



Fremtidens helse- og omsorgstjenester – Tjenesteorganisering og struktur

Innhold

Bakgrunn/ Mandat	1
Arbeidsgruppe	2
Utfordringsbilde i dag:	2
Fra analyse på pleie og omsorg, Agenda Kaupang 2025:	2
Befolkningsframskriving antall eldre i aldersgruppen + 80 år:	2
Intern statistikk	3
Demens	3
Utfordringer ved dagens tjenesteorganisering	3
Desentralisert struktur vs. sentralisering:	4
Desentralisert modell:	4
Sentralisering:	5
Omsorgstrapp/ Innsatstrapp	6
Tjenestebeskrivelse og begrepsavklaring	6
Nivå 2:	7
Nivå 3:	8
Nivå 4:	9
Nivå 5:	9
Nivå 6:	10
Kompetansekrav/ vurdering faglig forsvarlig drift	10
Samhandling og samarbeid	11
Korttidsplasser	11
Heldøgns omsorg	11
Miljøterapi-tjenesten og psykisk helse	12
Forslag på ny organisering av tjenester	12
Sammenfatning	12
Gevinster ved iverksettelse av arbeidsgruppen sitt forslag	13
Andre gevinster ved forslaget:	13

Tjenestekart	14
Omsorgstjenesten - Kretsvis oversikt.....	14
Spesialisering på demensomsorg:	16
Endring fra heldøgnsomsorg til hjemmetjenester	17
Sykepleierteam	17
Miljøterapi-tjenesten og Psykisk helsetjeneste	18
Tjenesteorganisering på tvers	18
Andre viktige faktorer i ny tjenesteorganisering	20
Boligstruktur	20
Vedlegg	22



Bakgrunn/ Mandat

Målsetning i arbeidsgruppene:

- Arbeidsgruppene skal bidra til å utvikle konkrete og gjennomførbare løsninger på utfordringer kommunen står overfor innen helse, omsorg og bolig. Arbeidet skal bygge på samarbeid mellom ulike fagmiljøer og enheter, med mål om å utforme helhetlige tiltak som ivaretar hele tjenesteforløpet.
- Tiltakene som foreslås skal være forståelige og nyttige for innbyggerne, og samtidig realistiske og bærekraftige med tanke på økonomi og ressursbruk. Gruppene skal levere faglig godt begrunnede forslag som gir et solid grunnlag for politiske beslutninger og videre planlegging.

Arbeidsgruppen *Tjenesteorganisering og struktur* sitt mandat er å gjennomgå dagens organisering og foreslå forbedringer som sikrer god kvalitet, effektiv drift og hensiktsmessig struktur.

Konkrete oppgaver i mandatet:

- Se på dagens bemanning og ulike faggrupper, opp mot fremtidige behov basert på demografi og tjenesteutvikling.
- Vurdering av fordeler og ulemper ved dagens desentraliserte modell.

- Hvordan organiseringen møter brukernes behov og livssituasjon, og hvordan påvirker det kvaliteten på tjenestene.
- Samhandling og samarbeid mellom hjemmetjeneste, institusjon, psykisk helse, rus og tilrettelagte tjenester.
- Muligheter for samlokalisering, fellesfunksjoner, fleksibilitet, forbedring og effektivisering.
- Hvordan effektivisere bruk av turnusplanlegging og ressursstyringsverktøy.

Arbeidsgruppe

Frida Bikset – fagrådgiver/ saksbehandler Tildelingskontoret

Berit Harsvik Hauknes – Leder Indre Omsorgsdistrikt og Legetjenesten

Øystein Aasvik – Leder Miljøterapien

Janne Larsen – Hovedtillitsvalgt Fagforbundet

Utfordringsbilde i dag:

Fra analyse på pleie og omsorg, Agenda Kaupang 2025:

- Pr. i dag har Lurøy Kommune en høyere dekningsgrad på levering av tjenester til gruppen eldre. Det vil si at kommunen har en høyere andel innbyggere med tjenester, enn sammenliknbare kommuner. Dette kommer fram i analysen gjort av Agenda Kaupang.
- Dekningsgrad på HDO: 35 % (høy).
- Dekningsgrad langtidsopphold i institusjon: 8,75 % (lav).
- Fram mot 2050 endres alderssammensetningen i Lurøy, det blir stadig flere eldre. Aldersgruppen 80-89 år øker med 43 %. Aldersgruppen 90+ øker med 104 % fram mot 2050. Samtidig som det forventes en reduksjon i både antall innbyggere i yrkesaktiv alder, og antall mulige omsorgsytere (familieomsorg/ pårørende). Med bakgrunn i disse tallene kan det forventes økt etterspørsel etter helsetjenester og eldreomsorg.

Befolkningsframskriving antall eldre i aldersgruppen + 80 år:

Tabellen viser befolkningsframskriving på antall eldre i aldersgruppen over 80 år, hentet fra SSB.

	Hovedalternativet (MMMM)												
	2026	2028	2030	2032	2034	2036	2038	2040	2042	2044	2046	2048	2050
	80 år eller eldre	80 år eller eldre	80 år eller eldre	80 år eller eldre	80 år eller eldre	80 år eller eldre	80 år eller eldre	80 år eller eldre	80 år eller eldre	80 år eller eldre	80 år eller eldre	80 år eller eldre	80 år eller eldre
1834 Lurøy	162	170	170	166	184	193	197	201	197	209	220	230	242

Intern statistikk

KPR- data fra 2025 viser en økning fra 2024, i totalt antall brukere som har mottatt tjenester, på 12,3 %. Helsetjenester i hjemmet har økt med 10,6 % fra 2024 til 2025.

Interne tall på hjemmesykepleie og praktisk bistand, viser en stor økning innenfor helse- og omsorgstjenesten.

Totalt i hele kommunen:

- Antall vedtak på hjemmesykepleie har økt fra 76 i 2020, til 141 i 2025.
- Antall vedtak på tjenesten praktisk bistand har økt fra 73 i 2020, til 94 i 2025.

Demens

Andelen med demens i Lurøy vil fram mot 2050 øke med 43,65 % (ca. 28 personer), fra 3,23 % i 2025 til 4,64 % i 2050. I 2050 framskrives det at 90 personer i kommunen vil ha demens, som krever forberedelse i forhold til dimensjoneringen av tjenestetilbudet (*tall hentet fra demenskartet*).

I tjenestene i dag, oppleves:

- Økende behov.
- Fullt i begge bofellesskapene.
- 3 på rullering på 1 avlastningsrom, ved Konsvik Omsorgssenter.
- Mangler avlastningsmulighet i bofellesskapet på Sleneset.
- Hovedtyngden av søkere på HDO har kognitive utfordringer/ demens.

Utfordringer i bofellesskapene:

- Brukere med demens ivaretas lengre hjemme, og har derfor ofte et større oppfølgingsbehov enn brukergruppen tenkt inn i bofellesskapene.
- Begrenset mulighet for å låse dører og sikre trygge, nødvendige rammer i oppfølgingen.

Utfordringer ved dagens tjenesteorganisering

- Lav dekningsgrad på høyeste omsorgsnivå, særlig på skjermet enhet. Det er vanskelig å ivareta brukere i HDO med store behov (institusjon), særlig gjelder dette brukere i Bofellesskap kognitiv svikt.
- Korttidsplassene er spredt i hele kommunen. Dette fører til at det mangler fagressurser og kompetanse i oppfølgingen, herunder også begrenset mulighet for oppfølging av ergoterapeut og fysioterapeut. Resultatet blir en oppbevaring av brukere og dårligere kvalitet på oppfølgingen under oppholdet. Korttidsoppholdene blir også lengre i varighet da en ikke kommer i mål med for eksempel kartlegging eller opptrening. Dersom bruker ikke blir godt nok rehabilitert, kan det også føre til at bruker får et høyere tjenestebehov i ettertid.

- Mangler avsatte boliger for brukergruppen med rus/ psykiatri utfordringer. Denne brukergruppen må ivaretas av andre tjenester og ved å benytte boliger som ikke er tilrettelagt behovet (som igjen fratår andre mulighet for plassen).
- Med den desentraliserte strukturen er det høy forventning om at en skal få den tjenesten en trenger i egen krets, men det er ikke mulig å tildele alle tjenestene i alle kretser. For eksempel miljøterapeutisk oppfølging.
- Det er vanskelig å organisere tjenester for brukere som har behov for miljøterapi (f.eks. psykisk helse utfordringer, barn/ unge som faller utenfor skole/ jobb), i alle kretsene utenom Lurøy innland.
- Planlagt organisering for å ivareta brukergruppen med kognitiv svikt, fungerer ikke slik det i utgangspunktet var tenkt. Flere av brukerne i bofellesskap har behov for høyeste omsorgsnivå, langtidsopphold i institusjon/ skjermet avdeling, for faglig forsvarlig ivaretagelse (dette ved f.eks. vandring ut av avdeling, eller annen ukritisk adferd (behov kommer gjerne akutt))
- Logistikk og transport. Sårbart ift. om ergo/fysio kommer seg ut til alle kretsene, og å få hjelpemidler ut (innstilte ferger)
- Det er vanskelig å rekruttere nok personell og fagkompetanse til alle kretsene.
- Gamle bygg som ikke er oppdatert til dagens standard og krav. Gjelder også sykehjemsavdelingen på Onøy.
- Kvaliteten på tjenestene blir dårligere ved at en må finne alternative løsninger for enkeltindivider. Nivået vil variere ut fra de ressursene kommunen har der og da.

Desentralisert struktur vs. sentralisering:

Kommunens desentraliserte modell gir både muligheter og utfordringer knyttet til samhandling, ressursbruk og bærekraft. Arbeidsgruppen har fått i oppgave å se på fordeler og ulemper ved en fortsatt desentralisert modell, og fordeler og ulemper ved en sentralisering av tjenestestrukturen.

Desentralisert modell:

Lurøy Kommune har i dag en desentralisert tjenestemodell, der det leveres tjenester på høyt nivå i alle kretser, med organisering ut fra de 5 omsorgssentrene i kommunen, som ligger ved Lovund, Sleneset, Onøy, Aldersund og Konsvik. En desentralisert organisering er politisk vedtatt og har stor verdi i kommunen.

Fordeler	Ulemper
----------	---------

<ul style="list-style-type: none"> • Brukerne får bo i den kretsen de hører til. Lokal kjennskap skaper kontinuitet og trygghet. • Kort reisevei til og for brukerne. • Lokale arbeidsplasser. • Lokal møteplass. • Lav terskel for å oppsøke tidlig hjelp. • Raskere responstid ved akutte hendelser. • Viktig lokalkunnskap om geografi/ logistikk opparbeides. • Brukere har ofte nettverk tilknyttet samme krets. Dette kan være nær familie/ naboer/ andre som ofte er store ressurser for både bruker og tjenesten. • Pårørende får ha sine nære nært seg, som igjen kan være forebyggende i forhold til egne tjenestebehov (mindre reising, tilhørighet, sosialt). • Mindre sårbart ved smitteutbrudd. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tilfeldig hvilken oppfølging de får etter hvilken kompetanse den ulike kretsen til enhver tid har tilgjengelig. • Mer kostnader med små enheter. • Utfordrende rekruttering. Mindre attraktivt arbeid. • Lav ressursutnyttelse av utstyr og personell. • Vanskelig å få turnus/ vaktplan til å gå opp. • Dobbeltarbeid ved administrative oppgaver (vaktplanlegging og ledelse). • Faglig sårbarhet og isolasjon pga. Små fagmiljø. Vanskeligere å spesialisere kompetanse, mindre tid til/ mulighet for deltakelse på kurs. • Digital infrastruktur er mer krevende. • Mer kostbart ift. Innkjøp av utstyr. • Kvalitetsforskjeller med ulike tilbud.
---	--

Sentralisering:

Arbeidsgruppen har sett på fordeler og ulemper ved en sentralisering av tjenestene. En sentralisering av tjenestene innebærer at organiseringen av tjenestene samles på færre steder, eller ved en hovedenhet, i stedet for å være spredt i alle kretsene. Som tidligere nevnt har en desentralisert tjenestestruktur stor verdi i kommunen. Den største utfordringen med en sentralisering vil i tillegg til behovet for utbedring/ ombygging og nybygg derfor være å få til en holdningsendring i befolkningen.

Fordeler	Ulemper
<ul style="list-style-type: none"> • Mer spisset kompetanse, for eksempel på somatikk, demens og rehabilitering. • Større fagmiljø med mer samlet kompetanse. • Lettere å rekruttere - større fagmiljø er mer attraktivt. • Krever mindre personer totalt og høyskolekompetanse. • Bedre utstyr. 	<ul style="list-style-type: none"> • Brukerne må flytte fra egen krets. • Tjenestetilbudet i noen kretser blir endret og på et lavere nivå. • Mindre utnyttelse av pårørende som ressurs, blir lengre unna. • Kostbart å bygge om/ oppgradere og nybygg. • Økt transportbehov.

<ul style="list-style-type: none"> • Redusert sårbarhet ved sykefravær/ ferie. • Mer bærekraftig drift på sikt (økonomisk perspektiv). Stordriftsfordeler ved å samle tjenestene. • Større fokus på forebygging og gode hjemmetjenester, samt støtte/ samarbeid med pårørende/ omsorgspersoner. • Mindre logistikk. • Samlokalisering gjør terskel for samarbeid lavere. • 	<ul style="list-style-type: none"> • Tap av lokal trygghet og kjennskap med mindre personlig oppfølging. • Svekket lokalsamfunn? • Sårbarhet ved dårlig vær. • Sentraliseringsmotstand og politisk uro. • Risiko for kapasitetsproblemer ved f.eks. feil/ mangler eller smitteutbrudd.
--	---

Omsorgstrapp/ Innsatstrapp

En omsorgstrapp (omsorgstjenestenivåene) er en bevisstgjøring av hvor tjenestene i kommunen gis, samtidig som det tydeliggjøres hvilke tjenester kommunen har. I hovedsak handler omsorgstrappen om å gi rett tjenester til rett tid.

Omsorgstrappen er delt i tre deler, hvor det først presenteres hva omsorgstrappen er og en kort fremvisning fra trinn 1 til trinn 6. Del 2 viser tjenester plassert etter nivå, og del 3 er en beskrivelse av tjenestene/ tiltakene i trappen.

Det er også i prosessen utarbeidet en innsats trapp. Innsatstrappen er en kort og konkret sammenfatning av både omsorgstrappen og boligtrappen.

Omsorgstrappen og innsatstrappen ligger som vedlegg til dokumentet. I påfølgende avsnitt forklares de ulike begrepene og tjenestene som er relevant i prosjektet, nærmere.

Tjenestebeskrivelse og begrepsavklaring

Tjenestebeskrivelse og begrepsavklaringer er skrevet med bakgrunn i forslag på ny omsorgstrapp og slik arbeidsgruppen ser for seg tjenestene organisert framover.

På tvers av gruppene har det vært drøftet hvilke begreper som skal brukes på de ulike boligene. Det er lett å misforstå hva en omsorgsbolig er, og hva en heldøgns omsorgsbolig er. Det bør være et tydelig skille på disse to nivåene. Alternative navn på en ordinær omsorgsbolig kan for eksempel være *tilrettelagt bolig*, *eldrebolig* eller *kommunal bolig*.

Det har også vært drøftet behovet for bruk av begrepet trygghetsbolig. Arbeidsgruppen endrer begrepet til trygghetsplass, fortsatt avsatt ved Kongsvik og Lovund, som ordinær omsorgsbolig. Dette beskrives nærmere under nivå 3.

Tjenestebeskrivelse og begrepsavklaring er videre beskrevet under de ulike nivåene i omsorgstrappen, med relevante tjenester/ begreper for dokumentet, fra nivå 2 og oppover.

Nivå 2:

Praktisk bistand opplæring (PBO):

Innebærer veiledning og opplæring i daglige oppgaver, med fokus på å mestre aktiviteter i hverdagen, omfatter også boveiledning.

Dagaktivitet for hjemmeboende med demens:

Organisering av dagaktivitet for hjemmeboende eldre med demens er lovfestet. Tjenesten tilbys i alle kretser i Lurøy Kommune, og transport er en del av tjenesten, når det er vurdert behov for det.

Dagaktivitet skal bidra til økt livskvalitet, mestring og gode opplevelser for bruker, samt forebygge ensomhet og inaktivitet. Tilbudet er i tillegg avlastende for pårørende og bidrar til at bruker kan bo lengre hjemme. Målgruppen i Lurøy Kommune inkluderer også hjemmeboende ensomme eldre, men det vurderes et behov for å utvikle tjenesten til et større omfang. Dette i tråd med målet om å jobbe mer forebyggende.

Dagsenter:

Dagsenter er ikke lovpålagt, men kan beskrives som ett lavterskel, omsorgs- og tilsynstiltak, som kan inkludere flere brukergrupper med ulike behov, i tillegg til hjemmeboende eldre med demens. Brukere som inkluderes bør være sårbare eldre med lite sosialt nettverk og mangel på aktiviteter i hverdagen, brukere som har behov for tilsyn/ annen praktisk hjelp gjennom dagen, som ledd i rehabilitering eller ved behov for avlastning. Tilbudet bør være lett tilgjengelig for alle, med mulighet for å komme innom for en sosial stund, samtidig som at lovpålagte tjenester kan organiseres her. Ved behov bør tilbudet også inkludere transport.

Velferdsteknologi:

Velferdsteknologi er ulike teknologiske løsninger, som skal bidra til økt trygghet i hjemmet, samt mulighet for selvstendighet og egenmestring. Tjenesten skal bidra til at bruker kan bo hjemme så lenge som mulig.

Det er ulike muligheter innenfor velferdsteknologi, for eksempel trygghetsalarm, GPS-klokke, dørsensor, elektronisk tilsyn og medisindispenser.

Medisindispenser (elektronisk medisineringsstøtte) er en enhet som automatisk utdeler medisiner til brukeren på riktig tid og i riktig dose.

Digital Hjemme Oppfølging (DHO):

DHO er en helsetjeneste i hjemmet, i seg selv, eller som et tillegg til fysisk oppfølging. Tjenesten innebærer bruk av teknologi som nettbrett og sensorer for egenmålinger i hjemmet. Tjenesten kan innebære digitalt tilsyn eller kommunikasjon og påminnelse på daglige oppgaver. Tjenesten skal videre sikre mer effektiv ressursbruk og bidra til at kommunen kan møte økende brukerbehov nå og fremover. Ved å tilby tjenesten tidlig i et behandlingsforløp kan tjenesten forebygge forverring av helsetilstand og redusere behovet for mer omfattende tjenester senere.

Nivå 3:

Omsorgsbolig:

En omsorgsbolig er en tilrettelagt bolig til brukere som er vanskeligstilte på boligmarkedet (kan være eldre/ andre med nedsatt funksjonsevne eller økende omsorgsbehov, personer med psykiske helseutfordringer og/ eller rusproblematikk, andre vanskeligstilte). Tjenesten skal bidra til at den enkelte skal kunne leve og bo selvstendig, med lett tilgjengelig tilgang på hjemmetjenester. Helse- og omsorgstjenester i omsorgsboligen tildeles etter egne vedtak, individuelt vurdert ut fra kartlegging. Det betales husleie jf. husleiekontrakt, samt egenbetaling for tjenester.

Avlastning i institusjon:

Avlastning i institusjon ligger under pårørendestøtte, og er en tjeneste til omsorgsytere med særlig tyngende omsorgsarbeid. Avlastningen gis i tidsbegrensede perioder, eller ved fast rullering.

Formålet med tjenesten er å gi vedkommende som yter omsorgen nødvendig hvile, ferie og fritid, og på den måten hindre overbelastning. Dette kan være helt avgjørende for at enkelte omsorgsytere skal klare å ivareta krevende omsorgsoppgaver over lengre tid.

Trygghetsplass:

En trygghetsplass tildeles som ordinær omsorgsbolig tilknyttet bo- og servicesenter. En trygghetsplass er et midlertidig opphold for å gi trygge rammer når det oppleves utrygt for bruker å være i eget hjem.

Praktisk bistand (PB):

En tjeneste til hjemmeboende personer, som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom eller funksjonsnedsettelse. Tjenesten skal bidra til at bruker kan bo i eget hjem lengst mulig, mestre dagliglivet og andre nødvendige oppgaver, og/eller forebygge behovet for andre tjenester. Omfatter bistand til dagliglivets gjøremål og egenomsorg, som hjelp til renhold, sengetøyskift, handling og andre praktiske oppgaver.

Helsetjenester i hjemmet (hjemmesykepleie):

En tjeneste til hjemmeboende som er avhengig av hjelp i eget hjem for å få dekket grunnleggende helse- og omsorgsbehov, og som ikke selv kan oppsøke helsehjelp på grunn av sykdom eller

funksjonsnedsettelse, eller som av andre grunner har behov for at helsetjenester ytes i hjemmet for at tilbudet skal være verdig og forsvarlig.

Kan være hjelp og tilrettelegging i forbindelse med personlig hygiene, ernæring, opplæring/veiledning, medisinaladministrasjon eller oppfølging av sår. Kan også være lindrende behandling og pleie til alvorlig syke eller ved livets slutfase.

Multidose/ privat multidose (MD): Tiltak i vedtak på hjemmesykepleie. Oppfølging medisiner/medisinaladministrasjon er nå ved bruk av multidose, som er ferdig pakket medisiner på rull, levert fra apotek. **Privat multidose** er nivået før det er behov for vedtak på hjemmesykepleie, der bruker selv og fastlege følger opp med apoteket. Mulighet for privat multidose skal alltid vurderes først. Dette er en avtale mellom bruker, fastlege og apotek, og innebærer ikke vedtak. Bruker betaler selv for pakking av medisiner.

Nivå 4:

HDO - Omsorgsbolig særlig tilrettelagt heldøgns tjenester:

En heldøgns omsorgsbolig er en bolig der bruker tildeles disposisjonsrett til en leilighet, jf. husleiekontrakt. Bruker regnes å fortsatt bo i eget hjem, men med tilgang på omsorg døgnet rundt. HDO tildeles til brukere med et omfattende pleie- og omsorgsbehov gjennom hele døgnet. Personell er tilgjengelig gjennom hele døgnet, men helsetjenestene er individuelt tilpasset den enkeltes behov. Tildeling av helse- og omsorgstjenester i omsorgsboligen vil følge egne vedtak, vurdert ut fra kartlagt hjelpebehov. Pr. i dag har Lurøy Kommune HDO-boliger i alle 5 av kommunens omsorgssentre. Det betales husleie jf. husleiekontrakt, samt egenbetaling for tjenester.

Bofellesskap Miljøterapi-tjenesten:

En heldøgns omsorgsbolig, der bruker tildeles disposisjonsrett til en leilighet i bofellesskap, som er særlig tilrettelagt for personer med omfattende pleie- og omsorgsbehov gjennom hele døgnet, til brukergruppen med psykisk utviklingshemming / nedsatt funksjonsevne. Det betales husleie jf. husleiekontrakt, samt egenbetaling for tjenester.

Nivå 5:

Bofellesskap kognitiv svikt:

En heldøgns omsorgsbolig, der bruker tildeles disposisjonsrett til en leilighet i bofellesskap, som er særlig tilrettelagt for personer med omfattende pleie- og omsorgsbehov gjennom hele døgnet, til brukergruppen med kognitiv svikt/ demens. Det betales husleie jf. husleiekontrakt, samt egenbetaling for tjenester.

Korttidsplass rehabilitering:

Korttidsplass rehabilitering, er en korttidsplass i institusjon, til brukere som for en kortere periode har omfattende behov for helse- og omsorgstjenester, rehabilitering, utredning eller vurdering. Oppholdet forutsetter en rask igangsetting av rehabiliteringstiltak og kartlegging av tilpasningsbehov i hjemmet med tanke på best mulig egenmestring i egen bolig.

Nivå 6:

Langtidsopphold i institusjon/ sykehjem:

Et sykehjem er en institusjon der personer som ikke kan bo hjemme på egen hånd, får heldøgns omsorg og pleie. På Lurøy Omsorgssenter er kommunens høyeste omsorgsnivå, institusjonsplasser for langtidsopphold. Tjenesten innvilges når bruker er i behov for heldøgns-omsorg som ikke kan ivaretas lavere i omsorgstrappen og er med bakgrunn i et varig omfattende pleie- og omsorgsbehov, samt medisinsk faglig oppfølging (behandlingsbehov), gjennom hele døgnet. Bruker bor ikke hjemme, som ved heldøgns omsorgsbolig bolig, men i institusjon og det betales vederlag. Ved innvilgelse av langtidsopphold i sykehjem skal det foretas vederlagsberegning i henhold til gjeldende regelverk.

ØHD – Øyeblikkelig hjelp døgn plass (tidligere KAD-plass):

En ØHD- plass er en kommunal akutt sengepost, som kan benyttes ved plutselig behov for tilsyn/ pleie, medisinsk observasjon og behandling, men som ikke krever innleggelse i sykehus. Innen 3 dager skal det gjøres en ny vurdering i forhold til videre behandling og oppfølging av bruker. Lurøy Kommune har 1 ØHD-plass, denne er plassert på Lurøy Omsorgssenter.

Korttidsplass palliasjon:

Korttidsplass palliasjon, er en korttidsplass i institusjon, for brukere som trenger lindrende behandling og omsorg i livets slutfase. Dette er et tidsbegrenset opphold, der bruker har omfattende behov for oppfølging ved livets slutt.

Betaling for tjenesten: Det faktureres en døgnset i vedtaksperioden. For korttidsopphold som varer over 60 døgn betales det etter forskrift om vederlag for langtidsopphold.

Kompetansekrav/ vurdering faglig forsvarlig drift

Kompetansekrav tilknyttet heldøgns omsorg og sykehjem vurderes opp mot forsvarlighetskravet. Jf. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, § 3-2 skal kommunen ha tilknyttet sykepleier, men det spesifiseres ikke nærmere hva dette innebærer. Det må gjøres en vurdering på hva som er tilstrekkelig, faglig forsvarlig kompetanse til enhver tid, og hvordan kompetansen skal brukes/ organiseres. Dette er et lederansvar og presiseres i § 4-1, bokstav d. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene, slik at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene. Dette innebærer både at det er

tilstrekkelig antall ansatte med relevant utdanning og at andre ansatte gis nødvendig grunnopplæring og brukerrettet opplæring.

Når det gjelder ØHD-plassen, må det også vurderes faglig forsvarlighet i forhold til tilgjengelig bemanning og kompetanse, da særlig med tanke på lege og sykepleier. Bruker som tas inn på ØHD-plass må kunne utredes og behandles forsvarlig, og det vil være behov for klinisk vurderingskompetanse. Kompetansen må vurderes opp mot blant annet sykdomsbilde, kompleksitet og tilgjengelig utstyr.

Samhandling og samarbeid

Arbeidsgruppen har sett på muligheter for samhandling og samarbeid, samt samlokalisering og fellesfunksjoner, som kan være med å gi bedre, mer fleksible og effektive tjenester.

Korttidsplasser

En av utfordringene som oppleves i dag er at korttidsplassene er spredt i hele kommunen. Som tidligere beskrevet gir dette dårligere kvalitet på ivaretagelse og rehabilitering, som igjen kan føre til behov for mer tjenester i ettertid av innleggelse. Det følger også utfordringer med logistikk i forhold til tilgang på kompetanse, som fysioterapeut og ergoterapeut, samt reisevei, ferge og lager/ levering av hjelpemidler.

I perioder oppleves det et stort trykk på korttidsplasser. Dette særlig gjennom høst- og vinterhalvåret. Til nå har avsatte korttidsplasser vært brukt både til rehabilitering og ivaretagelse ved utrygghet i hjemmet. I noen saker opptas korttidsplasser over lengre tid da det er behov for lengre rehabilitering, eller vurdering i forhold til videre tjenestebehov/ omsorgsnivå.

Arbeidsgruppen foreslår å samle alle korttidsplassene i en avdeling, definert som institusjon.

Plassering av avdelingen bør vurderes opp mot både logistikk og tilgang på relevant kompetanse. I tillegg defineres 2 av rommene til bruk for lengre rehabiliteringsopphold. For å sikre tilstrekkelig kapasitet, og en bærekraftig drift ved at rommene brukes etter intensjon, avsettes det også i boligstrukturen, trygghetsplasser. Disse tilknyttes ordinære omsorgsboliger i Konsvik og på Lovund.

Heldøgns omsorg

Lurøy Kommune er organisert med mange omsorgsboliger, som gir kommunen et handlingsrom for hvordan tjenestene bør organiseres framover. Når det gjelder ordinære omsorgsboliger og institusjonsplasser er erfaringen at kommunen ikke har tilstrekkelig med plasser. Dette fører til at HDO-boligene må dekke alle behov, og vi får for liten grad av rullering, og trinnvis økning i omsorgstrappen.

Arbeidsgruppen foreslår en ombygging på Sleneset for å møte utfordringene med demens framover, og for å spisse kompetansen på demensomsorg. På Sleneset Omsorgssenter er det flere muligheter i forhold til ombygging og omdisponering til mindre enheter. Et av kommunens to bofellesskap er i dag plassert her, og det tenkes en videre utbygging tilknyttet avdelingen, med lokale for dagsenter og dagaktivitet. Ivaretagelse av gruppen når det er behov for høyeste omsorgsnivå, vil fortsatt være på Onøy, der arbeidsgruppen foreslår å øke skjermet avdeling til 8 plasser, med 2 enheter. Totalt økes antall sykehjemsplasser på Onøy/ Lurøy til 20 rom. På Lurøy sykehjem foreslås det også å samlokalisere legetjenesten, fysio- og ergoterapitjenesten.

Miljøterapien og psykisk helse

Erfaringsmessig ser vi at det utfordrende å lykkes med godt samarbeid/ god samhandling rundt brukere som ikke naturlig er tilhørende under for eksempel eldreomsorg/ hjemmetjenesten. Ingen vil ta på seg ansvar, eller har ressurser til å gjøre det. Det mangler kompetanse, som gir utrygghet blant ansatte. Dette kan være brukere som ordinært ville hatt oppfølging under Miljøterapien, brukere med psykisk uhelse, eller barn/ ungdom/ voksne som faller utenfor skole/ jobb. Resultatet er mangelfull oppfølging, eller at oppfølging ikke kommer i gang. I mange av sakene som er utfordrende å løse, er det ofte miljøterapeutisk tilnærming som er behovet, og det anses derfor som fornuftig å tenke tettere samarbeid mellom Miljøterapien og psykisk helsetjeneste.

Miljøterapien i kommunen er i dag organisert med to bofellesskap i Aldersundet, Åsmyra og Sandmelan. Arbeidsgruppen foreslår å slå sammen de to bofellesskapene ved Sandmelan, med 10 plasser totalt. Åsmyra gjøres samtidig om til ordinære omsorgsboliger.

I tillegg foreslår arbeidsgruppen at psykisk helsetjeneste samlokaliseres med Miljøterapien, ved at det bygges en egen avdeling med 4 ordinære omsorgsboliger, definert til brukere under psykisk helse/ rus/ annet utenforskap. Avdelingen legges tilknyttet Sandmelan, og det inkluderes både en kontoravdeling og personalbase i bygget.

På Sandmelan er det også etablert avlastning for barn i brukergruppen, i en av leilighetene. Det ses et behov for å øke tjenesten til 2 plasser tilknyttet personalbase, for mer hensiktsmessig gjennomføring, fortsatt tilknyttet Sandmelan.

Forslag på ny organisering av tjenester

Sammenfatning

Forslag på endringer i tjenesteorganisering, som arbeidsgruppen beskriver, er i stor grad innenfor scenario 2. Scenario 2 innebærer å styrke korttidstilbudet i kommunen ved å samle dette i institusjon. Endringen vil gi mulighet for et bedre og mer målrettet korttidstilbud, med faglig og organisatorisk støtte, samtidig som at ressursene utnyttes mer effektivt. Videre innebærer scenario 2 en endring i

boligstruktur som innebærer både nybygg og omdisponering av heldøgns omsorgsboliger, med mål om å favne ulike behov på en bedre måte, enn vi gjør i dag.

Det foreslås en delvis sentralisering, ved at Indre Omsorgsdistrikt framover blir én samlet krets; Lurøy Innland og at alle korttidsplasser samles i en avdeling. Videre fokuserer forslaget i stor grad på samhandling på tvers mellom kretser og avdelinger, forebyggende tiltak, tjenester på lavt nivå og en styrking av hjemmetjenesten i alle kretsene. Dette speiles i både forslaget på den nye omsorgstrappen og forslaget på endring i boligstruktur.

Hjemmetjenesten skal styrkes til å kunne levere tjenester i hjemmet oftere og i større omfang, dette vil også bety økt kjøretid. Det foreslås ikke å redusere ressurser, men at det bør ses på en overføring eller omdisponering av ressurser og kompetanse til bruk i forebyggende tiltak, hjemmetjenester og en mer bærekraftig fremtidsrettet tjenesteorganisering. Kommunen skal være trygg i faglige vurderinger om tjenester på et nivå som er både *tilstrekkelig* og *godt nok*. Ved å bygge sterke fagmiljøer skal vi øke kompetanse, trygghet og faglig forsvarlighet.

Gevinster ved iverksettelse av arbeidsgruppen sitt forslag

Arbeidsgruppen har fått i oppgave å se på hva besparelsen vil være ved å gjøre de endringene som foreslås i dokumentet. En sammenslåing på Lurøy Innland vil ikke nødvendigvis føre til et behov for færre sykepleiere, eller ansatte, særlig hvis sykepleierteamet skal fungere slik det er tenkt i forslaget, også med prosjektet *Legevaktssatelitt med sykepleier i front*.

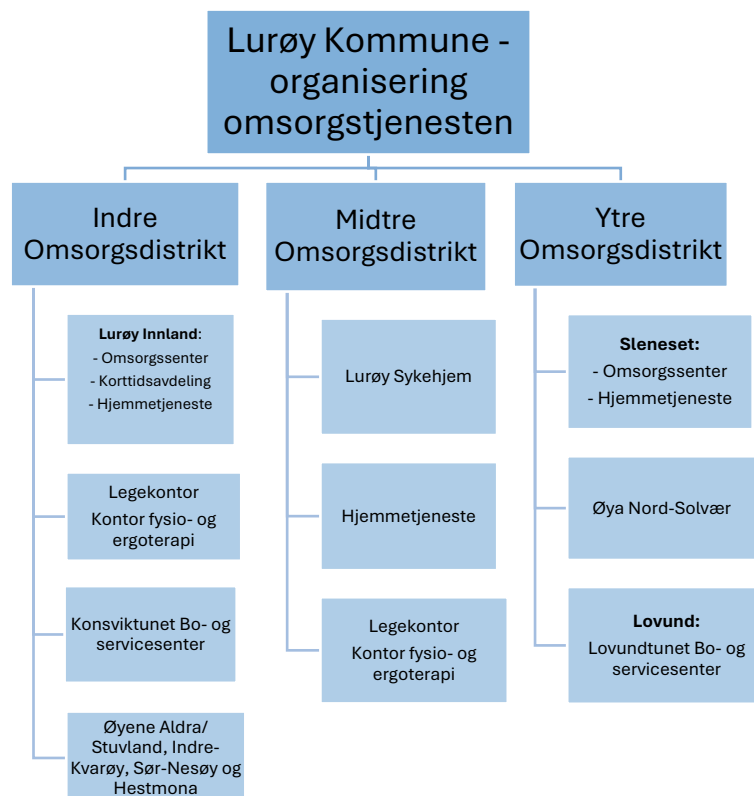
Overordnet mål vil være at brukeren kan bo lengre hjemme, og at dette vil gi kommunen gevinster i et langsiktig perspektiv.

Andre gevinster ved forslaget:

- Gode tjenester, og målrettet oppfølging.
- Bedre fagmiljø og økt faglig forsvarlighet.
- Mer attraktive arbeidsplasser som kan bidra til lettere rekruttering.
- Tettere samarbeid, økt kompetanse og forståelse mellom kretser og avdelinger.
- Bedre samarbeid mellom legetjenesten og omsorgstjenesten.
- Rett bruk av kompetanse med fortsatt fokus på oppgavedeling. Rett kompetanse på rett plass, og rett tjeneste til rett tid.

Tjenestekart

Tjenestekartet viser en konkret oversikt over organiseringen av omsorgstjenesten slik forslaget framstilles i neste avsnitt.



Omsorgstjenesten - Kretsvis oversikt

Øy/ krets	Organisering av tjenester
Indre Omsorgsdistrikt (Lurøy Innland, samt øyene Aldra/ Stuvland, Indre-Kvarøy, Sør-Nesøy og Hestmona) Lurøy Innland er 3 mil i strekning.	<p><i>Lurøy Innland Omsorgssenter:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - HDO (12 boliger) - Korttidsavdeling (6 plasser (institusjon), inkludert 2 for lengre vurderingsopphold) - Hjemmetjeneste som skal dekke hele Lurøy Innland (fra Sila til Tonnes, inkludert Konsviktunet bo- og servicesenter), og øyene Aldra/ Stuvland, Indre-Kvarøy, Sør-Nesøy og Hestmona. - Sykepleierteam (inkludert <i>Legevaktssatelitt</i>) - Legekantor - Fysio- og ergo <p>Frittstående omsorgsboliger Aldersund:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 7 (5 på Åsmyra og 2 ved Sandmelan) <p>Konsviktunet bo- og servicesenter</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ordinære omsorgsboliger, tilrettelagt med felles område (12)

	<ul style="list-style-type: none"> - Trygghetsplass (2) <p>Mulighet for daglig, tett oppfølging fra hjemmetjenesten skal kunne leveres på hele strekningen fra Sila til Tonnes, inkludert oppfølging på natt.</p> <p>Øyene Indre-Kvarøy, Sør-Nesøy, Hestmona:</p> <p><i>Mulighet for oppfølging ukentlig. Helhetlig, individuell vurdering i hver sak.</i></p> <p><i>Hovedsakelig tjenestene:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Velferdsteknologi/ Trygghetsalarm (samhandling med pårørende/ naboer/ lokale) - Digital hjemmeoppfølging - Hjemmesykepleie - Praktisk bistand - Medisinadministrasjon (Multidose/ dispenser) - Andre tjenester/ ambulerer i særskilte tilfeller <p>Aldra/ Stuvland:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Velferdsteknologi/ Trygghetsalarm (samhandling med pårørende/ naboer/ lokale) - Medisinadministrasjon (Multidose/ privat multidose/ dispenser) - Digital hjemmeoppfølging - Andre tjenester/ ambulerer i særskilte tilfeller <p>Kommunal avtale med Lovund Skyss – vurdere en lokal skyss leverandør, med båt som er lokalisert i Lurøy Kommune.</p>
Midtre Omsorgsdistrikt	<p><i>Onøy/ Lurøy - høyeste omsorgsnivå</i></p> <p>Lurøy Sykehjem</p> <ul style="list-style-type: none"> - ØHD-plass (1 rom) - Institusjonsplasser med totalt 20 rom (øke med 4 på somatisk avdeling) - Skjermet avdeling med 8 plasser (2 avdelinger) - Avlastning for hjemmeboende med demens (1 rom) - HDO (4 boliger) - Ordinære omsorgsboliger (4) - Hjemmetjeneste - Legekontor - Fysio- og ergo

	Frittstående omsorgsboliger: 4 (Birkenesveien)
Ytre Omsorgsdistrikt (Sleneset, inkludert Nord-Solvær og Lovund)	<p><i>Sleneset:</i></p> <p>Kløverheimen Bo- og servicesenter</p> <p>Fokus og spesialisering på demens med 2 grupperinger.</p> <ul style="list-style-type: none"> - HDO (8) - 1 avdeling for brukere som er mer fungerende i daglige oppgaver og aktiviteter. Her tilknyttes også lokale for Dagaktivitet/ dagsenter. - HDO (4) - 1 avdeling for brukere som er kommet lengre i sykdomsforløpet, med behov for mer oppfølging/ skjerming. - Avlastning for hjemmeboende med demens (2 rom) - Ordinære omsorgsboliger (7) - Hjemmetjenestebase tilknyttet senteret, som også skal dekke Nord-Solvær. - Legekantor <p>Frittstående omsorgsboliger: 4</p> <p>Nord-Solvær:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Velferdsteknologi/ Trygghetsalarm (samhandling med pårørende/ naboer/ lokale) - Medisinadministrasjon (Multidose/ privat multidose/ dispenser) - Digital hjemmeoppfølging - Andre tjenester/ ambulerer i særskilte tilfeller <p><i>Helhetlig, individuell vurdering i hver sak. Behov for mulighet for skyss båt ved mer omfattende tjenesteoppfølging.</i></p> <p><i>Lovund:</i></p> <p>Lovundtunet Bo- og servicesenter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ordinære omsorgsboliger, tilrettelagt med felles område (10) • Trygghetsplass (2) • Hjemmetjenestebase som skal kunne levere tjenester hjemme dag, kveld og natt på Lovund.

Spesialisering på demensomsorg:

For å sikre kvalitet i møte med utfordringsbilde på demens, beskrevet tidligere i dokumentet, foreslås det en spesialisering på demensomsorg ved Sleneset omsorgssenter. Lurøy Kommune bør videreutvikle forebyggende tjenester, som dagaktivitet og dagsenter, og det blir viktig med

koordinering, kartlegging og oppfølging av demensteamet, med mulighet for veiledning ut i alle kretser.

Arbeidsgruppen foreslår å utvikle mulighet for dagsenter og mer dagaktivitet, i tilknytning bofellesskapet på Sleneset, med eget lokale og ansatte. Dette i tillegg til Bra pro i Aldersundet, med formål om å forebygge behovet for mer omfattende avlastning og HDO.

Det forventes i tillegg at behovet for pårørendestøtte vil øke framover, og det må forventes behov for flere muligheter for avlastning, samt økte utgifter på omsorgsstønad. Det blir viktig med innføring av digital hjemme oppfølging, som pårørendestøtte til hjemmeboende med demens, samt øke muligheter og kompetanse på velferds- og lokaliseringsteknologi.

Arbeidsgruppen foreslår videre å øke antall plasser i skjermet avdeling, slik at det blir større mulighet for rulling, når behovene ikke faglig forsvarlig kan ivaretas i bofellesskap. Avlastning i institusjon økes til 3 avsatte plasser, 2 på Sleneset og 1 på Onøy/ Lurøy. Dagaktivitet må fortsatt være organisert i alle kretser som i dag.

Endring fra heldøgnsomsorg til hjemmetjenester

På Lovund og Kongsvik foreslås det endring fra heldøgns omsorg til ordinære omsorgsboliger. I Kongsvik vil hjemmetjenesten tilknyttes base i Aldersund og det er med bakgrunn i avstand og veiforbindelse vurdert fornuftig med en sammenslåing her.

På Lovund har det vært en utfordring å få til levering av tjenester på ettermiddag/ kveld og natt. Med en endring til hjemmebaserte tjenester er det tenkt en organisering av tjenesten slik at det kan tilbys tjenester hjemme gjennom hele døgnet. Tjenester hjemme skal kunne leveres i et større omfang, både i omsorgsboliger og til hjemmeboende som ikke er tilknyttet omsorgsbolig. Brukerne skal få hjelpen der de bor så lenge som mulig. Dersom det fortsatt skal driftes heldøgns omsorg som i dag, i tillegg til hjemmetjenester, vil det kreve økt bemanning. Hjemmetjenesten må dimensjoneres med både kompetanse og nok antall hender til å følge opp behovene.

På Sleneset vil ikke omsorgssenteret være prioritert gruppen somatisk syke, og det vil derfor være nødvendig å kunne dekke behovene via hjemmetjenesten.

Sykepleierteam

Med sammenslåing av Kongsvik- og Aldersund Omsorgssenter følger tanken om et sykepleierteam på Lurøy Innland.

Teamet skal:

- Følge opp sykepleiefaglige oppgaver/ medisinsk faglig oppfølging på Lurøy Innland.

- Være tilgjengelig, veilede og trygge ansatte ute i kretsene ved bruk av vakttelefon/ velferdsteknologi/ digitalt tilsyn. Ansatte som f.eks. står alene på natt kan ta kontakt med sykepleier på vakt med spørsmål og vurdering.
- Opparbeide kompetanse på kartlegging, og teamet kan brukes ambulerende ut i kretsene til veiledning på eller å gjøre kartlegginger.
- Prøve ut prosjekt *Legevaktssatelitt med sykepleier i front*. Dette innebærer at sykepleiere/ vernepleiere gjør målinger/ medisinsk faglige oppgaver på vegne av legene. Det tenkes et prøveprosjekt på Lurøy Innland, hvor det oppleves et høyt trykk på legevakt. I prosjektet vil en stillings% dekkes under Legetjenesten.

Delta på felles møtedag i regi av Tildelingskontoret, med sykepleiere/ vernepleiere/ andre relevante, fra alle kretsene, for å:

- Sikre lik praksis og utarbeide rutiner
- Erfaringsdeling og kollegastøtte

Miljøterapijenesten og Psykisk helsetjeneste

	<i>Organisering av tjenester</i>
Miljøterapijenesten	<p>Sandmelan Bofellesskap:</p> <ul style="list-style-type: none"> - HDO (10 plasser) - Avlastning i institusjon (barn): 2 rom med personalbase. - Ambulerende tjenester/ overordnet miljøterapeutisk oppfølging i alle kretser
Psykisk helse tjeneste	<p>Avdeling psykisk helse tilknyttet Sandmelan Bofellesskap:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ordinære omsorgsboliger (4) - Kontoravdeling og personalbase (bemanning dagtid).

Tjenesteorganisering på tvers

En desentralisert organisering kan være både splittende og isolerende, hvis vi ikke klarer å tenke at alle brukere, barn/ ungdom, voksne og eldre er **kommunen sine innbyggere**. Det er behov for mer arbeid på tvers av kretsene og avdelingene (MTT, psykisk helse, omsorg), kontaktpunkter og deling av kunnskap og kompetanse. Dette for å unngå at brukere og oppgaver blir kasteballer, som ingen tar ansvar for.

Det foreslås en modell for tjenesteorganisering der det avsettes tid til team arbeid/ erfaringsdeling/ fagdager, på tvers av kretsene. Det foreslås at hvert team har 1 koordinator, med avsatt 20 % i stilling,

i tillegg til 1-2 ressurspersoner fra hver krets, og med samling månedlig/ etter behov. Dette planlegges inn i kalenderplan. Organisering av teamene må gjøres på en måte som er gjennomførbart i praksis.

Teamene vil fungerer som en lavterskel tjeneste som koples på etter behov, og som blir god på kartlegging, hvilke tilbud og muligheter som er i kommunen (tjenester, DHO, Velferdsteknologi etc.), koordinering og planlegging i forhold til videre behov og oppfølging, med veiledning fra Miljøterapi-tjenesten, psykisk helse tjeneste og evt. omsorg ut fra problemstilling. Miljøterapi tjenesten legger opp til mulighet for å reise mer ut i kretsene.

Arbeidsgruppen foreslår følgende team:

Team: Kreft og palliasjon (har delvis i dag)

- Veiledning ut i kretsene på lindrende behandling
- Koordinerer kontakt med lege/ spesialisthelsetjeneste

Team: Demens (har i dag)

- Kartlegging
- Pårørendestøtte og felles pårørendedag
- Kompetanse heving ut i kretsene

Team: Miljøterapi og psykisk helse

- Kartlegging og koordinering
- Øke kompetanse og veiledning på miljøterapeutisk oppfølging i hele kommunen
- Overordnet oppfølging av Miljøterapi-tjenesten

Mål og arbeid i teamene

Formålet er å opparbeide en felles forståelse mellom kretser og avdelinger, som igjen vil bedre kvalitet på oppfølging og gjøre tjenesteoppfølgingen mindre sårbar. Arbeidet i teamene skal videre føre til at saker og oppfølging ute i kretsene blir mindre skummel og ukjent, og at ansatte blir mer rutinerte og trygge i oppfølgingen.

Arbeid i teamene vil innebære:

- Erfaringsdeling/ støttefunksjon/ fagdager på tvers av kretser/ avdelinger
- Innføring av velferdsteknologi og DHO på område
- Veiledning fra Miljøterapi-tjenesten, psykisk helse tjeneste og evt. omsorg ut fra problemstilling.

Alternativer til team-modellen kan være å se på muligheter for kombinasjonsstillinger mellom omsorgstjenesten og Miljøterapi tjenesten, mulighet for mer ambulerende fra Miljøterapi-tjenesten, særlig i startfase av ny sak/ ny bruker, eller muligheter under Bra pro.

Andre viktige faktorer i ny tjenesteorganisering

- Det må kontinuerlig jobbes for en god implementering av velferdsteknologi og Digital Hjemmeoppfølging.
- Det bør arbeides videre med å se på muligheter for en bedre måte å organisere levering av middag og tjenesten praktisk bistand.
- Behovet for koordinator oppfølging er økende. Flere ansatte må kunne brukes til denne funksjon. Ved i større grad ha mulighet til å jobbe mer målrettet og holde trådene i oppfølgingen, vil også ytterligere behov for tjenester forebygges.
- Det bør også innføres et fungerende primærkontaktsystem i avdelingene.
- Omsorgstrappen må implementeres i større grad, med en bredere forståelse for omsorgsnivå og tiltak på ulike trinn, i alle kretser og avdelinger.
- Det bør parallelt med prosjektet utarbeides tjenstekriterier/ service-erklæring for Lurøy Kommune. Dette vil være en beskrivelse av tildeling, lovverk, prioritering, og de ulike helse- og omsorgstjenestene i kommunen (tildeles hvor og i hvilket omfang). Det er startet på utarbeidelsen av dokumentet.
- I tillegg til en sammenfatning av tjenstekriterier er det behov for oppdatering av maler, iverksette bruk av prioriteringsveilederen og smart mål i vedtak, samt vurdering av barnets beste for å sikre kvalitet i saksbehandlingen. Dette arbeidet planlegges parallelt med innføring av nytt journalsystem.
- Arbeid med informasjon ut til brukere og befolkning, forventningsavklaringer og samarbeid med pårørende.

Boligstruktur

Boligstruktur og levering av tjenester henger sammen, og det er derfor samtidig laget en oversikt og forslag på endring i boligstruktur. I første tabell er det tatt med dekningsgrad, og hvordan denne vil endre seg framover, både ut fra slik boligene er strukturert i dag, og i forslaget.

Tabellen framstiller boliger som vi har i dag og endringen som arbeidsgruppen foreslår:

	Boliger i dag	Dekningsgrad	Forslag	Dekningsgrad
Institusjon	13	2026: 8% 2036: 6,7 % 2040: 6,5 % 2050: 5,4 %	20	2026: 16 % 2036: 13,5 % 2040: 12,9 % 2050: 10,7%
Korttidsplasser	4		6	
ØHD-plass	1		1	

HDO	63	2026: 38,9 % 2036: 32,6 % 2040: 31,3 % 2050: 26,0 %	38	2026: 23,5 % 2036: 19,7 % 2040: 18,9 % 2050: 15,7 %
Avlastning demens	2		3	
Avlastning barn	1		2	
Ordinære omsorgsboliger	10		52	
Trygghetsplasser	0		4	
Totalt	94		126	

Oversikt over antall boliger i dag, fordelt på krets:

	Institusjon	HDO	Korttid	Trygghets plass	Avlastning	Avlastning Barn	Ordinær omsorgsbolig
Lurøy	13 + 1	8					4
Alder-sund		12	2				2
Konsvik		12			1		2
Lovund		6	1				
Slenseset		14	1		1		2
MTT		11				1	
Sum	14	63	4		2	1	10

Forslag fra arbeidsgruppen:

	Institusjon	HDO	Korttid	Trygghets plass	Avlastning	Avlastning Barn	Ordinær omsorgsbolig
Lurøy	20 + 1	4			1		8
Alder-sund		12	6 (Inst.)				7
Konsvik				2			12
Lovund				2			10
Slenseset		12			2		11

MTT		10				2	4
Sum	21	38	6	4	3	2	52

Vedlegg

- Omsorgstrappen (utkast)
- Innsatstrappen (utkast)