samlokaliserte boliger (ikke forsterket) innen Bo- og habiliteringstjenester



6

Utrede overgang til sentralisert kjøkkenløsning



7

Utrede kjøp av vaskeritjenester fra ekstern leverandør



8

Planlegge og gjennomføre flytting av institusjonsplasser fra Kleive og Skåla til plansone Sentrum



10

Utarbeide helhetlig plan for renovering og utskiftning av bygg innen Bo- og habiliteringstjenester og Psykisk helse- og rustjenester



11

Planlegge for ytterligere 186 plasser i bofellesskap og ytterligere 25 plasser i institusjon i 2040



Tjenesteyting

4

Gjennomgå tildelings- og registreringspraksis for hjemmebaserte tjenester for å se om høye timetall per bruker er reelt



9

Koordinere innsatsen for et aldersvennlig samfunn der det er lagt til rette for sosialt og aktivt liv for de eldre





0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

1

Bakgrunn, gjennomføring og metode



Mandat for oppdraget har vært å utarbeide et kunnskapsgrunnlag som skal ligge til grunn for den strategiske planen for sektor for helse og omsorg i Molde kommune

Molde kommune skal utarbeide en strategisk plan for Helse og omsorg for å sikre bærekraftig dimensjonering og lokalisering av tjenestene på alle nivå i omsorgstrappa.

Behovet for å utarbeide en strategisk plan henger sammen med den demografiske utviklingen og et stadig økende press på tjenestene. Sektor for Helse og omsorg i Molde består av bo- og habiliteringstjenester (tjenester til utviklingshemmede), psykisk helse- og rustjenester, eldreomsorg og helsetjenester. I tillegg kommer stab og støtte og funksjon for tildeling og koordinering.

PwC ble engasjert i desember 2022 for å utarbeide et kunnskapsgrunnlag som skal ligge til grunn for den strategiske planen. Mandat for oppdraget er vist i figuren til høyre.

PwC har gjort analyser, vurderinger og anbefalinger iht. mandatet. Rapporten inneholder anbefaling av fremtidig lokalisering og dimensjonering av bo- og institusjonstilbudet, konsekvenser for hjemmebaserte tjenester og dagtilbud og anbefaling av organisering av støttetjenester. I tillegg er det gjort vurderinger av kostnader knyttet til anbefalt struktur.

Kommunen har nylig gjennomført et prosjekt med fokus på tiltak for å beholde, videreutvikle og rekruttere helsepersonell. Denne rapporten omhandler derfor i liten grad vurderinger og anbefalinger på disse områdene.

For lesbarhetens skyld er rapporten delt inn slik at alt som gjelder et virksomhetsområde er omtalt samlet. Oppsummering av anbefalinger og tiltak for hele sektoren finnes i sammendraget.



Mandat

- Analyse av dagens struktur (tjenester i hjemmet, kommunale botilbud, kommunale institusjoner)
- Analyse av den demografiske utviklingen i de ulike delene av kommunen
- Analyse/vurdering av fremtidig behov sett opp mot den demografiske utviklingen, forventet utvikling i befolkningens helsetilstand, den teknologiske utviklingen og rekrutteringsutfordringer
- Analyse/vurdering av hvordan innbyggerne sine valg av egnet bolig/boform kan redusere behov for kommunale botilbud
- Analyse og vurdering av beleggsprosent og snitt liggetid i institusjonssenger
- Analyse og vurdering av fremtidig bemanningsbehov for ulike personellkategorier, oppgavedeling og nye måter å yte tjenester på

Virksomhetsområdene som er gjennomgått er

- Bo- og habiliteringstjenester
- Psykisk helse- og rustjenester
- Eldreomsorg
- Støttetjenester



Arbeidet er utført i nært samarbeid mellom kommunens prosjektgruppe og PwC

Kommunens prosjektgruppe

Fra kommunen har seniorrådgiver Eirik Heggemsnes vært kontaktperson og tilrettelegger. Det har i tillegg vært oppnevnt en prosjektgruppe med følgende deltakere:

- Tanja Thalèn (Kommunalsjef helse og omsorg)
- Siri Haukaas (Fagleder helse og omsorg)
- Mette Borge-Olsen Moe (Enhetsleder bo- og habiliteringstjenester)
- Jane Uliksborg Monsas (Hovedverneombud)
- Sissel Ebbesen Bugge (Hovedtillitsvalgt Fagforbundet)
- Eli Aase Gravdehaug (Hovedtillitsvalgt Norsk Sykepleierforbund. Marte Nygård overtok fra mars)
- Jarle Strømmen (Rådgiver økonomiavdelingen)
- Nils Ingar Drøpping (Seksjonsleder økonomi)
- Randi Myhre (Analyse- og utviklingssjef)
- Eirik Heggemsnes (seniorrådgiver)

PwC sitt team har bestått av

- Anne Hilde Bjøntegård (Prosjektleder og faglig ansvarlig)
- Peder Heggdal (Rådgiver)
- Mats Nettet Busæt (Rådgiver)
- Ingvill Flo (Ansvarlig partner)



Gjennomføring og samarbeidsformer

Det har vært gjennomført møter med prosjektgruppen hver andre uke. I møtene er status og framdrift i arbeidet gjennomgått og analyser og foreløpige vurderinger fra PwC er presentert til prosjektgruppen. I tillegg ble det i perioden 13.-15. februar 2023 gjennomført befarings ved sykehjemmene og noen av bofellesskapene i kommunen.

Det er gjennomført totalt 16 intervjuer (individuelle intervjuer og gruppeintervjuer) med nøkkelressurser i sektoren, herunder enhetsledere, avdelingsledere, tillitsvalgte og verneombud for kjernedrift og støttetjenester. I tillegg ble det intervjuet representanter for brukerne v/rådet for utviklingshemmede.

Den 21. mars 2023 ble det gjennomført en heldags arbeidssamling der PwCs analyser og foreløpige vurderinger ble gjennomgått og diskutert i gruppearbeid. Deltakere i samlingen var prosjektgruppa, ledere i Helse og omsorg, brukerrepresentanter, kommunale ledere utenom Helse og omsorg og stab/støtte. I gruppearbeidene ble styrker og utfordringer med ulike scenarier for dimensjonering av botilbudet i helse og omsorg gjennomgått.

Samarbeidet med kommunen sine ansatte har vært svært godt. Ledere og andre har bidratt positivt i alle deler av arbeidet til tross for en travel arbeidshverdag.

Avgrensning og metodisk tilnærming

1 Avgrensning

Dagens situasjon er beskrevet med bruk av tall for antall plasser og brukere av tjenester ved årsskiftet 2022-2023. Antall årsverk og ansatte er basert på tall fra lønssystemet per januar 2023.

Årsverkene brukt i denne rapporten er lavere enn det som er oppgitt i årsrapporten fra Molde kommune, da variable årsverk registrert i timelister ikke inngår. Der hvor dagens situasjon er framskrevet til 2040 er framskrivning basert på budsjetterte kostnader for 2023- altså med forutsetning om at Helse og omsorg holder budsjettene i årene framover.

Tallene har vært noe forskjellig i underlagsdokumentasjonen vi har fått fra ulike kilder i kommunen. Dette kommer i hovedsak av at opplysningene er rapportert på forskjellige måter. I tillegg til at det skjer endringer i antall brukere og ansatte i løpet av et driftsår.

Regnskapstall for 2022 viser at kommunen brukte mer enn budsjettert til helse og omsorg. Analyse av årsaker til merforbruk er ikke gjort i dette prosjektet, men gjøres i et parallelt prosjekt i regi av Romsdal Interpolitiske råd. I det parallelle prosjektet sammenlignes Molde med andre kommuner i Romsdalen og med annen kommune i aktuelle KOSTRA-gruppe.

Vi har så langt som mulig kvalitetssikret tallgrunnlaget i analysene med kontaktpersoner i kommunen. Det kan likevel forekomme mindre avvik i tall, uten at dette har betydning for de vurderinger og anbefalinger som er gjort i rapporten.

Av personvern hensyn er navn på bofellesskap - lokasjoner innen bo- og habiliteringstjenester og psykisk helse- og rustjenester ikke gjengitt i rapporten. Lokasjonene er i stedet benevnt med nummer (bofellesskap 1, bofellesskap 2 osv.)



Vi har benyttet en kombinasjon av dokumentstudier, intervju/workshops, analyse av nøkkeltall og befaringsområde som grunnlag for å utarbeide kunnskapsgrunnlaget

Analyse av KOSTRA-tall

Hva?

Vi har sammenlignet Molde med kommuner i samme kommunegruppe for å se på kostnads- og produktivitetstall for 2022 hentet fra SSB - KOSTRA.

Hvorfor?

Sammenligningsgrunnlag for å se om det er områder innen helse og omsorg der Molde skiller seg vesentlig fra tjenestenivå i andre kommuner.

Analyse økonomi, bemanning og tjenesteyting

Hva?

PwC har etablert en analysemodell for dagens drift i helse og omsorg. Input i modellen er Molde sine tall for økonomi, bemanning og tjenesteyting for 2022 og 2023.

Hvorfor?

- Etablere et faktabasert bilde av dagens dimensjonering og ressursbruk
- Se på økonomiske konsekvenser av ulike tiltak
- Kartlegge dimensjonering av enheter og avdelinger
- Forklare kvalitativ innsikt

Kvalitativ analyse

Hva?

Innhenting av kvalitativ informasjon fra nøkkelpersoner i og utenfor kommune. Det er gjennomført 16 intervjuer av ledere, tillitsvalgte, verneombud, og brukerrepresentanter i kommunen, samt 8 telefonsamtaler med ledere for kjøkken og vaskeri i andre kommuner i samme KOSTRA-gruppe som Molde.

Hvorfor

- Supplement til de kvantitative analysene
- Få nøkkelressursenes synspunkter på dagens og fremtidens organisering av tjenestene
- Vurdere tildelings- og evalueringspraksis
- Vurdere behov for spesialisering og ny kompetanse
- Generell kompetanse

Befaring i helse- og omsorgsbygg

Hva?

PwC har gjennomført fysisk befaringsområde i alle omsorgssentrene og i noen av bofellesskapene og i Nesset helsehus, totalt på 14 lokasjoner

Hvorfor

- Vurdere lokaler mht størrelse og utforming av bruker- og personalareal, inndeling av rom, utforming og avstander mellom rom og funksjoner som vaktrom, kjøkken, lager, medisinerom mm.
- Grunnlag for å vurdere hvordan endret fysisk struktur, størrelse og lokalisering kan bidra til mer effektive og bærekraftige tjenester





0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

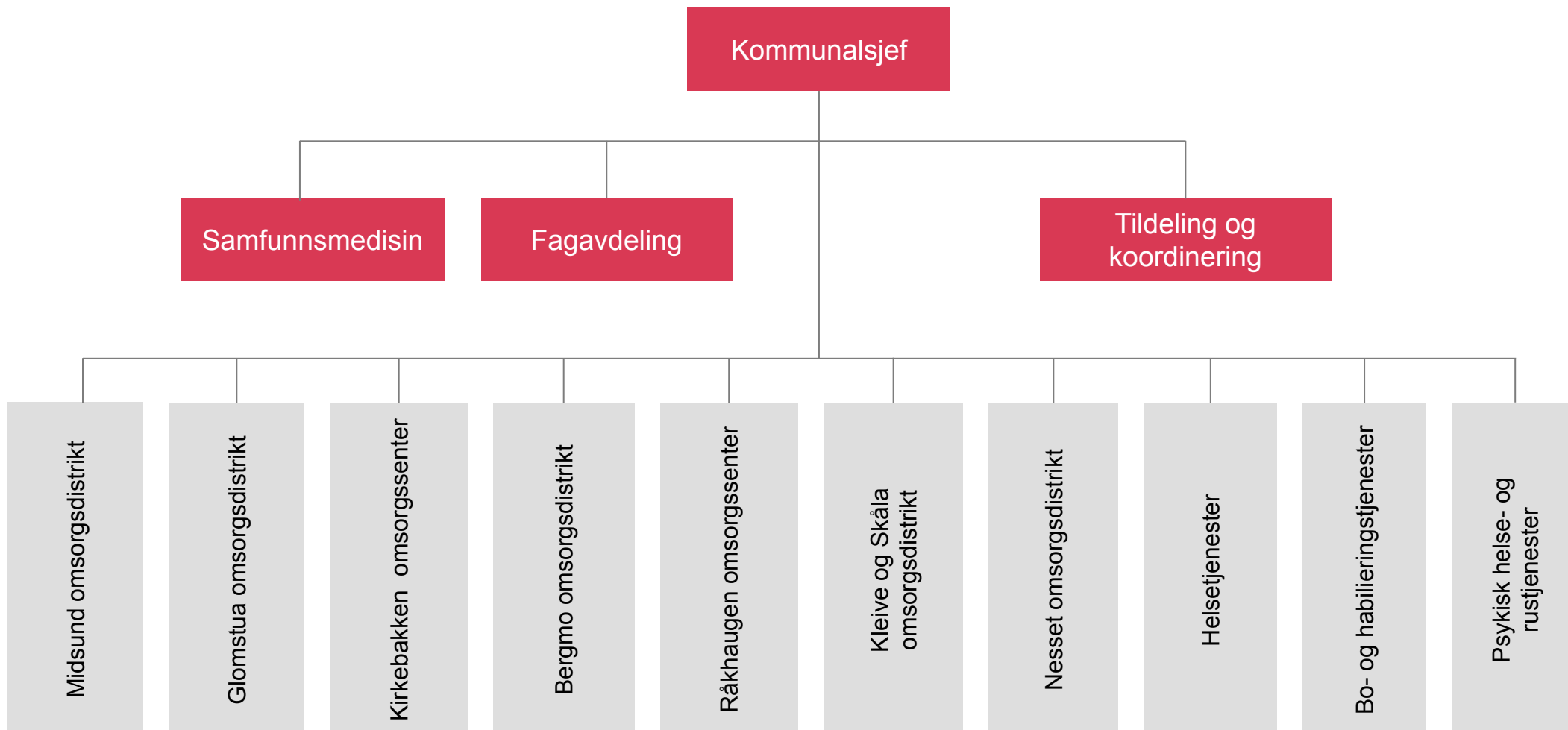


2

Helse og omsorg i Molde kommune

Helse og omsorg har totalt 9 enheter og ledes av kommunalsjef

Helse og omsorg er organisert med 10 enheter. Kirkebakken og Bergmo har felles enhetsleder. Området er ledet av kommunalsjef. Tildeling og koordinering, fagavdeling og samfunnsmedisin ligger i stab til kommunalsjefen. Alle enhetene har flere avdelingsledere under enhetsleder. Det varierer om lederne jobber utelukkende administrativt eller om de også inngår i bemanningsplaner og går i drift.



Ansatte, årsverk og plasser / brukere / tjenester er ulikt for enhetene


1/3

Antall ansatte og årsverk er basert på tall fra lønssystemet fra januar 2023. Årsverk er lavere enn oppgitt i årsrapporten for Molde kommune, da variable årsverk registrert på timelister ikke inngår i oversiktene under. Antall plasser og brukere er basert på innmeldte tall for enhetslederne ved årskiftet 2022/2023.

Bo- og habiliteringstjenester

 395 ansatte  302 årsverk

- 99 brukere botjeneste
- 12 brukere BPA
- 83 brukere avlastning
- 79 brukere dagtilbud
- 244 brukere støttekontakt
- 77 mottakere omsorgsstønad

 23 lokasjoner

Psykisk helse- og rustjenester

 90 ansatte  74 årsverk

- 8 plasser heldøgnsbemannet bofellesskap
- 20 plasser samlokaliserte boliger
- 1 plass i barnebolig
- 10 brukere FACT ung
- 140 brukere arbeid og aktivitet
- 95 brukere distriktsteam
- 160 brukere ROP-team
- 245 brukere ambulant psykisk helseteam og psykisk helseteam
- 200 brukere kortvarig psykisk helsehjelp

 8 lokasjoner

Helsetjenester

 181 ansatte  141 årsverk

- Legevakt og syketransport
- Kommunalt akutt døgntilbud
- Legetjeneste
- Helsestasjon og skolehelsetjeneste
- Jordmortjeneste
- Fysio- og ergoterapi
- Hjelpemiddelforvaltning

 6 lokasjoner*

Ansatte, årsverk og plasser / brukere / tjenester er ulikt for enhetene

2/3

Antall ansatte og årsverk er basert på tall fra HR fra januar 2023. Årsverk er lavere enn oppgitt i årsrapporten for Molde kommune, da variable årsverk registrert på timelister ikke inngår i oversiktene under. Antall plasser og brukere er basert på innmeldte tall for enhetslederene ved årskiftet 2022/2023.

Midsund omsorgsdistrikt



78 ansatte



58 årsverk

- 24 institusjonsplasser
- 40-50 brukere hjemmebaserte tjenester
- 4 brukere dagsenter
- 32 ubemannede omsorgsboliger
- Kjøkken



1 lokasjon

Neset omsorgsdistrikt



113 ansatte



80 årsverk

- 40 institusjonsplasser
- 8 plasser heldøgnsbemannet bofellesskap
- 70-80 brukere hjemmebaserte tjenester
- 10-16 brukere dagsenter
- Kjøkken



1 lokasjoner

Glomstua omsorgsdistrikt



154 ansatte



128 årsverk

- 38 institusjonsplasser
- 47 plasser heldøgnsbemannet bofellesskap
- Ca. 200 brukere hjemmetjeneste og BPA
- 41 brukere dagsenter
- Kjøkken



3 lokasjoner

Ansatte, årsverk og plasser / brukere / tjenester er ulikt for enhetene

3/3

Antall ansatte og årsverk er basert på tall fra HR fra januar 2023. Årsverk er lavere enn oppgitt i årsrapporten for Molde kommune, da variable årsverk registrert på timelister ikke inngår i oversiktene under. Antall plasser og brukere er basert på innmeldte tall for enhetslederene ved årskiftet 2022/2023.

	Råkhaugen omsorgssenter	Kirkebakken og Bergmo omsorgsdistrikt	Kleive og Skåla omsorgsdistrikt
0			
1			
2			
3	 100 ansatte  91 årsverk	 123 ansatte  108 årsverk	 104 ansatte  76 årsverk
4	<ul style="list-style-type: none"> • 52 institusjonsplasser 	<ul style="list-style-type: none"> • 79 institusjonsplasser hvorav 	<ul style="list-style-type: none"> • 41 institusjonsplasser
5	<ul style="list-style-type: none"> • 7 plasser heldøgnsbemannet bofellesskap 	<ul style="list-style-type: none"> • 32 på Kirkebakken og 47 på Bergmo 	<ul style="list-style-type: none"> • 40-50 brukere hjemmebaserte tjenester
6	<ul style="list-style-type: none"> • 57 brukere dagsenter 	<ul style="list-style-type: none"> • 150 brukere hjemmetjeneste og BPA, Bergmo 	<ul style="list-style-type: none"> • 37 brukere dagsenter
7	<ul style="list-style-type: none"> • Demensteam 	<ul style="list-style-type: none"> • 51 brukere dagsenter, Bergmo 	<ul style="list-style-type: none"> • 8 ubemannede omsorgsboliger
8	<ul style="list-style-type: none"> • Vaskeri 	<ul style="list-style-type: none"> • Kjøkken på Bergmo 	<ul style="list-style-type: none"> • Kjøkken på Kleive
9		<ul style="list-style-type: none"> • Vaskeri på Kirkebakken 	<ul style="list-style-type: none"> • Vaskeri på Kleive og Skåla
	 1 lokasjon	 2 lokasjoner	 2 lokasjoner

Organisasjonsmodellen vurderes som hensiktsmessig slik tjenestene er lokalisert i dag

Organisasjonsmodell

Helse og omsorg hadde i januar 2023 ca. 1.365 ansatte fordelt på ca. 1.087 årsverk. Sektorens totale budsjetterte driftsutgifter i 2023 er 937 MNOK. Dette utgjør 39 % av kommunens totale budsjetterte driftsutgifter. Tjenestene er fordelt på 47 geografiske lokasjoner. I tillegg kommer kontorlokasjoner på Rådhuset.

Enhetene er forskjellige i størrelse når det gjelder ansatte, brukere og geografisk spredning. For eldreomsorgen er det en geografisk inndeling i organisasjonsmodellen. Det vil si at hjemmetjenester, sykehjem, bofellesskap, dagtilbud, kjøkken og vaskeri er organisert under samme leder for et geografisk område. Dette legger til rette for samarbeid på tvers av avdelinger og yrkesgrupper, noe som også ble fremhevet av lederne under intervjuene.

Bo- og habiliteringstjenester er organisert på tvers av geografi. Det vil si at samme enhetsleder har ansvar uavhengig av hvor tjenestene er lokalisert. Det samme gjelder for Psykisk helse- og rustjenester og for Helsetjenester. PwC vurderer at det ikke er grunnlag for å endre til geografisk organisering for disse enhetene. En kunne sett for seg å organisere disse tjenestene sammen med eldreomsorgen og dermed redusere antall enhetsledere. Enhetslederne hadde da fått enda flere lokasjoner og enda flere fagområder å forholde seg til. Det vurderes ikke som hensiktsmessig.

En kunne sett for seg en annen variant med sammenslåing av bo- og habiliteringstjenester og psykisk helse- og rustjenester, som begge har miljøarbeid sentralt i sine tjenester.

Dette ville gitt en for stor enhet i antall brukere og ansatte, og svært mange geografiske lokasjoner og anbefales derfor ikke. Samfunnsmedisin, Fagavdeling og Forvaltning og tildeling og koordinering yter tjenester til hele helse og omsorg, slik som også er vanlig i andre kommuner. Her anbefales ingen endring.

Kontrollspenn og antall ledere

Snitt i eldreomsorgen i Molde er 10-30 ansatte og 13-14 plasser per avdelingsleder. Dette er mindre avdelinger og høyere ledertetthet enn andre kommuner PwC har jobbet med. I heldøgntjenesten innen bo- og habiliteringstjenester er snitt ca. 30 ansatte og 7 brukere per avdelingsleder. Dette er middels ledertetthet i forhold til andre kommuner PwC har jobbet med.

Ledertettheten er et resultat av desentral virksomhet med flere små avdelinger. En reduksjon i antall ledere kan bidra til mer effektiv ressursbruk og samarbeid om personell på tvers av avdelinger. For å lykkes med omstilling i Helse og omsorg vil Molde imidlertid ha behov for tilstrekkelig ledelsesressurser på operativt nivå, fysisk nært brukere, pårørende og ansatte. Det anbefales derfor ingen reduksjon i antall ledere nå.

PwC vurderer at organisasjonsmodellen for Helse og omsorg er hensiktsmessig ut fra geografisk spredte tjenester.

Reduksjon i antall ledere bør gjennomføres i forbindelse med reduksjon i antall lokasjoner og bygg.

En høy andel av de ansatte i Helse- og omsorg i Molde vil gå av med pensjon innen 2040

Gjennomsnittsalder på de ansatte i Helse og omsorg i Molde er 44 år

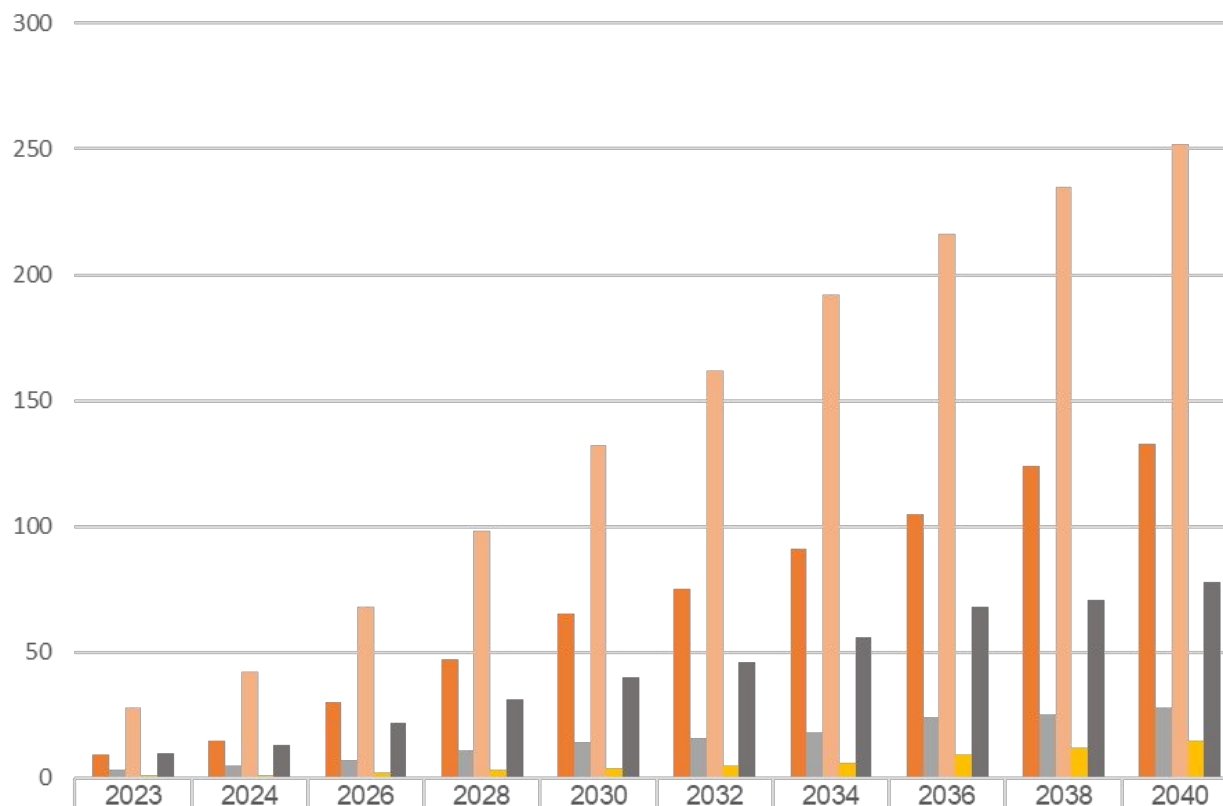
Det er flest helsefagarbeidere og sykepleiere som går av med pensjon frem mot 2040

Akkumulert frem mot 2040 er det totalt 506 av dagens ca. 1.365 ansatte i Helse- og omsorg som går av med pensjon gitt pensjonsalder på 65 år.

Innen 2030 vil 132 helsefagarbeidere eller ansatte med annen fagskole, samt 65 sykepleiere nå pensjonsalder.

Innen 2040 vil 252 helsefagarbeidere eller ansatte med annen fagskole, samt 133 sykepleiere nå pensjonsalder. Erstatning av disse kommer i tillegg til antall som må rekrutteres for å dekke tjenestebehovet

Akkumulert antall som går av med pensjon (pensjonsalder 65 år)



■ Sykepleiere	9	15	30	47	65	75	91	105	124	133
■ Vernepleiere	3	5	7	11	14	16	18	24	25	28
■ Helsefagarbeidere og annen fagskole	28	42	68	98	132	162	192	216	235	252
■ Annen høyskoleutdanning	1	1	2	3	4	5	6	9	12	15
■ Ufaglærte	10	13	22	31	40	46	56	68	71	78

■ Sykepleiere ■ Vernepleiere ■ Helsefagarbeidere og annen fagskole ■ Annen høyskoleutdanning ■ Ufaglærte

Behovet for tjenestene må vurderes og tilpasses hver enkelt bruker - målet er å tilby tjenester på riktig nivå i omsorgstrappa

Omsorgstrappa er en modell som viser graden av behov for omsorgstjenester fra kommunen hos den enkelte bruker. Utformingen av tjenestene varierer mellom kommuner, men prinsippet er at helsetjenestene ikke skal ytes på høyere nivå i trappa enn nødvendig i tråd med BEON-prinsippet (beste effektive omsorgsnivå). En forutsetning for bruk av omsorgstrappa er en forståelse for at de som har behov for tjenestene ikke er like. Behovet for tjenestene må vurderes og tilpasses det individuelle nivået samtidig som det legger til rette for god effektivitet, bærekraft og fleksibilitet i tjenesteutøvelsen i fremtiden. Omsorgstrappa skal bidra til at hver bruker opplever selvstendighet og mestring også ved sykdom og høy alder og at de opplever trygghet til å bo hjemme lengst mulig, samtidig som de sikres nødvendige helsetjenester. Brukere vil bevege seg både nedover og oppover i trappa når helsetilstand og behov for tjenester endrer seg over tid.

Omsorgstrappa i illustrasjonen er hentet fra Helsepersonellkomisjonens rapport. I denne trappa kan tiltak opp til trinn 4 eller 5 helt eller delvis løses utenfor helse- og omsorgstjenesten ved å legge til rette for aldersvennlig samfunn og mobilisere frivillighet og friskliv og folkehelse. Mer om dette i kap 7.

Molde kommune har tjenester på alle nivå i trappa, men omfang og innhold på hvert trinn varierer.



Figur: Omsorgstrappa, hentet fra Helsepersonellkomisjonens rapport ¹

Sammenligning mot kommuner i KOSTRA-gruppe 10

PwC har sett på noen utvalgte nøkkeltall for tjenesteyting og kostnader til helse og omsorg for Molde og de andre kommunene i KOSTRA-gruppe 10 (KG10). Tallene er basert på regnskap for 2022. Hensikten er å se om dimensjonering og bemanning av tjenestene er på nivå med sammenlignbare kommuner. Dette er en innledende analyse før scenarioutvikling for eldreomsorgen i Molde kommune.

KOSTRA-gruppe 10 består av 13 kommuner med mellom 30.000 og 44.999 innbyggere; **Haugesund, Karmøy, Molde, Halden, Ringerike, Indre Østfold, Lørenskog, Ullensaker, Hamar, Gjøvik, Ringsaker, Porsgrunn, Øygarden.**

Utvalgte nøkkeltall for helse- og omsorg	Molde Kommune	KG10	Landet uten Oslo
Utgifter kommunale helse- og omsorgstjenester per innbygger (kr)	41,333 kr	33,657 kr	34,500 kr
Årsverk helse og omsorg per 10 000 innbygger (årsverk)	399	309	322
Netto driftsutgifter til omsorgstjenester i prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter (prosent)	40,1 %	34,5 %	34,6 %
Årsverk per bruker av omsorgstjenester (årsverk)	0.83	0.61	0.58
Dekningsgrad institusjonsplasser (tall plasser i prosent av tall innbyggere over 80 år)	18,1 %*	15.9 %	16.5 %
Gjennomsnitt timer i uken til praktisk bistand og helsetjenester i hjemmet	13.6	10.4	9.8
Omsorgstjenester - brukere per 1000 innbyggere (antall)			
<i>Hjemmetjeneste</i>	34.2	38.2	41.6
<i>Institusjonstjenester</i>	10.1	8.1	8
<i>Aktiviserings- og servicetjenester</i>	29.9	25.9	26.3

Molde har redusert antall institusjonsplasser utover i 2022 og vil få 15,9 % når nedtaket er gjennomført. 15,9 % er lagt til grunn videre i rapporten.

Samlet antall brukere av helse- og omsorgstjenester i Molde var omtrent på nivå med andre kommuner i KOSTRA-gruppe 10 i 2022, men kommunen lå høyere enn øvrige når det gjelder årsverk og kostnader

Dekningsgrad og antall brukere institusjonstjenester.

Dekningsgrad for institusjonsplasser i Molde var 18,1 i snitt i 2022 men er redusert og vil være 15,9 % etter nedtak i 2022-2023 (4 plasser gjenstår). Snitt for alle i KOSTRA-gruppen var 15,9 % i 2022 og for landet utenom Oslo 16,5 %. Mange kommuner er i likhet med Molde i gang med omstilling av heldøgntjenesten, og dekningsgrader vil trolig endre seg i årene framover.

Beleggsprosent i Molde og i de fleste andre kommunene i KOSTRA-gruppen er på rundt 100 %. Det vil si at plassene er i bruk tilnærmet kontinuerlig. Høy beleggsprosent og høyt antall brukere som ruller på plassene er positivt sett ut fra et mål om effektiv drift.

Moderat dekningsgrad, høy beleggsprosent og høyt antall brukere som ruller på plassene viser effektiv utnyttelse av institusjonsplassene i Molde. Bruk av korttidsplasser i påvente av langtidsopphold er en utfordring. Nærmere om dette i kap. 7.

Antall heldøgns bemannede omsorgsboliger (HDO) i eldreomsorgen.

Her finnes det ikke offentlig registrerte og rapporterte tall for kommunene. PwCs erfaring er at antall boliger varierer fra null til flere titalls. Molde har etter PwCs vurdering et middels høyt antall HDO boliger ift andre kommuner vi kjenner til.

Antall brukere hjemmebaserte tjenester. KOSTRA-tallene inneholder både brukere i eldreomsorg, bo- og habiliteringstjenester og psykisk helse- og rustjenester. Molde har færre brukere enn andre kommuner. For psykisk helse- og rustjenester registrerer kommunene på forskjellige måter. Det er derfor noe usikkerhet i tallene.

Gj.sn antall timer i uka til hjemmesykepleie og praktisk bistand

Her ligger Molde høyere enn snitt for alle kommunene. Dette gjelder særlig for brukere fra 18-47 år men også når en ser på snitt for alle alderskategorier. Det er imidlertid stor usikkerhet i registreringspraksis i kommunene, og dermed stor usikkerhet i tallene.

Antall årsverk i helse og omsorg og gjennomsnittlig antall årsverk per bruker

Molde brukte i 2022 399 årsverk per 10.000 innbyggere i helse og omsorg og snitt på 0,83 årsverk per bruker. Her er alle årsverk med, både brukerrettede og administrative. Snitt i KOSTRA-gruppen er 309 årsverk per 10.000 innbyggere og 0,61 årsverk per bruker.

Utgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester

Molde har høyere driftsutgifter enn snitt i KOSTRA-gruppen, både målt i utgifter per innbygger og målt i samlede netto driftsutgifter. Årsak til høyere kostnader blir nærmere analysert i parallelt prosjekt for Romsdalskommune.



Anbefalt tiltak nr 4*: Kommunen bør gjennomgå tildelingspraksis og registreringspraksis for hjemmebaserte tjenester for å se om det er reelt at en ligger høyere i antall timer i hjemmebaserte tjenester enn snitt for de andre kommunene.

*Numerering viser tilbake til rapportens tiltaksliste side 10 og veikart side 11

Oppsummering av intervjuer og befaring (1/3)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Opplevelse av bygg og beliggenhet

Informantene ble spurt om hvordan de opplever dagens struktur, kapasitet, utnyttelsesgrad, lokalisering, bygg og anlegg.

Informantene ble bedt om å gi innspill til hva som eventuelt bør endres og hvordan.

I eldreomsorgen ga lederne uttrykk for at utnyttelsesgrad av bygg og anlegg er god ut fra de bygningsmessige forholdene. PwC har samme oppfatning etter å ha sett lokalene.

Samlokalisering av flere funksjoner i samme geografiske område oppleves positivt, og dette ble særlig fremhevet for Midsund og Nesset der det er mindre forhold og færre ansatte å spille på. Sykehjem med små avdelinger fordelt på flere etasjer, slik som for eksempel i Midsund, gir turnusutfordringer i form av at det er få ansatte som skal dekke alle døgnvakter og to etasjer i en turnus. Avstand mellom vaktrom, beboerrom og støtterom oppleves funksjonelt i alle enheter i eldreomsorgen.

Lederne så ikke noen åpenbar mulighet til å utvide kapasitet innenfor den bygningsmassen de disponerer idag. PwC så heller ikke åpenbare muligheter for å utnytte dagens bygningsmasse bedre. Unntak er Råkhaugen, der det er tre tomme avdelinger etter at nybygg ble tatt i bruk i 2023.

Bo- og habiliteringstjenester har sin virksomhet fordelt på 23 samlokaliseringer/bofellesskap. Noen av lokasjonene har få brukere, andre har flere. I tillegg ca. 40 adresser for brukere som bor utenfor i egne hjem. Spredt drift oppleves å gi utfordringer for effektiv ressursutnyttelse, særlig når det gjelder nattevakter.

Innen Bo- og habiliteringstjenester vurderer PwC at det er betydelige bygningsmessige utfordringer i flere av bofellesskapene. Dette er særlig knyttet til fysiske arbeidsforhold for de ansatte, med blant annet små vaktrom og arbeidsrom og manglende tilrettelegging for effektiv utnyttning av arbeidsstyrken. For et av bofellesskapene er det også utilfredsstillende lokalisering, med beliggenhet som ikke er hensiktsmessig av hensyn til brukerne og de ansatte. Lederne fremhevet også samme utfordring i intervjuene. Dette er omtalt i kapittel 5 om bo- og habiliteringstjenester.

Også i psykisk helse- og rustjenester er tjenesten fordelt på mange lokasjoner. Oppfølging, kortvarig psykisk helsehjelp og ambulante tjenester ligger i kontorlokaler i sentrum. PwC vurderer at mer av tjenesten ideelt sett skulle vært samlokalisert. Det er et heldøgns bemannet bofellesskap. Utfordringen her er den samme som i bo- og habiliteringstjenester, med manglende tilrettelegging for de ansatte og også for brukerne. For beboerne i psykisk helse- og rustjenester gjelder dette eksempelvis uteområder som er tilrettelagt for aktivisering.

PwC vurderer at dagens lokaler i eldreomsorgen i hovedsak er funksjonelle. Utfordringen er (som omtalt under organisering) små avdelinger noen steder.

Lokalene er i mindre grad funksjonelle innen bo- og habilitering og i bofellesskapet innen Psykisk helse- og rustjenester. Dette gjelder først og fremst lokaliteter for de ansatte men også fellesareal, lagrings- og oppholdsareal for beboere og parkeringsforhold.

Det ser ikke ut til å være mulighet til å utvide kapasitet innenfor dagens bygg. Unntak er plasser som står tomme i sykehjemmene ut fra reduksjon i dekningsgrad som er gjennomført siste året.

Oppsummering intervjuer og befarings (2/3)

Synspunkter angående rekruttering

Informantene ble også spurt om det er utfordrende å rekruttere og beholde helsepersonell. Her svarte de ulikt. Kirkebakken opplever å rekrutterer godt, og har ansatt flere nye sykepleiere den siste tiden. Midsund og Nettet opplever i liten grad å trekke til seg arbeidskraft som flytter til stedet, og er avhengig av å rekruttere personell som allerede er bosatt der. Lederne opplever at uro med nedleggelse av plasser gir fare for å miste folk. Ulike turnusordninger som langvakter er i bruk flere steder og virker positivt på rekruttering. Dette gjelder særlig Bo- og habiliteringstjenester. I psykisk helse- og rustjenester oppleves rekrutteringssituasjonen som god.

Opplevelse av stor arbeidsbelastning i hjemmetjenesten i sentrum

På spørsmålet om rekruttering ble det også gitt uttrykk for stor arbeidsbelastning på hjemmetjenesten. Særlig var dette en opplevelse i Glomstua omsorgsdistrikt, med mange brukere og stort antall ulike oppgaver som skal gjennomføres på vaktene. I følge lederne var det tydelige signaler fra de ansatte om at belastningen går ut over trivsel og arbeidsmiljø. Lederne har fokus på dette og har iverksatt tiltak så langt de kan innenfor de gitte rammene.

Synspunkter på velferdsteknologi

På spørsmål om hvordan en tror velferdsteknologi vil påvirke tjenestene i årene framover svarte informantene at dette vil kunne bidra til mer effektive tjenester. Per i dag opplever en imidlertid en del utfordringer med den velferdsteknologien som er tatt i bruk.

Dette er først og fremst medisineringsstøtte (elektroniske medisindispensere) og digitalt tilsyn (sensor teknologi). Utfordringene er knyttet til brukernes forutsetning for å nyttiggjøre seg velferdsteknologi og infrastruktur, blant annet internettdekning. Velferdsteknologi er tatt i bruk flere steder i kommunen, men både tjenesten og brukerne må bli bedre kjent med utstyret og mulighetene før en kan forvente å få gevinst.

Opplevelse av kjøkken og vaskeri

Til ledere, tillitsvalgte og verneombud i eldreomsorgen ble det stilt spørsmål om hvordan støttetjenester som kjøkken og vaskeri fungerer. Samtlige informanter svarte at det fungerer godt med de ordningene som er i dag med lokale kjøkken og vaskeri. Særlig lokale produksjonskjøkken med nylaget varm middag hver dag, til beboere på sykehjem og hjemmeboende brukere, framheves som svært positivt. Ikke bare for matopplevelse sin del, men også for ernæringstilstand og forebygging av helseutfordringer hos de eldre.

Når det gjelder lokale vaskeri ble dette også ansett som en rasjonell og effektiv løsning for vask av tøy og tekstiler opp mot kjøp av vaskeritjenester. Flere så for seg at det kan inngås avtale med privat leverandør om vask av tekstiler. Beboernes private klær blir imidlertid sett på som en utfordring, da en har erfart at dette blir ødelagt når det blir sendt til ekstern vask.

For kjøkken og vaskeri ser det ikke ut til å være mulighet til å utvide kapasitet for å betjene den økningen i antall brukere som følger av demografisk utvikling.

Oppsummering intervju og befarings (3/3)

1 Opplevelse av andre støttetjenester

Av andre støttetjenester blir det fremhevet at lokal vaktmestertjeneste fungerer svært godt og verdsettes høyt på de stedene der en har dette.

Når det gjelder helsefaglige støttetjenester som sykehjemsleger, fysio- og ergoterapi så er dette organisert for seg selv i enheten Helsetjenester. Enheten server alle fagområder og enheter i kommunen. Funksjon som sykehjemslege er fordelt på flere fastleger. Dette ble sagt å fungere godt. Fysio- og ergoterapeuter jobber på tvers av enheter og lokasjoner. Her ble det sagt å være potensiale for å samarbeide bedre og sikre at alle yrkesgrupper og avdelinger jobber etter samme prinsipper når det gjelder hverdagsmestring. Travelhet i hjemmetjenesten oppleves som årsak til at dette ikke alltid er gjennomførbart. Dette er utfordringer som PwC kjenner igjen fra andre kommuner.

2 Synspunkter på hva som vil være viktig for innbyggerne og for de ansatte i framtiden

Alle informantene ble også spurt om hva de tror vil være viktig for innbyggerne og for brukere av helse- og omsorgstjenester i framtiden. Her svarte samtlige at de tror trygghet og nærhet til hjelp vil være viktig. På spørsmålet om de eldre vil ønske å bo hjemme lengst mulig svarte informantene at det kommer an på situasjonen. Når det skjer noe eller en blir utrygg i hjemmet mente flere at nærhet til hjelp vil bety mer enn hvor en bor. Tjenesten erfarer at personer med demens stort sett alltid vil ha behov for sykehjemsplass i siste fase av sykdommen (ofte over flere år).

Lederne opplever også at stigma knyttet til demessykdom gjør at pårørende vegrer seg for å ta imot hjelp slik at det kan gå for langt før helse- og omsorgstjenesten blir involvert og også for lang tid før bruker får institusjonsplass.

Vurderingen av når en bruker får behov for heldøgns plass gjøres på grunnlag av pleie- og omsorgsbehov og behov for tilsyn, men også på vurdering av behov for nattevakt / natt tjeneste. Bistandsbehov om natten ble sagt å være sentralt når det skal vurderes om bruker skal ivaretas i eget hjem eller få tilbud om heldøgns plass.

For brukerrepresentantene var det å ha kontinuitet i tjenestene og færrest mulig ansatte å forholde seg til for bruker et viktig perspektiv.

Ledere, tillitsvalgte og verneombud fremhevet også at det for de ansatte vil være viktig å ha rett kompetanse på rett plass, og ha tilstrekkelig tid til å gjøre det en skal.





0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

3

Alderssammensetning og demografiutvikling i Molde kommune



Molde får i likhet med andre kommuner en sterk økning i antall eldre fram mot 2040

Antall innbyggere som er over 80 år dobles fra dagens 1724 til 3386 i 2040. I snitt betyr dette en årlig vekst på 4 % på antall som er over 80 år. Også antall innbyggere mellom 67 og 79 år øker mot 2040. Antall barn og unge og antall voksne mellom 20-66 år går ned. Dette betyr at forsørgerbrøken endres. Mens det i 2023 står ca. 3 i arbeidsfør alder (20-66 år) bak hver pensjonist (67+) vil det i 2040 stå ca 2,2.

Det er de over 80 som i størst grad bruker helse- og omsorgstjenester. Dess eldre innbyggeren er, dess større sannsynlighet for behov for tjenester. Dette er ikke lineært - flere eldre klarer seg selv og er friske selv ved svært høy alder.

Antall innbyggere som er over 90 år i Molde idag er 364. I følge KOSTRA-tall bor ca. 22 % av disse i bolig med heldøgns bemanning, enten institusjon eller bofellesskap. Dette utgjør omtrent 80 av dagens 336 plasser i institusjon og bofellesskap. Hvis andel over 90 i bolig med heldøgns bemanning stiger jevnt vil det være behov for ca. dobling av antall plasser til denne aldersgruppen.

Det er de eldste eldre som bruker helse- og omsorgstjenester mest. Det er imidlertid knyttet stor usikkerhet til hvordan bedre helse i befolkningen generelt - også blant de eldste- vil slå ut på behovet for helse og omsorgstjenester i fremtiden.

Forventet folketallsutvikling - antall personer

Molde kommune	2023	2026	2030	2035	2040	Endring i antall 2021-2040	Endring i % 2021-2040
0-19 år	7 187	7 143	7 114	7 004	6 844	-343	-5
20-66 år	18 717	18 826	19 001	18 847	18 368	-349	-2
67-79 år	4 457	4 655	4 710	4 860	4 937	480	11
80-89 år	1 358	1 612	2 099	2 423	2 602	1244	92
90 år og eldre	364	357	381	497	746	382	105
I alt	32 082	32 594	33 305	33 630	33 496	1414	4

Den demografiske utviklingen er ulik i plansonene. Endring i antall og andel eldre er størst for Sentrum og lavest for Midsund

Molde kommune samlet	2023	2026	2030	2035	2040	Endring antall 2023-2040	Endring % 2023-2040
67-79	4.457	4.655	4.710	4.860	4.937	480	11 %
80+	1.722	1.969	2.480	2.920	3.348	1.626	94,4 %
Per plansone							
Midsund							
67-79	275	284	270	273	280	4	1,4 %
80+	146	145	171	189	202	56	38,3 %
Sentrum							
67-79	3.135	3.281	3.346	3.437	3.516	381	12,1 %
80+	1.168	1.379	1.760	2.104	2.418	1.250	107 %
Bolsøya-Skåla							
67-79	283	303	315	357	374	90	31,8 %
80+	110	119	161	192	220	110	100 %
Hjelset - Kleive							
67-79	320	323	312	305	290	-30	-9,3 %
80+	96	119	141	159	183	87	90,6 %
Nesset							
67-79	445	464	468	488	476	32	7,2 %
80+	202	207	248	276	325	124	61,3 %

Hastigheten i økning av antall innbyggere over 80 år vil være særlig stor de nærmeste årene

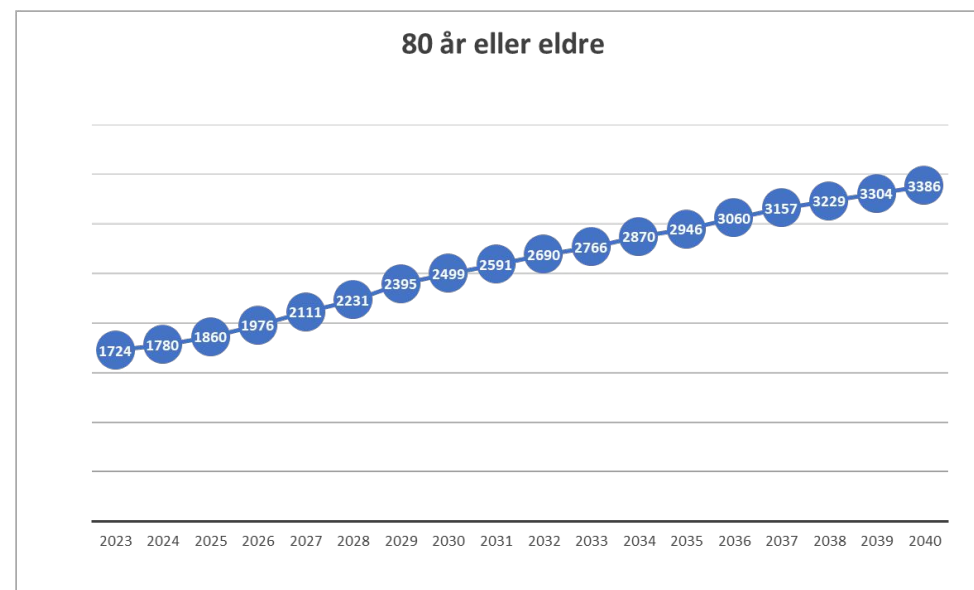
Den øverste grafen viser utvikling i antall innbyggere over 80 år fra 2023 til 2040. Antallet øker i gjennomsnitt med ca. 90 personer per år. I årene fra 2025 til 2030 vil imidlertid økningen være større enn dette, med hhv 116,135,120,164,104 flere over 80 år per år. Dette skyldes de store etterkrigskullene fra 1945-1950 som fyller 80 år i denne perioden.

Den nederste grafen viser økning år-til-år i andel innbyggere over 80 år i perioden 2023-2040. I snitt er dette 4 %. Den største økningen kommer mellom 2028 og 2029, da antall over 80 år vil øke med over 7 %, som utgjør 164 personer.

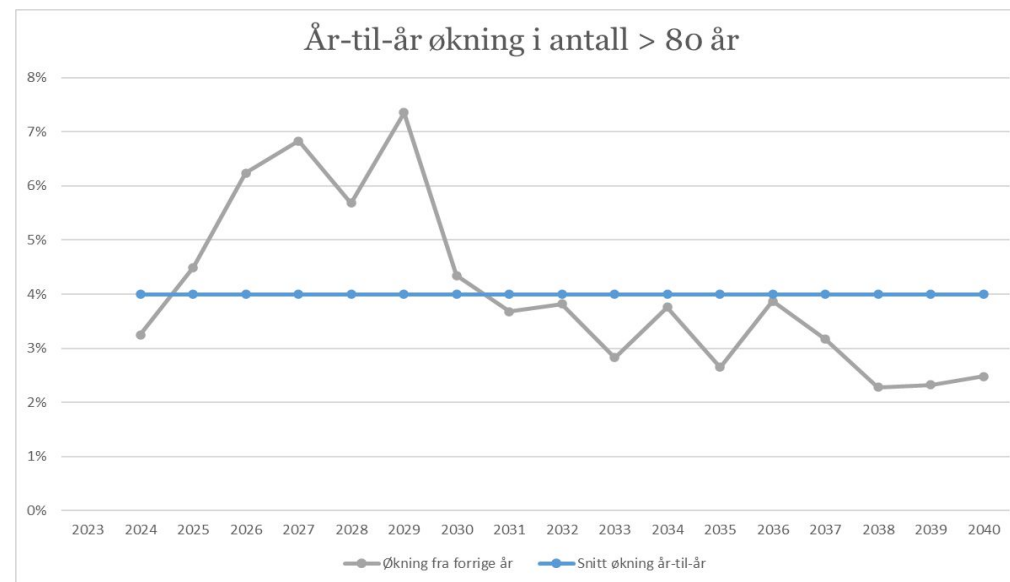
Økningen i antall over 80 år vil være særlig stor fra 2025 til 2030.

Deretter vil økningen være relativt jevn fram mot 2040. Det er særlig plansone Sentrum som får økt andel eldre.

PwC vurderer at det er stort behov for å legge til rette for bærekraftig dimensjonering og lokalisering av eldreomsorgen i Molde.



Figur: Utvikling i antall innbyggere over 80 år fram mot 2040



Figur: Prosentvis økning i antall over 80 år år-til-år fram mot 2040



0

1

2

3

4

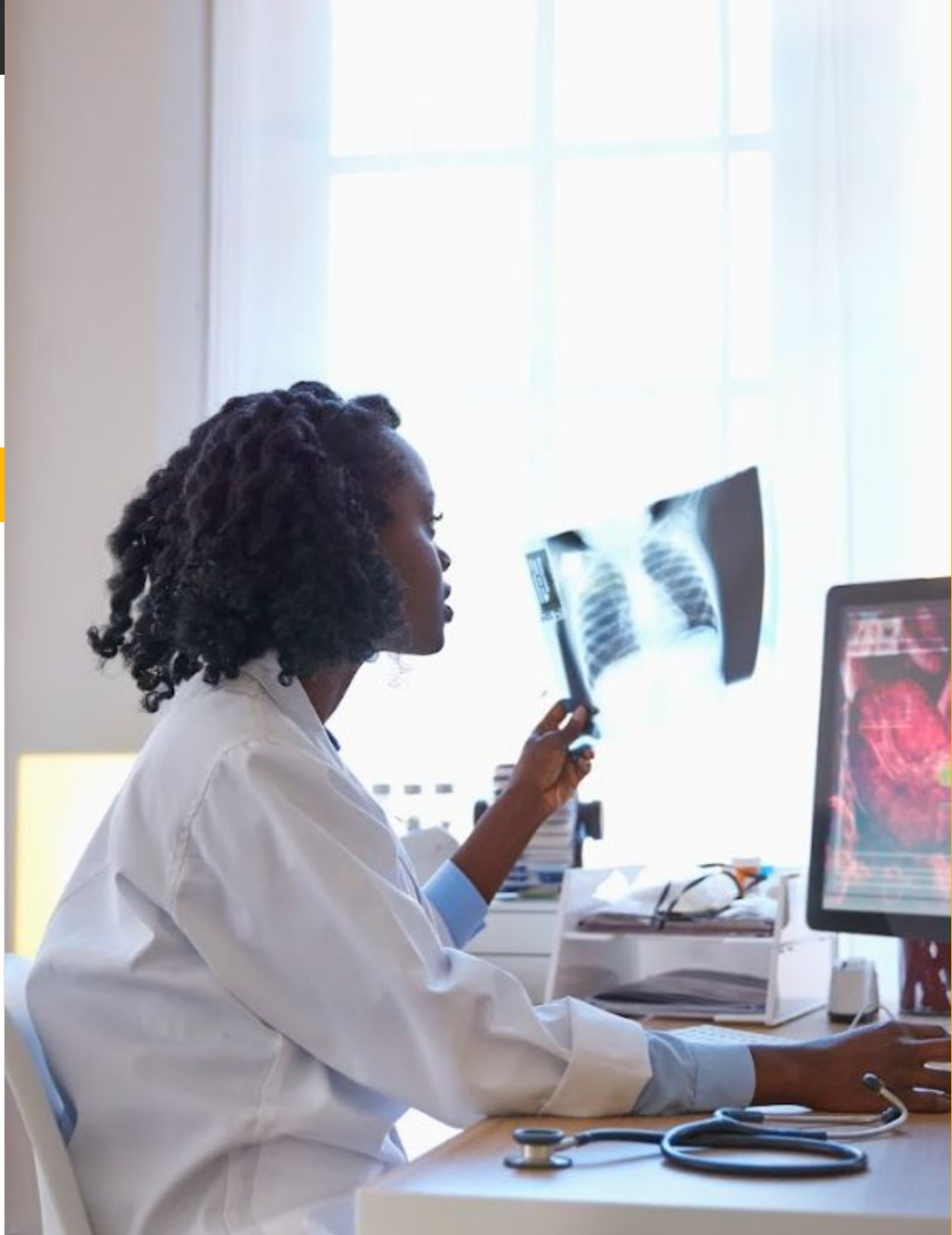
5

6

7

8

9



4

Nasjonale trender i sektoren

Nasjonale føringer for helse- og omsorgstjeneste (lover, forskrifter, rundskriv, reformer, veiledere)

Denne oversikten er ikke uttømmende men viser de viktigste føringene for helse- og omsorgstjenestene.

Helse- og omsorgstjenesteloven

Kommunen sitt ansvar når det kommer til innhold i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er spesifisert i §3-2 til §3-10, mens innbyggerne sin rett til nødvendig hjelp fra kommunen sin helse- og omsorgstjeneste er omtalt i pasient- og brukerrettighetsloven §2-1a.

Andre lover og forskrifter

Utover disse to lovene utgjør folkehelseloven, psykisk helsevernloven, helseberedskapsloven, sosialtjenesteloven samt helsepersonelloven det viktigste juridiske grunnlaget for kommunen sine oppgaver og ansvar innenfor helse- og omsorgssektoren.

Helse- og omsorgstjenesteloven

“Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen blir tilbudt nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunen sitt ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problem eller nedsett funksjonsevne”.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m §3-1.

En rekke forskrifter supplerer og konkretiserer kommunens plikter og innbyggernes rettigheter, blant annet verdighetsgarantien, kvalitetsforskriften, forskrift om habilitering- og rehabilitering samt fastlegeforskriften.

Samhandlingsreformen

Videre er det gjennom samhandlingsreformen forventet at kommunene fokuserer mer på forebygging og bedre samhandling. Kommunene blir utfordret på prioritering og organisering og på styrking av helsefremmende og forebyggende arbeid. Reformen har òg ført til at oppgaver er overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten.

Stortingsmeldinger

Gjennom stortingsmeldinger blir òg kommunene veiledet i hvordan tjenestene skal bli utviklet og tilpasset til de utfordringer vi står ovenfor. Forventningen er at kommunene driver bærekraftig tjenesteproduksjon med effektive tjenester, rasjonelle strukturer hvor fokus på innovasjon og hvor brukertilpasning og implementering av teknologi styrkes. Andre viktige føringer fra Stortinget er i denne sammenhengen fokus på aktiv deltakelse fra innbyggerne samt økt samhandling med frivillig sektor.

Rundskriv, veiledere og planer

Disse legger føringer for organisering og utvikling av kommunenes tjenestetilbud. Blant annet rundskriv om forebyggende hjemmebesøk i kommunene, rundskriv om ikraftsetting av lov om folkehelsearbeid, Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering og Helsedirektoratets anbefalinger på det velferdsteknologiske område.

Nasjonale trender i helse- og omsorgssektoren er at brukere skal medvirke til å bestemme egen bosituasjon

Personer med utviklingshemming skal bli hørt og sett

Personer med utviklingshemming er en stor og uensartet gruppe, med stort behov for individuell tilpasning i tjenestetilbudet. Regjeringen publiserte i november 2022 Stortingsmelding Meld. St. (2022-2023) om menneskerettigheter for personer med utviklingshemming². FN-konvensjonen om rettigheter til mennesker med nedsett funksjonsevne (CRPD) ligger til grunn for regjeringens politikk.

Barn, unge og voksne med habiliteringsbehov og deres familier har behov for et bredt spekter av kommunale tilbud og tjenester. Brukergruppene kan ofte ha flere diagnoser som gjør at de har behov for habiliteringstjenester fra kommunen. Eksempler på diagnoser og tilstander kan være:

- utviklingshemming
- autismespekterforstyrrelser
- multifunksjonshemming
- cerebral parese
- muskelsykdommer
- nevrologiske sykdommer og skader
- sjeldne syndrom

For disse brukergruppene er det eksempelvis behov for tilrettelegging av bosituasjon, arbeidsdeltakelse, aktiviteter, ernæring og det sosiale miljøet. Artikkel 19 i FN konvensjonen sier at mennesker med nedsatt funksjonsevne har anledning til å velge bosted og hvor og med hvem de vil bo, på lik linje med andre. Dette innebærer at den enkelte i samråd med sine pårørende kan velge hvor og hvordan de vil bo.

Kommunen plikter å medvirke til å skaffe boliger til vanskeligstilte personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet.

Utfordringer knyttet til psykiske lidelser er stabilt

For unge voksne, spesielt unge kvinner, har det vært en økning i andelen som rapporterer om psykiske plager de siste tiårene. Forekomst av psykiske lidelser der kriterier for en diagnose er oppfylt er imidlertid stabilt. Mellom én av seks og én av fire vil oppfylle kriteriene for en psykisk lidelse i løpet av et år. De vanligste psykiske lidelsene er angst og depresjon. Psykiske lidelser og rusmiddelproblemer kan opptre samtidig. Redusert livskvalitet, økt dødelighet, sykefravær og uførepensjon er blant de viktigste følgene av psykiske helseutfordringer og rusmiddelproblemer. Oppgavene til kommunen overfor disse brukergruppene omfatter kompetansehevende tiltak, nettverksbygging, tilskuddsordninger, kartlegging og tilsyn. Psykisk helsearbeid og rusforebyggende arbeid er fortsatt et nasjonalt satsingsområde, og det er forventet at kommuner kontinuerlig videreutvikler og bedrer tjenestetilbudet innen psykisk helse- og rusforebygging.

Eldre skal kunne bo trygt hjemme så lenge som mulig

Nasjonal helsepolitikk for eldreomsorgen går ut på å legge til rette for at eldre kan bo lengst mulig hjemme. Regjeringen har satt i verk kvalitetsreformen "Bo trygt hjemme". I tråd med den nye reformen bør innsatsfaktorer i helse og omsorg i stor grad være innrettet for at eldre kan bo hjemme lengst mulig.

Helsepersonellkommisjonen vurderer at det er fare for at helsetjenesten bryter sammen dersom det ikke gjøres endring i oppgavefordeling og bemanning

Helsepersonellkommisjonen kom i februar 2023 med sine vurderinger og anbefalte tiltak for å sikre tilstrekkelig bemanning i helse- og omsorgssektoren i årene framover.

Kommisjonen vurderer det som helt urealistisk å kunne dekke behovet for personell ved å framskrive samme kompetanse og produktivitet som vi har i tjenesten idag. Kommisjonen mener langt på vei at det er fare for at helsetjenesten bryter sammen dersom det ikke gjøres endringer i arbeidsmetoder og bemanning.

Kommisjonen peker på flere tiltaksområder hvor det å øke produktivitet, endre oppgavedeling og styrke frivillighet er av stor betydning for den kommunale delen av helsetjenestene. Overordnet peker kommisjonen på at vi må ha færre og større miljøer for å klare å utnytte den tilgjengelige kompetansen og kapasiteten best mulig.

Kommisjonens tiltaksområder:

Utnytte laveste nødvendige kompetansenivå

Være bevisst på hvilken kompetanse som kreves for å utføre oppgavene i virksomheten, og delegerer oppgaver til lavest mulig kompetansenivå. Unngå å binde opp helsefaglig kompetanse til å utføre oppgaver andre kan ivareta.

Folkehelsearbeid og forebygging

En større del av helsetjenestens oppgaver bør legges til folkehelse og forebygging. Stor effekt i å redusere forekomsten av sykdom. Oppgaveoverføring til pasienter og brukere.

Kombinerte stillinger

Omtales som "hus-og-hytte", der arbeidstakere har hovedstilling ett sted, og en bistilling et annet. Tilpasse svingninger i aktivitet, feks. ved en intensivpost. Kompetanseoverføring mellom tjenestesteder.

Behov for å øke kapasiteten blant ansatte

Økte stillingsandeler, med mål om mest mulig heltid. Redusere sykefraværet. Fokus på trivsel og gode arbeidsforhold. Gode arbeidstidsordninger. Legge til rette for at ansatte kan stå lenger i jobb. Øke særaldersgrenser, og medfølgende seniortiltak som gir tilrettelegging.

Arbeidstidsordninger

Kommisjonen stiller spørsmål ved om arbeidsmiljøloven støtter virksomhetens behov for døgnkontinuerlig bemanning. Begrenser virksomhetenes mulighet til å ivareta forsvarlig drift av tjenestene. Kommisjonen drøfter behovet for egen lov om turnus i helse- og omsorgstjenestene. Kommisjonen foreslår også å fastsette gjennomsnittsberegning av arbeidstid i sentrale tariffavtaler (alternativt lovfeste hvis partene ikke finner løsninger).

Automatisere ikke-brukerrettede oppgaver

Minimere behovet for ressursinnsats på oppgaver som rapportering, informasjonsinnhenting, dokumentasjon og logistikk.

Teknologi for å redusere behovet for personellressurser

Videreføre og styrke satsingen på velferdsteknologi for å redusere personellbehovet. Styrke den digitale kompetansen blant helseansatte. Fokus på de tjenestene som ikke krever menneskelig interaksjon. Styrke muligheten til å gå fra pilot til innført tjeneste.

"I alternativet for høy vekst (i etterspørsel, vår anm.), øker sysselsettingen med 120 prosent over perioden (perioden er 2019-2040, vår anm.) I et slikt scenario vil mange kommuners helse- og omsorgstjenester – og øvrig virksomhet – bryte fullstendig sammen"

(Helsepersonellkommisjonens rapport side 14) ¹

Andel høyskoleutdannede i helse og omsorg er høyere i Molde enn i andre kommuner

Nasjonale kvalitetsindikatorer publisert på Helsedirektoratet sine nettsider ³ viser andel av avtale brukerrettede årsverk innen helse og omsorg med høyskoleutdanning, andel årsverk med fagutdanning og andel årsverk som er ufaglærte. Tallene i tabellen til høyre er innrapportert fra kommunene for 2022.

Molde lå i 2022 litt under snitt for de andre kommunene i KOSTRA-gruppe 10 samt fylket og landet i andel med relevant fagutdanning totalt. Molde hadde imidlertid høyere andel høyskoleutdannede og lavere andel fagutdannede enn de andre.

Det å ha høy andel årsverk med høyere utdanning er positivt for kvalitet i tjenestene. I nasjonale framskrivninger av behov for helsepersonell er det imidlertid høyskoleutdannede som i størst grad vil mangle. Særlig gjelder dette sykepleiere og vernepleiere.

Helsepersonell kommisjonen har omstilling til flere fagutdannede som et av tiltakene for å løse bemanningsutfordringene i helse og omsorg. Helsefagarbeidere er den største gruppen fagutdannede i helse og omsorg.

Ut fra disse tallene har Molde et stort potensiale for å omstille til høyere andel fagutdannede som et tiltak for å møte framtidige bemanningsutfordringer i helse og omsorg

Andel per utdanningsnivå

	Høyskoleutdannede	Fagutdannede	Relevant fagutdanning
Molde	41,5	35,6	77,1
Haugesund	42,2	38,5	80,7
Karmøy	38,3	43,6	81,9
Øygarden	41,8	40,1	81,9
Hamar	39,8	41,2	81,0
Ringsaker	33,7	41,1	75,1
Halden	32,3	41,4	73,7
Porsgrunn	39,3	42,2	81,5
Ullensaker	40,0	39,3	79,3
Indre Østfold	30,8	48,0	78,8
Lørenskog	43,3	40,2	83,5
Ringerike	28,2	47,4	75,6
Gjøvik	41,0	38,5	79,5
Møre og Romsdal	37,7	39,0	76,7
Norge	37,7	40,0	77,7

Alle kommuner vil ha store utfordringer med å rekruttere tilsvarende samme andel høyskoleutdannede som de har idag i årene framover.

Molde kan møte rekrutteringsutfordringene ved å rendyrke oppgaver for høyskoleutdannede

For å kvalitetssikre den nasjonale statistikken fra 2022 har PwC også analysert tall per januar 2023 på enhetsnivå i helse og omsorg. De fleste enhetene hadde over 40 % høyskoleutdannede. Råkhaugen skiller seg ut med lavere andel høyskoleutdannede.

I snitt har ca. 42 % av avtalte årsverk i enhetene i tabellen til høyre høyskoleutdanning (snitt hensyntatt ulikt antall årsverk i enhetene). Ved å rendyrke oppgaver for høyskoleutdannede og **over tid** omstille flere årsverk til fagutdanning vil Molde komme på snitt i landet (37,9 %) for andel årsverk med høyskoleutdanning.

Rendyrking av oppgaver og lavere **andel** høyskoleutdannede betyr **ikke** lavere antall høyskoleutdannede. **Antall** ansatte i helse- og omsorgstjenester vil måtte øke fram mot 2040 totalt sett, men vil ikke kunne øke like mye som behovet tilsier ut fra demografisk utvikling. Hva som er rett nivå for andel høyskoleutdannede må vurderes individuelt per avdeling og tjenesteområde.

Endring i kompetansesammensetning kan gjennomføres **gradvis** ved ledighet i stillinger og må være basert på hvilken kompetanse som kreves for å utføre oppgavene i virksomheten, og ved å delegere oppgaver til lavest mulig kompetansenivå. Dette vil bidra til å unngå å binde opp helsefaglig kompetanse til å utføre oppgaver andre kan ivareta og til en kontrollert omstilling.

Andel per utdanningsnivå

	Høyskoleutdannede	Fagutdannede	Relevant fagutdanning
Bergmo omsorgsdistrikt	44 %	35 %	79 %
Bo- og habiliteringstjenester	41 %	42 %	83 %
Glomstua omsorgsdistrikt	42 %	45 %	87 %
Kirkebakken omsorgssenter	44 %	42 %	86 %
Kleive og skåla omsorgsdistrikt	48 %	42 %	90 %
Midsund omsorgsdistrikt	43 %	50 %	93 %
Neset omsorgsdistrikt	41 %	53 %	94 %
Psykisk helse- og rustjenester	75 %	17 %	92 %
Råkhaugen omsorgssenter	32 %	55 %	87 %



Det er usikkert hvilken effekt velferdsteknologi vi ha på fremtidens bemanningsbehov

Velferdsteknologi i Molde

Molde er i ferd med å innføre elektroniske medisindispensere og andre former for velferdsteknologi i institusjonstjeneste og hjemmebaserte tjenester. Kommunen har nylig opprettet to stillinger for innføring av velferdsteknologi og planlegger også en visningsarena der innbyggere kan komme å se ulike velferdsteknologiske løsninger.

Det konkrete innsparingspotensialet ved bruk av ulike velferdsteknologier er fremdeles uklart. En rekke studier viser at det er et stort potensial for gevinster, men anslaget varierer (se f.eks Nasjonalt velferdsteknologiprogramrapport 1 & 2⁴, SINTEFs rapport om medisindispensere i Bærum kommune⁵ og Menons rapport om gevinstpotensial i kommuner⁶) og vil avhenge av faktorer som grad av sykkelighet og brukeradaptasjon. En nylig utgitt rapport fra KS og Spekter⁷ peker på mulighet for innsparinger på inntil 25 % av kommunale helse- og omsorgskostnader gjennom økt digitalisering.

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

Velferdsteknologi kommer på toppen

En rapport fra Folkehelseinstituttet⁸ peker på at det er usikkert om digital hjemmeoppfølging gir gevinst i form av mindre bruk av sykehus- og hjemmetjenester. Digital hjemmeoppfølging er ikke det samme som velferdsteknologi. Likevel kan det være grunn til å merke seg at FHIs rapport tyder på at elektroniske hjelpemiddel foreløpig kommer på toppen av- og ikke i stedet for - at helsepersonell utfører oppgavene. Endring av arbeidsprosesser og tillit til velferdsteknologi tar tid å innføre.

Velferdsteknologi må være begrunnet i brukerbehov

Bruk av velferdsteknologi innen helse og omsorg må være begrunnet i brukerbehov, og ikke i økonomi. For mange brukere kan velferdsteknologi som alternativ til fysisk tilstedeværende personell øke mestringsevne, gi større opplevelse av selvstendighet og redusere stress knyttet til det å ha fysisk tilsyn. Eksempel på teknologi er varslings- og lokaliseringsteknologi, kommunikasjonshjelpemidler og informasjons- og kommunikasjonsteknologi, digitale dagsplaner, huskelister og påminnelser.

Teknologi har allerede vært i bruk i mange tiår

Helsepersonellkommissjonen har ikke konkretisert gevinst av velferdsteknologi. I analysene fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) som ligger til grunn for kommisjonens rapport⁹ blir det pekt på at teknologiske og digitale verktøy har vært i funksjon og stadig blitt utviklet også i de tiårene vi har lagt bak oss. Dette har likevel ikke ført til en demping i behov for helsepersonell. Tvert imot har det i flere år vært sterk vekst i helse- og omsorgsrelaterte årsverk per innbygger. Dette tilsier i følge SSB at utviklingen må ha vært dominert av andre krefter med motsatt virkning. Det konkrete innholdet i disse «andre kreftene» og deres betydning for årsverk i helse og omsorg fremover er fortsatt lite klarlagt.

Lovtekstene gir ikke klare svar på hva som er lovpålagte tjenester

Omfang av tjenestene

Kommunene har plikt til å yte nødvendige helse- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgsloven og sosiale tjenester etter sosialtjenesteloven. Lovtekstene er ikke så spesifikke at de gir klare svar på hva som er lovpålagt eller ikke. Grunnen til dette er dels at behovene varierer svært mye fra person til person, og at det vil være umulig å lage en oppstilling av alt en bruker kan ha behov for bistand til. Lovteksten er òg formulert ut i fra at kommunene er forskjellige og må ha en viss frihet til å løse oppgavene på en måte som passer de lokale forholdene.

Ikke-lovpålagte tjenester

I rundskriv ¹⁰ legger Regjeringen vekt på kultur, aktivitet og trivsel som helt sentrale og grunnleggende element i et helhetlig omsorgstilbud. Det er samtidig en utbredt oppfatning i kommunene om at dag- og aktiviseringstilbud ikke er et lovpålagt tilbud, med unntak av tilbud for personer med demens. Lavterskel tilbud og forebyggende tilbud innen psykisk helse og rus er heller ikke lovpålagt men det er klare forventninger fra helsemyndighetene til at kommunene skal drive slikt arbeid for å forebygge. Det er heller ikke lovpålagt å tilby kjøp av middager fra kommunalt kjøkken for hjemmeboende eldre. Flere kommuner har likevel slikt tilbud og anser det som viktig å legge til rette for at eldre hjemmeboende kan opprettholde god ernæringsstatus.



Oppsummering

- Mangel på tilstrekkelig antall helsepersonell vil bli en stor nasjonal utfordring fram mot 2040.
- Endret oppgavedeling mellom yrkesgrupper vil være et viktig tiltak for å dempe behov for personell på de høyeste utdanningsnivåene.
- Særlig vil det være viktig å se på muligheten for å rendyrke oppgaver for høyskoleutdannet personell da mangelen vil bli størst for de høyskoleutdannede.
- Velferdsteknologi vil være nødvendig og nyttig men det er svært usikkert i hvilken grad det vil gi redusert behov for helsepersonell.
- Kommunene bør legge til rette for at innbyggerne kan bo i sitt private hjem, eller i annen bolig uten fast bemanning, så lenge som mulig.



Anbefalt tiltak 5*:

Molde bør endre oppgavefordeling med formål å rendyrke oppgaver for høyskoleutdannede og å unngå å binde opp helsefaglig kompetanse til å utføre oppgaver andre kan ivareta.





0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

5

Bo- og habiliteringstjenester



Bofellesskap og tjenester til utviklingshemmede

Molde har flere innbyggere over 16 år med diagnosen psykisk utviklingshemming enn landsgjennomsnittet. Dette framgår av oversikten i "Grønt hefte, Frie inntekter 2023"¹¹ fra regjeringen der hver kommune har en indeks for antall psykisk utviklingshemmede over 16 år.

Landsgjennomsnitt er indeks 1,0 mens Molde har indeks 1,15. Kommunen får økt økonomisk ramme for dette (og for flere andre faktorer der kommunen ligger over snittet for landet) fra Staten gjennom ordningen med utgiftsutjevning.

Bo- og habiliteringstjenester i Molde omfatter bofellesskap, samlokaliserte boliger, avlastningsboliger, dag- og aktiviseringstilbud og hjemmebaserte tjenester til brukere i private hjem. Av botilbud med heldøgns bemanning er det ett bofellesskap for eldre funksjonshemmede og 12 bofellesskap/samlokaliserte bofellesskap for beboere med ulik alder og hjelpebehov. I tillegg kommer avlastningsboliger med 8 plasser.

Tjenesteyting innen bo- og habilitering er spredt på 23 adresser. Dette er de lokasjonene der det er fast bemanningsbase tilknyttet. I tillegg kommer ca. 40 adresser for brukere som bor utenfor i eget hjem.

Det er ca. 500 brukere av tjenestene hvorav ca. 270 er brukere av støttekontakt og ca. 45 er brukere av avlastningstjenester. 99 brukere bor i bofellesskap eller samlokaliserte boliger.

Det var per januar 2023 ca. 302 årsverk i tjenesten fordelt på ca. 395 ansatte. Budsjett 2023 ca. 280 MNOK.

Lokasjon (nummerert)*	Antall i samlokalisering	Antall utenfor egne hjem	Totalt antall som betjenes av driftsenehten
1	7	0	7
2	8	6	14
3	3	2	5
4	9	2	11
5	5	1	6
6	11	7	18
7	5	0	5
8	5	4	9
9	11	1	12
10	13	2	15
11	7	3	10
12	11	2	13
13	4	1	5
Snitt samlokaliserte	7,6		10,0
Avlastningsboliger	10		
Støttekontakter	272		
BPA	11		
Avlastning utenfor institusjon	43		
Aktivitetssenter 1	20		
Aktivitetssenter 2	57		
Aktivitetssenter 3	Ikke oppgitt		

*Lokasjonene er ikke navngitt ut fra hensyn til personvern.

PwCs vurdering av boligenes funksjonalitet

Heldøgns botilbud er organisert i 13 bofellesskap/samløkaliserte boliger med tilhørende personellgrupper og turnuser. Flere av de samlokaliserte boligene er fordelt på flere adresser / bygg. Flere personellgrupper bistår også brukere utenfor den adressen der de har basen sin. Det bor for tiden totalt 99 brukere fordelt på 13 bofellesskap. Snitt blir dermed litt over 7,6 brukere per bofellesskap/samløkalisering.

Bemanningsfaktoren (planlagte årsverk delt på antall plasser/brukere) i Bo- og habiliteringstjenester er omtrent på samme nivå som andre kommuner PwC kjenner til. Antall avdelingsledere og antall brukere per nattevakt er ikke spesielt høyt i forhold til andre kommuner PwC har jobbet med. Dette tyder på at drift og bemanning er optimalisert til tross for at boligene er spredt og personalet daglig forflytter seg enten til fots eller i bil mellom flere adresser.

Det er etter PwCs vurdering vanskelig å se for seg at driften kan effektiviseres ytterligere uten bygningsmessige endringer.

Lokalene til Bo- og habiliteringstjenester har ulik standard og funksjonalitet. Flere av byggene er ikke bygd til formålet, men er boliger som er kjøpt opp av kommunen og innredet og utstyrt etter beste evne.

Flere bofellesskap/samløkaliserte boliger mangler tilfredsstillende lokaler og fysiske arbeidsforhold for de ansatte. Flere mangler også tilfredsstillende fellesareal for beboerne, funksjonelle uteområder eller areal for oppbevaring av beboernes utstyr. Flere mangler også tilfredsstillende parkeringsforhold.

De bygningsmessige forholdene virker særlig å være utilfredsstillende ved lokasjon nr. 5 (tallet refererer til tabellen på forrige side). Fysisk arbeidsmiljø for personalet er ikke tilrettelagt i tilstrekkelig grad. En av leilighetene i bygget brukes til personalbase uten at denne er tilrettelagt for slik bruk. Det er ikke tilfredsstillende hvile-, oppholds eller møterom for personalet og heller ikke garderober for kvinner og menn. Byggets plassering er heller ikke optimalt, med plassering midt i et boligstrøk med innsyn i hage og uteareal. Det mangler også tilstrekkelig antall parkeringsplasser på tomten.

Bofellesskap/samløkaliserte boliger for utviklingshemmede

Hva som er rett nivå for antall samlokaliserte boenheter innen tjenester til utviklingshemmede er en debatt som har gått helt siden ansvarsreformen ble innført i 1991. Husbanken (HB 8.F.7) anbefaler bofellesskap med 6-10 enheter.

PwCs erfaring er at antall samlokaliserte leiligheter per bolig varierer veldig i kommunene, og at det er sammensetning av brukere som avgjør hvor mange som kan bo samlokalisert. Utforming av bygg og mulighet for både privatliv og sosial omgang spiller også inn.

Ved nybygg eller ombygging vil kommunen måtte ha dialog med Husbanken i planleggingsprosessen for å sikre at bygget vil kvalifisere til investeringstilskudd.

Framtidig behov for bo- og habiliteringstjenester i Molde

Antall brukere

Det er stor usikkerhet knyttet til hvor mange brukere som vil ha behov for tjenester fra Bo- og habilitering i framtiden. Antall svangerskap per år i Norge med Downs syndrom øker, mens andelen barn som fødes med denne tilstanden er relativt stabil. Nylige endringer i Bioteknologiloven medfører nye retningslinjer og rutiner for undersøkelser som kan avdekke Downs syndrom i svangerskapet. Dette vil trolig påvirke hvor mange barn som fødes med Downs syndrom de kommende årene.

Både forekomst og alvorlighetsgrad av cerebral parese (CP) har gått betydelig ned de siste 20 årene. Årsaken er antagelig fremskritt innen svangerskapsomsorg, fødselshjelp og i behandling av syke nyfødte.

Samtidig fører nye behandlingsmetoder og medisinske fremskritt til økt overlevelse av medfødt eller ervervet alvorlig sykdom og skade. Flere kommuner opplever økning i antall multifunksjonshemmede barn og unge med store hjelpebehov. Kommunene forteller også om økning i barn og unge med adferdsutfordringer. Denne brukergruppen trenger hjelp til adferdsregulering, aktivisering og sosialisering.

For personer med utviklingshemming er også forventet levealder høyere nå enn for bare få tiår siden, men variasjonen er stor. Mange vil kunne nå samme levealder som befolkningen for øvrig, mens noen tilstander og syndromer er knyttet til biologiske og genetiske forhold som kan gi funksjonsendringer og sykdommer som innebærer økt risiko for tidligere død.

Utviklingshemmede kan få somatiske sykdommer som demens, hjerte-kar lidelser, diabetes og kreft som alle andre. Godt samarbeid mellom bo- og habiliteringstjenester og eldreomsorgen er en forutsetning for å finne løsninger der hvor brukere ikke opplagt hører til i den ene eller andre tjenesten.

Bo- og habiliteringstjenester kjenner til 22 nye brukere som kommer inn i tjenesten de nærmeste 10 årene. Dette er barn som har tjenester i kommunen idag og som fyller 18 år mellom 2023 og 2033.

2023	2024	2025	2026	2027	
2	4	1	3	1	
2028	2029	2030	2031	2032	2033
2	2	2	1	1	3

Figur: Antall kjente nye brukere av bo- og habiliteringstjenester per år

Dette er bare de brukerne som er kjent. Hvor mange som ikke har tjenester idag men som vil trenge det i framtiden, og hvor mange som kommer flyttende til kommunen er ikke kjent.

Anbefalte tiltak for Bo- og habiliteringstjenester

Som kortsiktig tiltak anbefaler PwC at det planlegges for å bygge en ny bolig med 6-10 plasser som erstatning for dagens Samlokalisering 5 og andre brukere som trenger forsterket bemanning. Kommunen har allerede bevilget midler til å starte planlegging.

For å kunne tilby nye brukere som kommer de nærmeste årene plass i bofellesskap/samlokaliserte boliger bør det bygges et nytt bofellesskap/samlokaliserte boliger for 6-10 brukere.

Sammensetning av brukere i fellesskap må vurderes etter brukernes ønsker og behov og faglig skjønn.

PwCs vurdering er at det er behov for en helhetlig plan for utvikling av bygg og anlegg i Bo- og habiliteringstjenester. Planen bør baseres på teknisk tilstandsgrad og funksjonalitet for bygg og uteområder, og inneholde en prioritert liste over tidshorisont og rekkefølge av tiltak.

Anbefalt tiltak 2*: Planlegge og etablere nye samlokaliserte boliger (forsterket)



Anbefalt tiltak 3*: Planlegge og etablere nye samlokaliserte boliger (ikke forsterket)

Anbefalt tiltak 10*: Utarbeide helhetlig plan for renovering og utskiftning av bygg for bo- og habiliteringstjenester og Psykisk helse- og rustjenester

*Nummerering viser tilbake til rapportens tiltaksliste side 10 og veikart side 11

Designprinsipper fra Husbankens veileder om utforming av omsorgsbygg, kap 3 ¹²:

- Antallet boenheter i bogruppe 6–10, avhengig av brukergruppen.
- Fellesareal for samvær og aktiviteter.
- Felles kjøkken anbefales.
- Felles utearealer i direkte tilknytning til felles oppholdsrom enten på bakken eller på terrasse.
- Lett adkomst til utearealer som kan være private og/eller felles.
- Unngå gjennomgang via bogruppe.
- Boenhet tilrettelagt for bruk av hjelpemidler.
- Privat boenhet bør minimum være 40 m² med plass til kjøkken.
- Atskilt soverom anbefales.
- Noen enheter planlagt for parsengssoverom bør vurderes.
- Plass for seng i pleiestilling enten i soverom eller i stua.
- Plass til nødvendige møbler, plass for hjelpere og plass for betjening av bofunksjoner.
- Bad med plass for hjelpere ved alle bad funksjoner
- For enkelte bogrupper er det også viktig med privat uteoppholdsareal/ balkong.
- Felles vaskerom der det ikke er planlagt for private vaskemaskiner.
- Privat bod enten i boenheten eller i fellesområde.
- Areal tilrettelagt for lagring og lading av hjelpemidler.



0

1

2

3

4

5

6

7

8

9



6

Psykisk helse- og rustjenester

Bofellesskap og tjenester i psykisk helse- og rustjenester

Tjenesten omfatter kortvarig psykisk helsehjelp (lavterskeltilbud), Psykisk helseteam (stasjonært og ambulans), distriktsteam, ett heldøgnsbemannet bofellesskap og boliger med stasjonær bemanning deler av døgnet. I tillegg Rus- og psykiatri team (ROP team), Fact-Ung, arbeid og aktivisering og barnebolig. Tjenesten er fordelt på 8 lokasjoner.

Enheten yter hjelp for å øke livskvalitet og mestringsevne for brukergruppen. Tjenesten drifter også ulike arbeidstiltak i nært samarbeid med NAV og med andre enheter i kommunen. Innen psykisk helse er det utarbeidet mye selvhjelpsmateriell som ulike typer kurs og digitale grupper. Dette tilbys på lavterskelnivå før det gjøres vedtak. Dersom det gjøres vedtak blir brukeren gjerne værende i tjenesten over lengre tid.

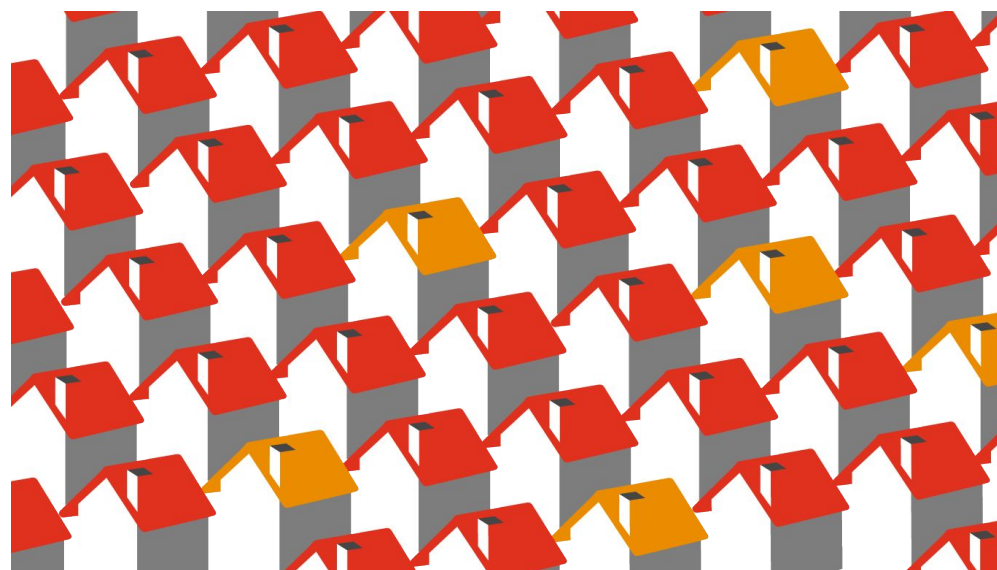
Antall brukere i enheten per april 2023 er ca. 750 hvorav 200 har kortvarig psykisk helsehjelp og 180 har oppfølgingstjeneste. 8 bor i heldøgnsbemannet bofellesskap. Bofellesskapet har flest eldre beboere, og kommunen diskuterer grensegang mellom dette tilbudet og tilbud i eldreomsorgen til brukere med kognitiv svikt.

Molde har også samlokaliserte boliger for psykisk helse i et annet område i byen. Her er det en personalbase og 6 leiligheter. Basen er bemannet dag og kveld men ikke natt. Personalet her bistår også 14 brukere som bor på adresser i nærheten.

Enhet for psykisk helse- og rustjenester har per januar 2023 ca. 90 ansatte fordelt på 74 årsverk. Budsjett 2023 ca. 59 MNOK.

Enheten framhever det å ha store nok fagmiljø, godt tverrfaglig samarbeid og variasjon i typen arbeidsoppgaver som rekrutteringsfremmende. Langvakter er også innført og virker positivt på rekruttering. Enheten klarer stort sett å fylle ledige stillinger.

Faglig tilnærming er en såkalt recoveryorientert praksis, som handler om å hjelpe brukerne til å komme forbi utfordringene med å ha et psykisk helseproblem, til å finne nytt fotfeste og få en god hverdag og liv med eller uten helseutfordringer. Arbeid og aktivisering er en viktig del av tilbudet. For boligsituasjon er utgangspunkt at bruker skal følges opp i den bosituasjonen de har i dag. De som trenger det skal få bistand til å skaffe bolig. Enheten samarbeider tett med spesialisthelsetjenesten.



0 Tvungen psykisk helsevern

1 **Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD)**

2 Ansvaret for personer som er dømt til tvunget psykisk helsevern er regulert under lov om psykisk helsevern og ligger til spesialisthelsetjenesten. TUD er en lovregulert praksis som åpner for at personer kan påføres tvangstiltak mens de bor hjemme eller i kommunalt botilbud. Det er en nasjonal målsetting at bruk av tvang i psykisk helsevern skal reduseres, og regelverk rundt dette ble innskjerpet ved endring i psykisk helsevernloven fra 2017.

5 Molde kommune har noen få brukere som omfattes av TUD. FACT- teamet (fleksibelt, aktivt oppsøkende behandlingsteam i lokalmiljøet) jobber med disse. utfordringer her er grensegang mellom spesialisthelsetjenesten sine oppgaver og kommunens oppgaver.

7 Hvorvidt denne brukergruppen vil øke i antall framover er ikke mulig å si. Antallet avhenger av utvikling i tvungent psykisk helsevern, av antall som hjemles under TUD og av samhandling mellom helseforetak og kommunen på dette området.



Fremtidig behov for psykisk helse- og rustjenester i Molde

Forekomst av diagnostiserte psykiske lidelser i befolkningen er stabil over år. Det er imidlertid økning i psykiske utfordringer, særlig blant jenter i alderen 15-17 år.

I Molde har antall brukere av tjenester vært stabilt over år. Så langt i 2023 har kommunen opplevd en kraftig økning av søknader spesielt for kortvarig psykisk helsehjelp. Hittil i år er det kommet til 214 nye brukere mens det kom 349 nye i hele 2022. I løpet av 2023 vil over 1000 brukere ha mottatt tjenester.

Flere kommuner ser at nye brukergrupper kommer inn med behov for botilbud;

- Ulike former for atferdsforstyrrelser
- Autisme kombinert med rus
- Eldre med rusutfordringer

Disse gruppene har andre utfordringer enn tidligere brukergrupper i boligene og gjør at grensegangen mellom psykisk helse- og rustjenester, bo- og habiliteringstjenester og eldreomsorg blir mindre tydelig. Samarbeid og kompetanseutvikling på tvers av enhetene blir viktig i framtiden, sammen med gode rutiner for avklaring av ansvar for brukere som ikke opplagt hører hjemme i den ene eller andre enheten.

Nye brukergrupper gir også andre behov i forhold til bolig. De nye brukergruppene har mer utstyr i form av sportstutstyr, ulike former for kjøretøy og annet. Dette gir behov for tilstrekkelig areal for oppbevaring med tilgang til lading for elektrisk utstyr.

PwCs vurdering av boligens funksjonalitet

0 Heldøgnsbemannet bofellesskap

Lokalene for det heldøgnsbemannede bofellesskapet ble ikke bygget til formålet og oppleves ikke som tilfredsstillende av de ansatte. Det er eksempelvis bare ett kontor i et opprinnelig soverom. Avdelingsleder har derfor daglig arbeidssted i kontorfellesskap et stykke unna. Bofellesskapet er også delt på to etasjer slik at en må passe på at det er personale både oppe og nede. PwC vurderer det å være fordelt på to etasjer som en logistikkmessig utfordring som kjennes igjen fra døgnbemannet virksomhet i andre kommuner. I hvilken grad det spiller inn på effektiv utnyttelse av ressursene er mer usikkert. Det må uansett må være et visst antall personer på jobb for å betjene brukerne. Mangel på arbeidsplass for avdelingsleder i bofellesskapet bør etter PwCs vurdering prioriteres å løses.

6 For samlokalisering av botilbud innen psykisk helse- og rustjenester er det mindre forskning på hva som er ideelt antall samlokaliserte boliger. Tilbudene til disse brukergruppene varierer også veldig fra kommune til kommune når det gjelder organisering og innretning. Også for disse gruppene gjelder naturlig nok behov for en mest mulig normal boligsituasjon, uten institusjonspreg. PwCs erfaring fra andre kommuner er at det ofte er færre beboere per bofellesskap her enn i tjenester til utviklingshemmede.

9 Ikke alle kommuner har bofellesskap for psykisk helse- og rustjenester. Dess flere med like utfordringer til mer aktuelt er det å tilby bofellesskap. Antall brukere og antall boliger er vanskelig å sammenligne på tvers av kommuner, blant annet fordi rusmønstre er ulike i byene. Det er en utfordring å finne egnede tomter og boliger til brukergruppen og forholdet til nærmiljø og naboer er viktig å ivareta.

Hensynet til ansattes sikkerhet er også en vesentlig faktor i utforming av lokaler og bygg, med rømningsveier og mulighet til å få hjelp ved utøvelse av trusler og vold.

Ingen kritiske utfordringsområder i kapasitet eller funksjonalitet

PwC ser ingen kritiske utfordringsområder knyttet til kapasitet i tjenestene eller funksjonalitet i de bemannede boligene. Det bør likevel gjøres en gjennomgang av funksjonalitet og teknisk tilstand på de bemannede boligene i forbindelse med den anbefalte gjennomgangen av boligmassen i Bo- og habiliteringstjenester. Utviklingen i antall henvendelser om kortvarig psykisk helsehjelp bør også følges tett for å se om økningen vedvarer eller er forbigående.

Bofellesskap som bygges nye eller renoveres bør i størst mulig grad utformes fleksibelt for å kunne ivareta begge brukergrupper dersom antall brukere skulle endre seg vesentlig fra i dag.

Også for denne enheten gjelder behov for størst mulig grad av samlokalisering av tjenester for å rekruttere og beholde fagpersonell og for å utnytte ressurser mest mulig effektivt. Grad av samlokalisering må veies opp mot hensyn til brukernes behov og hensyn til nabolag og nærmiljø.



Anbefalt tiltak: Det bør gjøres gjennomgang av boligens tekniske tilstandsgrad og funksjonalitet i forbindelse med tilsvarende gjennomgang for bo- og habiliteringstjenester (tiltak 5*, felles med Bo- og habiliteringstjenester).

*Nummerering viser tilbake til rapportens tiltaksliste side 10 og veikart side 11



0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

7

Eldreomsorg



Effekt av bedret helsetilstand i befolkningen og av økt familieomsorg

Statistisk sentralbyrå (SSB) har på bestilling fra Helsepersonellkommissjonen utarbeidet en analyse av hvilken effekt en kan forvente av bedret helsetilstand i befolkningen og av økt familieomsorg i fremtiden ⁹.

SSB vurderer følgende:

Forbedringer av aldersspesifikk helse blant de eldre og ny velferdsteknologi fremheves som faktorer som kan bremse veksten i behovet for helse- og omsorgsårsverk fremover. Men begge disse faktorene har vært virksomme også i tiårene bak oss.

Sterk vekst i HO-årsverk per innbygger tilsier at de må ha vært dominert av andre krefter med motsatt virkning. Det konkrete innholdet i disse «andre kreftene» og deres betydning for HO-etterspørselen fremover er fortsatt lite klarlagt.

Man antar at brukerfrekvensene reduseres på en måte som er «i takt» med reduksjonen av aldersspesifikk dødelighet fremover i den relevante befolkningsfremskrivningen for personer over 55 år. (Statistisk sentralbyrå 2023)

Økt familieomsorg forutsetter at pårørende har tilstrekkelig tid til å ta seg av de eldre. Land som har høy grad av familieomsorg har langt lavere andel av kvinner i arbeidslivet enn Norge har.

Forventning om at familien skal yte mer bistand bør etter PwCs oppfatning ikke tillegges for stor vekt i dimensjonering av antall plasser i heldøgns omsorg.

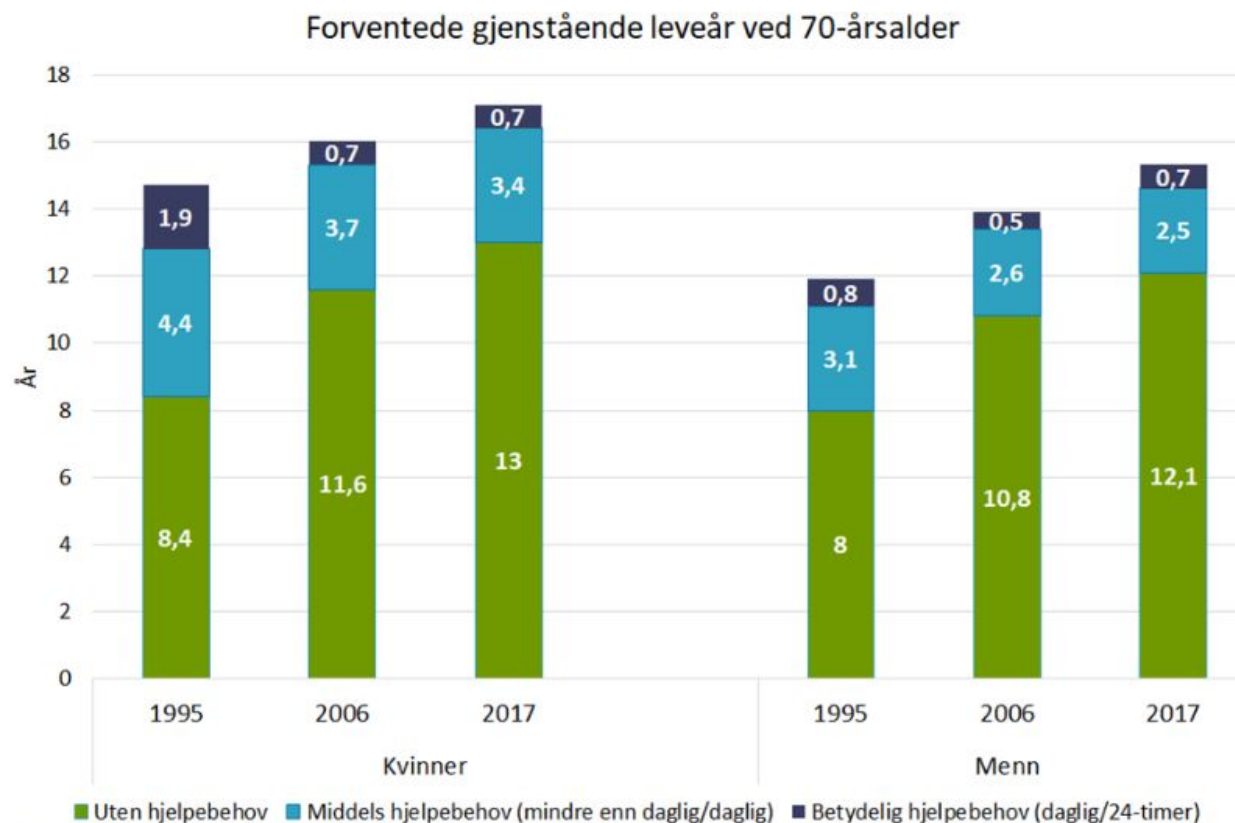
Effekten av teknologiske hjelpemidler og av bedret folkehelse har altså vært virksomme i flere tiår allerede uten at det har ført til reduksjon i behov for årsverk i helse og omsorg. Statistisk sentralbyrå anslår at effekten av bedret helsetilstand på bemanningsbehovet kan utgjøre ca. 0,5 % per bruker per år.

PwC vurderer at det ikke bør tillegges for stor vekt på disse faktorene i dimensjonering av antall plasser i heldøgns omsorgen.

Økt funksjonsnivå og større iboende kapasitet hos eldre forventes å utsette hjelpebehov

Folkehelseinstituttet (FHI) har i en nylig publikasjon vurdert at bedring i funksjonsnivå og iboende kapasitet hos eldre gjør at hjelpebehovet utsettes ¹³. Befolkningen blir stadig eldre og friskere. Risikoen for sykdom (inkludert demens) for hver og en av oss reduseres. Fra 1995 til 2017 har gjenstående leveår uten hjelpebehov økt med 4-5 år både for kvinner og menn.

Økning i bemanningsbehov i helse og omsorg skyldes ikke økt sykkelighet, men at vi blir flere eldre og dermed flere med hjelpebehov.



Figur: Gjenstående leveår og hjelpebehov etter 70 års alder, FHI

Utvikling i demens

I Norge viser resultater fra Tromsøundersøkelsen en markant bedring i hukommelse og prosesseringshastighet i nyere generasjoner eldre ¹³ (Johnsen et al., 2021). Hukommelsen var faktisk like god for 70-åringene i 2015 som for 60-åringene i 2001.

Videre tyder internasjonale studier på at demensinsidens har gått ned innad i aldersgruppene de siste par tiårene ¹³ (Christensen et al., 2013; Langa et al., 2017; Llewellyn & Matthews, 2009; Matthews et al., 2016).

Dette kan tolkes som at demensrisiko for hver enkelt av oss er noe redusert, men på grunn av den storeøkningen i antall eldre, forventes også en betydelig økning i antallet eldre med demens.



Økning i antall personer med demens tilsier at botilbud i helse og omsorg må legges bedre til rette for denne gruppen. Eksempel ved heldøgns bemannede bofellesskap og fokus på miljøarbeid og aktivisering.

FOLKEHELSEPROFIL 2023

Folkeshelsebarometer for kommunen

I oversikten nedenfor sammenliknes noen nøkkeltall for kommunen og fylket med landstall. I figuren og tallkolonnene tas det hensyn til at kommunene og fylker kan ha ulik alders- og kjønnsammensetning sammenliknet med landet. Klikk på indikatornavnene for å se utvikling over tid i kommunen. I Kommunehelsa statistikkbank, <http://khs.fhi.no> finnes flere indikatorer samt mer informasjon om hver enkelt indikator.

Vær oppmerksom på at også «grønne» verdier kan innebære en folkehelseutfordring for kommunen, fordi landsnivået ikke nødvendigvis representerer et ønsket nivå. Verdiområdet for de ti beste kommunene i landet kan være noe å strekke seg etter.

- Kommunen ligger signifikant bedre an enn landet som helhet
- Kommunen ligger signifikant dårligere an enn landet som helhet
- Kommunen er ikke signifikant forskjellig fra landet som helhet
- Kommunen er signifikant forskjellig fra landet som helhet
- Ikke testet for statistisk signifikans
- ◆ Verdien for fylket (ikke testet for statistisk signifikans)
- | Verdien for landet som helhet
- ▬ Variasjonen mellom kommunene i fylket
- ▭ De ti beste kommunene i landet

Folkehelseprofil for Molde kommune

Molde ligger bedre an eller på nivå med snitt i landet på de fleste folkehelseparametere ¹⁴. Kommunen har flere over 80 år og høyere forventet levealder enn snitt i landet.

Tema	Indikator (klikkbare indikatornavn)	Kommune	Fylke	Norge	Enhet (*)	Folkeshelsebarometer for Molde
Befolkning	1 Andel barn, 0-17 år	20,1	20,6	20,4	prosent	
	2 Andel over 80 år	5,2	5,1	4,4	prosent	
	3 Andel 80 år+, framskrevet til 2040	10	9,8	8,2	prosent	
	4 Personer som bor alene, 45 år +	26,3	24,9	26,3	prosent	
	5 Befolkningsvekst	0,41	0,11	0,63	prosent	
Oppvekst og levekår	6 VGS eller høyere utdanning, 30-39 år	82	80	81	prosent	
	7 Vedvarende lav inntekt, 0-17 år	9,1	8,7	12	prosent	
	8 Inntektsulikhhet, P90/P10	2,7	2,6	2,8	-	
	9 Barn av enslige forsørgere	14,6	13,6	14,7	prosent	
	10 Unge som står utenfor, 15-29 år	8,5	8,7	9,5	prosent (a,k)	
	11 Leier bolig, 45 år +	11,3	11,8	12,2	prosent	
	12 Bor trangt, 0-17 år	15	13	18	prosent	
	13 Laveste mestringsnivå i lesing, 5. tr.	22	25	23	prosent (k)	
	14 Laveste mestringsnivå i regning, 5. tr.	22	23	24	prosent (k)	
	15 Gjennomføring i vdg. opplæring	83	81	79	prosent (k)	
	16 Høy tilfredshet med livet, Ungd. 2021	48	-	49	prosent (a,k)	
Miljø, skader og ulykker	17 Drikkevann, hygienisk og stabilt	98,3	85,3	90,7	prosent	
	18 Luftkvalitet, finkornet svevestøv	2,8	2,8	4,8	µg/m ³	
	19 Trygt i nærmiljøet, Ungdata 2021	88	-	85	prosent (a,k)	
	20 Med i fritidsorganisasjon, Ungd. 2021	63	-	60	prosent (a,k)	
	21 Fornøyd med lokalmiljøet, Ungd. 2021	71	-	68	prosent (a,k)	
	22 Fornøyd med treffsteder, Ungd. 2021	50	-	46	prosent (a,k)	
	23 Ensomhet, Ungdata 2021	22	-	25	prosent (a,k)	
Helse-relatert atferd	24 Trener sjeldnere enn ukentlig, 17 år	26	29	27	prosent (k)	
	25 Skjermtid over 4 timer, Ungd. 2021	44	-	49	prosent (a,k)	
	26 Røyking, kvinner	1,9	2,8	2,8	prosent (a)	
Helsestatus	27 Forventet levealder, menn	81,0	80,7	80,1	år	
	28 Forventet levealder, kvinner	85,0	84,6	83,9	år	
	29 Utd.forskjeller i forventet levealder	3,8	4,2	5,1	år	
	30 Psykiske sympt./lidelser, 0-74 år	146	156	160	per 1000 (a,k)	
	31 Overvekt og fedme, 17 år	21	24	22	prosent (k)	
	32 Hjerte- og karsykdom	15,5	16,6	17,2	per 1000 (a,k)	
	33 Antibiotikabruk, resepter	256	273	262	per 1000 (a,k)	
	34 Vaksinasjonsdekning, meslinger, 9 år	98,3	97,9	97,3	prosent	

Forklaring (tall viser til linjenummer i tabellen ovenfor):

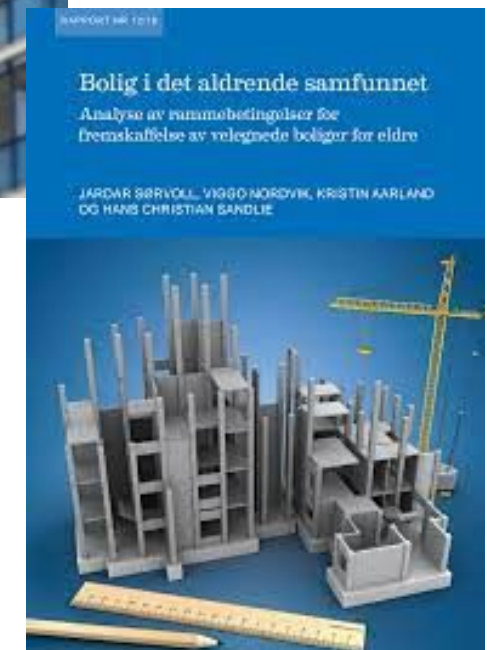
Eldres valg av boform

Forskning viser at fremtidens eldre foretar strategiske boligtilpasninger gjennom flytting. Det er blitt mer vanlig å flytte i aldersgruppen 60-75 år de siste 20 årene.¹⁵

Eldre flytter i større grad fra enebolig til presumptivt mer tilgjengelige blokkleiligheter. For de som tilpasser eneboligen sin skjer tilpasning ofte først når behovet melder seg.

Mange mellom 60 og 75 år opplever å få alvorlige selvopplevde begrensninger på boligmarkedet knyttet til økonomi. Personlig økonomi er en barriere for flytting for mange. Eldre i sentrale deler av storbyer flytter mest mens eldre i spredtbygde strøk flytter minst.

Det er ikke politisk enighet om hvor langt en skal gå i prioritering av hjemmetjenester framfor sykehjem og/eller omsorgsboliger i heldøgnsomsorg. Sykehjemmene står fremdeles sterkt i norsk eldreomsorg og store deler av ressursene i kommunene brukes fortsatt på sykehjem.



Eldres valg av boform og konsekvens for boligplanlegging i kommunene

Regjeringen skal i løpet av 2023 legge fram en stortingsmelding om Bo trygt hjemme-reformen. Dette er nåværende regjeringens oppfølging og videreføring av kvalitetsreformen "Leve hele livet".¹⁵

Høsten 2022 gjennomførte regjeringen fire regionale dialogmøter der eldre, pårørende, ansatte i kommuner og representanter fra frivillige og private organisasjoner deltok og ga innspill til reformen. Følgende overordnede innspill ble sammenstilt etter møtene, formulert som innbyggernes behov:

"Jeg trenger å føle tilhørighet til stedet der jeg bor"

- Oppmuntres til å delta på lokale arrangement
- Lokalsamfunn som verdsetter fellesskap, trygghet og tillit
- Tilpasset transport til og fra møteplasser
- Møte folk i alle aldre
- Tett koblet på livet som foregår i lokalsamfunnet
- Opplive liv og røre uten at det fordrer store krav til transport og tilrettelegging

"Jeg trenger oversikt over hva jeg bør gjøre"

- Realitetsorientering om egen situasjon og muligheter framover
- Bli orientert om hva slags tjenester kommunen tilbyr
- Få bistand til å vurdere i hvilken grad boligen en bor i er aldersvennlig og egen økonomisk situasjon og handlingsrom
- Bli orientert om hvilket ansvar pårørende har

"Jeg må føle meg nyttig"

- Lave forventninger til de eldre svekker selvfølelse
- Digital kompetanse kan bli flaskehals for deltakelse i det sosiale liv
- Behov for at samfunnet får et mer optimistisk bilde på hvor ressurssterke mange eldre mennesker er
- Anledning til å bruke egne ressurser

Fra kunnskapsnotatet "Leve hele livet- Beskrivelse av eksisterende kunnskap og forskning om reformens utfordringsområder" utarbeidet i 2020 fra Senter for omsorgsforskning på oppdrag fra Helsedirektoratet:

Egnede boliger

- Tilrettelegge for fleksibilitet i boform
- Bistand til å tilrettelegge eksisterende boliger
- Skape nye, bedre egnede boliger og boformer som fremmer livskvalitet og sosial inkludering
- Miks av flere generasjoner på samme sted
- Andres aktivitet (eks barns lek) kan gi økt livskvalitet og mindre selvsentrering

Tilgang til boligens nærområde

- Tilrettelegging av uteområder for fysisk aktivitet
- Møteplasser mellom generasjoner
- Nærhet til aktivitetstilbud og tjenester
- Tilgjengelige, pålitelige og prisgunstige transporttilbud
- Tilrettelegging av byrommet- sted for å hvile eller gå på toalettet

Anti- diskrimineringsarbeid

- Jobbe for å endre holdninger som hindrer deltakelse
- Bygge «trygge havner» i lokalsamfunnet rundt dem, gjennom for eksempel kampanjer der befolkningen blir oppfordret til å møte disse bestemte gruppene med et tydelig «hei», eller andre aspekter ved en «velkommen-kultur»

Ulike eldre- ulike behov

- Eldre som ressurs i frivillig sektor kan forebygge helseplager også hos den eldre- hos mange, men ikke alle.
- Sosiale relasjoner fremmer livskvalitet også i alderdommen- hos mange, men ikke alle.
- Urbane kontekster kan styrke nettverk for enkelte grupper i den eldre befolkningen- hos mange, men ikke alle.



Eksempler på hva Molde kan gjøre for å legge til rette for aldersvennlig samfunn

Bolig og næring

- Fleksible kollektive bo-løsninger som kombinerer selvstendighet og fellesskap
- Bygg plassert i allerede etablert lokalmiljø
- Fellesareal og tilrettelagte uteareal

Digitalisering

- Opplæring i digitale verktøy
- Brukerstøtte
- Digitalisere
- "Smart" byplanlegging, digitalisering for å minske avstander og for å frigjøre arbeidskraft til eldreomsorgen

Kommunikasjon- kampanjer

- Fokus på eldre som ressurs
- Tydelig på hva kommunen kan tilby og hva den ikke kan tilby
- Trygghet for at de som trenger pleie og omsorg vil få det

Transport og mobilitet

- Tilrettelegge tilgjengelige og prisgunstige transporttilbud
- Eks bestillingstransport, handlebuss
- Forebygge ensomhet – flere treffpunkter (tidlig nok)
- Benker for hvile og tilgjengelige toalett i offentlige rom

Rådgivning

- Boligrådgiver/boligteam som kan gi råd om bosituasjon/endrings-/tilpasningsbehov
- Informasjon til eldre om ulike muligheter – sosiale medier, brosjyrer, oppslag, kommunens nettsider

Sosial kontakt

- Eldre som ressurs for å hjelpe hverandre
- Kurstilbud
- Koble barn og unge og eldre. Eks dagsenter og SFO

Anbefalt tiltak nr 9*:

Molde bør legge til rette for et aldersvennlig samfunn der det er lagt til rette for et sosialt og aktivt liv for de eldre. Koordineringsansvar for dette bør legges til en instans i kommunen.

Tilrettelegging for et aldersvennlig samfunn kan bidra til å dempe presset på helse- og omsorgstjenestene i Molde og dermed også til å dempe personellbehov.



Institusjoner, bofelleskap og omsorgsboliger i Molde

Innhold i eldreomsorgen

Eldreomsorgen omfatter hjemmebaserte tjenester (hjemmesykepleie og praktisk bistand), dag- og aktiviseringstilbud, rehabilitering, palliativ behandling, fysioterapi, ergoterapi og hjelpemidler i hjemmet. I tillegg hjemmetjenester i ubemannede omsorgsboliger, heldøgns bemannede bofelleskap og korttids- og langtidsplasser i institusjon.

Forskjell på institusjon og omsorgsbolig

Brukere som bor i omsorgsbolig eller bofelleskap er leietakere og betaler husleie på lik linje med andre som leier kommunal eller privat bolig. Leieforholdet er regulert av eget lovverk. Helse- og omsorgstjenester disse mottar innvilges etter søknad og defineres som hjemmebaserte tjenester. Beboere i omsorgsbolig og bofelleskap betaler mat, medisiner og forbruksvarer selv, som om de bodde i privat hjem. De bruker sin fastlege til nødvendige legetjenester.

Brukere som bor i institusjon betaler andel av inntekt etter vederlagsforskriften og mottar alle nødvendige tjenester, mat, medisiner og utstyr fra kommunen. Legetjenester ytes av sykehjemslege. For barn i institusjon og for korttidsopphold gjelder andre betalingsordninger.

Dekningsgrader heldøgs omsorg

I 2021 hadde Molde kommune totalt 314 institusjonsplasser og en dekningsgrad på 18,6 %. Fra 2021 til 2023 har Molde gradvis redusert antall plasser til 278 og planlegger nedtak av ytterligere 4 plasser i 2023 mot en dekningsgrad på 15,9 %. Det er ikke lagt ned hele avdelinger men redusert plasser på fire av sykehjem.

Det er totalt 8 sykehjem med institusjonsplasser i kommunen (Neset, Kleive, Skåla, Glomstua, Råkhaugen, Bergmo, Kirkebakken, Midsund).

Det er 4 heldøgnsbemannede bofelleskap for eldre i kommunen. 2 i plansone Sentrum, organisert under Glomstua omsorgsdistrikt, 1 på Råkhaugen og 1 i Neset. Antall plasser her idag er 62. Samlet dekningsgrad for bofelleskap i eldreomsorgen er 3,6 %. Det har ikke vært gjort endring i antall plasser i 2022. Bofellesskapene har egne personellbaser med tilstedeværende bemanning dag, kveld og natt. Personalet skal få hjelp av hjemmebaserte tjenester ved behov.

Hjemmebaserte tjenester

Det er base for hjemmetjenesten i Midsund, Neset, Glomstua, Bergmo, Kleive og Skåla. Det var totalt 598 brukere av hjemmetjenesten i 2022. Spesielt Midsund og Neset har store avstander til flere av brukerne. Mye av arbeidstiden brukes derfor til kjøretid. Dette fører til at hver time ansikts- til ansiktstid blir forholdsmessig dyr.

Dag- og aktivisering

Det er dagsenter for eldre i Neset, Skåla, Kleive, Midsund, Glomstua og Bergmo og i Råkhaugen. Det er totalt 318 eldre som har tilbud om dagsenter i Molde. 96 av disse går på dagsenter for demens. Det er eget personell på dagsenterne.

Fysio- og ergoterapi, hverdagsrehabilitering og legetjenester

Det er 5 kommunale legekantor i Molde. Noen av fastlegene har et visst antall timer i uka der de får dekket tapt arbeidsfortjeneste for å fylle stillingsandel som sykehjemslege. I tillegg 33 kommunale fysio- og ergoterapeuter. Disse dekker hjemmebaserte tjenester, rehabilitering og hverdagsrehabilitering og jobber også med barn. Legevakt og kommunale akuttstenger drives i interkommunalt samarbeid.

Nivå for dekningsgrader i eldreomsorgen i kommuner

Det finnes ikke normer for hvilken dekningsgrad en kommune skal ha for institusjonsplasser eller bofellesskap.

Kommunenes sentralforbund KS, Agenda Kaupang og VID gjorde i 2016 et arbeid der de vurderte kommunenes dekningsgrad ¹⁶.

Som grunnlag for arbeidet ble det formulert en hypotese om at en dekning på heldøgns omsorg (summen av institusjonsplasser og heldøgns bemannede omsorgsboliger) på mellom 16 og 20 % burde være en anbefalt norm. Videre arbeid skapte tvil om det var hensiktsmessig med en slik norm.

KS, Agenda Kaupang og VID skriver sin rapport at

“Det er sannsynlig at plassene vil bli redusert i årene som kommer.”

Videre skriver de at

“Spredning i dekningsgrad reduseres ved at kommuner i større grad nærmer seg den anbefalte dekningsgraden på 16-20 %.”

PwC har sett til denne rapporten og til vår erfaring fra andre kommuner vi har jobbet med i vår dialog med Molde kommune om dekningsgrader. Videre har vi basert oss på nasjonale føringer om å legge til rette for at eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme (bofellesskap er definert som et hjem).



AGENDA
KAUPANG



Heldøgns omsorg – kommunenes dekningsgrad

Færre institusjonsplasser,
mer omfattende hjemmetjenester



Forklaring på framskriving og scenarier

Formålet med framskrivingen er å få indikative svar på:

- Hvor mange institusjonsplasser og bofellesskap med heldøgns bemanning er det behov for fram mot 2040?
- Hvor mange brukere av hjemmebaserte tjenester vil det være i 2040?
- Hva er den samlede kostnaden på tjenesten fram mot 2040?
- Hva er konsekvensen av å endre på sammensetning av tjenester?
- Hva er konsekvensen for bemanningsbehovet ved ulike dekningsgrader?

Hvordan tolke framskrivingen?

Tallene som er bruk i framskrivingen er utelukkende hentet fra kommunen (ikke offentlige registre). Videre er det benyttet budsjetterte driftskostnader for 2023 for hvert tjenesteområde. Samlet driftskostnad for tjenestene er 2023 - kroner som utgangspunkt for beregninger fram mot 2040 uten hensyn til lønns- og prisvekst.

Framskrivingen viser ikke det antall årsverk som må erstattes i henhold til naturlig avgang på grunn av pensjon, men faktisk årsverksbehov.

Viktige nøkkeltall som er brukt i framskrivingen

- Befolkningsframskriving
- Dekningsgrader
- Tall på plasser i institusjon og bofellesskap
- Netto kostnad per institusjonsplass og plass i omsorgsbolig med HDO inkludert alle kostnader og inntekter.
- Antall mottakere av hjemmetjenester over 67 år
- Pris per time hjemmetjenester
- Snittid per uke per bruker av hjemmetjenester

Merknader til resultatet av framskrivingen

Brukerne har ulikt bistandsbehov. Enhetskostnadene som er brukt er et snitt av alle brukere innenfor hhv institusjonsplasser, HDO og hjemmetjenester.

Framskrivingen er en indikator på utvikling i bruk av helse- og omsorgstjenester i Molde kommune fra 2023 til 2040. Det er ingen fasit, men en begrunnet oppfatning av ulike nivåer.



Parametere i datamodellen som danner grunnlag for scenariene



Befolkningsgrunnlag

Dekningsgrad

Antall plasser i heldøgns omsorg som % av befolkning > 80 år

Pleiefaktor

Antall pleieårsværk per bruker / pasient



Plasser / brukere



Bemanningsbehov



Kostnad



Scenario 1



Scenario 2



Scenario 3



Scenario 4

Utgangspunktet for scenariene er befolkningsgrunnlaget. Endringer i befolkningens størrelse og alderssammensetning vil i stor grad styre dimensjonering av tjenestene da dekningsgrad for heldøgns omsorg (HDO) beregnes ut fra antall plasser som andel av befolkning over 80 år, uavhengig av alder på de som bruker plassene.

Det nødvendige antall plasser, og fordelingen av type plasser i HDO for et gitt scenario kan dermed varieres ved å definere ulike dekningsgrader. Bemanningsbehovet i HDO vil videre defineres ved hjelp av pleiefaktor, som beskriver antallet pleieårsværk per plass / bruker. Mens befolkningsgrunnlaget er lagt inn som en konstant størrelse, kan man i modellen endre på parametrene dekningsgrad og pleiefaktor. Dette vil påvirke de tre hovedpilarene i modellen, som er framskrivning for 1) antall plasser / brukere, 2) bemanningsbehov og 3) kostnad. Kostnad er beregnet ut fra kommunens budsjetterte lønns- og driftsutgifter per plass / bruker.

Gitt at man endrer forutsetningene med å endre dekningsgrad og pleiefaktor, kan et antall scenario produseres, hvor de ulike scenariene da vil skille seg fra hverandre i antall plasser og type plasser, bemanningsbehov og kostnader.

Prosess for etablering av scenarier

0
1
2
3
4
5
6
7
8
9

1 Framskrivning av ulike dekningsgrader

I samarbeid med kommunens prosjektgruppe utarbeidet PwC-teamet et utvalg framskrivinger basert på ulike dekningsgrader. Disse ble presentert i en arbeidssamling for ledere, nøkkelpersonell, tillitsvalgte, verneombud og brukerrepresentanter den 21. mars 2023. Det ble deretter arbeidet i grupper med å identifisere styrker og svakheter, trusler og muligheter ved utkastene.

2 Tilbakemeldinger fra gruppearbeidet

Framskrivning av dagens dekningsgrader ble vurdert å ha flere svakheter enn styrker. Den største svakheten er muligheten for å rekruttere tilstrekkelig antall helsearbeidere, for lav dekning på plasser i bofellesskap og at kommunen ikke vil klare å møte befolkningens forventning om institusjonstilbud. Styrken ble ansett å være at kommunen vil ha tilstrekkelig antall institusjonsplasser. Trusler at det vil være lite realistisk å skaffe tilstrekkelig bemanning til alle plassene. Mulighet kan være å mobilisere frivillig sektor til å bidra mer enn idag.

12,5 % dekningsgrad institusjon og 6 % HDO plasser ble vurdert å ha flere styrker. Det ble vurdert å kunne gi tilbud til alle og som det mest realistiske alternativet. Svakheten ble vurdert å være at presset på hjemmetjenesten vil øke og at personellbehovet ikke dempes i vesentlig grad.

10 % dekningsgrad institusjon og 6 % HDO. Svakheter ble vurdert til å være at en her går ned i 16 % dekningsgrad samlet sett og at det kan gi for få heldøgns plasser og gi økt press på hjemmetjenesten. Styrken er at bemanningsbehovet dempes i større grad.

3 Utarbeidelse av scenarier

Tilbakemeldingene fra gruppearbeidet ble tatt med videre av prosjektgruppen, og basert på disse og videre diskusjoner mellom PwC-teamet og kommunens prosjektgruppe ble det definert og detaljert fire scenarier som ble framskrevet til 2040.

Scenariene

Scenario 1 beskriver en framskriving av nåsituasjonen. I dette scenario fortsetter man med dagens dekningsgrad for sykehjem og bofellesskap på henholdsvis 15.9 og 3.6 %, totalt 19.5 %.

Scenario 2 beskriver en dreining mot bemannede bofellesskap og en liten reduksjon i total dekningsgrad med dekningsgrad for sykehjem og bofellesskap på henholdsvis 12.5 og 6 %, totalt 18.5 %.

Scenario 3 beskriver en ytterligere dreining mot bofellesskap og en liten økning i total dekningsgrad med dekningsgrad for både sykehjem og bofellesskap på 10 %, totalt 20 %.

Scenario 4 beskriver en gradvis dreining mot situasjonen beskrevet i scenario 3. Til og med 2030 er det framskrevet en dekningsgrad for sykehjem og bofellesskap på henholdsvis 12.5 og 6 %, totalt 18.5 %, mens det fra og med 2035 er framskrevet en dekningsgrad for både sykehjem og bofellesskap på 10 % totalt 20 %.



Hva kan modellen og scenariene brukes til?

Se effekter av å dreie tjenestetilbudet nedover i omsorgstrappen

Ved å endre forutsetningene i modellen kan kommunen se hvordan sammensetning av tjenestetilbudet påvirker viktige faktorer som kostnad, bemanningsbehov og totalt antall brukere som kan betjenes av tjenesten.

Planlegge investeringer og prosjekter

For de ulike scenariene vil man kunne se fra år-til-år hvor mange flere / færre plasser kommunen vil trenge i henholdsvis sykehjem og bemannede bofellesskap. Dette kan brukes for å planlegge for når det må investeres i nybygg / endringer i eksisterende bygningsmasse.

Få oversikt over bemanningsbehov

Hvert scenario vil ha ulikt bemanningsbehov. Kombinert med tall på naturlig avgang kan kommunen benytte dette til å estimere hvor mange årsverk de vil måtte rekruttere årlig for å bemanne de ulike tjenestene.



Framskiving for scenario 1 -4

Oppsummering

- Samlet dekningsgrad for heldøgns plasser er omtrent lik i alle scenarioer
- Antall brukere av tjenestene er omtrent lik i alle scenarioene
- Antall plasser i institusjon i 2040 varierer mellom **532** i scenario 1 og **335** i scenario 3 og 4.
- Antall plasser i heldøgns bofellesskap i 2040 varierer mellom **121** i scenario 1 og **335** i scenario 3 og 4
- Behov for årsverk i 2040 varierer mellom **762** i scenario 1 og **691** i scenario 3 og 4
- Driftskostnader i 2040 varierer mellom **710 MNOK** i scenario 1 og **618 MNOK** i scenario 3 og 4

Scenario 1		Behov				
		2023	2026	2030	2035	2040
Dekningsgrader		Plasser Sykehjem				
Sykehjem	15,9	274	313	394	464	532
Bofellesskap		Plasser Bofellesskap				
	3,6	62	71	89	105	121
Totalt		Plasser HDO totalt				
	19,50	336	384	484	569	653
		Brukere Hjemmetjenesten				
		598	641	696	753	802
		Totalt antall brukere				
		934	1025	1180	1322	1455
		Kostnader				
		409	458	551	633	711
		Bemanningsbehov (årsverk)				
		441	493	591	679	762
Scenario 2		Behov				
		2023	2026	2030	2035	2040
Dekningsgrader		Plasser Sykehjem				
Sykehjem	12,5	215	246	310	365	418
Bofellesskap		Plasser Bofellesskap				
	6,0	103	118	149	175	201
Totalt		Plasser HDO totalt				
	18,50	319	364	459	540	619
		Brukere Hjemmetjenesten				
		598	641	696	753	802
		Totalt antall brukere				
		917	1005	1155	1293	1421
		Kostnader				
		374	418	499	571	640
		Bemanningsbehov (årsverk)				
		408	456	544	623	699
Scenario 3		Behov				
		2023	2026	2030	2035	2040
Dekningsgrader		Plasser Sykehjem				
Sykehjem	10,0	172	197	248	292	335
Bofellesskap		Plasser Bofellesskap				
	10,0	172	197	248	292	335
Totalt		Plasser HDO totalt				
	20,00	344	394	496	584	669
		Brukere Hjemmetjenesten				
		598	641	696	753	802
		Totalt antall brukere				
		942	1035	1192	1337	1471
		Kostnader				
		363	405	483	552	618
		Bemanningsbehov (årsverk)				
		404	451	539	617	691
Scenario 4		Behov				
		2023	2026	2030	2035	2040
Dekningsgrader (Til og med 2030)		Plasser Sykehjem				
Sykehjem	12,5	215	246	310	292	335
Bofellesskap		Plasser Bofellesskap				
	6,0	103	118	149	292	335
Totalt		Plasser HDO totalt				
	18,50	319	364	459	584	669
		Brukere Hjemmetjenesten				
		598	641	696	753	802
		Totalt antall brukere				
		917	1005	1155	1337	1471
Dekningsgrader (Fra og med 2035)		Kostnader				
Sykehjem	10,0	374	418	499	552	618
Bofellesskap		Bemanningsbehov (årsverk)				
	10,0	408	456	544	617	691
Totalt						
	20,0					

Endring fra nåsituasjon i 2040 for hvert scenario



	Scenario 1 (nåsituasjon)	Scenario 2	Scenario 3 og 4*
0			
1	Dekningsgrad	Dekningsgrad	Dekningsgrad
2	Sykehjem 15.9	Sykehjem 12.5	Sykehjem 10.0
	Bofellesskap 3.6	Bofellesskap 6.0	Bofellesskap 10.0
	Totalt 19.5	Totalt 18.5	Totalt 20.0
3			
4	Plasser i sykehjem	+ 258	+ 145
5	Plasser i bofellesskap	+ 59	+ 139
6			
7	Plasser HDO totalt	+ 317	+ 283
8	Brukere i hjemmetjenesten	+ 204	+ 204
9	 Totalt antall brukere	+ 521	+ 487
	 Kostnader	+ 300 MNOK	+ 231 MNOK
	 Årsverk	+ 321	+ 258
			+ 250

* Siden scenario 4 innebærer en gradvis dreining mot bofellesskap med dekningsgrader i 2040 tilsvarende scenario 3 er endringen fra i dag til i 2040 lik den for scenario 3

Valg av scenario for framtiden

0 Det er betydelig forskjell i det fremtidige ressursbehovet i form av kostnader, bemanningsbehov og behov for antall plasser i institusjon og i
1 bofellesskap på tvers av scenariene. I tråd med blant annet helsepersonellkommissjonen er det PwC sin oppfatning at det er
bemanningsbehovet som vil være den største utfordringen i årene fremover, og dette er dermed ilagt stor vekt også i vår vurdering av de
ulike scenariene.

2 **Forskjellen fra dagens situasjon og situasjon i 2040 for hvert scenario er vist i tabell på forrige side. Under her følger en
3 oppsummering av hva som vil være behovet for plasser, bemanning og penger for hvert scenario i 2030.**

4 I **Scenario 1** vil man allerede i 2030 ha behov for ytterligere 121 plasser i sykehjem og 27 plasser i bofellesskap. De årlige kostnadene til
eldreomsorg vil øke med 141 MNOK og man vil måtte tilføre 151 årsverk utover de man har i dag, i tillegg til de som må rekrutteres på
5 grunn av avgang.

6 I **Scenario 2** vil man i 2030 ha behov for 36 nye sykehjemsplasser og 87 plasser i bofellesskap. Det må tilføres ytterligere 89 MNOK til
drift av eldreomsorgen og 104 nye årsverk utover de som må rekrutteres på grunn av avgang.

7 I **Scenario 3** vil man i 2030 ha overkapasitet på 26 sykehjemsplasser, men måtte tilføre 186 plasser i bofellesskap utover de man har i
dag. Dette medfører at 73 MNOK må tilføres budsjettet og bemanningsbehovet øker med 98 årsverk utover det som er tilfelle i dag, i
tillegg til naturlig avgang.

8 I **Scenario 4** vil man i 2030 ha et likt behovsbilde som presentert for *Scenario 2*, da Scenario 4 baserer seg på en stegvis innføring av
Scenario 2 og 3. I dette scenariet vil det ikke bli behov for nye sykehjemsplasser før i 2027/2028.

PwCs anbefaling nr 1 og 11*



Det er PwCs oppfatning at **Scenario 4** legger best til rette for en bærekraftig utvikling og dimensjonering av eldreomsorgen frem mot 2040. Dette er i stor grad basert på det totale kostnadsbildet og bemanningsbehovet de ulike scenariene innebærer. Videre vil Scenario 4 gi en noe økt total kapasitet i HDO sammenlignet med de andre scenariene, samt gi kommunen noe bedre tid på omstillingen, da behovet for nye plasser i sykehjem ikke vil melde seg før i 2027/2028.

*Nummerering viser tilbake til rapportens tiltaksliste side 10 og veikart side 11

Scenario 4- Endring i antall plasser og brukere fra dagens situasjon

Scenarioet innebærer en reduksjon til 12,5 % dekningsgrad institusjon og økning til 6 % dekningsgrad for HDO fram mot 2030. Deretter arbeide seg mot dekningsgrad 10 % for begge typer plasser fra 2030 til 2040 med en total dekningsgrad for HDO på 20 %.

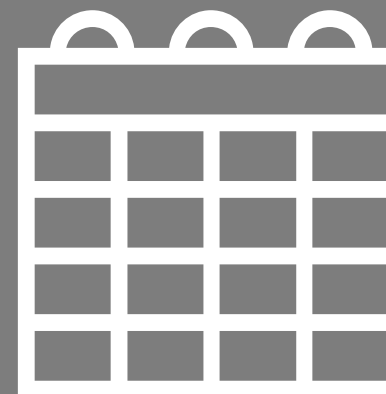
Tabellen nedenfor viser den estimerte endringen i behov for plasser, bemanning og kostnader for scenario 4 sammenlignet med det kommunen har per i dag. I kolonnen for 2023 vises hva som ville utgjort forskjellen mellom dagens drift og en drift basert på forutsetningene i scenario 4 i inneværende år. Modellen viser at man da ville hatt en overkapasitet på 59 sykehjemsplasser, men manglet 41 plasser i bofellesskap. Videre ville den teoretiske besparelsen vært på 36 MNOK, i stor grad knyttet til at man i teorien ville hatt behov for 32 årsverk mindre i eldreomsorgen enn hva man har i dag.

Uansett scenario, og også for scenario 4, vil det bli behov for en betydelig økning i totalt antall plasser i HDO, med tilhørende økte kostnader og bemanningsbehov. For Scenario 4 vil dette bety at kommunen i 2040 vil trenge 334 nye plasser i HDO, 208 MNOK tilført til budsjett for eldreomsorgen og 250 nye årsverk i tillegg til de som går av med pensjon.

Det er PwCs oppfatning at en dreining mot større grad av bemannede bofellesskap vil tillate kommunen å håndtere det økte antallet brukere som vil trenge plass i HDO på en måte som sammenlignet med alternativene fremstår som bærekraftig med tanke på kostnader og bemanningsbehov.

Anbefalt Scenario 4: Utvikling fra dagens situasjon

Behov	2023	2026	2030	2035	2040
<i>Plasser Sykehjem</i>	-59	-28	36	18	61
<i>Plasser Bofellesskap</i>	41	56	87	230	273
<i>Plasser HDO totalt</i>	-17	29	123	248	334
<i>Brukere Hjemmetjenesten</i>	0	43	98	155	204
<i>Totalt antall brukere</i>	-17	72	221	403	537
<i>Kostnader</i>	-36	8	89	142	208
<i>Bemanningsbehov (årsverk)</i>	-32	15	104	176	250



Styrker og svakheter ved anbefalt scenario 4

Styrker:

- Ikke behov for nye institusjonsplasser før i 2027/2028
- Samlet dekningsgrad for heldøgns plasser opprettholdes på ca. 20 %
- Satsning på heldøgnsbemannede bofellesskap i tråd med at eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme
- Demper behov for årsverk og reduserer dermed rekrutteringsutfordringene
- Demper kostnader

Svakheter:

- Bemanningsbehovet i heldøgns omsorgsboliger i framtiden er usikkert. Dette er likt i alle scenarier.

Muligheter:

- Heldøgns botilbudet innrettes for å møte fremtidens eldre, flere med kognitiv svikt uten nødvendigvis stort fysisk pleiebehov, mer fokus på aktivisering og miljøterapi

Utfordringer:

- Behov for 87 nye plasser i heldøgns bofellesskap fram mot 2030. Kommunen må identifisere tomteareal og gjennomføre utbygging

Anbefalt fordeling type institusjonsplasser

Molde har 48 korttidsplasser og 226 langtidsplasser i institusjon. Det vil si at 17,5 % av plassene er korttid.

I andre kommuner PwC har jobbet med har snitt for andel korttidsplass vært 20-25 %. Plassene brukes i påvente av langtidsplass i flere kommuner. Dette skjer også i Molde. Dette låser korttidsplasser og gjør at kapasitet til å ta utskrivingsklare pasienter fra sykehus eller ta inn brukere fra hjemmetjenesten reduseres. Molde har jobbet målrettet med å ta imot utskrivingsklare pasienter fra sykehus og har få overliggere per januar 2023.

Molde har 4 dedikerte rehabiliteringsplasser av de 48 korttidsplassene. Vår erfaring er at antallet er relativt lavt i kommuner på Molde sin størrelse, anslagsvis 4-8. Flere kommuner ser behov for flere rehabiliteringsplasser. Dette er også et behov som det er pekt på i Molde.

Råkhaugen har gitt innspill om behov for flere korttidsplasser for personer med demens. Dette er en voksende brukergruppe, og tilbud om korttidsplass og avlastning er viktig for å legge til rette for at brukere kan bo lengst mulig hjemme.

Bruk av korttidsplasser i påvente av langtidsplasser gjør at PwC ikke finner grunnlag nå for å kunne anbefale Molde å omgjøre fra langtid til ordinære korttid eller rehabilitering, behandlingsopplegg for brukerne.

Omgjøring av langtidsplasser til korttidsplasser kan vurderes når nye plasser i bofellesskap er etablert og effekten av dette på heldøgntjenestene samlet sett er evaluert.

Anbefaling for lokalisering av institusjonsplasser og bofellesskap

Lokalisering av nye plasser i institusjon og bofellesskap bør ta utgangspunkt i følgende premisser;

Rekrutteringsbehov fram mot 2040

Kommunen vil måtte rekruttere 1.000-1.200 nye helsearbeidere fram mot 2040 inkludert erstatning for de som går av med pensjon. Det utgjør 50-60 nye ansatte per år. Dette gjelder hele Helse og omsorg og er forutsatt at gjennomsnittlig stillingsbrøk per ansatt er omtrent som i dag (ca. 80 % for sykepleiere og vernepleiere, ca. 70 % for helsefagarbeidere. Ufaglærte har lavere stillingsbrøk).

Del av et større miljø og nært annen infrastruktur i kommunen

Arbeidsmiljø og mulighet for faglig utvikling kommer høyt opp på listen når helsearbeidere skal velge arbeidsplass. De fleste vil ønske å jobbe i et større miljø der det er samarbeid mellom flere yrkesgrupper og fag. Nærhet til kollektivtransport, butikktilbud mm. betyr også mye for brukere og ansatte.

Effektiv utnyttelse av ressursene

Større og mer robuste miljø vil også legge til rette for mest mulig effektiv utnyttelse av ressursene. Spesielt gjelder det samarbeid på tvers av avdelinger på tider der bemanningen er redusert; eksempelvis natt, helger, ferie og perioder med høyt sykefravær.

Anbefaling for endret lokalisering av plasser i institusjon:

Antall institusjoner i Molde

Molde har 8 institusjoner på hver sin lokasjon (Neset, Kleive, Skåla, Bergmo, Kirkebakken, Råkhaugen, Glomstua og Midsund). De andre kommunene i samme KOSTRA-gruppe som PwC kjenner til har mellom 4 og 6. Antallet institusjoner i Molde er etter PwCs vurdering høyt i forhold til antall plasser.

Reduksjon i antall institusjoner

PwC vurderer at antallet institusjoner bør reduseres. Først og fremst ut fra fordelene ved å ha større arbeidsmiljø og fagmiljø, men også for å legge til rette for mer effektiv utnyttelse av ressursene. Det er naturlig å se til de minste institusjonene for å redusere antall. Midsund har 16 plasser, men tilbudet her bør bestå ut fra lange reiseveier og fergeforbindelse.

Kleive og Skåla har henholdsvis 24 og 17 ordinære langtidsplasser. Det er ledige rom i Glomstua som følge av nedtak av plasser der og også tomme avdelinger i Råkhaugen. Dette er ikke nok plasser til å erstatte Kleive og Skåla, men kommunen bør arbeide for å finne en løsning for de siste plassene.



PwC vurderer at Molde bør etablere nye plasser i institusjon og bofellesskap samlokalisert med eksisterende plasser i plansone Sentrum.

Alternativt på en ny lokasjon i plansone Sentrum dersom kommunen erverver en tomt og vil samle flest mulig funksjoner, eksempelvis i et Helsehus.



Anbefalt tiltak nr 8:

PwC anbefaler kommunen å flytte institusjonsplassene med tilhørende bemanning fra Kleive og Skåla, og samlokalisere dem med institusjonsplasser i sentrum.

Flytting av plasser vil måtte planlegges godt i samarbeid med brukere og pårørende, ansatte og ledere.

Anbefaling for lokalisering av hjemmebaserte tjenester og dagtilbud eldre

Dagens fem baser for hjemmebaserte tjenester bør bestå. Dette ut fra geografiske avstander i de plansonene som ligger utenfor sentrum.

Dette gjelder også hjemmetjeneste i Kleive og Skåla selv om institusjonsplassene blir flyttet derfra. Baser her vil være viktig for å unngå lange kjøreavstander. I tillegg vil opprettholdelse av basene også være viktig for trygghet til beboere i ubemannede omsorgsboligene på området.

Nattevaktene på sykehjemmene har tilsyn med beboere i omsorgsboligene på natt. Flytting av sykehjemsplassene vil gi behov for å løse tilsynsbehovet på en annen måte.

Dagens lokalisering av dagtilbud for eldre bør bestå- også på Kleive og Skåla. Dagtilbudene er bemannet på dagtid og vil gi et litt større arbeidsmiljø og fagmiljø.



Kleive og Skåla bør ha dagtilbud og base for hjemmetjenesten selv om institusjonsplassene flyttes.

Alternativ bruk av lokaler som fraflyttes må utredes før evt utflytting.

Eventuell etablering av helsehus i Molde

Begrepet "Helsehus" er ikke ensartet, og sier ingenting om størrelse på bygget eller innhold. Ofte er det slik at flere ulike funksjoner er samlokalisert og at bygget derfor kalles et helsehus. I flere kommuner er helsehusene en samlokalisering av kommunale helse- og omsorgsfunksjoner med sykehusfunksjoner som eksempelvis røntgen og laboratorium. Dette er oftest basert på at sykehuset har behov for en "satelitt" med røntgen og laboratorium utenfor sine sykehusbygg.

I Molde er det helsehus i Nesset. Lokaliseringen av legevakt og øvrige helsetjenester i Sentrum kan også sies å være et helsehus.

Fordelene med å samlokalisere flere funksjoner i helsehus vil være at

- Det støtter opp under forebygging og tverrfaglig samarbeid
- Det fremmer prosess- og teambasert organisering
- "Klynger" av ulike fagfolk kan bidra til å styrke rekruttering
- Større enheter bidrar til bedre ressursutnyttelse og til bedre arbeidsmiljø
- Gir bedre mulighet for tilrettelegging for service og aktivitetstilbud for brukere og pårørende
- Tilrettelegge for bruk av kompetanse på tvers
- Tilrettelegge for større bredde i aktiviteter som medfører økt mestring, og som kan bidra til å redusere hjelpebehov



Institusjonsplasser og plasser i bofellesskap kan med fordel lokaliseres sammen med annen helsevirksomhet i et helsehus.



0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

8

Støttetjenester



Dagens løsning for kjøkken

Molde har kjøkken for produksjon av nylaget middag på Glomstua, Bergmo, Kleive, Midsund og Nettet. Kjøkkenene er betjent alle dager. Til sammen produseres det 620-650 middager per dag. Det produseres også lunsj og kaffemat, og det bestilles og tas imot matvarer til kjøkkenet og til avdelingene. Dette er til institusjoner og bofellesskap og til hjemmeboende brukere.

Glomstua produserer kok-kjøll til sykehjemmene og kok-server til hjemmeboende. De øvrige kjøkkenene har kok-server til alle. I intervjuene framhevet lederne viktigheten av å kunne servere varm nylaget middag til brukerne hver dag. Også i gruppeintervju med ledere for kjøkken ble det framhevet utelukkende positive erfaringer med lokale kjøkken og kok-server metoden for middagsproduksjon.

Kommuner har valgt ulike løsninger for middag til institusjonsbeboere og hjemmeboende. Noen har lokale kjøkken og kok-server som Molde. Andre har sentralisert kjøkken og produksjon av middager som kjøles ned og varmes opp igjen hos bruker, såkalt kok-kjøll. Andre igjen kjøper ferdigprodusert nedkjøllt mat fra eksterne leverandører. Ernæringsinnhold i maten er ifølge forskning likeverdig uansett løsning. Ved kok-kjøll avhenger matopplevelsen i stor grad av det siste leddet med gjenoppvarming og anretning.

For å innhente informasjon om kjøkkenløsninger har PwC ringt til andre kommuner i KOSTRA-gruppe 10 og snakket med noen av kjøkkensjefene. De to kommunene som har kok-server har ikke tilbud om middager til hjemmeboende*. Dette begrunnet de med utfordringer knyttet til transport og krav om temperatur og kvalitet, samt at tilbud om tilkjøllt mat ikke er en lovpålagt oppgave. Alle kjøkkensjefene mente at løsningen de har fungerer godt.

Kommune	Innbyggere 2023	Sykehjem	Prod. kjøkken	Middager per dag	Metode	Annet
Hamar	32 382	4	1	700	Kok-kjøll	
Øygarden	39 368	5	4		Kok-kjøll + kok-server	Ikke tilbud til hjemmeboende*
Halden	31 730	4	1	350	kok-kjøll	
Ringsaker	35 475	5	1	700	kok-kjøll	
Karmøy	42 903	6	3		Kok-server	Ikke tilbud til hjemmeboende
Molde	32 446	8	5	620-650	Kok-server og kok-kjøll	Tilbud til hjemmeboende

Tabell. Oversikt over kjøkkendrift i Molde og andre kommuner i KOSTRA-gruppe 10

*Øygarden kommune inngikk i juni 2023 en avtale med privat leverandør som tilbyr middag til hjemmeboende eldre over 67 år.

Anbefaling for fremtidig kjøkkenløsning



Vurdering

Ved befaring og i intervju kom det fram at ingen av produksjonskjøkkenene i Molde har mulighet for utvidelse av lokaler slik at matproduksjon kan skaleres opp i tråd med demografisk utvikling med økt antall eldre.

Produksjonskapasiteten er nesten fullt utnyttet i forhold til utstyr og areal. Noen steder er det også uhensiktsmessig arealer, eksempelvis lagerrom i kjeller i annen fløy av bygget.

Alle kjøkken opplever å ha funksjonelt utstyr, men mye begynner å bli gammelt.

PwC vurderer at det er vanskelig å se for seg at dagens løsning kan videreføres til 2040. Antall brukere av tjenestene i eldreomsorgen totalt i scenarioet er framskrevet til 62 % økning fra dagens antall brukere. Gitt at andel som har middags tilbud fra kommunen holder seg stabilt vil det være behov for å produsere ca. 1050 middager per dag i 2040.

Videreføring av dagens kjøkkenløsning kan være mulig gitt at kommunen avvikler tilbud om middagslevering til hjemmeboende slik som eksempelvis Karmøy og Øygarden har gjort. PwC anbefaler ikke en slik løsning, da et middagsmåltid per dag betyr mye for ernæringsstilstand og trivsel hos hjemmeboende - og dermed for mulighet til å bo lengst mulig hjemme.

Sentralisering og overgang til kok-kjøøl kan gi mer kostnadseffektiv drift. Ringsaker kommune har kok-kjøøl og sentralisert løsning og bruker færre årsverk enn Molde, selv inkludert årsverk til kvalitetskontroll og personell på lokale mottakskjøkken.

Anbefalt tiltak nr 6:



Molde bør utrede overgang til sentralisert kjøkkenløsning lokalisert til én plass i kommunen.

Nytt kjøkken kan enten bygges og driftes i kommunal regi eller det kan kjøpes middager av ekstern leverandør. Lokalisering av kjøkken er ikke avhengig av nærhet til helse- og omsorgsbygg gitt at det produseres etter kok-kjøøl metoden.



Dagens løsning for vaskeri

Molde har vaskeri for institusjonstekstiler og brukernes privat tøy på Råkhaugen, Kirkebakken, Skåla, Kleive og Nesset. Råkhaugen vasker for Glomstua og Bergmo. Kirkebakken kjøper for tiden noe tjenester fra privat vaskeri da den ene vaskemaskinen er ute av drift. Midsund kjøper tjenester fra ekstern leverandør på permanent basis.

Beboernes private tøy vaskes på sykehjemmene. I intervjuene ga lederne uttrykk for at tøy lett blir ødelagt hvis det sendes til privat leverandør. Lederne så en mulighet for at kommunen kunne kjøpe vaskeri tjenester, men mente da at vask av beboertøy er et argument for å beholde dagens løsning med lokale vaskeri. Andre argument fra intervju var at det er svært stabil bemanning i vaskeriene, samt gode muligheter for tilrettelagt arbeid. Argumenter for kjøp av tjenester var utfordring med eldre maskinpark, risiko for stans og behov for utskifting.

Vaskeriene har ikke kapasitet til å utvide driften. Vaskeriet på Råkhaugen har ikke kapasitet til å vaske for den nye fløyen i sykehjemmet når den blir tatt i bruk. Nesset har maskinmessig kapasitet, men lokalene er ikke store nok til å være mer enn én på jobb om gangen.

Også for vaskeri drift har andre kommuner valgt ulike løsninger. Hamar har en lignende løsning som Molde med lokale vaskeri. Kommunen utreder bygging av felles vaskeri i forbindelse med nytt kjøkkenbygg. Ringsaker har ekstern leverandør men har behold lokale vaskeri for beboertøy. Øygarden og Halden kjøper alle tjenester fra leverandør. Når det gjelder beboernes privatøy var det ulike løsninger. Noen sendte med til leverandør og noen vasket på avdelingen. Flere hadde regler om at beboerne ikke kunne ha silke eller ull - eventuelt at pårørende vasker dette selv.

Kommune	Innbyggere 2023	Antall sykehjem	Antall vaskeri	Annet
Hamar	32 382	4	4	Utreder bygging av ett vaskeri
Øygarden	39 368	5		Ekstern leverandør
Halden	31 730	4		Ekstern leverandør
Ringsaker	35 475	5	1	Ekstern leverandør, kommunale vaskeri for beboertøy
Karmøy	42 903	6		
Molde	32 446	8	4	

Tabell: Oversikt over kjøkkendrift i Molde og andre kommuner i KOSTRA-gruppe 10

Anbefaling for fremtidig vaskeriløsning

Vurdering

Behov for utvidelse av vaskerikapasitet oppstår først som følge av etablering av flere plasser i bofellesskap og institusjon, jmf scenario 4. Antall plasser i heldøgns omsorg vil være økt med til sammen 123 plasser i 2030 og 334 plasser i 2040. Dersom institusjonsplassene på Kleive og Skåla flyttes til sentrum vil det ikke være kapasitet der til å vaske for disse plassene i sentrum. Vaskerikapasiteten er fullt utnyttet og det er ikke rom for arealmessig utvidelse.

PwC vurderer at det er vanskelig å se for seg videreføring av dagens løsning til 2040. I 2040 vil det være 334 flere plasser i heldøgns omsorgen enn idag. Det vil si at kapasiteten i vaskeriene ca. må dobles.

Anbefalt tiltak nr 7:



Molde bør utrede kjøp av vaskeritjenester fra ekstern leverandør

Vask av beboertøy kan beholdes i dagens vaskerier, inngå i avtale med ekstern leverandør eller vaskes på avdelingene.





0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

9

Kildehenvisninger

Kildehenvisninger

- 0 ¹ NOU 2023:4 Tid for handling, Helsepersonellkomisjonens rapport
<https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/nou/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf>
- 1 ² Meld. St. 8 (2022–2023) Menneskerettar for personar med utviklingshemming
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-8-20222023/id2945431/?ch=2>
- 2 ³ Nasjonale kvalitetsindikatorer for helse- og omsorgstjenester
<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester>
- 3 ⁴ Helsedirektoratet, Nasjonalt velferdsteknologiprogram, rapporter
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gevinstrealiseringsrapporter-nasjonalt-velferdsteknologiprogram>
- 4 ⁵ SINTEF 2015, Riktigere medisiner og mer selvstendighet?
<https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/handle/11250/2378824>
- 5 ⁶ Rambøl og Menon 2022, Bemanningsutfordringene i helse- og omsorgssektoren - utfordringsbildet og løsningsdimensjoner
<https://www.ks.no/contentassets/a93715d6039a44bf865a0f1482462b84/Sluttrapport-Bemanningutfordringer-i-helse-og-omsorgssektoren-Ramboll-og-Menon.pdf>
- 6 ⁷ KS og Spekter 2022 Bemanningsutfordringene i helse- og omsorgstjenesten
<https://www.ks.no/contentassets/a93715d6039a44bf865a0f1482462b84/Sluttrapport-Bemanningutfordringer-i-helse-og-omsorgssektoren-Ramboll-og-Menon.pdf>
- 7 ⁸ FHI, 2022, usikkerhet om effekten av digital hjemmeoppfølging
<https://www.fhi.no/nyheter/2022/usikkerhet-om-effekten-av-digital-hjemmeoppfolging/>
- 8 ⁹ SSB Arbeidsinnsats i offentlig helse og omsorg, fremskrivninger og historikk
<https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/artikler/arbeidsinnsats-i-offentlig-helse-og-omsorg-fremskrivninger-og-historikk>
- 9 ¹⁰ Rundskriv I-5/2007 - Aktiv omsorg – sentral del av et helhetlig omsorgstilbud
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rundskriv-i-2007---aktiv-omsorg--sentral/id471845/>
- ¹¹ Frie inntekter 2023, Regjeringen
<https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommunedata/frie-inntekter/frie-inntekter-2023/id2932721/#/more-og-romsdal/molde>
- ¹² Husbanken, veileder for utforming av omsorgsboliger og sykehjem
<https://nedlasting.husbanken.no/Filer/8f7.pdf>
- ¹³ FHI 2023, Helse hos eldre
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/>
- ¹⁴ Molde kommune, Folkehelseprofil 2023
<https://www.molde.kommune.no/f/p2/i328ddf2-a256-4acf-bae6-51106b3fc1ed/olkehelseprofil-2022-nb-1506-molde.pdf>
- ¹⁵ OsloMet 2019, Mobilitet blant eldre på boligmarkedet
<https://www.oslomet.no/forskning/forskningsprosjekter/mobilitet-blant-eldre-boligmarkedet>
- ¹⁵ Regjeringen 2022, Innspill til bo trygt hjemme-reformen
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/innsikt/bo-trygt-hjemme-reformen/id2919447/>
- ¹⁵ Vista Analyse, 2022, Kartlegging av transport for eldre
https://www.vista-analyse.no/site/assets/files/7748/va-rapport_2022-30_kartlegging_av_transport_for_eldre.pdf
- ¹⁵ Eldreombudet 2022, Eldre og digitalt utenforskap
<https://eldreombudet.no/saker/tema/digitalisering/eldre-og-digitalt-utenforskap/>
- ¹⁵ NOVA 2018, Bolig i det aldrende samfunnet
<https://www.regjeringen.no/contentassets/6a2b0a4c7eea496d8c0337681977759c/nettutgave-nova-rapport-12-2018-boligrapport-17-desember-2018.pdf>
- ¹⁵ Regjeringen, Flere år flere muligheter
https://www.regjeringen.no/contentassets/c8a8b14aadf14f179a9b70bc62ba2b37/strategi_eldrepolitikk_110316.pdf
- ¹⁵ Senter for omsorgsforskning 2020, Et aldersvennlig Norge
https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2654396/Leve%20hele%20livet_1_Et%20aldersvennlig%20Norge-web.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- ¹⁶ KS 2016 - Heldøgns omsorg - kommunens dekningsgrad
https://www.agendakaupang.no/wp-content/uploads/2018/11/Rapport_KS_Heldøgns-omsorg-kommunenes-dekningsgrad_AK.pdf

Disclaimer

© 2023 PwC. Med enerett.

Denne rapporten er utarbeidet for Molde kommune til bruk i samsvar med kontrakt datert 20.12.2022

Våre vurderinger bygger på informasjon som har kommet fram i samtaler med kommunens ansatte, ansatte hos andre aktører, i dokumentasjon som kommunen har gjort tilgjengelig for oss og offentlige registre. PricewaterhouseCoopers (PwC) har ikke foretatt noen selvstendig verifisering av informasjonen som har kommet fram, og vi står ikke inne for at den er fullstendig, korrekt og presis. PwC har ikke utført noen form for revisjon eller kontrollhandlinger av kommunens virksomhet. Kommunen har rett til å nytte informasjonen i denne rapporten i sin virksomhet, i samsvar med vilkårene i kontrakten. Rapporten og/eller informasjon fra rapporten skal ikke benyttes for andre formål eller distribueres til andre uten skriftlig samtykke fra PwC. PwC påtar seg ikke ansvar for tap som er lidt av kommunen eller andre som følge av at vår rapport eller utkast til rapport er distribuert, gjengitt eller på annen måte benyttet strid med disse bestemmelsene eller kontrakten.

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

Enhver handling som blir gjennomført på bakgrunn av vår rapport blir foretatt på eget ansvar.