

Analyser og revisjon av helse- og omsorgsplan

Innholdsfortegnelse

Nasjonale føringer som bakteppe for strategiske satsningsområder	1
Forebygging, mestring og samfunnsplanlegging.....	3
Nye brukergrupper.....	3
Teknologi som verktøy og utfordring	4
Prioritering av tjenester	5
Kompetanse og oppgavedeling	5
Turnus og personalpolitikk	6
Befolkningsutviklingen i Tingvoll kommune	7
Forekomst av demens i Tingvoll	9
Fremtidige behov for helse og omsorgstjenester	10
Dagens organisering av helse- og omsorgstjenestene.....	12
Nøkkeltall helse og omsorg	13
Helse og omsorg i Tingvoll.....	14
Nøkkeltall institusjonstjenesten	15
Kostnadsutvikling og bemanning.....	16
Nøkkeltall hjemmebaserte tjenester	19
Kostnadsutvikling og bemanning.....	20
Utdypende analyser av hjemmebaserte tjenester	21
Hjemmetjenesten og praktisk bistand.....	22
Psykisk helse og rus	24
Nøkkeltall bo- og habiliteringstjenesten	25
Bo- og habiliteringstjenesten	26
Utdypende analyse av bo- og habiliteringstjenesten.....	27
Botjenesten/ Trøa	28
Nøkkeltall legetjenesten.....	31
Legetjenesten	32
Nøkkeltall helsestasjon og skolehelsetjeneste	34
Kostnadsutvikling og bemanning.....	35
Fremtidige tjenestebehov	36
Estimert årsverksbehov	37
Strategiske satsningsområder	38
Sikre tilgang på kompetanse og arbeidskraft.....	39

Forebygging, mestring og innsats på lavere nivå i omsorgstrappa	40
Utvikle helhetlige og sammenhengende tjenester	41
Teknologi som virkemiddel for bærekraftige helse- og omsorgstjenester	42
Tilpasse tjenestestruktur og boformer til framtidens behov	44
Referanseliste	45

Nasjonale føringer som bakteppe for strategiske satsningsområder

De nasjonale føringene for helse- og omsorgstjenestene peker samlet i en tydelig retning: Kommunene må forberede seg på sterk vekst i antall eldre, mangel på personell, økte forventninger til samhandling og et behov for mer bærekraftig ressursbruk. Samtidig er budskapet klart om at utviklingen ikke kan møtes bare med flere årsverk eller mer av dagens tjenester. Omstillingen må i større grad skje gjennom forebygging, mestring, bedre prioritering, sterkere hjemmebaserte tjenester, mer hensiktsmessig oppgavedeling og mer systematisk bruk av teknologi.

Tingvoll kommune vil ikke ha en like sterk vekst i antall eldre som landsgjennomsnittet, men demografiske endringer vil likevel legge press på helse- og omsorgstjenestene i løpet av planperioden. Vi kan ikke forvente å møte økt behov for helse- og omsorgstjenester med en tilsvarende vekst i bemanning og tjenestetilbud. I løpet av den kommende planperioden må Tingvoll kommune omstille hvordan vi yter helse- og omsorgstjenester, så vil opprettholder vår evne til å gi gode tjenester til de som trenger det, med den bemanningen kommunen har tilgang på. De nasjonale føringene gir god veiledning til hvordan Tingvoll kommune bør jobbe for å lykkes med en slik omstilling.

De nasjonale føringene gir dermed ikke bare et overordnet bakteppe, men også tydelige signaler om hvilke strategiske grep kommuner som Tingvoll bør prioritere fram mot 2040. For å underbygge dette bygger kapitlet på et utvalg sentrale nasjonale styringsdokumenter, planer og veiledere som samlet belyser utviklingstrekk, forventninger til kommunene og mulige retninger for omstilling.

Følgende kilder er lagt til grunn:

- Demensplan 2025
- Fellesskap og mestring
- Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet
- Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming
- Helsepersonellplan 2040
- Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre
- Nasjonal e- helsestrategi for helse- og omsorgssektoren
- Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027
- Opptrappingsplan for psykisk helse (2023-2033)
- Prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester
- Regjeringens strategi for forebygging
- Samhandlingsreformen
- Tid for handling: Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste

På bakgrunn av disse føringene, og sett i lys av Tingvoll's eget omstillingsbehov, er det valgt ut seks satsningsområder som vurderes som særlig relevante for den videre planrevisjonen:

Forebygging, mestring og samfunnsplanlegging

- Framtidens helse- og omsorgsutfordringer må møtes tidligere, før behovene blir store og kostnadskrevende.
- Kommunene forventes å satse mer på helsefremming, forebygging, egenmestring og tidlig innsats.
- Flere må kunne mestre hverdagen og bo trygt hjemme lenger.
- Bolig, nærmiljø, møteplasser og lokalsamfunn er en viktig del av helse- og omsorgsarbeidet.
- Frivillighet, pårørende og fellesskapsløsninger blir viktigere.

Framtidens helse- og omsorgstjenester må i større grad bygge på tidlig innsats, forebygging og styrking av innbyggernes egenmestring. Målet er både å fremme livskvalitet og å redusere eller utsette behovet for mer omfattende tjenester. Samtidig blir det stadig tydeligere at det å bo trygt hjemme lenger forutsetter mer enn gode pleie- og omsorgstjenester alene. Også boligplanlegging, tilgjengelige nærmiljø, sosiale møteplasser og aldersvennlige lokalsamfunn er viktige deler av dette bildet.

For Tingvoll betyr dette at forebygging bør løftes som en hovedstrategi i planarbeidet. I en kommune som får flere eldre og samtidig har begrenset økonomisk handlingsrom, vil det være viktig å styrke innsatsen som kan bidra til å forebygge funksjonsfall, ensomhet og mer omfattende tjenestebehov. Dette tilsier et tydeligere samspill mellom helse og omsorg, folkehelse, bolig, frivillighet og samfunnsplanlegging.

Nye brukergrupper

- Flere innbyggere vil ha sammensatte og mer komplekse behov.
- Veksten vil særlig komme blant eldre med demens, skrøpelighet og flere sykdommer samtidig.
- Kommunene må også håndtere store behov innen psykisk helse og rus.
- Tjenestene må bli mer fleksible, helhetlige og tilpasset ulike livssituasjoner.

Behovsbildet i kommunale helse- og omsorgstjenester blir bredere og mer sammensatt. Det handler ikke bare om flere eldre, men også om flere brukere som trenger tjenester over tid og på tvers av fagområder og nivåer. Dette gjelder blant annet personer med demens, multisykdom, skrøpelighet, psykisk helse- og rusutfordringer og personer med utviklingshemming som har behov for individuelt tilpassede og koordinerte tjenester.

For en liten kommune som Tingvoll blir dette særlig viktig. Framtidig tjenesteutvikling må ta høyde for et mer sammensatt behovsbilde enn i dag. Kommunen vil ha behov for tjenester som er bedre tilpasset variasjon i funksjonsnivå, livssituasjon og oppfølgingsbehov. Dette peker mot behov for sterkere tverrfaglig oppfølging, mer fleksible hjemmetjenester, gode aktivitetstilbud og løsninger som kan forebygge at behov utvikler seg til mer omfattende og kostnadskrevenende tjenester. Samtidig vil Tingvoll, som en liten kommune, være særlig sårbar når det oppstår nye eller krevende brukerbehov. Enkeltbrukere eller små grupper med omfattende bistandsbehov kan få stor betydning for kapasitet, kompetansebehov, organisering og økonomi, for eksempel ved ansvar for personer med tvungen psykisk helsevern eller andre brukere med store og sammensatte oppfølgingsbehov. Samarbeid med andre kommuner om spesialiserte tjenestetilbud vil bli viktigere i årene som kommer, for å sikre tjenestetilbudet til kommunens innbyggere uten at kommunen må etablere omfattende og ressurskrevende tilbud på egenhånd.

Teknologi som verktøy og utfordring

- Teknologi skal bidra til bedre kvalitet, samhandling og mer bærekraftige tjenester.
- Velferdsteknologi og digitale løsninger skal gjøre det mulig for flere å bo hjemme lenger.
- Gevinstene kommer først når teknologi følges av endrede arbeidsprosesser og kompetanseutvikling.
- Teknologi gir også utfordringer knyttet til gjennomføring, digital kompetanse og utenforskap.

Teknologi løftes fram som et sentralt virkemiddel for å styrke kvalitet, samhandling og bærekraft i helse- og omsorgstjenestene. Dette handler både om velferdsteknologi som kan styrke trygghet og mestring i hjemmet, og om digitale løsninger som gir bedre informasjonsflyt, samhandling og mer effektive arbeidsprosesser. Samtidig understrekes det at teknologi alene ikke skaper gevinster; den må tas i bruk på en måte som faktisk endrer hvordan tjenestene arbeider.

Sett i lys av Tingvolls størrelse og ressursgrunnlag kan teknologi bli et viktig omstillingsverktøy i møte med fremtidige behov med begrensede ressurser. Særlig kan teknologi bidra til å styrke hjemmetjenestene, redusere unødvendig tidsbruk og gjøre det lettere å følge opp flere hjemmeboende med sammensatte behov. Samtidig må kommunen være bevisst på at innføring av teknologi krever ledelse, opplæring, endringsarbeid og tydelige prioriteringer av hvilke løsninger som gir størst nytte lokalt.

Prioritering av tjenester

- Kommunene må prioritere tydeligere når behovene øker raskere enn ressursene.
- Tjenestene skal i større grad vurderes ut fra nytte, ressursbruk og alvorlighet.
- Prioritering forutsetter god styringsinformasjon, tydelige kriterier og åpenhet.
- Dreiningen går mot forebygging, hjemmebaserte tjenester og lavest effektive omsorgsnivå.

Når veksten i behov blir større enn veksten i tilgjengelige ressurser, må kommunene i større grad vurdere hvilke tjenester som gir størst effekt, hvilke behov som er mest alvorlige, og hvordan ressursene kan brukes på en måte som er både forsvarlig og bærekraftig. Dette innebærer også større behov for tydelige tildelingskriterier og mer aktiv bruk av styringsinformasjon.

Dette blir særlig viktig i Tingvoll, der økonomisk handlingsrom og framtidig personelltilgang gjør det nødvendig å arbeide mer systematisk med hvordan ressursene fordeles mellom ulike deler av omsorgstrappen. Det vil være viktig å vurdere om innsatsen er riktig innrettet, om LEON-prinsippet brukes aktivt nok, og hvordan tjenester kan tildeles og revurderes på en måte som understøtter både faglig kvalitet og økonomisk bærekraft.

Kompetanse og oppgavedeling

- Framtidens behov kan ikke løses bare ved å rekruttere flere.
- Kommunene må bruke kompetansen mer målrettet og utvikle nye former for oppgavedeling.
- Det blir særlig knapphet på sykepleiere og helsefagarbeidere.
- Teamarbeid, tverrfaglig samarbeid og breddekompetanse blir viktigere.
- Små kommuner må være særlig bevisste på hvordan de bygger robuste fagmiljø rundt få, men krevende brukerforløp.

Behovsveksten framover gjør det nødvendig å organisere arbeidet annerledes enn i dag. Knapphet på personell innebærer at fagkompetansen må brukes mer målrettet, og at det må vurderes hvilke oppgaver som må utføres av hvem. Dette peker mot mer systematisk oppgavedeling, bedre bruk av tverrfaglighet og sterkere vekt på breddekompetanse i tjenestene. Samtidig blir det viktig å ha kompetanse til å møte brukere med sammensatte behov på en koordinert og individuelt tilpasset måte.

For Tingvoll bør derfor kompetanseplanlegging og oppgavedeling være et sentralt strategisk område i planrevisjonen. Kommunen vil ha behov for å bruke knappe fagressurser der de gir størst effekt, samtidig som andre oppgaver løses på andre måter eller av andre personellgrupper der det er forsvarlig. I en liten kommune, der små fagmiljø og enkeltbrukere med store behov kan gjøre tjenestene sårbare, vil det være særlig viktig å bygge robuste fagmiljø, styrke tverrfaglig samarbeid og vurdere hvordan oppgaver kan fordeles på en måte som ivaretar kvalitet, fleksibilitet og bærekraft over tid.

Turnus og personalpolitikk

- Heltidskultur, stabil bemanning og godt arbeidsmiljø blir stadig viktigere. Større stillinger kan gi kommunen bedre tilgang til kapasitet i tjenestene, uten behov for rekruttering.
- Deltid og sårbar bemanning svekker kvalitet, kontinuitet og rekruttering.
- Turnus og personalpolitikk må ses som strategiske virkemidler i omstillingsarbeidet.
- Attraktive fagmiljø og gode arbeidsforhold blir avgjørende for å beholde ansatte.

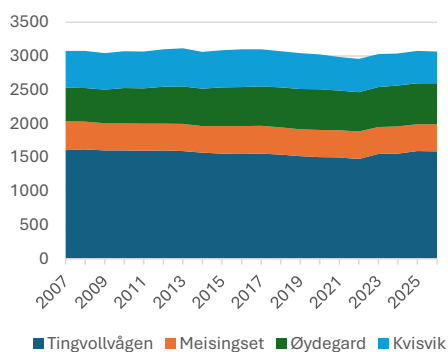
Bemanning, heltidskultur og arbeidsforhold løftes i økende grad fram som forutsetninger for å lykkes med både kvalitet, kontinuitet og omstilling. Dette handler ikke bare om personalpolitikk i tradisjonell forstand, men om tjenestenes samlede evne til å rekruttere, beholde og bruke personell på en bærekraftig måte.

Tingvoll kommune har over tid jobbet med heltidskultur, og gjort endringer i turnus for å sikre at større stillinger hos ansatte også gir økt tilgang til bemanning på de tidspunktene der tilgangen har vært mest krevende. Tingvoll kommune bør jobbe videre med å legge til rette for heltidskultur og turnuser som både ivaretar tjenestemottakere og ansattes behov.

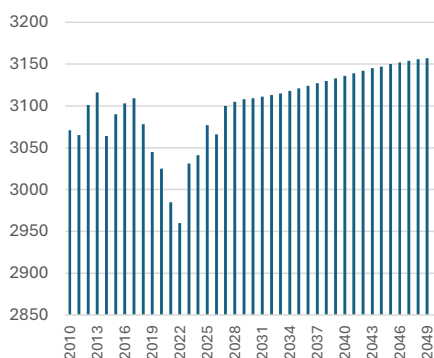
Befolkningsutviklingen i Tingvoll kommune

Den demografiske utviklingen er en av de viktigste faktorene som vil påvirke behovet for helse- og omsorgstjenester i årene framover. Norge får en stadig eldre befolkning, og veksten fram mot 2040 vil i hovedsak komme i de eldste aldersgruppene. Utviklingen vil merkes særlig godt i små og mindre sentrale kommuner, der andelen eldre øker samtidig som befolkningsveksten er svak eller negativ (Helsedirektoratet, 2025).

For Tingvoll betyr dette at endringer i befolkningssammensetningen vil få stor betydning for framtidig behov for tjenester, rekruttering av personell og kommunens evne til å opprettholde et bærekraftig tjenestetilbud.



Figur 1: Befolkningsutvikling på grunnkrets nivå. Kilde: SSB tabell 04317.

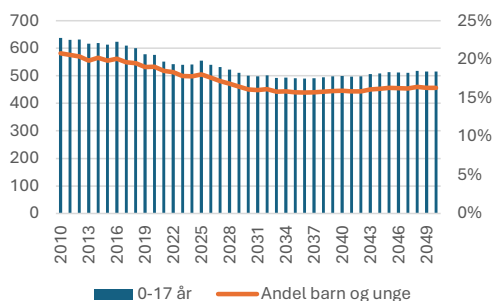


Figur 2: Befolkningsutvikling i Tingvoll. Kilde: SSB tabell 11342 og 14288 (Hovedalternativet).

Ved inngangen til 2026 hadde Tingvoll en befolkning på 3 066 personer. I perioden 2017–2022 gikk folketallet ned, før befolkningen gradvis begynte å øke igjen fra 2023. Det er forventet at denne positive utviklingen vil fortsette fram mot 2050. I 2050 er det anslått at Tingvoll vil ha 3 158 innbyggere. Dette innebærer en økning på 92 personer, tilsvarende omtrent 3 %, sammenlignet med 2026.

Fordelt på grunnkretser er det ikke store endringer i bosettingsmønsteret i Tingvoll. Utviklingen viser i hovedsak stabile trekk over tid, selv om det er noen variasjoner mellom kretsene. Øydegård skiller seg ut med en svak økning i antall bosatte i perioden, mens de øvrige grunnkretsene har hatt en mindre nedgang. Dette tyder på at befolkningsutviklingen i liten grad har ført til vesentlige forskyvninger i hvor innbyggerne bor i kommunen.

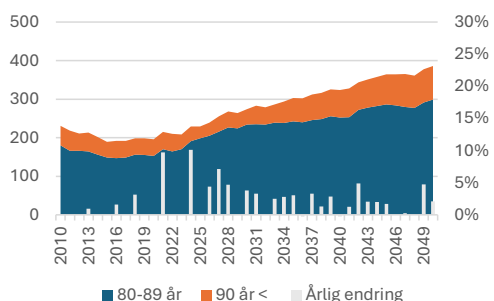
Utvikling i andel barn og unge



Figur 3: Utvikling i andel barn og unge. Kilde: SSB tabell 07459 og 14288 (Hovedalternativet).

Andelen barn og unge har gradvis gått ned fra 2010- 2026. Denne trenden er forventet å fortsette i årene fremover. I 2026 utgjør andelen barn og unge 18% av befolkningen. Innen 2050 er det antatt andelen barn og unge vil falle til 16%. Sammenlignet med dagens tall, tilsvarer dette en reduksjon på 4,6%.

Utvikling i andel eldre



Figur 4: Utvikling i andel eldre. Kilde: SSB tabell 07459 og 14288 (Hovedalternativet).

Særlig vil andelen eldre øke i årene som kommer. Innen 2030 vil andelen eldre øke med ca. 14,6%, sammenlignet med 2026. Denne trenden vil fortsette frem mot 2050, og gi en forventet vekst på 62%, sammenlignet med andelen eldre i 2026.

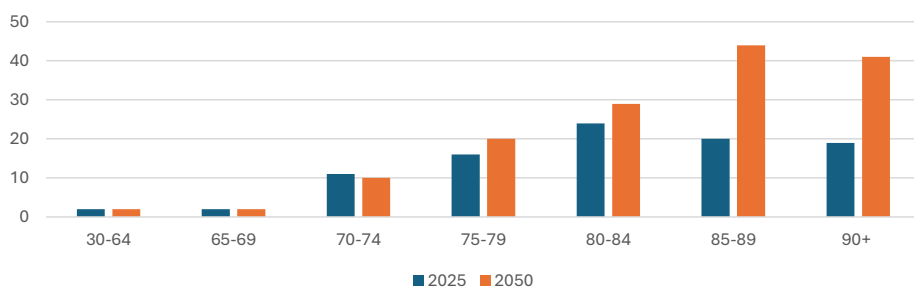
I dag er om lag 7,8 % av befolkningen i Tingvoll kommune eldre enn 80 år. Det innebærer at kommunen har en eldre befolkning enn både Møre og Romsdal og nasjonalt, hvor andelen ligger på om lag 5 %.

Veksten i antall eldre over 80 år vil være lavere enn landsgjennomsnittet de neste 10-15 årene. Frem mot 2040 vil antall eldre over 80 år i Tingvoll kommune øke med om lag 35 %, mot en forventet økning på 60 % nasjonalt. Det innebærer at Tingvoll kommune ikke vil oppleve det samme presset på det kommunale helse- og omsorgstjenestene som kommunesektoren nasjonalt vil gjøre i den kommende planperioden. Samtidig vil en økning i antall innbyggere over 80 år på 35 % også føre til økt behov for helse- og omsorgstjenester i fremtiden.

Forekomst av demens i Tingvoll

Forekomsten av demens i Tingvoll er forventet å øke fra 94 personer i 2025 til 148 personer i 2050. Dette tilsvarer en økning på om lag 57 %. Utviklingen må ses i sammenheng med at andelen eldre i kommunen øker, særlig i de eldste aldersgruppene, hvor forekomsten av demens er høyest.

Sammenlignet med omkringliggende kommuner ligger Tingvoll noe høyere i demensforekomst. Dette kan ha sammenheng med at kommunen har en eldre befolkningssammensetning enn både flere nabokommuner og Møre og Romsdal generelt. Samtidig ser denne forskjellen ut til å jevne seg noe ut i årene framover.



Figur 5: Utvikling i demensforekomst i Tingvoll kommune. Kilde: Demenskartet.

Den største prosentvise veksten forventes i aldersgruppen 85–89 år, der antall personer med demens øker fra 20 til 44 personer. Dette tilsvarer en økning på 120 %. Også blant personer 90 år og eldre ventes en betydelig økning, fra 19 til 41 personer, tilsvarende om lag 116 %. Dette peker mot at kommunen i årene framover må være forberedt på en økning i behovet for tjenester til personer med demens, både i hjemmet og i mer omfattende omsorgstilbud.

Fremtidige behov for helse og omsorgstjenester

Utviklingen i befolkningens helse viser at mange lever lenger og samtidig har flere friske leveår enn tidligere. Det betyr at flere eldre kan klare seg godt og være selvhjulpne i større deler av alderdommen. Samtidig viser utviklingen at de ekstra leveårene ikke bare er friske år. Selv om sykdom og funksjonstap i gjennomsnitt ser ut til å inntreffe senere enn før, lever både kvinner og menn også flere år med sykdom og helseutfordringer. For innbyggerne betyr dette at flere kan få en lengre periode med god livskvalitet, men også at flere vil leve lenge nok til å oppleve kronisk sykdom, funksjonssvikt og sammensatte helseutfordringer i høy alder.



Figur 6: Forventet levealder i år med (YLD) og uten sykdom (HALE) ved alder 60-64 år i perioden 1990-2023 i Norge. Hentet fra: Folkehelse rapporten, FHI.

For kommunen innebærer dette at behovet for helse- og omsorgstjenester ikke nødvendigvis inntreffer like tidlig som før, eller vil øke i takt med aldringen i befolkningen. Behovet vil i større grad forskyves til de eldste aldersgruppene, noe som også gir utslag i andre behov og utfordringer blant fremtidens brukere.

Når flere holder seg friske lenger, kan behovet for hjelp og oppfølging utsettes. Samtidig vil flere innbyggere nå en alder der risikoen for demens, hjerte- og karsykdom, kreft, muskel- og skjelettplager, sansetap og fall øker betydelig. Dette betyr at kommunen må være forberedt på at behovet for tjenester over tid kan bli mer omfattende og komplekst, selv om det oppstår senere i livsløpet.

Denne utviklingen understreker betydningen av å styrke det forebyggende arbeidet og legge til rette for mestring, aktivitet og selvstendighet gjennom hele alderdommen. Innsats som fremmer fysisk og psykisk helse, sosial deltakelse, tidlig oppfølging, rehabilitering, tilrettelagte boliger og bruk av velferdsteknologi kan bidra til å utsette behovet for mer omfattende tjenester. Samtidig må kommunen planlegge for at flere innbyggere vil ha behov for sammensatte og langvarige tjenester i de aller eldste aldersgruppene. En bærekraftig utvikling i helse- og omsorgstjenestene forutsetter derfor både sterkere forebygging og god kapasitet til å møte økende behov når de oppstår.

Forsørgerbrøk

Forsørgerbrøken viser forholdet mellom antall innbyggere i yrkesaktiv alder og antall eldre i befolkningen. I denne analysen er den beregnet som antall innbyggere i alderen 18–66 år delt på antall innbyggere 80 år og eldre. En lavere forsørgerbrøk betyr at det blir færre personer i yrkesaktiv alder per person i den eldste aldersgruppen. Dette kan gi økt press på både arbeidskraft og kommunale helse- og omsorgstjenester.

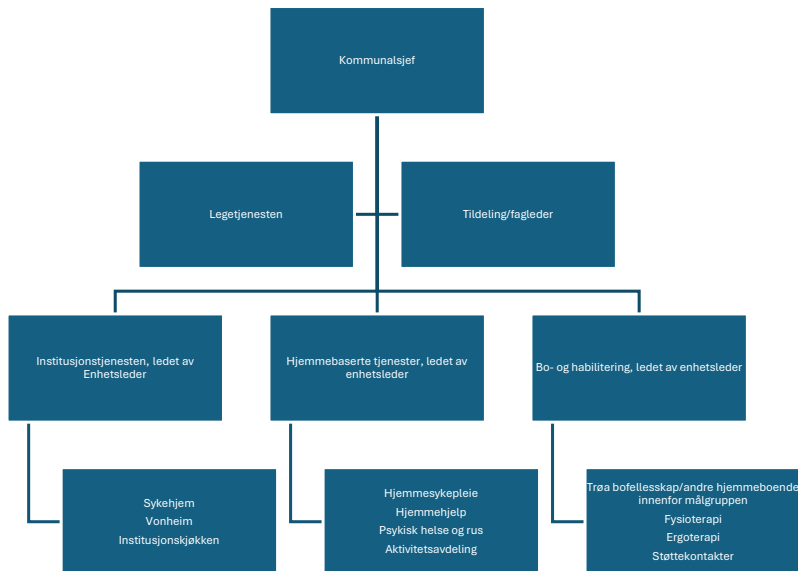
	2026	2040	2050
18-66 år 	1802	1799	1784
80+ år 	239	320	382
	7,5	5,6	4,7

Figur 7: Forsørgerbrøk. SSB tabell 07459 og 14288 (Hovedalternativet).

For Tingvoll viser framskrivingene at forsørgerbrøken reduseres fra 7,5 i 2026 til 5,6 i 2040 og videre til 4,7 i 2050. Utviklingen skyldes at antall innbyggere i alderen 18–66 år forventes å gå noe ned, samtidig som antallet innbyggere over 80 år øker betydelig. Dette peker mot en utvikling der en mindre arbeidsstyrke skal møte behovene til en større eldre befolkning.

Dagens organisering av helse- og omsorgstjenestene

I 2025 omorganiserte Tingvoll kommune helse- og omsorgstjenestene. Omorganiseringen innebar at tjenestene gikk fra en inndeling med heldøgntjenester og behandling, rehabilitering og habilitering til en ny struktur med institusjonstjenester, hjemmebaserte tjenester og bo- og habilitering, i tillegg til legetjenesten og tildelingstjenesten. Organiseringen er vist i organisasjonskartet nedenfor.

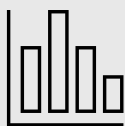


De påfølgende analysene er strukturert i tråd med denne organiseringen. Tildelingstjenesten er et lite tjenesteområde med 1 årsverk og er derfor ikke analysert som et eget delkapittel, men inngår i den samlede analysen av helse- og omsorgstjenestene. I tillegg omtales helsestasjons- og skolehelsetjenesten, selv om denne organisatorisk ligger under oppvekst, fordi tjenesten er relevant for den samlede vurderingen av kommunens helse- og omsorgstilbud.

Nøkkeltall helse og omsorg

Kommentert [KF1]: Fordeling av bruttokostnader hentet fra: https://pub.framsikt.net/2026/tingvoll/bm-2026-vedtatt_budsjett_og_ekonomiplan_2026-29#/budsa/orgstructuremain/30

Andel av totale bruttokostnader i kommunen (2025)



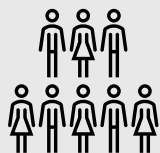
39,3%

Totale nettokostnader i 2025 (MNOK)



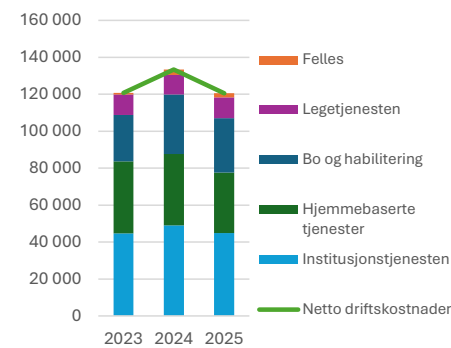
120,5

Antall årsverk totalt (2025)

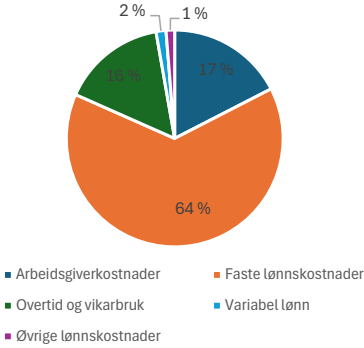


106,6

Helse og omsorg i Tingvoll



Figur 8: Overordnet kostnadsutvikling i helse og omsorg (kommunens detaljregnskap)



Figur 9: Fordeling av lønnskostnader (kommunens detaljregnskap)

Den største andelen av utgiftene er knyttet til tjenesteområdet institusjonstjenesten, etterfulgt av hjemmebaserte tjenester. I perioden 2023–2025 økte de netto driftsutgiftene fra 120,8 MNOK i 2023 til 133,4 MNOK i 2024, før de ble redusert til 120,5 MNOK i 2025. Utgiftene var dermed klart høyere i 2024 enn i både 2023 og 2025, mens nettoutgiftene i 2025 var omtrent på samme nivå som i 2023. I tillegg hadde kommunen netto driftsutgifter til helsestasjon og skolehelsetjeneste på ca. 4,4 MNOK i 2025. Disse utgiftene har ligget relativt stabilt i perioden.

Lønn er den største enkeltposten i utgiftene. Lønnskostnadene ble redusert fra 107,9 MNOK i 2024 til 93,2 MNOK i 2025, tilsvarende om lag 14 %. Sammenlignet med 2023 ble lønnskostnadene redusert fra 99 MNOK til 93,2 MNOK, som tilsvarer en nedgang på om lag 6 %. I 2025 utgjorde lønn 77 % av de totale netto driftsutgiftene. Kommunen har gjennomført betydelige tiltak for å redusere bruken av overtid og vikarer. Av de samlede lønnskostnadene i 2025 var 64 % knyttet til fastlønn, mens 16 % var knyttet til overtid og vikarbruk.

Tabell 1: Overordnet ansattoversikt i Helse og omsorg

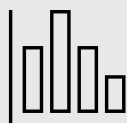
Stillingskategori	Antall	Antall årsverk	Gjennomsnittlig stillingsprosent
Helsefag-/ fagarbeider	57	46,9	82,4
Pleiemedarbeider	25	10,8	43,4
Støttekontakt	21	0,3	1
Sykepleier	19	19	100
Administrasjon/ ledelse*	8	7,8	97,5
Vernepleier	6	5,8	96,7
Lege	5	5	100
Fysio-/ ergoterapeut	4	4	100
Miljøterapeut	3	1,44	48
Vakante stillinger	6	5,5	91,2

*En av stillingene innen «Administrasjon/ ledelse» er vakant/ ubesatt.

Kommentert [KF2]: Disse ligger ikke inne i den nye bemanningsoversikten. Har derfor hentet de fra den gamle

Nøkkeltall institusjonstjenesten

Andel av totale kostnader i helse og omsorg (2025)



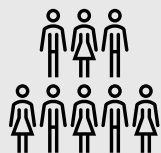
37%

Totale nettokostnader i 2025 (MNOK)



44,9

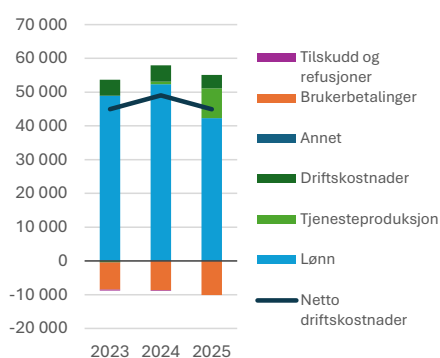
Antall årsverk totalt (2025)



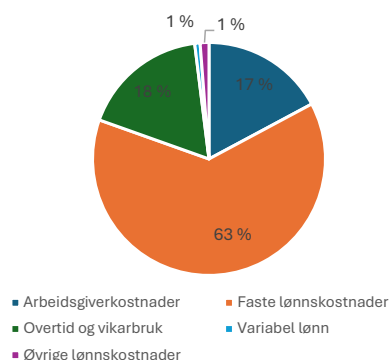
49

Kostnadsutvikling og bemanning

Institusjonstjenesten omfatter Vonheim, Tingvoll sykehjem og kjøkkentjenesten. Netto driftsutgifter til tjenesteområdet økte fra 44,9 MNOK i 2023 til 49,0 MNOK i 2024, før de ble redusert til 44,9 MNOK i 2025. Utgiftene var dermed klart høyere i 2024 enn i både 2023 og 2025, mens nivået i 2025 var omtrent på samme nivå som i 2023.



Figur 10: Overordnet kostnadsutvikling i helse og omsorg (kommunens detaljregnskap)



Figur 11: Fordeling av lønnskostnader (kommunens detaljregnskap)

Lønn er den klart største utgiftsposten innen institusjonstjenesten. I 2025 var lønnskostnadene på om lag 42,3 MNOK, noe som tilsvarer ca. 94 % av netto driftsutgiftene. Til sammenligning var lønnskostnadene 49,0 MNOK i 2023, noe som innebærer en reduksjon på om lag 6,7 MNOK, eller 14 %. Nedgangen i netto driftsutgifter fra 2024 til 2025 må derfor i stor grad ses i sammenheng med lavere lønnskostnader.

Brukerbetaling utgjorde en viktig inntekstpost og økte fra ca. 8,1 MNOK i 2023 til 10,1 MNOK i 2025. Denne utviklingen bidro til å trekke netto driftsutgiftene ned. Driftskostnadene ble samtidig redusert noe i perioden, fra 4,8 MNOK i 2024 til 3,9 MNOK i 2025. Tjenesteproduksjon, som i 2023 utgjorde en negativ post, økte til ca. 8,9 MNOK i 2025. Dette bidro isolert sett til å trekke netto driftsutgiftene opp.

Av de samlede lønnskostnadene i 2025 var 63 % knyttet til faste lønnskostnader, mens 18 % var relatert til overtid og vikarbruk. Arbeidsgiverkostnader utgjorde 17 % av lønnskostnadene, mens variabel lønn og øvrige lønnskostnader samlet utgjorde om lag 2 %.

	Antall plasser	Kostnad per plass (MNOK)	Dekningsgrad 80 år <
Tingvoll sykehjem	18	1,2	15,1 %
Vonheim	12	1,3	

Figur 12: Kostnad per plass og total dekningsgrad (kommunens detaljregnskap)

Tingvoll kommune har totalt 36 sykehjemsplasser, fordelt på 18 plasser ved Tingvoll sykehjem og 12 plasser ved Vonheim (6 plasser på Vonheim er stengt, og ikke bemannet per 2026). I tillegg kjøper kommunen 6 plasser fra Gjemnes kommune. Beregnet kostnad per plass er ca. 1,2 MNOK ved Tingvoll sykehjem og 1,3 MNOK ved Vonheim. I tillegg utgjorde kjøp fra andre kommuner ca. 8,4 MNOK i 2025.

Ved vurdering av kostnad per plass må det tas forbehold om at driftskostnader, vedlikehold og brukerbetalinger er ført som felles kostnader og inntekter. Det innebærer at det reelle kostnadsbildet for den enkelte institusjon kan avvike noe fra de beregnede tallene.

Samlet gir plasskapasiteten, inkludert plassene i Gjemnes, en dekningsgrad på 15,1 % i 2026 for innbyggere 80 år og eldre. Dekningsgraden uttrykker forholdet mellom antall institusjonsplasser og antall innbyggere i denne aldersgruppen.

Tabell 2: Bemanningsoversikt i institusjonstjenesten

Stillingskategori	Antall	Antall årsverk	Gjennomsnittlig stillingsprosent
Helsefag-/ fagarbeider	31	23,7	76,4
Pleiemedarbeider	19	8,9	46,6
Sykepleier	10	10	100
Administrasjon/ ledelse	1	1	100
Vernepleier	1	1	100
Vakant	5	4,6	89,4

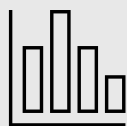
Institusjonstjenesten er i hovedsak er bemannet med helsefagarbeidere/fagarbeidere. Det er registrert 31 helsefagarbeidere/fagarbeidere, tilsvarende 23,7 årsverk, med en gjennomsnittlig stillingsprosent på 76,4 %. Videre er det 19 pleiemedarbeidere, som samlet utgjør 8,9 årsverk, med en gjennomsnittlig stillingsprosent på 46,6 %.

Tjenesten har også 10 sykepleiere, tilsvarende 10 årsverk, noe som innebærer at disse stillingene i gjennomsnitt er besatt i 100 % stilling. Stillingen som leder i institusjonstjenesten er per dags dato ubesatt.

Institusjonstjenesten har en relativt høy andel større stillinger i flere stillingskategorier, men også noen mindre stillinger, særlig blant pleiemedarbeiderne. Samtidig viser antallet vakante stillinger at tjenesten har ubesatt kapasitet som kan påvirke både drift og bemanning.

Nøkkeltall hjemmebaserte tjenester

Andel av totale kostnader i helse og omsorg (2025)



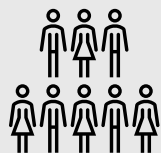
27%

Totale nettokostnader i 2025 (MNOK)



32,7

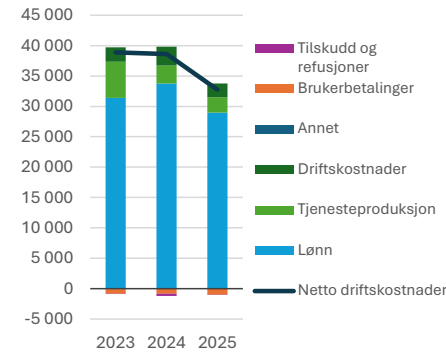
Antall årsverk totalt (2025)



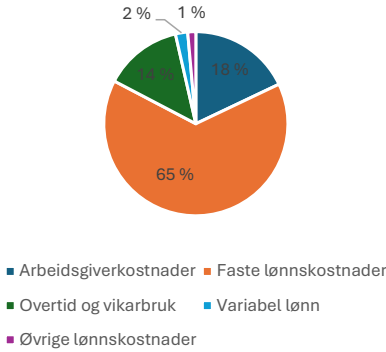
25,5

Kostnadsutvikling og bemanning

Netto driftsutgifter innen tjenesteområdet ble redusert fra 38,9 MNOK i 2023 til 38,6 MNOK i 2024, før de falt videre til 32,7 MNOK i 2025. Dette tilsvarer en samlet reduksjon på om lag 6,1 MNOK, eller 16 %, i perioden. Nedgangen kom i hovedsak fra 2024 til 2025.



Figur 13: Overordnet kostnadsutvikling i helse og omsorg (kommunens detaljregnskap)



Figur 14: Fordeling av lønnskostnader (kommunens detaljregnskap)

Lønn er den klart største utgiftsposten innen tjenesteområdet. I 2025 var lønnskostnadene på om lag 29 MNOK, mot 31,4 MNOK i 2023. Dette tilsvarer en reduksjon på om lag 2,4 MNOK, eller 8 %. Nedgangen i netto driftsutgifter må derfor i stor grad ses i sammenheng med lavere lønnskostnader.

Tjenesteproduksjon var den nest største utgiftsposten i 2025, med kostnader på ca. 2,5 MNOK, mens driftskostnadene utgjorde om lag 2,3 MNOK. Begge disse kostnadspostene er redusert sammenlignet med 2023. Brukerbetalingene økte fra ca. 0,7 MNOK i 2023 til 1,0 MNOK i 2025, noe som bidro til å trekke netto driftsutgiftene ned. Tilskudd og refusjoner ble samtidig redusert fra ca. 0,4 MNOK i 2024 til 0,05 MNOK i 2025. Dette hadde likevel begrenset betydning for det samlede kostnadsbildet.

Av de samlede lønnskostnadene i 2025 var 65 % knyttet til faste lønnskostnader, mens 14 % var relatert til overtid og vikarbruk. Arbeidsgiverkostnader utgjorde 18 % av lønnskostnadene, mens variabel lønn og øvrige lønnskostnader samlet utgjorde om lag 3 %.

Tabell 3: Bemanningsoversikt i Hjemmebaserte tjenester

Stillingskategori	Antall	Antall årsverk	Gjennomsnittlig stillingsprosent
Helsefag-/ fagarbeider	17	13,9	82
Sykepleier	9	9	100
Pleiemedarbeider	3	0,5	18
Administrasjon/ ledelse	1	1	100
Vakant	1	1	100

Hjemmebaserte tjenester hadde samlet 50 årsverk i 2025. Bemanning og utviklingen innen de ulike tjenestene omtales nærmere i de påfølgende kapitlene.

Utdypende analyser av hjemmebaserte tjenester

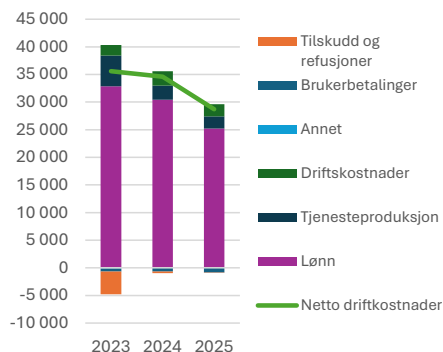
De neste sidene gir en mer detaljert analyse av utvalgte deler av hjemmebaserte tjenester:

- Hjemmetjenesten og praktisk bistand
- Psykisk helse og rus

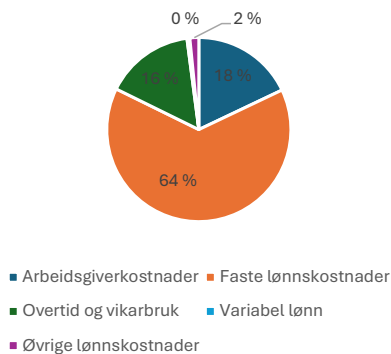
Kostnader og bemanning som presenteres i detaljanalysene, inngår allerede i den samlede oversikten over hjemmebaserte tjenester. Analysen viser en nærmere fordeling av hovedområdet og representerer derfor ikke kostnader eller bemanning i tillegg til det som allerede er presentert.

Hjemmetjenesten og praktisk bistand

Netto driftsutgifter innen tjenesteområdet utgjorde ca. 28,7 MNOK i 2025, mot 35,6 MNOK i 2023. Dette tilsvarer en reduksjon på om lag 6,9 MNOK, eller 19 %, i løpet av perioden. Utgiftene var relativt stabile fra 2023 til 2024, før det kom en tydelig nedgang i 2025.



Figur 15: Kostnadsutvikling i hjemmebaserte tjenester (kommunens detaljregnskap)



Figur 16: Fordeling av lønnskostnader (kommunens detaljregnskap)

Lønn er den klart største utgiftsposten innen tjenesteområdet. I 2025 var lønnskostnadene på om lag 25,2 MNOK, noe som tilsvarer ca. 88 % av netto driftsutgiftene. Til sammenligning var lønnskostnadene 32,9 MNOK i 2023, noe som innebærer en reduksjon på om lag 7,7 MNOK, eller 23 %. Nedgangen i netto driftsutgifter må derfor i stor grad ses i sammenheng med lavere lønnskostnader.

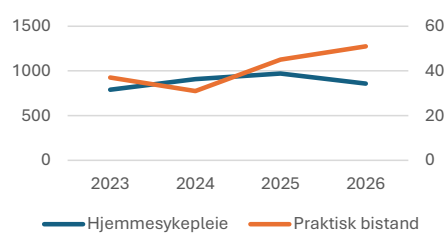
Tjenesteproduksjon var den nest største utgiftsposten, men også denne ble redusert betydelig i perioden, fra ca. 5,5 MNOK i 2023 til 2,2 MNOK i 2025. Driftskostnadene ble også redusert i 2025, etter å ha ligget på et høyere nivå i 2024. Samtidig er inntekter fra tilskudd og refusjoner nærmest bortfalt i 2025 sammenlignet med tidligere år, noe som isolert sett trekker netto driftsutgifter opp.

Av de samlede lønnskostnadene i 2025 var 64 % knyttet til faste lønnskostnader, mens 16 % var relatert til overtid og vikarbruk. Arbeidsgiverkostnader utgjorde 18 % av lønnskostnadene, mens variabel lønn og øvrige lønnskostnader samlet utgjorde om lag 2 %.

- Her bør det skrives litt mer ut om grep som kommunen har gjort. Er det flere stillinger som har blitt kuttet (ref nedgang på 19%)

Kommentert [KF3]: Kan dette ligge under en annen post?

I 2025 var det totalt 130 tjenestemottakere av hjemmetjenester og praktisk bistand. Nedgangen i antall tjenestemottakere kan blant annet ses i sammenheng med at kommunen har arbeidet med å stramme inn vedtakspraksisen. **Hvordan har man jobbet med dette?**



Figur 17: Utvikling i antall tjenestemottakere i hjemmebaserte tjenester (uttrekk fra kommunens journalsystem)



Figur 18: Antall brukere og kostnad per bruker (kommunens detaljregnskap)

Kostnad per bruker var i 2025 beregnet til 220 900 kroner.

Tabell 4: Bemanningsoversikt i hjemmebaserte tjenester

Stillingskategori	Antall	Antall årsverk	Gjennomsnittlig stillingsprosent
Helsefag-/ fagarbeider	14	11,8	84,3
Sykepleier	8	8	100
Pleiemedarbeider	3	0,5	18
Administrasjon/ ledelse	1	1	100

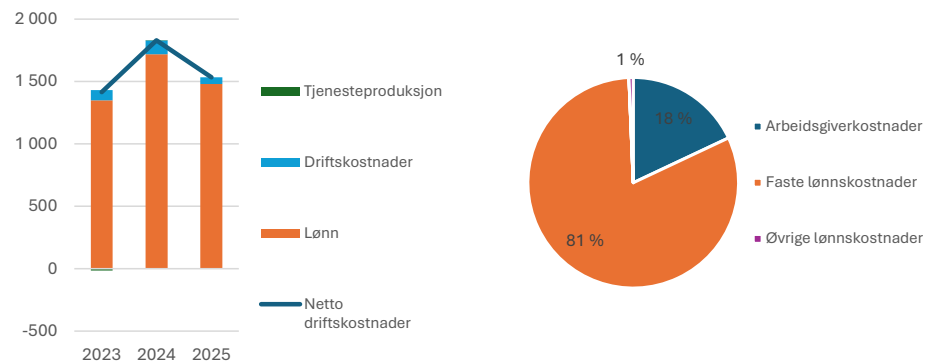
Bemanningsoversikten for de hjemmebaserte tjenestene viser at tjenesten i hovedsak er bemannet med helsefagarbeidere/fagarbeidere og sykepleiere. Det er registrert 14 helsefagarbeidere/fagarbeidere, tilsvarende 11,8 årsverk, med en gjennomsnittlig stillingsprosent på 84,3 %. Videre er det 8 sykepleiere, som samlet utgjør 8 årsverk.

I tillegg omfatter bemanningen 3 pleiemedarbeidere fordelt på 0,5 årsverk, noe som gir en gjennomsnittlig stillingsprosent på 18 %.

Totalt er det 26 faste stillinger i tjenesten.

Psykisk helse og rus

Netto driftsutgifter innen psykisk helse og rus utgjorde ca. 1,5 MNOK i 2025, mot 1,4 MNOK i 2023. Dette tilsvarer en samlet økning på om lag 0,1 MNOK, eller 8 %, i perioden. Utgiftene økte fra 2023 til 2024, før de ble redusert igjen i 2025.



Figur 19: Overordnet kostnadsutvikling i helse og omsorg (kommunens detaljregnskap)

Figur 20: Fordeling av lønnskostnader (kommunens detaljregnskap)

Lønn er den klart største utgiftsposten innen tjenesteområdet. I 2025 var lønnskostnadene på om lag 1,5 MNOK, noe som utgjør nær hele de netto driftsutgiftene. Sammenlignet med 2024 ble lønnskostnadene redusert fra ca. 1,7 MNOK til 1,5 MNOK i 2025. Nedgangen i lønnsutgifter skyldes reduksjon i én stilling i de siste tre månedene av 2025. Denne reduksjonen er videreført i 2026.

Driftskostnadene ble også redusert i 2025, fra ca. 109 900 kroner i 2024 til 52 700 kroner. Tjenesteproduksjon hadde svært liten betydning for kostnadsbildet i perioden, og utgjorde kun om lag 2 000 kroner i 2024, mens posten var negativ i 2023 og null i 2025.

Av de samlede lønnskostnadene i 2025 var 81 % knyttet til faste lønnskostnader, mens 18 % var arbeidsgiverkostnader. Øvrige lønnskostnader utgjorde under 1 %, og det var ingen kostnader knyttet til overtid og vikarbruk i 2025.

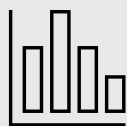
Tabell 5: Bemanningsoversikt i psykisk helse og rus

Stillingskategori	Antall	Antall årsverk	Gjennomsnittlig stillingsprosent
Sykepleier	1	1	100
Ergoterapeut	1	1	100

Psykisk helse og rus har samlet ett årsverk sykepleier i 100% stilling. I tillegg er én ansatt i permisjon.

Nøkkeltall bo- og habiliteringstjenesten

Andel av totale kostnader i helse og omsorg (2025)



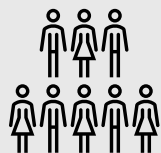
24%

Totale nettokostnader i 2025 (MNOK)



29,5

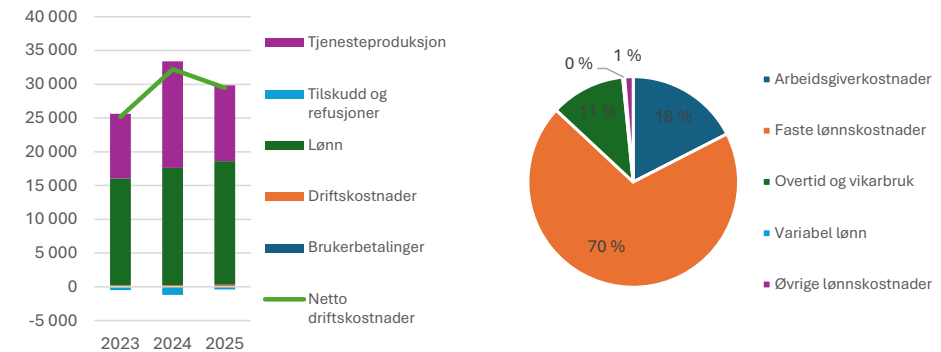
Antall årsverk totalt (2025)



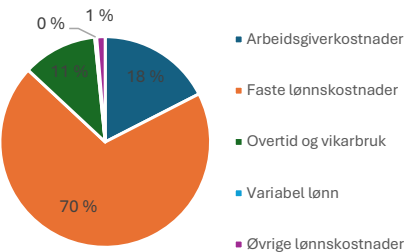
20,6

Bo- og habiliteringstjenesten

Netto driftsutgifter utgjorde ca. 29,5 MNOK i 2025, mot 25,2 MNOK i 2023. Dette tilsvarer en økning på om lag 4,3 MNOK, eller 17 %, i perioden. Utgiftene økte betydelig fra 2023 til 2024, før de ble redusert noe igjen i 2025.



Figur 21: Overordnet kostnadsutvikling i helse og omsorg (kommunens detaljregnskap)



Figur 22: Fordeling av lønnskostnader (kommunens detaljregnskap)

Lønn er den største utgiftsposten innen tjenestområdet. I 2025 var lønnskostnadene på om lag 18,3 MNOK, noe som utgjør ca. 62 % av netto driftsutgiftene. Sammenlignet med 2023 innebærer dette en økning fra 15,8 MNOK, tilsvarende ca. 16 %. Tjenesteproduksjon var den nest største utgiftsposten, med kostnader på ca. 11,2 MNOK i 2025, mot 9,6 MNOK i 2023. Tilskudd og refusjoner økte fra ca. 0,3 MNOK i 2023 til 1,0 MNOK i 2024, før de ble redusert til om lag 0,2 MNOK i 2025.

Brukerbetalingene var lave og relativt stabile gjennom hele perioden, mens driftskostnadene økte noe fra ca. 0,2 MNOK i 2023 til 0,3 MNOK i 2025.

Av de samlede lønnskostnadene i 2025 var 70 % knyttet til faste lønnskostnader, mens 11 % var relatert til overtid og vikarbruk. Arbeidsgiverkostnader utgjorde 18 % av lønnskostnadene, mens variabel lønn og øvrige lønnskostnader samlet utgjorde en svært liten andel.

Tabell 6: Bemanningsoversikt i bo- og habiliteringstjenesten

Stillingskategori	Antall	Antall årsverk	Gjennomsnittlig stillingsprosent
Støttekontakt	21	0,3	1
Helsefag-/ fagarbeider	9	7,6	84,7
Vernepleier	5	4,8	96
Fysio-/ ergoterapeut	4	4	100
Miljøterapeut	3	1,4	48
Pleiemedarbeider	3	1,4	48
Administrasjon/ ledelse	1	1	100

Kommentert [KF4]: Disse ligger ikke inne i den nye bemanningsoversikten. Har derfor hentet de fra den gamle

Bemanning og utviklingen innen de ulike tjenestene omtales nærmere i de påfølgende kapitlene.

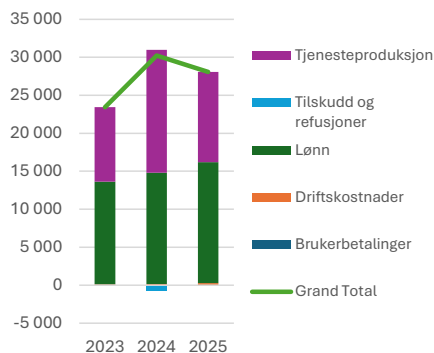
Utdypende analyse av bo- og habiliteringstjenesten

Den neste delen gir en mer detaljert analyse av Botjenesten/Trøa, som er en del av bo- og habiliteringstjenesten.

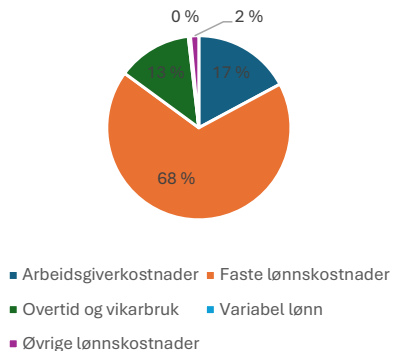
Kostnader og bemanning som presenteres i detaljanalysen, inngår allerede i den samlede oversikten over bo- og habiliteringstjenesten. Analysen viser en nærmere fordeling av hovedområdet og representerer derfor ikke kostnader eller bemanning i tillegg til det som allerede er presentert.

Botjenesten/ Trøa

Netto driftsutgifter i botjenesten utgjorde ca. 28,1 MNOK i 2025, mot 23,4 MNOK i 2023. Dette tilsvarer en økning på om lag 4,6 MNOK, eller 20 %, i perioden. Utgiftene økte betydelig fra 2023 til 2024, før de ble redusert noe igjen i 2025.



Figur 23: Overordnet kostnadsutvikling i helse og omsorg (kommunens detaljregnskap)



Figur 24: Fordeling av lønnskostnader (kommunens detaljregnskap)

Lønn er den største utgiftsposten innen tjenestområdet. I 2025 var lønnskostnadene på om lag 15,9 MNOK, noe som utgjør ca. 57 % av netto driftsutgiftene. Til sammenligning var lønnskostnadene 13,5 MNOK i 2023, noe som innebærer en økning på om lag 2,4 MNOK, eller 18 %. Tjenesteproduksjon var den nest største utgiftsposten, med kostnader på ca. 11,9 MNOK i 2025, mot 9,8 MNOK i 2023.

Tilskudd og refusjoner hadde ingen betydning for kostnadsbildet i 2023 og 2025, men utgjorde ca. 0,8 MNOK i 2024. Denne utviklingen kan ha sammenheng med endringer i kostføring. Brukerbetalingene utgjorde lite gjennom hele perioden, mens driftskostnadene økte fra ca. 95 000 kroner i 2023 til 289 000 kroner i 2025.

Av de samlede lønnskostnadene i 2025 var 68 % knyttet til faste lønnskostnader, mens 13 % var relatert til overtid og vikarbruk. Arbeidsgiverkostnader utgjorde 17 % av lønnskostnadene, mens variabel lønn og øvrige lønnskostnader samlet utgjorde om lag 2 %.

2024	2025	Kostnad per bruker (MNOK)
Antall brukere	Antall brukere	
12	12	
Median vedtakstid per bruker*	Median vedtakstid per bruker*	
2113	2892	
Endring fra 2024 (median)		1,6
37%		

Figur 25: Oversikt over ressursbruk per tjenestemottaker med vedtak i bo- og habiliteringstjenesten (uttrekk fra kommunens egne journalsystemer)

Det er stor variasjon i antall vedtakstimer per beboer i bo- og habiliteringstjenesten. Ved utgangen av 2025 hadde tjenesten 12 brukere med vedtak, men beregningene av median og gjennomsnitt er basert på 11 av disse. Årsaken er at kommunen kjøper tjenester for den tolvte brukeren, slik at vedtakstimene ikke inngår i det samme datagrunnlaget. I tillegg var det 5 tjenestemottakere uten dokumentert vedtak per 31.12.2025. Dette gjelder brukere med dagtilbud, for eksempel ved Miljøkompaniet, som ikke ligger under helsetjenesten.

For de 11 brukerne som inngår i beregningene, varierer antall vedtakstimer i 2025 fra 52 timer til 8 477 timer per år. På grunn av denne store spredningen er medianen det mest representative målet for utviklingen i vedtaksomfang.

Medianen økte fra 2 113 timer i 2024 til 2 892 timer i 2025, tilsvarende en økning på 779 timer, eller 37 %. Dette tyder på en generell økning i vedtakstimer per beboer. Gjennomsnittlig antall vedtakstimer per bruker økte i samme periode fra 2 076 timer til 3 267 timer, tilsvarende 57 %. Gjennomsnittet trekkes imidlertid opp av at vedtakstimene for et fåtall brukere har økt betydelig.

Kostnad per bruker er beregnet til ca. 1,6 MNOK med utgangspunkt i 17 tjenestemottakere. På grunn av den store variasjonen i ressursinnsats og antall vedtakstimer mellom brukerne, er det rimelig å anta at også kostnaden per bruker varierer betydelig. Gjennomsnittstallet gir derfor et overordnet bilde, men vil i begrenset grad fange opp forskjellene i ressursbehov mellom den enkelte bruker.

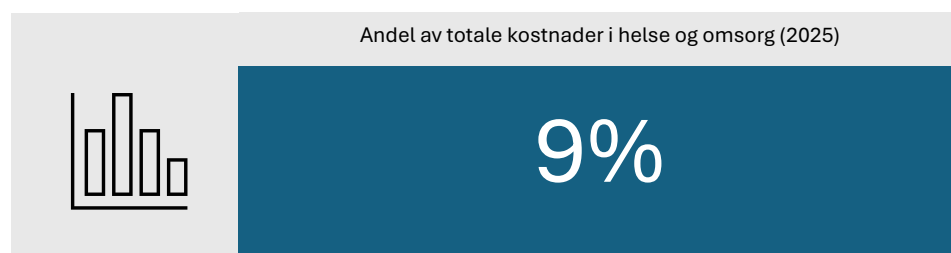
Tabell 7: Bemanningsoversikt i botjenesten

Stillingskategori	Antall	Antall årsverk	Gjennomsnittlig stillingsprosent
Helsefag-/ fagarbeider	9	7,6	84,7
Vernepleier	5	4,8	96
Miljøterapeut	3	1,4	48
Pleiemedarbeider	3	1,4	48

Bemanningsoversikten for rehabiliterings- og habiliteringstjenester viser at tjenesten i hovedsak er bemannet med helsefagarbeidere/fagarbeidere og vernepleiere. Det er registrert 9 helsefagarbeidere/fagarbeidere, tilsvarende 7,6 årsverk, med en gjennomsnittlig stillingsprosent på 84,7 %. Videre er det 5 vernepleiere, som samlet utgjør 4,8 årsverk, med en gjennomsnittlig stillingsprosent på 96 %.

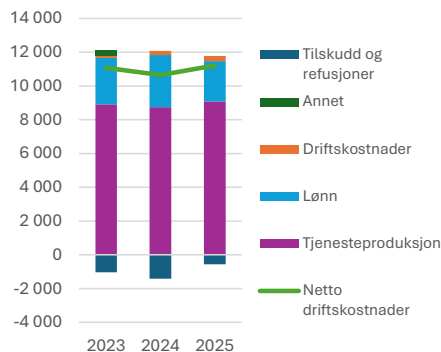
I tillegg omfatter bemanningen 3 miljøterapeuter fordelt på 1,4 årsverk og 3 pleiemedarbeidere fordelt på 1,4 årsverk. Begge stillingskategoriene har en gjennomsnittlig stillingsprosent på 48 %. Bemanningsoversikten viser dermed at tjenesten i hovedsak er bemannet med større faste stillinger, samtidig som enkelte stillingskategorier har lavere stillingsandeler.

Nøkkeltall legetjenesten

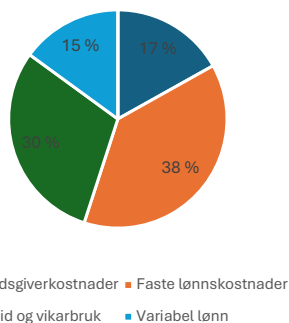


Legetjenesten

Netto driftsutgifter til legetjenesten utgjorde ca. 11,2 MNOK i 2025, mot 11,1 MNOK i 2023. Kostnadsnivået har dermed vært relativt stabilt gjennom perioden. Utgiftene ble redusert fra 2023 til 2024, før de økte igjen i 2025.



Figur 26: Kostnadsutvikling i hjemmebaserte tjenester (kommunens detaljregnskap)



Figur 27: Fordeling av lønnskostnader (kommunens detaljregnskap)

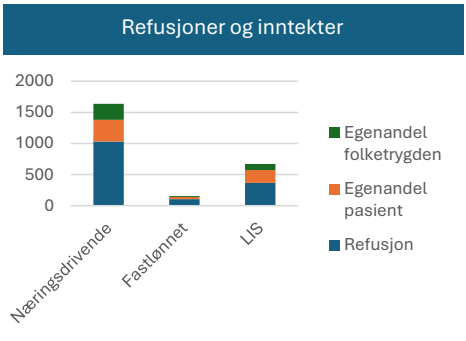
Tjenesteproduksjon er den største utgiftsposten innen legetjenesten. I 2025 utgjorde denne posten ca. 9,1 MNOK, og omfatter blant annet kjøp av legetjenester. Lønn var den nest største utgiftsposten, med kostnader på om lag 2,4 MNOK i 2025, mot 3,1 MNOK i 2024 og 2,7 MNOK i 2023. Driftskostnadene var relativt lave og stabile gjennom perioden, med ca. 307 000 kroner i 2025.

Tilskudd og refusjoner bidrar til å redusere netto driftsutgifter, og utgjorde ca. 0,6 MNOK i 2025, mot 1,0 MNOK i 2023 og 1,4 MNOK i 2024. Reduksjonen i tilskudd og refusjoner bidro isolert sett til å trekke netto driftsutgiftene opp i 2025.

Av de samlede lønnskostnadene i 2025 var 38 % knyttet til faste lønnskostnader, mens 30 % var relatert til overtid og vikarbruk. 17 % av lønnskostnadene var arbeidsgiverkostnader, og 15 % var variabel lønn. Lønssammensetningen viser dermed at en relativt stor andel av kostnadene er knyttet til variable bemanningsforhold.

Nøkkeltall legetjenesten (2025)	
Antall fastlegehjemler	3
Gjennomsnittlig fastlegekonsultasjoner per innbygger	2,9
Gjennomsnittlig listelengde	918

Figur 28: Nøkkeltall legetjenesten (SSB tabell 12005 og uttrekk fra kommunens systemer)



Figur 29: Refusjoner og inntekter i legetjenesten (KUHR Helsedirektoratet)

Legetjenesten hadde i 2025 tre fastleger, i tillegg til to LIS- leger. Gjennomsnittlig listelengde var i 2025 på 918 innbyggere, med et gjennomsnitt 2,9 fastlegekonsultasjoner per innbygger. Kommunen hadde tre fastleger fram til 1. september 2025, og har deretter økt til fire fastleger. I tillegg har tjenesten hatt 1–2 LIS-leger. Fram til 1.6.2026 var legetjenesten organisert som en privat tjeneste.

Refusjoner og inntekter i 2025 er beregnet med utgangspunkt i tre årsverk som selvstendig næringsdrivende, og utgjorde i snitt ca. 1,6 MNOK per næringsdrivende lege. Dette må ses i sammenheng med organiseringen av tjenesten i perioden. Fastlegene har i tillegg til ordinær pasientoppfølging også andre kommunale oppgaver, blant annet som tilsynsleger ved sykehjem, innen skolehelsetjenesten og i funksjon som kommuneoverlege.

Tabell 8: Bemanningsoversikt i legetjenesten

Stillingskategori	Antall	Antall årsverk	Gjennomsnittlig stillingsprosent
Lege (inkl. LIS)	5	5	5
Helsefag-/ fagarbeider	2	1,7	86
Administrasjon/ ledelse	1	0,8	80

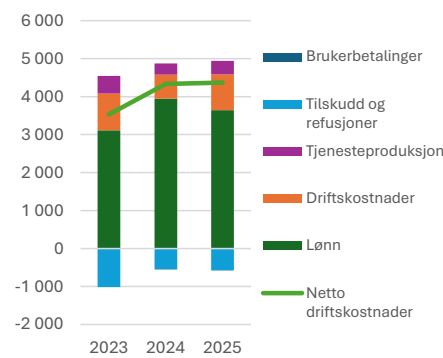
Bemanningsoversikten viser ellers at legetjenesten omfatter fem leger, to helsefag-/ fagarbeidere tilsvarende 1,7 årsverk, samt én stilling innen administrasjon/ ledelse tilsvarende 0,8 årsverk. Helsefagarbeiderne hadde en gjennomsnittlig stillingsprosent på 86%, mens administrasjon/ ledelse utgjør 80% stilling.

Nøkkeltall helsestasjon og skolehelsetjeneste

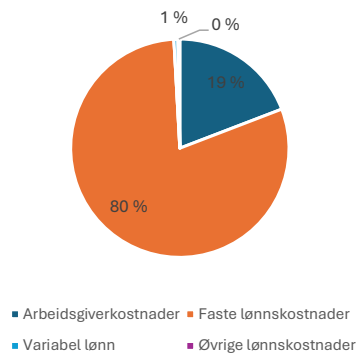


Kostnadsutvikling og bemanning

Netto driftsutgifter til helsestasjon og skolehelsetjeneste utgjorde ca. 4,4 MNOK i 2025, mot 3,5 MNOK i 2023. Dette tilsvarer en økning på om lag 0,8 MNOK, eller 24 %, i perioden. Utgiftene økte fra 2023 til 2024, og var deretter relativt stabile fra 2024 til 2025.



Figur 30: Overordnet kostnadsutvikling i helse og omsorg (kommunens detaljregnskap)



Figur 31: Fordeling av lønnskostnader (kommunens detaljregnskap)

Lønn er den største utgiftsposten innen tjenesteområdet. I 2025 var lønnskostnadene på om lag 3,6 MNOK, noe som tilsvarer ca. 83 % av netto driftsutgiftene. Til sammenligning var lønnskostnadene 3,1 MNOK i 2023, noe som innebærer en økning på om lag 0,5 MNOK, eller 17 %. Driftskostnadene utgjorde ca. 0,9 MNOK i 2025, og var dermed noe lavere enn i 2023.

Tjenesteproduksjon ble redusert fra ca. 0,5 MNOK i 2023 til 0,4 MNOK i 2025, mens tilskudd og refusjoner utgjorde ca. 0,6 MNOK i 2025, mot 1,0 MNOK i 2023. Reduksjonen i tilskudd og refusjoner bidro isolert sett til å trekke netto driftsutgiftene opp i perioden. Brukerbetalinger hadde ingen betydning for kostnadsbildet.

Av de samlede lønnskostnadene i 2025 var 80 % knyttet til faste lønnskostnader, mens 19 % var arbeidsgiverkostnader. Variabel lønn og øvrige lønnskostnader utgjorde til sammen om lag 1 %, og det var ingen kostnader knyttet til overtid og vikarbruk.

Tabell 9: Bemanningsoversikt i helsestasjon og skolehelsetjeneste

Stillingskategori	Antall	Antall årsverk	Gjennomsnittlig stillingsprosent
Sykepleier	5	4	80
Miljøterapeut	1	0,5	50

Helsestasjon og skolehelsetjeneste består av totalt 4,5 årsverk, hvorav tjenesten har 4 årsverk sykepleier og 0,5 årsverk miljøterapeut. Dette tilsvarer 4 sykepleiere i gjennomsnittlig 80 % stilling og én miljøterapeut i 50 % stilling.

Fremtidige tjenestebehov

Basert på befolkningsutviklingen og en gjennomgang av dagens brukermasse er det utarbeidet estimater for behovsutviklingen fram mot 2040 og 2050. Formålet er å gi et bilde av hvordan behovet for ulike typer tjenester kan utvikle seg over tid, og dermed bidra til et bedre grunnlag for planlegging, dimensjonering og utvikling av framtidens helse- og omsorgstjenester.

Tabell 10: Fremskrevet brukerbehov

Brukergrupper		Kapasitet per 2026	Estimat 2040	Estimat 2050
Eldreomsorg	Forebygging		12	13
	Lavterskel og aktivitetstilbud	20	12	13
	Støtte og tilrettelegging	90	101	113
	Moderat oppfølging i hjemmet	20	26	29
	Heldøgnsomsorg		12	14
	Sykehjem	36	29	34
Psykisk helse og rus	Lavterskel og forebygging	70	91	94
	Ambulerende oppfølging	4	4	4
	Bolig med base			
Habiliteringstjenester	Lavterskeltjenester			
	Tilrettelegging og stabilisering	5	5	5
	Varig støtte og veiledning			
	Ambulerende tjenester	5	5	6
	Bemannet bolig	7	8	8

Tabellen viser en oversikt over dagens plassering av brukere innen eldreomsorg, psykisk helse og rus, samt habiliteringstjenester. Kolonnen for 2026 viser hvilke tjenester brukerne mottar i dag, mens estimatene for 2040 og 2050 bygger på en vurdering av brukernes faktiske bistands- og oppfølgingsbehov, uavhengig av dagens tjenestetildeling. Fremskrivningene tar utgangspunkt i at tjenestene i større grad innrettes etter brukernes faktiske behov og at flere brukere kan få tjenester på lavere nivå i omsorgstrappa.

De tydeligste utviklingstrekkene fra framskrivningene er:

Det er ikke behov for økt kapasitet i sykehjemsplasser – Etablering av omsorgsboliger nært hjemmetjenesten kan sikre tilbudet til de som ikke lengre mestrer livet i eget hjem, men som ikke har behov for den oppfølgingen et sykehjem er rigget for. Nedgangen i antall sykehjemsbeboere skyldes en planlagt dreining nedover i omsorgstrappa, der flere brukere kan få et tilpasset tilbud i omsorgsboliger med heldøgns bemanning (HDO) framfor sykehjem.

Flere innbyggere vil ha behov for hjemmetjenester – Dette skyldes både en økning i antall eldre, og konsekvensen av en dreining i tjenester fra heldøgns omsorg til oppfølging i hjemmet.

Flat befolkningsutvikling gir ingen endringer i behovet for habiliteringstjenester og psykisk helse- og rustjenester. Vi ser ingen tegn til at innbyggernes behov for omfattende tjenester i habiliteringstjenesten eller psykisk helse og rus vil endre seg i årene som kommer. Samtidig er må disse tallene tolkes med varsomhet. Tingvoll kommune er en liten kommune, og små endringer i

antall tjenestemottakere kan gi stort utslag i kommunens ressursbruk. Interkommunale samarbeid kan gi Tingvoll kommune tilgang på nødvendig kapasitet når den trengs.

Estimert årsverksbehov

Med utgangspunkt i brukerframskrivingene er det estimert et framtidig årsverksbehov fordelt på tjenesteområder og stillingskategorier. Beregningene legger til grunn en gjennomsnittlig pleie- og bemanningsfaktor på 1,25 i sykehjem og 0,8 i HDO. For lavterskel- og forebyggende tjenester er årsverksbehovet holdt på dagens nivå, med en forutsetning om at nye arbeidsformer og tiltak kan gi mer ressurseffektiv oppfølging. Bemanningen innen habilitering og psykisk helse og rus er også videreført uendret, ettersom brukergrunnlaget forventes å være stabilt.

Tabell 10: Estimert årsverksbehov

Tjeneste	Årsverksbehov 2040				Årsverksbehov 2050			
	Spl	Hfa	Ass	Annet	Spl	Hfa	Ass	Annet
Lavterskel og forebygging		2,2		4		2,2		4
Hjemmetjenester	4,1	12,3	4,1	-	4,6	13,7	4,6	-
HDO	1,2	5,4	3	-	1,4	6,3	3,5	-
Sykehjem	7,3	15,6	10,2	2,9	8,5	18,7	11,9	3,4
Psykisk helse og rus	1				1			
Habiliteringstjenester		7,6	1,4	6,2		7,6	1,4	6,2
Sum	13,6	43,1	18,7	13,1	15,5	48,5	21,4	13,6
Differanse (2026-)	- 5,4	10,4	6,1	1,9	-3,5	15,8	8,8	2,4

Samlet viser beregningene et økt behov på om lag 13 årsverk fram mot 2040 og 23,5 årsverk fram mot 2050 sammenlignet med dagens bemanning. Økningen er i hovedsak knyttet til hjemmetjenester, HDO og sykehjem, og innebærer samtidig en dreining i kompetansesammensetningen, med økt behov for helsefagarbeidere og assistenter, men færre sykepleierårsverk enn i dag. Beregningene omfatter ikke administrasjon og ledelse, kjøkkentjenesten eller legetjenesten.

Strategiske satsningsområder

Utviklingen i befolkningens sammensetning, sykdomsbilde og tjenestebehov gjør at Tingvoll kommune må videreutvikle helse- og omsorgstjenestene i årene fremover. Samtidig som antallet eldre forventes å øke betydelig, vil tilgangen på arbeidskraft bli mer begrenset. Dette stiller krav til hvordan kommunen organiserer tjenestene, bruker kompetanse og teknologi, og legger til rette for forebygging og mestring.

Selv om den demografiske utviklingen i stor grad drives av vekst i de eldste aldersgruppene, handler helse og omsorg om hele livsløpet. God helse skapes gjennom tidlig innsats, forebygging og inkluderende tjenester for barn, unge, voksne og eldre. De strategiske satsningsområdene må derfor ses i et helhetlig livsløpsperspektiv.

Sikre tilgang på kompetanse og arbeidskraft

Tilgang på tilstrekkelig kompetanse og arbeidskraft vil være en av de største utfordringene for helse- og omsorgstjenestene i årene fremover. Samtidig som antallet eldre øker betydelig, forventes veksten i den yrkesaktive delen av befolkningen å være begrenset.

Befolkningsframskrivingene viser at forsørgerbrøken i Tingvoll reduseres fra 7,5 personer i yrkesaktiv alder per innbygger over 80 år i 2026 til 5,6 i 2040 og 4,7 i 2050. Utviklingen innebærer at en mindre arbeidsstyrke skal ivareta behovene til en stadig større gruppe eldre innbyggere.

I en situasjon der konkurransen om arbeidskraft og kompetanse forventes å tilta, blir det avgjørende at Tingvoll både lykkes med å rekruttere nye medarbeidere og beholde dem kommunen allerede har. Dette handler ikke bare om å tilby konkurransedyktige arbeidsvilkår, men også om å utvikle attraktive arbeidsplasser med gode ledere, et godt arbeidsmiljø og arbeidsordninger som gir fleksibilitet gjennom ulike faser av arbeidslivet.

Livsfasepolitikk kan være et viktig virkemiddel i denne sammenhengen. Ved å tilrettelegge for ulike behov gjennom yrkeskarrieren, kan kommunen bidra til at flere ansatte opplever det som attraktivt og mulig å stå lenger i arbeid. Særlig i helse- og omsorgstjenestene, hvor mange kommuner opplever utfordringer med rekruttering og høyt sykefravær, kan dette bidra til å redusere kompetansetap og styrke kontinuiteten i tjenestene. En satsing på livsfasepolitikk må ses i sammenheng med et systematisk arbeid med arbeidsmiljø, nærledelse, kompetanseutvikling og tilrettelegging for ansatte i ulike livsfaser. Dette er også i tråd med nasjonale føringer, som fremhever betydningen av å redusere frafall fra arbeidslivet og legge til rette for at flere kan stå lenger i jobb (Statens personalhåndbok, 2026).

Samtidig vil det være nødvendig å organisere tjenestene på nye måter. Oppgavedeling mellom ulike yrkesgrupper, mer fleksible arbeidstidsordninger og økt bruk av digitale verktøy kan bidra til å utnytte tilgjengelig kompetanse bedre og redusere sårbarheten knyttet til rekruttering.

Aktuelle innsatsområder:

- videreutvikle livsfasepolitikken og tiltak som bidrar til at ansatte står lenger i arbeid
- styrke arbeidsmiljø, nærledelse og medarbeideroppfølging
- utvikle attraktive arbeidstids- og turnusordninger
- legge til rette for oppgavedeling og bedre bruk av tilgjengelig kompetanse
- rekruttere bredere og vurdere nye yrkesgrupper og støttefunksjoner
- ta i bruk digitale verktøy og kunstig intelligens for å styrke planlegging og ressursdisponering

Forebygging, mestring og innsats på lavere nivå i omsorgstrappa

Utviklingen i befolkningens alder, sykdomsbilde og tjenestebehov innebærer at kommunen i større grad må legge til rette for at innbyggerne kan mestre egen hverdag og opprettholde funksjonsevnen lengst mulig. Samtidig vil tilgangen på arbeidskraft bli mer begrenset. Dette forsterker behovet for å dreie innsatsen mot forebygging, tidlig innsats og tjenester som styrker den enkeltes mestringsevne.

En slik dreining handler ikke bare om eldreomsorg, men om hele helse- og omsorgstjenesten. Tidlig innsats kan bidra til å redusere behovet for mer omfattende tjenester senere i livet, enten det gjelder barn og unge, voksne med psykiske helseutfordringer, personer med kroniske sykdommer eller eldre med begynnende funksjonsfall. Forebyggende arbeid, rehabilitering og mestring må derfor integreres som grunnleggende prinsipper på tvers av tjenesteområdene.

For barn og unge innebærer dette blant annet å videreutvikle et systematisk og tverrfaglig arbeid for tidlig identifisering av utfordringer og koordinert oppfølging av barn og familier med behov for støtte. Tingvolls arbeid gjennom «Laget rundt barnet» representerer et viktig grunnlag for denne utviklingen.

For voksne og eldre vil økt vekt på forebygging og mestring kunne bidra til å opprettholde funksjonsevne, sosial deltakelse og livskvalitet over tid. Dette kan blant annet omfatte rehabilitering, hverdagsmestring, opplæring og veiledning, tiltak mot ensomhet, støtte til pårørende og utvikling av lavterskeltilbud som bidrar til at innbyggerne kan bo trygt hjemme lengst mulig. Samtidig må kommunen legge til rette for at innbyggerne får kunnskap om hvordan de selv kan planlegge og ta ansvar for egen helse og alderdom.

En styrket innsats på lavere nivå i omsorgstrappa kan bidra til bedre livskvalitet for innbyggerne, mer bærekraftig ressursbruk og redusert behov for mer omfattende tjenester på et senere tidspunkt. Dette er også i tråd med nasjonale føringer som vektlegger forebygging, egenmestring og sterkere innsats tidlig i sykdoms- og tjenesteforløp.

Aktuelle innsatsområder:

- styrke forebyggende og helsefremmende arbeid på tvers av tjenesteområder
- videreutvikle tverrfaglig innsats og tidlig oppfølging av barn, unge og familier
- styrke rehabilitering, hverdagsmestring og egenmestring
- utvikle lavterskeltilbud som forebygger funksjonsfall og utenforskap
- redusere ensomhet og styrke sosial deltakelse
- styrke samarbeid med frivilligheten
- gi innbyggerne økt kunnskap om egen helse, mestring og alderdom
- videreutvikle tilbud som bidrar til at flere kan bo hjemme lengst mulig
- videreutvikle ernærings- og matomsorg som en del av det forebyggende arbeidet

Utvikle helhetlige og sammenhengende tjenester

Kommunens helse- og omsorgstjenester bør utvikles med utgangspunkt i innbyggernes behov for oversiktlige, tilgjengelige og sammenhengende tjenester. Innbyggerne må ha god informasjon om hvilke tilbud som finnes, hvor de skal henvende seg og hva de kan forvente av oppfølging. Økt kunnskap om egen helse og tilgjengelige tjenester kan bidra til at flere mestrer egen situasjon og oppsøker riktig hjelp til rett tid.

Samtidig øker behovet for samordning mellom tjenester og fagområder. Flere innbyggere har sammensatte og langvarige behov som krever oppfølging fra flere deler av helse- og omsorgstjenesten, og ofte også fra spesialisthelsetjenesten. For disse er det særlig viktig at tjenestene fremstår som helhetlige og koordinerte, uavhengig av hvordan kommunen er organisert.

Helhetlige pasientforløp kan bidra til tydeligere ansvarsforhold, bedre informasjonsflyt og mer forutsigbare tjenester for både innbyggere og pårørende. Dette er spesielt viktig ved overganger mellom ulike tjenester og nivåer i helsetjenesten, som ved utskrivning fra sykehus eller ved endringer i omsorgsbehov.

En videreutvikling av helhetlige og sammenhengende tjenester handler derfor både om bedre koordinering internt i kommunen og om å styrke innbyggernes forutsetninger for å ta aktive valg knyttet til egen helse og oppfølging.

Aktuelle innsatsområder:

- utvikle helhetlige pasient- og brukerforløp for sentrale målgrupper
- styrke koordinering og samhandling mellom tjenester og fagområder
- sikre gode overganger mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten
- tydeliggjøre kommunens tjenestetilbud og innganger til tjenestene
- vurdere felles forvaltnings- eller tildelingsfunksjoner for å skape mer helhetlige tjenester
- etablere tydelige kontaktpunkter for brukere og pårørende

Teknologi som virkemiddel for bærekraftige helse- og omsorgstjenester

Teknologi vil være et viktig virkemiddel for å utvikle bærekraftige helse- og omsorgstjenester i årene fremover. Økende tjenestebehov, knapphet på arbeidskraft og høyere forventninger til tilgjengelighet gjør det nødvendig å ta i bruk nye løsninger som kan styrke kapasiteten og kvaliteten i tjenestene.

Riktig anvendt kan teknologi bidra til at flere innbyggere får tilgang til oppfølging og tjenester uten at behovet for personell øker tilsvarende. Teknologi kan samtidig styrke den enkeltes mulighet til å følge opp egen helse, mestre hverdagen og bo hjemme lenger.

Samtidig er teknologi ikke et mål i seg selv. For å realisere gevinstene må digitale løsninger innføres på en måte som understøtter arbeidsprosesser, tjenestekvalitet og brukernes behov. I flere tilfeller vil det også være nødvendig å endre arbeidsprosesser for å få en effekt av teknologien. Økt bruk av teknologi stiller også krav til både ansatte og innbyggere. Manglende digital kompetanse kan utgjøre en barriere for bruk, og kommunen må sikre at tjenestene fortsatt er tilgjengelige for alle, uavhengig av digitale ferdigheter. Digitalisering må derfor gjennomføres på en måte som ivaretar prinsippet om likeverdige tjenester.

For å lykkes med digital omstilling vil det også være viktig å styrke den digitale kompetansen blant ansatte og sikre at ny teknologi følges opp med endringer i arbeidsprosesser og organisering. Uten systematisk arbeid med gevinstrealisering er det en risiko for at teknologi bidrar til økte kostnader uten tilsvarende forbedringer i tjenestene.

Gitt kommunens størrelse kan det også være hensiktsmessig å utrede mulighetene for samarbeid med andre kommuner om implementering og bruk av teknologi. Dette kan bidra til å redusere sårbarhet i oppfølgingen, styrke den samlede kompetansen og gi Tingsvoll tilgang til løsninger og fagmiljøer som det kan være krevende å utvikle og opprettholde alene. Samarbeid kan også øke sannsynligheten for vellykket innføring og bidra til at kommunen i større grad realiserer gevinstene knyttet til teknologiske investeringer.

Økt bruk av teknologi vil også medføre nye former for sårbarhet. Når digitale løsninger og velferdsteknologi i større grad blir en integrert del av tjenestetilbudet, må kommunen sikre at det finnes tilstrekkelig beredskap dersom teknologien svikter. Dette kan blant annet gjelde bortfall av strøm, nettverk eller tekniske systemer som er nødvendige for å følge opp tjenestemottakere. Bruk av teknologi må derfor følges av tydelige beredskapsrutiner som ivaretar pasientsikkerhet, tjenestekvalitet og kontinuitet i tjenestene.

Aktuelle innsatsområder:

- Øke bruken av velferdsteknologi i hjemmetjenester og institusjonsbaserte tjenester gjennom å prøve ut ny teknologi, og innføre teknologi som fungerer som standard i tjenesteleveranser
- utnytte kunstig intelligens i ressurs- og turnusplanlegging
- styrke digital kompetanse blant ansatte
- etablere systemer for gevinstrealisering og evaluering av teknologiske investeringer

- utrede interkommunalt samarbeid om innføring, drift og videreutvikling av teknologi
- etablere beredskapsløsninger og rutiner som sikrer forsvarlig tjenesteyting ved bortfall eller svikt i teknologiske løsninger
- Samarbeide med andre kommuner om innføring og oppfølging av teknologi, for å oppnå stordriftsfordeler

Robuste fagmiljøer og tilgang til spesialisert kompetanse

Kommunens helse- og omsorgstjenester blir stadig mer komplekse. Økt levealder, flere brukere med sammensatte behov og høyere krav til kompetanse gjør det utfordrende for mindre kommuner å bygge og opprettholde robuste fagmiljøer innen alle deler av tjenesten. Samtidig er mange fagområder preget av små fagmiljøer, der fravær eller turnover kan gjøre tjenestene sårbare.

For Tingvoll vil det derfor være viktig å vurdere hvordan kommunen best kan sikre tilstrekkelig kapasitet og kompetanse på områder der brukergrunnlaget er begrenset, men kompetansekravene er høye. Målet må være å gi innbyggerne tilgang til tjenester av god kvalitet, samtidig som kommunen reduserer sårbarhet og styrker faglig utvikling.

På enkelte områder kan interkommunalt samarbeid være et hensiktsmessig virkemiddel. Dette gjelder særlig tjenester som krever spesialisert kompetanse, der det kan være krevende å opprettholde tilstrekkelig faglig bredde og robusthet i én kommune alene. Samarbeid kan gi tilgang til større fagmiljøer, bedre muligheter for fagutvikling og mer stabile tjenester over tid.

Demensomsorgen er ett eksempel på et område hvor samarbeid kan være aktuelt. Selv om antallet brukere er relativt begrenset, krever tjenesten både spesialisert kompetanse og tilpassede omgivelser. Et bredere samarbeid kan gi bedre forutsetninger for å utvikle tjenester som er tilpasset ulike brukergrupper og samtidig sikre tilstrekkelig fagkompetanse og kvalitet i oppfølgingen.

Tilsvarende kan samarbeid bidra til å styrke administrative og forvaltningsmessige funksjoner. På områder som tildeling og saksbehandling stilles det stadig større krav til juridisk kompetanse, dokumentasjon og likebehandling. Større fagmiljøer kan bidra til økt kvalitet, redusert sårbarhet og bedre muligheter for faglig utvikling.

Samarbeid kan også være aktuelt innen særskilte kompetanseområder der kommunen har behov for spesialistkompetanse, men hvor omfanget ikke nødvendigvis tilsier egne fulltidsressurser. Dette kan bidra til at innbyggerne får tilgang til nødvendig kompetanse samtidig som ressursene utnyttes mer effektivt.

Aktuelle innsatsområder:

- Utrede mulighetene for interkommunalt samarbeid innen demensomsorg, rehabilitering, psykisk helse og rus, forvaltnings- og tildelingsoppgaver, samt spesialiserte funksjoner som kreftsykepleie, sårbehandling, farmasøytisk kompetanse og andre fagområder der det er behov for spesialisert kompetanse eller robuste fagmiljøer

Tilpasse tjenestestruktur og boformer til framtidens behov

For å sikre bærekraftige tjenester må kommunen fortløpende vurdere om dagens tjenestestruktur, boformer og bygningsmessige løsninger er tilpasset fremtidige behov. Dette gjelder både kapasitet, funksjonalitet og hvordan tjenestene kan understøtte innbyggernes mulighet til å mestre hverdagen og bo selvstendig så lenge som mulig

I årene fremover forventes en betydelig vekst i antall eldre, samtidig som behovene blir mer sammensatte. Dette gjør det viktig å utvikle en differensiert omsorgstrapp med flere tilbud mellom ordinær bolig og langtidsopphold i sykehjem. En hensiktsmessig innretning av tjenestene kan bidra til at flere får et tilbud som er bedre tilpasset deres faktiske behov, samtidig som ressursene utnyttes på en mer bærekraftig måte.

Omsorgsboliger med heldøgns bemanning kan være et alternativ som bør vurderes nærmere. Slike boliger representerer et lavere omsorgsnivå enn sykehjem, samtidig som beboerne har nærhet til helse- og omsorgspersonell og tilgang til nødvendig bistand gjennom hele døgnet. I tidligere planarbeid er dette trukket frem som et tilbud som kan bidra til å avlaste behovet for sykehjems plasser og gi kommunen flere alternativer i omsorgstrappa.

Videre må utviklingen av nye bo- og tjenestetilbud ses i sammenheng med fremtidige behov innen blant annet demensomsorg, rehabilitering og oppfølging av personer med sammensatte helseutfordringer. Dette stiller krav både til den fysiske utformingen av byggene og til hvordan tjenestene organiseres rundt brukerne.

Aktuelle satsningsområder:

- Utvide heldøgns omsorgstilbudet ved å etablere omsorgsboliger nært sykehjem eller hjemmetjenestebase. Dette sikrer nærhet til bemanning, samtidig som oppfølgingen kan tilpasses den enkeltes behov.
- sikre at framtidige bo- og omsorgsløsninger er tilpasset personer med demens og andre sammensatte behov
- vurdere om eksisterende bygningsmasse understøtter framtidens krav til helse- og omsorgstjenester
- utvikle boformer som legger til rette for økt mestring, selvstendighet og sosial deltakelse

Referanseliste

Helsedirektoratet, 2025.

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/trender-og-utviklingstrekk-for-helse-og-omsorgssektoren-og-muligheter-innen-digitalisering/utfordringsbildet-for-helse-og-omsorgssektoren/demografiske-endringer>

Statens personalhåndbok, 2026

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/statens-personalhandbok/id3081747/>