

Våre
satsningsområder

Forebygging,
mestring og
samfunnsplanlegging

Teknologi

Kompetanse og
oppgavedeling

Personalstrategi

Ulike boformer

Frivillighet



Helse og omsorgsplan for Tingvoll kommune 2026 – 2034



Tingvoll kommune

Økokommunen- bedre løsninger for
mennesker og miljø

Innhold

1. Innledning	2
2. Befolkningsutvikling i Tingvoll kommune	3
2.1. Utvikling i andel barn og unge	4
2.2. Utvikling i andel eldre.....	4
2.3. Forekomst av demens i Tingvoll	5
3. Fremtidige behov for helse og omsorgstjenester.....	5
3.2. Forsørgerbrøk.....	6
4. Dagens organisering av helse og omsorgstjenestene	7
4.2. Nøkkeltall for Helse og omsorg	8
4.3. Fremtidige tjenestebehov.....	9
4.4. Estimert årsverksbehov, jfr PwC sin utredning:.....	10
5. Strategiske satsningsområder	10
5.1. Forebygging, mestring og samfunnsplanlegging	11
5.2. Teknologi	11
5.3. Kompetanse og oppgavedeling	12
5.4. Personalstrategi	13
5.5. Nye brukergrupper.....	14
5.6. Ulike boformer for å møte fremtidas behov	15
5.6.1. Fremtidig behov for heldøgns omsorg :	17
6. Prioritering av tjenester	18
7. Frivillighet	18

1. Innledning

Denne helse- og omsorgsplanen erstatter tidligere vedtatte plan for perioden 2017 – 2025. De strategiske retningsvalgene fra den forrige planen er videreført her, men tilpasset en ny kontekst basert på dagens retningslinjer, lovverk og oppdatert demografi.

Helse- og omsorgsplanen 2026–2034 er et strategisk styringsverktøy for å møte framtidens behov i Tingvoll kommune.

Planen gir en samlet oversikt over dagens situasjon i helse og omsorg, og viser hvordan vi skal møte morgendagens utfordringer og muligheter. Med konkrete mål og strategier skal vi sikre at innbyggere får trygge, bærekraftige og fremtidsrettede tjenester – uansett alder, livssituasjon eller funksjonsevne. Dokumentet bygger på medvirkning fra innbyggere, ansatte, politikere og organisasjoner. Det har en sterk forankring i både lokale mål, nasjonale reformer og FNs bærekraftsmål, med et felles mål om å sikre god helse og inkluderende lokalsamfunn.

De nasjonale signalene er tydelige: Vi kan ikke løse fremtidens helseutfordringer bare ved å ansette flere eller gjøre mer av det samme. Med en voksende eldrebefolkning og færre fagfolk må kommunen tenke nytt. Vi må flytte innsatsen over til forebygging og mestring i hverdagen. Ved å styrke hjemmebaserte tjenester, fordele oppgaver mer hensiktsmessig og ta i bruk teknologi på en systematisk måte sikrer vi en mer bærekraftig ressursbruk.

Planen legger vekt på disse strategiske satsningsområder: forebygging, mestring og samfunnsplanlegging, teknologi, kompetanse og oppgavedeling, turnus og personalstrategi, nye brukergrupper, prioriteringer og frivillighet.

Arbeidet med plana og prosessen er gitt i disse vedtakene, KS vedtak 25/01207 jfr. FS vedtak 9/26, med flg. arbeidsgruppe:

- | | |
|----------------------|---|
| • Jorid Kamsvåg | Leder |
| • Synnøve Naalsund | Enhetsleder for hjemmebaserte tjenester |
| • Elisabeth Berntsen | Enhetsleder institusjonstjenesten |
| • Lela Samvik | Fagleder helse og omsorg |
| • Bente Aspsæter | HTV Fagforbundet |
| • Ingeborg Røv | HTV Sykepleierforbundet |

For å sikre en god og inkluderende prosess, oppnevnte formannskapet en styringsgruppe bestående av:

- Kristin Marie Sørheim (leder av styringsgruppa og leder for oppvekst og helse utvalget)
- Asmund Kristoffersen (leder av eldrerådet)
- Helge Ulseth (leder av Straumsnes pensjonistlag)
- Gunnar Nilsen Skuggevik (leder av Rådet for mennesker med funksjonsnedsettelse)
- Milly Bente Nørsett (representant fra Formannskapet)

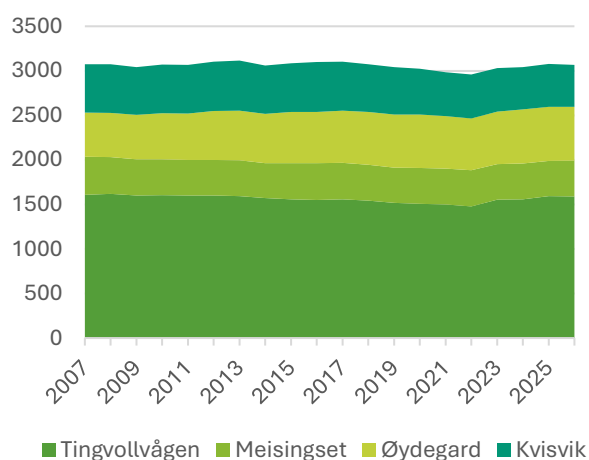
Formannskapet vedtok 15.04.28 å leie inn ekstern bistand, sak 21/26. Fremdriftsplan og prosess ble vedtatt i KS 28.05.26. Formålet var her å omsette innhentet statistikk, demografiprognoser og statusrapporter til et strategisk styringsdokument som ruster kommunen for fremtidens utfordringer frem til 2040.

Etter anbudsprosess ble rådgivningsfirmaet PwC valgt.

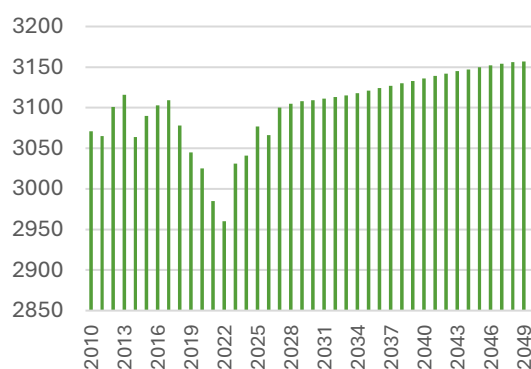
2. Befolkningsutvikling i Tingvoll kommune

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.



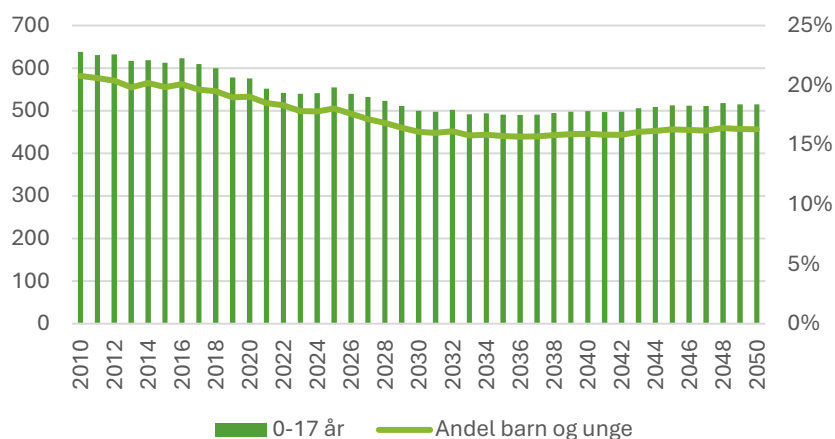
Figur 2: Befolkningsutvikling i Tingvoll. Kilde: SSB tabell 11342 og 14288 (Hovedalternativet).

Ved inngangen til 2026 hadde kommunen 3 066 innbyggere.

Etter et fall i folketallet mellom 2017 og 2022, snudde utviklingen i 2023. Veksten skyldes i hovedsak innvandring og flyktninger, og det er ventet en gradvis økning helt frem mot 2050.

Prognosene anslår et folketall på 3 158 personer – en økning på 92 innbyggere, eller rundt 3 prosent fra i dag. Bosettingsmønsteret i kommunen holder seg i hovedsak stabilt over tid. Selv om de fleste grunnkretsene opplever en mindre nedgang, skiller Øydegård seg ut med en svak økning. Utviklingen har dermed ikke ført til store geografiske forskjvninger innad i kommunen.

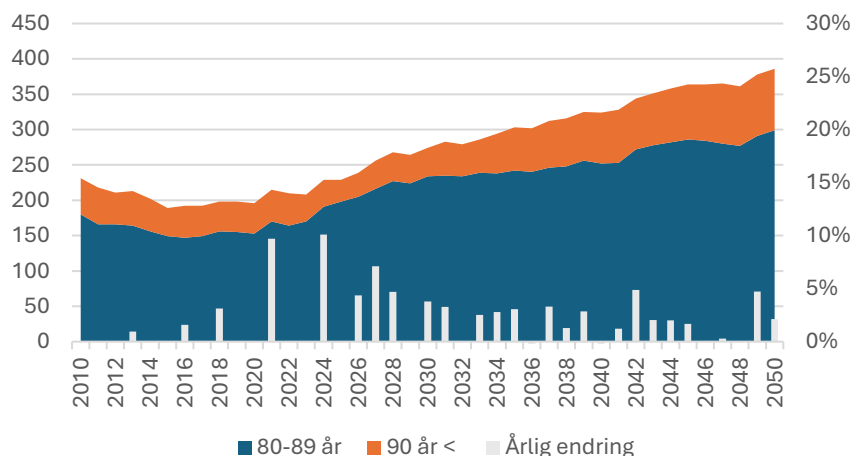
2.1. Utvikling i andel barn og unge



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%.

2.2. Utvikling i andel eldre



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

Tingvoll kommune står overfor en markant økning i den eldre befolkningen de neste tiårene. Fram mot 2030 vil andelen eldre stige med anslagsvis 14,6 prosent sammenlignet med 2026, og fram mot 2050 forventes en økning på hele 62 prosent. Allerede i dag har Tingvoll en høy andel innbyggere over 80 år: 7,8% av innbyggerne i Tingvoll er over 80 år mens snittet for Møre og Romsdal og landet for øvrig er 5%.

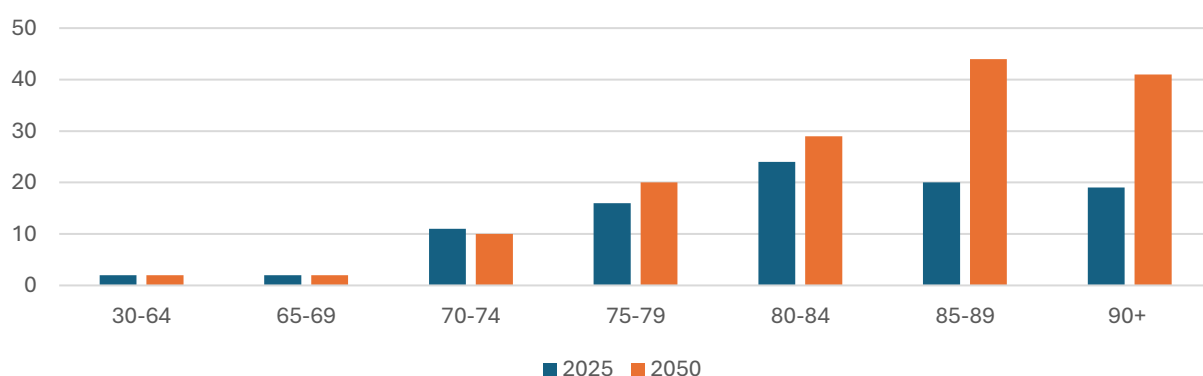
Ettersom vi i Tingvoll allerede har en høyere andel innbyggere over 80 år, vil vi få en lavere vekst blant de eldste enn nasjonalt. Fram mot 2040 anslås antall innbyggere over 80 år å øke med 35 prosent i kommunen, mot 60 prosent på landsbasis. Selv om dette gir Tingvoll et noe mindre akutt press på de

lokale helse- og omsorgstjenestene i planperioden enn andre kommuner, vil en vekst på 35 prosent likevel kreve en betydelig omstilling av tjenestetilbudet.

2.3. Forekomst av demens i Tingvoll

Sammenlignet med omkringliggende kommuner ligger Tingvoll noe høyere i demensforekomst. Dette kan ha sammenheng med at vi 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.

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 også forekomsten av demens er høyest.



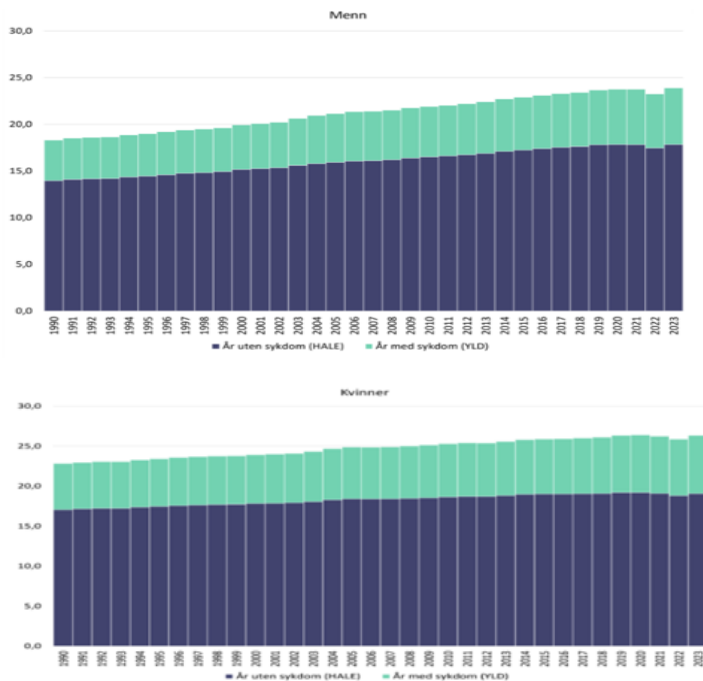
Figur 5: Utvikling i demensforekomst i Tingvoll kommune. Kilde: Demenskartet.

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 tilsier 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.

3. Fremtidige behov for helse og omsorgstjenester

Befolkningens helseutvikling preges av at vi lever lenger, og mange opplever flere friske år med god livskvalitet. Dette gjør at en større andel eldre kan bo hjemme og være selvhjulpne i en lengre fase av alderdommen.

Siden sykdommer og funksjonssvikt nå inntreffer senere i livet, vil mange oppleve en lengre periode med god livskvalitet. Imidlertid gir det en økt sannsynlighet for å leve med kroniske lidelser, funksjonssvikt og sammensatte diagnoser mot slutten av livet.



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.

Erfaring viser at eldre mennesker holder seg friskere lenger nå enn tidligere og dette utsetter behovet for bistand. Samtidig øker risikoen for demens, hjerte- og karsykdommer, kreft, sansetap og fallskader i svært høy alder. Tjenestebehovet vil derfor bli mer komplekst og omfattende når det først inntreffer.

At personer med funksjonsnedsettelse lever lenger enn før, er en stor medisinsk og samfunnsmessig seier. Samtidig skaper denne utviklingen helt nye problemstillinger, fordi aldringsprosessen møter en allerede sårbar eller skadet kropp.

Når personer med livslange funksjonsnedsettelse blir eldre, endrer behovene og livssituasjonen deres seg på flere måter, bla. med

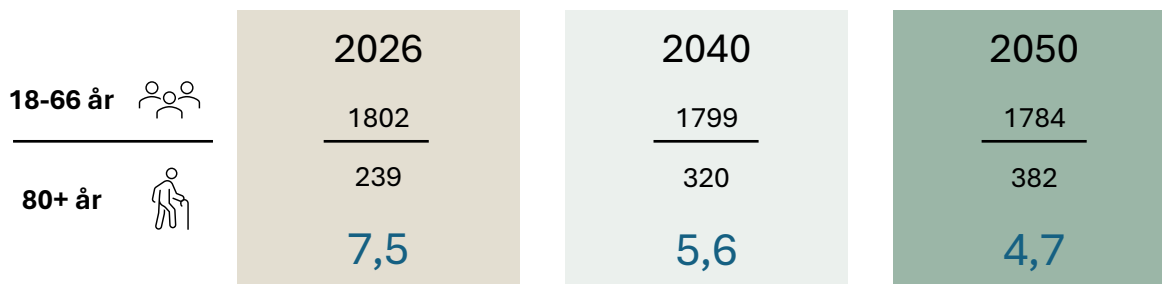
- **Tidligere funksjonsfall:** tegn på aldring, slitasje og kognitiv svikt tidligere i løpet av livet enn befolkningen for øvrig.
- **Dobbel sårbarhet:** aldersrelaterte sykdommer kommer på toppen av den opprinnelige funksjonsnedsettelsen, som krever mere sammensatt medisinsk oppfølging.
- **Endringer i det private støtteapparatet:** aldrende foreldre, tap av nettverk.
- **Behov for ny kompetanse og økt behov for universell utforming og hjelpemidler.**

For å sikre en bærekraftig utvikling må kommunen balansere to hensyn: Det forebyggende arbeidet må styrkes gjennom helsefremmende tiltak, rehabilitering, tilrettelagte boliger og velferdsteknologi som understøtter mestring og selvstendighet. Samtidig må det planlegges for tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å håndtere sammensatte og langvarige tjenestebehov.

3.2. 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.



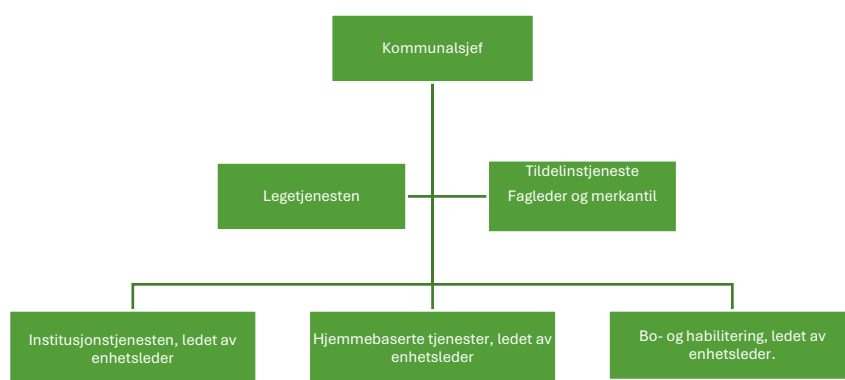
Figur 7: Forsørgerbrøk. SSB tabell 07459 og 14288 (Hovedalternativet).

For Tingvoll viser framskrivingene at forsørgerbrøken reduseres fra 7,5 i 2026 til 5,6 i 2040 og videre til 4,7 i 2050. Årsaken er at antallet innbyggere i yrkesaktiv alder (18–66 år) synker, mens gruppen over 80 år vokser kraftig. Dermed blir det færre i arbeidsstyrken til å dekke omsorgsbehovet for en stadig større eldre befolkning.

4. Dagens organisering av helse og omsorgstjenestene

Helse- og omsorgstjenester har vært igjennom organisatoriske endringsprosesser i årene 2022–2025. Tidligere var tjenestene organisert i 2 enheter (Heldøgns tjenester og Behandling, rehabilitering og habilitering) ledet av 2 enhetsledere og 5 avdelingsledere.

På grunn av økonomi, utydelig ansvarsforhold, knappe ressurser til strategisk planarbeid, og et behov for helhetlige prioriteringer og tettere samarbeid på tvers av enhetene, ble det fra 01.01.26 gjennomført en omorganisering med følgende struktur:



Helse og omsorg/kommunalsjef:

Institusjonstjenesten:

Hjemmebaserte tjenester:

Bo- og habilitering:

Legetjenesten, Tildelingstjenesten og Interkommunale tjenester,

Sykehjemmet, Vonheim og institusjonskjøkken

Hjemmesykepleie/hjemmehjelp, psykisk helse og rus,

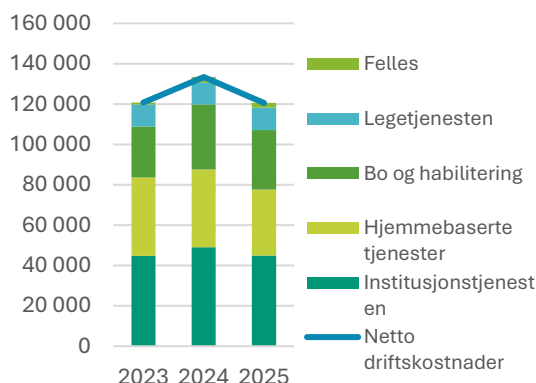
Aktivitetsavdeling

Trøa bofellesskap, andre hjemmeboende innenfor målgruppen,

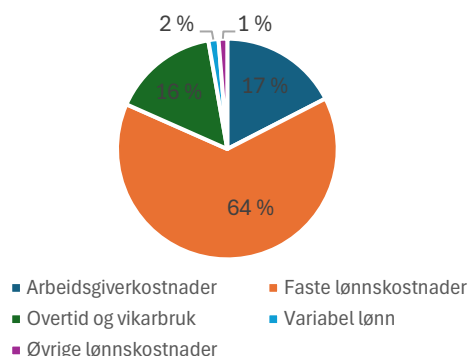
Fysioterapi, Ergoterapi, Støttekontakter

Helsestasjon- og skolehelsetjeneste ligger organisatorisk under oppvekst

4.2. Nøkkeltall for Helse og omsorg



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.

Helse- og omsorg har gjennomført betydelige tiltak for å redusere utgiftsnivået, bl. nedtak av stillinger, endringer i lederstruktur og redusere bruken av overtid og vikarer.

Nøkkeltall og kostnadsutvikling for den enkelte enhet ligger i vedlagte analyser utarbeidet av PwC.

Ansatteoversikt i helse og omsorg etter gjennomført innsparing:

Stillingskategori	Antall	Antall årsverk	Gjennomsnittlig stillingsprosent
Helsefag-/ fagarbeider	57	46,9	82,4
Pleiemedarbeider	25	10,8	43,4
Støttekontakt	21		
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

*Administrasjon og ledelse består av: fagleder, turnuskoordinator, merkantil/saksbehandler, 3 enhetsledere og kommunalsjef. En av enhetslederstillingene er vakant/ubesatt.

4.3. Fremtidige tjenestebehov

Ut ifra en gjennomgang av dagens brukere/brukerbehov og basert på befolkningsutviklingen har PwC utarbeidet estimater for behovsutviklingen fram mot 2040 og 2050. Dette for å gi et bilde av hvordan behovet for ulike typer tjenester kan utvikle seg over tid, samt bidra til et bedre grunnlag for planlegging, dimensjonering og utvikling av framtidens helse- og omsorgstjenester.

Fremskrevet brukerbehov ut ifra PwC's analyser:

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, og Habiliteringstjenester. Habiliteringstjenesten har for øvrig flere med andre type tilbud som arbeidstrening og støttekontakt.

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.»

De fremtidsprognosene som PwC her har beskrevet, kan tolkes slik at en flat befolkningsutvikling betyr stabilt og uendret tjenestebehov. Imidlertid kan dette medføre noen «blindsoner»:

- Behov for barnebolig eller avlastningsbolig for barn med store medisinske eller funksjonsmessige hjelpebehov.
- Eldreomsorg for psykisk utviklingshemmede. Når denne brukergruppen blir eldre utvikler de aldersrelaterte sykdommer (som demens) på toppen av sine eksisterende utfordringer, som igjen skaper et nytt og mer komplekst omsorgsbehov.
- Økt behov for avlastning til pårørende. Når eldre skal bo lengre hjemme, vil en stor del av omsorgsbyrden skyves over på pårørende.
- Sårbarhet ved små tall. Her må vi være bevisst på å ikke underkommunisere den risikoen det innebærer. Innenfor habilitering og psykisk helse kan en enkelt bruker med behov for 2:1 eller 3:1 tiltak «velte» et kommunebudsjett.

4.4. Estimert årsverksbehov, jfr PwC sin utredning:

«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.»

5. Strategiske satsningsområder

Endringer i befolkningen, sykdomsbildet og behovet for tjenester krever at Tingvoll kommune videreutvikler helse- og omsorgstilbudet i årene som kommer.

Når antallet eldre øker markant samtidig som tilgangen på arbeidskraft blir mindre, må kommunen tenke nytt rundt organisering, teknologi og kompetansebruk. Det blir avgjørende å satse mer på forebygging og egenmestring.

Selv om eldrebølgen preger utviklingen, dekker helse- og omsorgstjenestene hele livet. God folkehelse skapes gjennom tidlig innsats og inkluderende tilbud for alle aldersgrupper og brukergrupper – fra barn til eldre. De strategiske satsingene må derfor ivareta et helhetlig livsløpsperspektiv.

For å kunne møte framtidens behov har vi lagt vekt på flg. strategiske veivalg/satsningsområder:

5.1. Forebygging, mestring og samfunnsplanlegging

Endringer i befolkningens alder, sykdomsbilde og behov gjør at kommunen må hjelpe innbyggerne til å mestre hverdagen og bo hjemme lengst mulig.

Strategisk boligplanlegging vil derfor være en viktig faktor for å løse fremtidige demografi- og velferdsutfordringer.

Siden tilgangen på arbeidskraft blir mer begrenset, må innsatsen vris mot forebygging og tidlig innsats. Dette gjelder alle tjenesteområder, ikke bare eldreomsorgen. Tidlig innsats reduserer behovet for omfattende tjenester senere i livet – enten det gjelder barn, voksne med psykiske helseutfordringer, eller kronisk syke.

For barn og unge betyr dette tverrfaglig samarbeid og tidlig oppfølging, der Tingvoll's satsing på «Laget rundt barn og unge» legger et viktig grunnlag. For voksne og eldre handler det om rehabilitering, hverdagsmestring, lavterskeltilbud og tiltak mot ensomhet. Samtidig må innbyggerne få kunnskap til å planlegge sin egen alderdom. En sterkere satsing på lavere nivå i omsorgstrappa gir bedre livskvalitet, mer bærekraftig ressursbruk og er i tråd med nasjonale føringer.

Dette betyr at Tingvoll kommune må løfte forebygging som en hovedstrategi i alt planarbeid. Med en økende andel eldre og et begrenset økonomisk handlingsrom, blir det avgjørende å forebygge funksjonsfall, ensomhet og behovet for omfattende tjenester. Skal vi lykkes med dette, kreves det et tettere og tydeligere samspill mellom helse og omsorg, folkehelse, boligutvikling, frivillighet og den overordnede samfunnsplanleggingen.

Innsatsområder:

- **Samarbeide på tvers** av tjenesteområdene for å styrke det forebyggende og helsefremmende arbeidet.
- **Sikre tidlig oppfølging** av barn, unge og familier gjennom tettere tverrfaglig innsats.
- **Sette mestring i sentrum** ved å satse på rehabilitering, hverdagsmestring og egenmestring.
- **Motvirke utenforskap og funksjonsfall** gjennom gode lavterskeltilbud.
- **Skape sosiale møteplasser** for å redusere ensomhet og øke deltakelsen i lokalsamfunnet.
- **Løfte frivilligheten** og utvikle et enda tettere samarbeid med lokale organisasjoner.
- **Ruste innbyggerne for fremtiden** med kunnskap om egen helse og planlegging av egen alderdom.
- **Sette matglede på dagsordenen** ved å bruke ernæring og matomsorg som et aktivt forebyggende tiltak.

5.2. Teknologi

Digitalisering og velferdsteknologi kan beskrives både som en forutsetning og et virkemiddel for å skape bærekraftige helse- og omsorgstjenester. Det er en forutsetning for at helsevesenet i det hele tatt skal

overleve økonomisk og bemanningsmessig, mens de konkrete løsningene (appene, sensorene, robotene) er virkemidlene for å få det til i praksis.

Teknologi handler både om å gi eldre en tryggere hverdag hjemme og om å forenkle de ansattes arbeidshverdag.

Teknologi er imidlertid ikke et mål i seg selv; reelle gevinster forutsetter at verktøyene integreres i tilpassede arbeidsprosesser og understøtter brukernes behov.

Digitaliseringen må gjennomføres med et tydelig fokus på likeverdige tjenester, der kommunen sikrer tilgjengelighet også for innbyggere med manglende digital kompetanse. For å lykkes kreves systematisk gevinstrealisering, kompetanseheving blant ansatte og organisatoriske endringer. Uten denne forankringen risikerer man at teknologiinvesteringer øker kostnadene uten å forbedre tjenestekvaliteten.

Tre viktige prinsipper blir da avgjørende:

- **Prosess foran verktøy:** Teknologien gir bare gevinst hvis vi samtidig endrer hvordan vi jobber.
- **Inkludering for alle:** Digitale barrierer må brytes ned slik at tjenestene forblir likeverdige, uavhengig av brukernes digitale ferdigheter.
- **Kompetente ansatte:** Ansatte må få opplæring og støtte til endringsarbeid for å hindre at teknologien blir en ren utgiftspost uten effekt.

Aktuelle innsatsområder:

- **Velferdsteknologi som standard:** Prøve ut og innføre velfungerende teknologiske løsninger som en integrert del av tjenestetilbudet i både hjemmetjenesten og institusjoner.
- **Optimere ressursstyringen:** Ta i bruk kunstig intelligens for å effektivisere turnus- og ressursplanleggingen.
- **Kompetanseheving:** Styrke ansattes og brukernes digitale ferdigheter og teknologiforståelse.
- **Sikre økonomisk og faglig effekt:** Etablere systematiske rutiner for evaluering og gevinstrealisering av teknologiinvesteringer.
- **Regional samhandling:** Utrede og videreutvikle interkommunalt samarbeid om innføring, drift og felles anskaffelser for å oppnå stordriftsfordeler.
- **Risikohåndtering:** Utarbeide robuste beredskapsløsninger og rutiner som sikrer forsvarlig drift ved eventuelle teknologiske avvik eller systembortfall.

5.3. Kompetanse og oppgavedeling

I likhet med andre kommuner, vil knapphet på kompetanse og arbeidskraft vil være en av Tingvoll kommunes største, fremtidige utfordringer innen helse og omsorg.

Mens eldrebefolkningen vokser, minker den yrkesaktive delen av befolkningen. Framskrivingene viser at forsørgerbrøken i kommunen reduseres fra 7,5 yrkesaktive per innbygger over 80 år i 2026, til 5,6 i 2040 og 4,7 i 2050. **En mindre arbeidsstyrke må med andre ord bære et vesentlig større omsorgsansvar.**

I et tiltakende konkurransemarked må Tingvoll lykkes med både rekruttering og å beholde eksisterende personell. Dette krever attraktive arbeidsplasser preget av god ledelse, et sunt arbeidsmiljø og fleksible arbeidsordninger. En aktiv livsfasestrategi vil være et sentralt virkemiddel for å motvirke frafall, redusere sykefravær og motivere ansatte til å stå lenger i jobb. Dette er også i tråd med nasjonale føringer.

For å sikre en bærekraftig utvikling må tjenestene organiseres på nye måter. Fremtidens utfordringer kan ikke løses gjennom økt rekruttering. Fagkompetansen – særlig innenfor kritiske grupper må brukes mer målrettet gjennom systematisk oppgavedeling.

Som en mindre kommune er Tingvoll spesielt sårbar for enkeltbrukerforløp med store behov og små fagmiljø. Kompetanseplanleggingen må derfor rettes mot å bygge robuste, fleksible fagmiljø som sikrer både tjenestekvalitet og kontinuitet.

Aktuelle innsatsområder:

- **Oppgavedeling:** riktig bruk av kompetanse. (WHO definerer dette som «rasjonell omfordeling av oppgaver blant helsepersonell)
- **Internt samarbeid,** ut ifra behov og kompetanse
- **Interkommunalt samarbeid:** Vurdere forpliktende samarbeid med nabokommuner på områder som krever tung eller sårbar fagkompetanse, som:
 - Demens, rehabilitering, psykisk helse og rus
 - Brukere med sammensatte behov, for eksempel personer med utviklingshemming og psykiatri.
 - Tvungen psykisk helsevern (både saksbehandling, og bo tilbud)
 - Saksbehandling og tildeling av tjenester
 - Enkeltoppgaver (for eksempel oppholdsbetaling)
 - Spesialistfunksjoner (f.eks. kreftomsorg, avansert sårbehandling og farmasi)

5.4. Personalstrategi

En bærekraftig og robust tjenesteytelse forutsetter et systematisk arbeid med heltidskultur, stabil bemanning, et godt arbeidsmiljø og god og tydelig ledelse.

Dette handler om kommunens samlede evne til å rekruttere, beholde og anvende personellressursene optimalt. Mens utstrakt bruk av deltid svekker kontinuiteten og tjenestekvaliteten, vil etablering av større stillinger frigjøre verdifull kapasitet uten økt behov for nyrekruttering. Personalpolitikk og turnusplanlegging må derfor brukes som strategiske verktøy i omstillingsarbeidet.

Kommunen har over tid arbeidet med tiltak for å sikre kvalitet, kompetanse og forutsigbarhet, som bl.a. er:

- **Langvakter**
- **Arbeid hver 4. helg**
- **Årsturnus**

Livsfasepolitikk:

Livsfasepolitikk vil være avgjørende når vi opplever mangel på arbeidskraft, fordi det bidrar til å beholde, rekruttere og maksimere den ressursen som allerede er i arbeidsstyrken:

Forlenger yrkeskarrieren (seniorpolitikk). Når vi mangler arbeidskraft, må vi stå lenger i jobb.

Spørsmålet blir hvordan vi som arbeidsgiver kan tilrettelegge for at eldre arbeidstakere kan stå lenger i arbeid.

Aktuelle innsatsområder:

- **Riktig oppgavedeling,** hvem som skal gjøre hva
- **Utarbeide kommunal plan for livsfasepolitikk,** med konkrete tiltak for at ansatte kan stå lenger i jobb.
- **Arbeidsmiljøtiltak**

Tingvoll kommune sin arbeidsgiverstrategi er forankret i kommunens verdigrunnlag EIKR, og med en grunntanke om at vi sammen tar ansvar for felles utfordringer og løsninger. Målsettingen er at vi skal være en attraktiv arbeidsgiver, der vi arbeider for å sikre at kommunen beholder, utvikler og anskaffer den kompetansen som er nødvendig for å utføre oppgavene.

5.5. Nye brukergrupper

Behovsbildet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene blir bredere og mer sammensatt. Utfordringene handler ikke lenger bare om en aldrende befolkning, men også om en markant vekst i antall brukere som har behov for langvarige, koordinerte tjenester på tvers av fagområder og forvaltningsnivåer.

Dette gjelder spesielt:

- **Eldre** med demens, multisykdom og økt skrøpelighet
- **Personer med psykisk helse- og rusutfordringer**
- **Personer med utviklingshemming som krever individuelt tilpasset oppfølging**
- **Brukere med store og sammensatte behov** som krever oversiktlige, lett tilgjengelige og sammenhengende tjenester

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 tilsier behov for sterkere tverrfaglig oppfølging, mer fleksible hjemmetjenester, gode aktivitetstilbud og løsninger som kan forebygge at behov utvikler seg til mer omfattende og kostnadskrevende tjenester.

Samtidig vil vi være særlig sårbare når det oppstår nye eller krevende brukerbehov. Enkeltpersoner eller små grupper med omfattende bistandsbehov kan få stor betydning for kapasitet, kompetansebehov, organisering og økonomi, for eksempel ved ansvar for personer med tvunget 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.

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 omsorgs- og oppfølgingsbehov.

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.

For å møte dette utfordringsbildet må kommunen utvikle mer fleksible og forebyggende løsninger. Tidlig innsats skal bidra til at brukernes behov ikke utvikler seg til mer omfattende og kostnadskrevende tjenester.

Aktuelle innsatsområder:

- **Sterkere tverrfaglig oppfølging** og mer fleksible hjemmetjenester
- **Styrke koordinering og samhandling** mellom tjenester og fagområder og sikre gode overganger både internt i kommunen og mellom kommune og spesialisthelsetjenesten

- **Gode aktivitetstilbud** som fremmer mestring og fellesskap
- **Interkommunalt samarbeid** om spesialiserte tjenester, slik at kommunen sikrer innbyggerne gode tilbud uten å måtte etablere ressurskrevende fagmiljøer alene
- **Utrede interkommunalt forvaltningskontor/tildeklingstjeneste**
- **God informasjon og dialog**, slik at innbyggerne har god oversikt over hvilke tilbud som finnes og tydelige kontaktpunkt for brukere og pårørende

5.6. Ulike boformer for å møte fremtidas behov

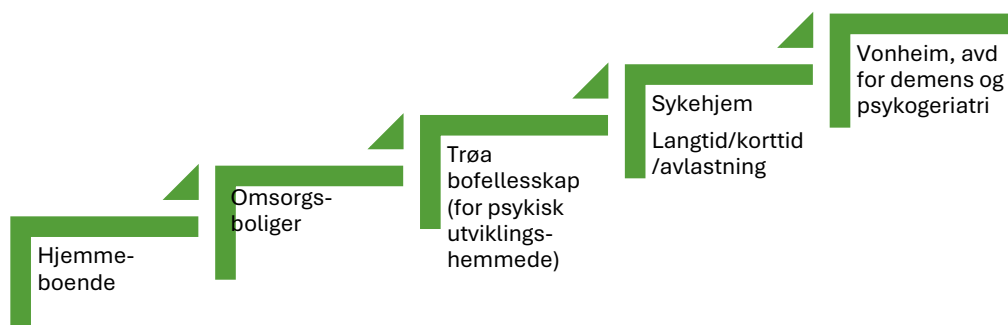
Et variert og differensiert boligtilbud er en av de viktigste bærebjelkene for å skape et bærekraftig, inkluderende og levende lokalsamfunn. Kommunens innbyggere har ulike behov gjennom ulike livsfaser, og en velfungerende boligmasse må speile dette mangfoldet. Det handler om alt fra etableringsboliger for unge og barnefamilier, til tilgjengelige seniorboliger og spesialtilpassede omsorgsboliger for innbyggere med omfattende oppfølgingsbehov. Når kommunen legger til rette for variasjon i boligtyper, størrelser og eierformer, sikrer man at innbyggerne kan bo trygt og godt i eget nærmiljø – uavhengig av livssituasjon, funksjonsnivå eller økonomisk handlingsrom.

For kommunen som tjenesteyter har boligpolitikken en direkte innvirkning på de framtidige helse- og omsorgstjenestene. Demografiske endringer med en økende andel eldre og et mer komplekst behovsbilde krever at det tenkes nytt om boligutvikling. Ved å tilby differensierte og universelt utformede boliger i ordinære bomiljøer, legger kommunen til rette for at flest mulig kan bo selvstendig i egne hjem så lenge som mulig. Dette fremmer mestring, selvstendighet og livskvalitet for den enkelte, samtidig som det forebygger og utsetter behovet for institusjonsplasser. Et strategisk og differensiert boligtilbud er derfor ikke bare et velferdsgode, men et nødvendig verktøy for å sikre en økonomisk og ressursmessig bærekraftig tjenesteutvikling i årene som kommer.

Omsorgstrapp → Boligtrapp:

«Omsorgstrapp» er et verktøy som gir trinnvis oversikt over de ulike behovene for helse og omsorgstjenester, fra forebyggende tiltak til sykehjemsplass. Samme metode kan også benyttes for å synliggjøre de ulike boligtilbud vi har pr i dag, og tydeliggjøre hvilke tilbud vi må etablere.

I Tingvoll er «boligtrappa» vår i 2026 slik:



Ordinære boliger:

Dette er boliger som kan beskrives som grunnlaget for at kommunen kan tiltrekke seg og beholde innbyggere i alle aldre.

Dette kan være etableringsboliger, kommunale utleieboliger, «leie til eie» boliger og ulike familieboliger.

Seniorbolig:

Beskrives som en bolig som du kan bli eldre i, med mulighet til å gjøre tilpasninger (eks å ta i bruk ulike hjelpemidler). Seniorboliger kan være samlokaliserte, gjerne med møteplasser/fellesareal som ivaretar et sosialt fellesskap. Dette er en boligtype som godt kan beskrives som helseforebyggende. Slike bofellesskap bør ligge med butikk i umiddelbar nærhet. Dersom ikke bofellesskapet har fellesareal bør det ligge mulighet til et sosialt fellesskap i umiddelbar nærhet.

Omsorgsbolig:

En omsorgsbolig er en kommunal tilrettelagt bolig som tildeles ut ifra et dokumentert behov. Boligen er beboers hjem og leier betaler husleie. Helse- og omsorgstjenestene som gis er etter vedtak og kan være alt fra elektroniske hjelpemidler til bistand gjennom døgnet fra hjemmetjenesten.

Omsorg + bolig:

Det er ikke gitt en definisjon på denne boligtypen, og det vil variere hva den enkelte kommune legger i begrepet. Noen kommuner beskriver dette som boliger med fast bemanning deler av døgnet, mens andre har servicevert (ikke helsekompetanse) som har fast trefftid og slik at bistå med enkelte oppgaver og samtidig representerer en trygghet. Helsehjelp og bistand ytes av hjemmetjenesten etter vedtak.

Barnebolig:

Er et døgnbemannet botilbud for barn og unge under 18 år som har omfattende medisinske eller funksjonsmessige behov.

Dette er ikke en institusjon, men skal fungere som et fullverdig og trygt erstatningshjem for barnet. Tilbudet er ment for familier der barnet har så store og sammensatte omsorgs-, pleie- og tilsynsbehov at foreldrene ikke har mulighet til å gi forsvarlig omsorg i det vanlige hjemmet, selv med omfattende hjelpetiltak

Dette er et tilbud vi ikke har i Tingvoll pr nå, men som vi må planlegge for.

Heldøgns omsorgsbolig:

Begrepene heldøgns omsorg og bemannet omsorgsbolig defineres og forstås ulikt:

Helse- og omsorgstjenesteloven har ingen eksakt definisjon hva heldøgns omsorg er. Praksis er gjerne å tolke det som at tjenester ytes gjennom hele døgnet. Dette betyr også at kommunene tolker dette ulikt, noen med fast bemanning gjennom hele døgnet, noen med fast bemanning i deler av døgnet og lett tilgang til hjelp i de periodene ikke bemanning er til stede. Felles er at beboerne har et definert behov for hjelp og tilrettelegging gjennom hele døgnet.

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

Kommunene kan søke Husbanken om investeringstilskudd til å etablere en bemannet omsorgsbolig. Kravet her er at kommunen må oppfylle spesifikke kriterier som:

- **Målgruppe med vedtak:** Boligene må være beregnet på personer med omfattende pleie- og omsorgsbehov som skyldes alder, funksjonsnedsettelse eller sykdom. Det kreves et kommunalt vedtak om heldøgns helse- og omsorgstjenester for at investeringen skal godkjennes.

- **Fysisk utforming:** Boligene skal være utformet slik at beboerne kan motta omfattende pleie, samtidig som de ansattes arbeidsmiljø og krav til HMS ivaretas.
- Tjenestene skal ytes av **fast personale eller en tilknyttet hjemmetjeneste** ut fra beboernes individuelle, lovregulerte behov.
- **Disponeringstid (bindingstid):** Kommunen forplikter seg til å disponere boligene til formålet i minst **20 år**.
- **Eierskap og ansvar:** Tilskuddet gis utelukkende til kommunen. Kommunen kan samarbeide og inngå avtaler om oppføring eller drift med private aktører, boligbyggelag eller frivillige, men kommunen står alltid juridisk og økonomisk ansvarlig overfor Husbanken.

Uavhengig av definisjon er dette en boligtype som gir et trygt og godt botilbud.

Vi har beboere på institusjonene våre som kunne hatt et godt og forsvarlig tilbud på en slik omsorgsbolig. Ofte er det tryggheten ved å ha personalet lett tilgjengelig som er avgjørende, samtidig som en beboere kan oppleve å bo hjemme selv om en har store oppfølgingsbehov. Kriteriet for å få tildelt en slik bolig er et omfattende hjelpebehov gjennom hele døgnet. En heldøgns omsorgsbolig bør ligge i nærheten av basen til hjemmetjenesten eller helst i umiddelbar nærhet til sykehjemmet. Dette for å kunne ha lett tilgang til kompetanse og tett samarbeid, spesielt på natt idet hjemmetjenesten er en ambulant tjeneste. Likeledes vil en nærhet til sykehjemmet kunne skape sømløse overganger.

Sykehjem:

Det er en institusjon for personer som har behov for hjelp, pleie og omsorg gjennom hele døgnet. Omfattende hjelp med daglige gjøremål, behov for omfattende pleie, medisinsk behandling og oppfølging, og der hjelp/ bistand fra hjemmetjeneste ikke lenger er forsvarlig.

Skjernet enhet for demens og psykogeriatr:

Begrepet skjerming har heller ikke en fastlagt definisjon. Enkelte definerer det som et spesielt tilrettelagt botilbud for mennesker med demens. Imidlertid brukes også begrepet på en enhet som holdes adskilt fra øvrig avdeling for å kunne gi spesiell og tilpasset omsorg, ofte pga adferdsutfordringer. Dette er gjerne små begrensede enheter, spesielt tilrettelagt for målgruppen.

5.6.1. Fremtidig behov for heldøgns omsorg :

I Tingvoll har vi ikke noe tilbud mellom ordinær omsorgsbolig og sykehjem. Dette har medført et stort press på institusjonsplassene våre, samtidig som at mange av de som har/har hatt institusjonsplass kunne hatt et godt og forsvarlig tilbud i en bemannet omsorgsbolig.

Høsten 2026 har kommunen 36 institusjonsplasser fordelt mellom sykehjemmet og Vonheim. På grunn av mangel på bemanning måtte kommunen stenge 6 av pasientrommene på Vonheim, og kjøpe 6 plasser i Gjemnes kommune.

I PwC sine analyser, anslår de et samlet behov for heldøgns omsorg til å være 41 plasser i 2040. I tillegg bør også kommunen legge til grunn et økt behov for avlastning og korttids plasser, slik at innbyggerne kan bo hjemme lengst mulig.

Innsatsområder:

- **Vedta ny «boligtrapp»** for å definere og avklare fremtidig boligbehov.
- **Sikre trygghet i eget hjem ved å videreutvikle boligtilbud**, som også bidrar til at folk kan bo hjemme lengst mulig.

- **Legge til rette for et mangfold av boliger som kan fungere i ulike livssituasjoner**, gi mulighet for fellesskap og tilpasses endrede behov.
- **Samarbeide med private og offentlige aktører** som Husbanken om bruk av virkemidler for å utvikle rimelige, tilgjengelige og godt plasserte boliger
- **Styrke leiemarkedet** som et trygt, forutsigbart og nødvendig alternativ.

6. Prioritering av tjenester

Når innbyggernes behov øker raskere enn tilgjengelige ressurser, må kommunen foreta tydeligere og strengere prioriteringer. For å sikre en forsvarlig og økonomisk bærekraftig tjenesteproduksjon, må tjenestene i større grad enn det vi gjør i dag, vurderes etter tre nasjonale kriterier:

- **Nytte:** hvilken effekt tiltaket har
- **Ressursbruk:** hva det koster i tid, personell og penger
- **Alvorlighet:** hvor akutt eller omfattende behovet er

Slike prioriteringsprosesser krever åpenhet, objektive tildelingskriterier og god styringsinformasjon. Den overordnede strategien innebærer en tydelig dreining mot forebyggende arbeid, utvidede hjemmebaserte tjenester og aktiv bruk av prinsippet om lavest effektive omsorgsnivå (LEON).

For oss i Tingvoll vil dette være spesielt viktig, idet vi har et begrenset handlingsrom og mangel på fagpersonell som tvinger oss til å arbeide mer systematisk med ressursfordelingen på tvers av omsorgstrappen.

For å opprettholde både faglig kvalitet og økonomisk bærekraft over tid, må vi løpende vurdere om innsatsen er riktig innrettet. Dette krever at vi bruker LEON-prinsippet mer aktivt i hverdagen, og etablerer faste rutiner for hvordan kommunale helse- og omsorgstjenester tildeles, evalueres og revurderes.

7. Frivillighet

Frivilligheten er ikke et supplement til de kommunale helse- og omsorgstjenestene, men en likestilt og avgjørende samarbeidspartner for å skape et godt og helsefremmende lokalsamfunn.

Med en markant økning i antall eldre og færre yrkesaktive per pensjonist kan ikke kommunen løse velferdsoppgavene alene. For å sikre både faglig kvalitet og økonomisk bærekraft over tid, må den kommunale innsatsen spisses mot de lovpålagte og medisinske nødvendige tjenestene. Det er i det forebyggende arbeidet og «i hverdagen» at samspillet med frivilligheten blir helt avgjørende.

Der kommunens ansatte bidrar med profesjonell behandling, struktur og pleie, bringer de frivillige inn noe som ikke kan kjøpes for penger: tid, uformell omsorg og sosial tilhørighet. Viktigheten av samspillet mellom tjenestene og frivilligheten kan sammenfattes i tre overordnede grunner:

- **Forebygging og folkehelse:** Frivillige organisasjoner, besøksvenner og lokale lag driver en uvurderlig aktivitet som motvirker ensomhet og passivitet. Ved å bidra til at innbyggerne holder seg aktive og sosiale, utsettes behovet for omfattende kommunale helsetjenester.
- **Det gode og levde livet:** Kommunale tjenester kan sørge for riktig medisiner og trygghet i hjemmet, men frivilligheten fyller timene mellom de profesjonelle besøkene. Gjennom kulturaktiviteter, turer, generasjonsmøter og enkle samtaler over en kaffekopp, gir frivilligheten innhold til hverdagen.

- **Mestring og inkludering:** Et tettere samarbeid gjør at vi kan fange opp sårbare grupper tidligere. Frivilligheten fungerer som en brobygger som inkluderer flere i fellesskapet, noe som styrker den enkeltes opplevelse av mestring og trygghet.

For at dette samspillet skal fungere, må kommunen være en forutsigbar og profesjonell samarbeidspartner. Gjennom en felles innsats der kommunen og frivilligheten utfyller hverandre, skaper vi en omsorgstrapp som ikke bare gir medisinsk trygghet, men som også ivaretar hele mennesket.

Innsatsområder:

- **Kompetanseheving og gjensidig kulturbygging.** For at samspillet skal fungere må kommunalt ansatte og frivilligheten forstå hverandres roller. De ansatte må trygges på at frivillige ikke skal erstatte fagfolk, og de frivillige må trygges på sine oppgaver.
- **Videreutvikle lokale «lavterskel møteplasser»,** med fokus på ernæring, fysisk aktivitet og digital inkludering.
- **Faste samarbeidsfora mellom kommunens helse og omsorgstjenester og frivilligheten.**

Det å møte morgendagens helse- og omsorgsutfordringer er ikke en oppgave kommunen kan løse alene. De neste åtte årene vil kreve mot til å prioritere annerledes, vilje til å ta i bruk nye metoder og evne til å samhandle tettere på tvers av sektorer.

Planen er ikke et statisk dokument, men et dynamisk «kompass» for oss alle, både våre folkevalgte, ledere og ansatte. Målet vårt må ligge fast: Vi skal sikre en faglig forsvarlig og økonomisk bærekraftig tjeneste som ivaretar tryggheten til den enkelte. Sammen skaper vi et trygt, inkluderende og mestringsorientert lokalsamfunn – for dagens og morgendagens innbyggere.

Referanseliste

- **Helsedirektoratet:** Demografiske endringer - Trender og utviklingstrekk for helse og omsorgssektoren <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/trender-og-utviklingstrekk-for-helse-og-omsorgssektoren-og-muligheter-innen-digitalisering>
- **Helsepersonellplan 2040.** Meld.St. 11 (2025-2026). Høringsfrist 03.12.2026 [Meld. St. 11 \(2025–2026\) - regjeringen.no](#)
- «Tid for handling» - personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste [NOU 2023: 4 - regjeringen.no](#)
- **Nasjonal veileder.** Prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester [Prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester - Helsedirektoratet](#)
- **Fremtidens primærhelsetjeneste** [Meld. St. 26 \(2014-2015\) - regjeringen.no](#)
- **Demensplan 2025** - [demensplan-2025.pdf](#)
- **Opptappingsplan for psykisk helse** - [Opptappingsplan for psykisk helse \(2023–2033\) - Helsedirektoratet](#)
- **Nasjonal veileder. God helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming.** <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/gode-helse-og-omsorgstjenester-til-personer-med-utviklingshemming>
- **Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre** [Meld. St. 15 \(2017–2018\) - regjeringen.no](#)
- **Bo trygt hjemme reform.** [Bo trygt hjemme - Helsedirektoratet](#)
- **Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024 – 2027** [Meld. St. 9 \(2023–2024\) - regjeringen.no](#)
- **Samhandlingsreformen** St.Meld. nr. 47 2008 -2009 <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs>
- **Nasjonal e-helsestrategi for helse og omsorgssektoren** [Nasjonal e-helsestrategi - Helsedirektoratet](#)
- SSB - [Statistikkbanken – SSB](#)

Tiltaksplan – vedlegg til HO plan.

Tiltaksplanen skal rulleres årlig i forbindelse med budsjettarbeidet. Dette fordi kommuneøkonomien, nasjonale føringer og de faktiske brukerbehovene endrer seg kontinuerlig. Ved å samkjøre tiltaksplanen med årsbudsjettet og økonomiplanen, sikrer vi at de vedtatte målene/satsningsområdene faktisk lar seg gjennomføre i praksis.

Oversikt over tiltak i budsjett og økonomiplanperioden:

1. Styrke og videreutvikle støtte- og forebyggende tjenester:

- «Laget rundt barn og unge»
- Fysioterapitjenesten med tiltak for spebarn/barn, ungdom, voksne og eldre.
- «Sterk og stødig – grupper»
- Psykisk helse og rus
- Aktivitet- og arbeidstilbud for personer med særskilte behov/ nedsatt funksjonsevne
- Hverdagsrehabilitering
- Arbeids- og aktivitetstilbud
- Matgledetiltak
- Samarbeid med frivillighet om konkrete tiltak

2. Nye habiliteringsboliger.

- Prioritere planarbeidet for å iverksette arbeidet med nye boliger i Kalvehagen. Kvalitetssikre behovet for antall boliger.
- Planlegge for at avlastningsbolig også kan benyttes til barnebolig/avlastningsbolig for barn

3. Etablere bemannet omsorgsbolig i samarbeid med privat aktør.

Vi vurderer **Kveldheim** som det beste tilrettelagte og rimeligste alternativet til en bemannet omsorgsbolig. Dette fordi:

Bygget består pr i dag av 16 leiligheter i tillegg til fellesstuer, felles kjøkken og noen alternative enkeltrom. Leilighetene holder ikke dagens krav og standard, og de må av den grunn ombygges.

Det endelige antall leiligheter etter ombygging er usikkert, men antas å være mellom 8 – 12.

Dette i tillegg til institusjonsplassene våre, vil kunne gi et godt og et riktigere nivå innenfor heldøgns omsorg de kommende årene.

Administrasjonen er kjent med at det ønskes bemannet omsorgsbolig også i ytre del av kommunen. Imidlertid vurderer administrasjonen det som urealistisk, både med hensyn til økonomi og bemanning.

Vi greier ikke pr i dag å bemanne opp de institusjonsplassene vi har, og med tanke på årene fremover der vi blir langt færre som skal gi tilbud til flere eldre, kan vi ikke se at det å etablere to bemannede omsorgsboliger vil være hverken mulig eller forsvarlig.

Likeledes vil det bety økte driftskostnader, liten personalgruppe som er ekstremt sårbart ved sykefravær og ferieavviklinger.

4. Sammenslåing av institusjonstjenesten. Det at kommunen drifter

institusjonstjenesten på to bygg, medfører behov for økt bemanning, stor sårbarhet mht kompetanse og «hender» og betydelige økte driftskostnader.

5. Utarbeide flg. temaplaner/handlingsplaner:

- Helhetlig plan for legetjenesten
- Overordnet beredskapsplan for helse og omsorgstjenesten
- Helhetlig digitaliseringsplan for HO som et strategisk veikart, med konkrete tiltak. Den må ikke bare handle om IT-systemer, men i like stor grad om mennesker, prosesser, kultur og gevinster.
- Kompetanseplan/opplæringsplan, for å sikre forsvarlige tjenester

6. Oppgavedeling – utarbeide plan for det enkelte tjenesteområdet

Konkrete tiltak for økonomiplanperioden	Øk.Behov 2027	Øk.Behov 2028	Øk.Behov 2029
Psykisk helse: Reversere nedtak på 1 stilling (angitt som pri 3 tiltak) : Dette pga ▪ mulighet for deltagelse i «Laget rundt barn og unge» ▪ lavterskeltilbud/avklaring og oppfølging før problem befester seg ▪ generell oppfølging av behov ▪ redusere risiko/ beredskap ved fravær ▪ sikre arbeidsmiljø og belastning Enkeltpersoner som har behov for enetiltak og som vil bli rammet av endringene(eks. miste mulighet for døgnopphold) i spesialisthelsetjenesten → behov for miljøarbeider. Foreslås 50% stilling fra 2028 som også kan kombineres med annen stilling.	758.000	758.000	758.000
Fysioterapi: Reversere nedtak av 1 stilling(angitt som pri 3 tiltak) v/fysioterapitjenesten. Dette for å kunne ha: ▪ Mulighet for å delta i «Laget rundt barn og unge» ▪ Å opprettholde og videreutvikle tilbud til spedbarn ▪ Å opprettholde mulighet til å prioritere skolehelsetjeneste ▪ Mulighet til å opprettholde Hverdagsrehabilitering ▪ Å opprettholde og videreutvikle ulike gruppetilbud	380.000 (jfr. innsparingskrav)	380.000	380.000
Bo og habiliteringstjeneste: Reversere nedtak av stilling i tjenesten (angitt som pri 3 tiltak). Dette for å kunne ivareta: de brukerne vi har pr i dag, opprettholde et forsvarlig miljø overfor alle beboere og ansatte.	725.000	725.000	725.000
Aktivitets- og arbeidstilbud: 1. Styrke oppfølging av enkeltpersoner v/miljøkompaniet med kompetanse fra habiliteringstjeneste , pga økt oppfølgings- og kompetansebehov, dette for å kunne	400.000	800.000	800.00

oppretholde et forsvarlig dagtilbud - kontaktledd mellom hab.tjeneste og miljøkompaniet. 1/2 års virkning fra 2027 2. Reverserer nedtak av stilling v/dagsenteret. Dette for å kunne opprettholde et minimum av aktivitetstilbud/avlastningstilbud 3. Avklare og iverksette tiltak sammen med frivilligheten.		458.000	458.000
Hjemmetjenesten: - Økt hjelpemiddeloppfølging sammen med ergoterapeut. - Ruteplanlegging for å optimalisere direkte brukertid. - Ferdigstille arbeidet med innflytting av nye lokaler			
Nye habiliteringsboliger Prioritere å ferdigstille planarbeid, lyse ut anbud på totalentreprise for Kalvehagen (nye habiliteringsboliger) og valg av entreprenør Stip tall hentet fra Norsk bygghdata og Husbanken	Gjennomføres – Stip 3 mil (forprosjekt/prosjektering)	*Stip 60 mil investering	Ferdigstilles.
Etablere bemannet omsorgsbolig på Kveldheim. Lyse ut anbud på totalentreprise, valg av entreprenør	Forprosjekt 3 mil Forprosjekt/prosjektering	*Stip 50mil investering. Ferdigstilles	
Helsehus/helsetun eller ombygging av sykehjemmet Sammenslåing av institusjonstjenesten Vedtak på valg av løsning. Behov for ekstern bistand til å vurdere mulighetene for ombygging/påbygg til sykehjemmet. Generelt å Vurdere muligheter ved egne bygg	Utrede Vedtas Stip 800.000		
Straumsnes omsorgssenter som omsorg + boliger. «Servicevert/trygghetsperson» til stede gitte dager og tidspunkt	350.000	350.000	350.000
Ferdigstille kompetanseplan/opplæringsplan	Innenfor egne rammer		
Utarbeide livsfaseplan med konkrete tiltak for å øke nærværet, at ansatte skal kunne stå lenger i jobb og som bidrar til et godt arbeidsmiljø Kostnadsberegnes for iverksettelse i 2028	Kostnadsberegnes og ferdigstilles med konkrete tiltak		
Plan for E-helse og velferdsteknologi. Avsette et årlig investeringsbeløp	Utrede innenfor egne rammer 700.000	700.000	700.000
Konkrete arbeidsmiljøtiltak for turnusavdelingene Avklare eventuelle behov for ekstern bistand: - Hvordan ivareta behov for nærledelse ut ifra nye rammer og ny organisering - Samarbeid på tvers av avdelinger og tjenesteområder	Stip beløp 400.000 dersom det er behov for ekstern bistand		

Oppgavedeling Definere ansvarsoppgaver innenfor de ulike avdelingene og Konkret plan for hva som skal gjøres	Innenfor egne rammer		
Utrede interkommunale tiltak/tilbud ▪ Forvaltningskontor/tildelingstjeneste ▪ Tvunget psykisk helsevern, saksbehandling og boligtilbud ▪ Demens, spesielt i forhold til yngre demente ▪ Vederlagsberegning	Innenfor egne rammer		