



Fremtidens helse- og omsorgstjenester i Lurøy kommune



LIV
LAGA

1. Innledning	4
1.2. Avgrensninger	4
2. Identifiserte hovedutfordringer	4
2.1. Demografiske endringer og økt tjenestebehov	4
2.2. Personellmangel utfordrer tjenestens bærekraft og øker behovet for omstilling	4
2.3. Rekruttering er allerede en stor utfordring i Lurøy	5
3. Rammer og premisser for utvikling av tjenestene	5
3.1. Forsvarlighet og kommunens ansvar	5
3.2. Tildeling av tjenester	6
3.3. Regjeringens prioriteringsveileder	6
4. Prosjektets prosess og gjennomføring	7
4.1. Kommunedirektørens ansvar	7
4.2. Arbeidsprosess	7
4.3. Slutføring av rapporten	7
4.4. Utredningsgrunnlag (kunnskapsgrunnlag)	8
5. Grunnlag for endelig rapport	8
5.1. Folkemøter og informasjon	8
5.1.1. Hovedfunn fra folkemøtene	8
5.1.2. Anbefalinger fra folkemøtene	9
5.2. Innspill fra en gruppe på Lovund	10
5.3. Hovedfunn og anbefalte tiltak fra arbeidsgruppene	10
5.3.1. Boligstrategi	10
5.3.1.1. Anbefalte tiltak fra gruppen boligstrategi	11
5.3.1.2. Boligtrapp	11
5.3.2. Rekruttering og kompetanse	12
5.3.2.1. Anbefalte tiltak fra arbeidsgruppen rekruttering og kompetanse	12
5.3.3. Helsekompetanse	13
5.3.3.1. Anbefalte tiltak fra arbeidsgruppen helsekompetanse	13
5.3.4. Tjenesteorganisering og struktur	13
5.3.4.1. Anbefalte tiltak fra arbeidsgruppen tjenesteorganisering og struktur	14
5.3.4.2. Omsorgstrapp	14
6. Fremtidens helse- og omsorgstjenester	15

6.1. Konsekvensutredning	15
6.1.1. Scenarioene	15
6.1.1.1. Scenario 0 –konsekvenser ved videreføring av dagens modell	15
6.1.1.2. Scenario 1 – konsekvenser ved gradvis omstilling	17
6.1.1.3. Scenario 2 – konsekvenser ved større strukturelle endringer.....	18
6.1.1.4. Sammenligningstabell.....	19
7. Gevinstrealisering	19
7.1. Gevinstrealisering på ulike nivå.....	20
7.1.1. Korttidsplasser og rehabilitering	20
7.1.2. Avlastnings- og trygghetsplass	20
7.1.3. Hjemmetjenester	21
7.1.4. Velferdsteknologiske løsninger	21
7.1.5. Oppgavedeling.....	22
8.Administrasjonens samlede anbefalinger	22
8.1. Innledning	22
8.2. Tiltak som administrasjonen kan iverksette uavhengig av scenario	22
8.3. Tiltak som krever politiske beslutninger eller investeringer	23
8.3.1. Scenario 0	23
8.3.2. Scenario 1	24
8.3.3. Scenario 2	25
8.4 Konsekvenser dersom tiltakene ikke gjennomføres	25
9. Konklusjon	27
LITTERATURLISTE	28
VEDLEGG	29

1. Innledning

Lurøy kommune står overfor en utvikling som vil prege helse- og omsorgstjenestene i mange år framover. Antallet eldre øker, behovet for tjenester blir større og mer komplekst, samtidig som tilgangen på helsepersonell blir stadig knappere.

Den største utfordringen er ikke økonomi eller bygningsmasse, men mangel på kvalifisert arbeidskraft. Dersom kommunen viderefører dagens organisering, vil det bli stadig vanskeligere å opprettholde forsvarlige tjenester med riktig kvalitet, kapasitet og kompetanse.

Rapportens viktigste konklusjon er derfor at helse- og omsorgstjenestene må tilpasses en ny virkelighet, der arbeidskraft er den knappeste ressursen. Fremtidens tjenester må planlegges ut fra hvilke personellressurser kommunen realistisk kan rekruttere og beholde.

Målet er ikke å redusere tilbudet til innbyggerne, men å sikre gode, trygge og forsvarlige tjenester også i framtiden.

Spørsmålet er ikke om helse- og omsorgstjenestene i Lurøy skal endres. Spørsmålet er hvordan vi skal endre oss for fortsatt å kunne levere gode tjenester med færre tilgjengelige helsepersonellressurser.

1.2. Avgrensninger

Arbeidet med fremtiden helse- og omsorgstjenester i Lurøy har hatt hovedvekt på kommunens hjemmetjenester, sykehjem, rehabilitering samt psykisk helse- og rustjenester. Allmennlegetjenesten, herunder legevakt, og helseberedskap har så langt ikke inngått som en del av utredningen. Det samme gjelder for helsestasjon- og skolehelsetjenesten.

Eventuelle vurderinger av disse tjenestene må derfor behandles i egne prosesser.

2. Identifiserte hovedutfordringer

2.1. Demografiske endringer og økt tjenestebehov

Lurøy kommune får flere eldre innbyggere samtidig som antallet personer i yrkesaktiv alder reduseres. I 2025 hadde vi 160 eldre over 80 år. I 2050 regner vi med å ha 242 eldre over 80 år. Dette fører til økt etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester, samtidig som grunnlaget for rekruttering blir mindre.

Befolkningen lever lenger enn før, og flere vil ha kroniske sykdommer og sammensatte helseutfordringer. Det gir et økende behov for tjenester som både er mer omfattende og mer komplekse.

2.2. Personellmangel utfordrer tjenestens bærekraft og øker behovet for omstilling

Tilgangen på helsepersonell er den største utfordringen for framtidens helse- og omsorgstjenester i Lurøy.

Analyse fra Agenda Kaupang viser at dersom dagens organisering videreføres, vil behovet øke fra 79 årsverk i 2025 til 121 årsverk i 2050. Tallet inkluderer *ikke* behovet for å erstatte ansatte som slutter eller går av med pensjon.

Kommunen konkurrerer om de samme personellressursene som resten av landet. Små distriktskommuner i Nord-Norge er særlig sårbare.

Konsekvensen er at framtidens tjenester ikke kan planlegges ut fra dagens organisering. De må utformes slik at de kan driftes med den arbeidskraften kommunen faktisk har tilgang til.

2.3. Rekruttering er allerede en stor utfordring i Lurøy

Lurøy kommune har allerede i dag store utfordringer med å fylle ledige stillinger. Det er få søkere til utlyste stillinger og mange av søkerne er ikke kvalifiserte. Noen søkere trekker sine søknader underveis i prosessen. Vi har også interne søkere som går over i andre stillinger i kommunen. Da oppstår det behov for å rekruttere til stillingene de forlater.

Det er gjort en innsats for å nå bredere ut med stillingsannonser, for å gjøre utlysningstekstene mer attraktive, ved å fremheve mulighetene og fordelene ved å bo og arbeide i Lurøy. Til tross for dette ser vi foreløpig ikke at tiltakene har ført til flere søkere eller økt tilgang på kvalifisert arbeidskraft.

Utfordringen med å rekruttere helsepersonell er landsomfattende, og kommunene konkurrerer i stor grad om de samme kandidatene gjennom gode lønnsbetingelser og aktiv markedsføring av egne kvaliteter.

Vi har gjennomgått utlysninger i Lurøy kommune så langt i 2026. Pr. 15.september viser tallene:

- Av 35 utlysninger på totalt 40 stillinger, var det 80 søkere. Det vil si i gjennomsnitt to søkere pr utlyst stilling i omsorgstjenesten. Flere av de utlyste stillingene var det ingen søkere til
- 21 av søkerne ble ansatt. Av disse var 7 interne ansettelser
- 36 av de 80 søkerne ble vurdert til ikke kvalifisert
- 11 av søkerne trakk søknaden

Utlysning etter ferievikarer og ungdomsstillinger er ikke med i denne oversikten.

Det har i 2026 vært en forhøyet bruk av bemanningsbyrå sammenliknet med tidligere år.

3. Rammer og premisser for utvikling av tjenestene

3.1. Forsvarlighet og kommunens ansvar

Lurøy kommune har ansvar for å tilby forsvarlige helse- og omsorgstjenester i tråd med helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

Dette gjelder blant annet fastlege, legevakt, helsestasjon- og skolehelsetjenesten, hjemmetjenester, sykehjem, rehabilitering samt psykisk helse- og rustjenester. I tillegg har kommunen ansvar for helseberedskap og krisehåndtering, slik at nødvendige helse- og omsorgstjenester kan opprettholdes ved ulykker og andre ekstraordinære hendelser.

Tjenestene skal være trygge, verdige, helhetlige og faglig forsvarlige.

Forsvarlighet handler om at kommunen har tilstrekkelig kompetanse, kapasitet og kvalitet i tjenestene. Det gjelder både ved tildeling av tjenester og i den praktiske utførelsen.

3.2. Tildeling av tjenester

Tjenester tildeles ut fra den enkeltes behov, ikke geografisk tilhørighet. Kommunen vil så langt som mulig tilby tjenester i innbyggerens egen krets, men dersom dette ikke er forsvarlig eller kapasiteten ikke er tilstrekkelig, gis tjenester i en annen krets.

Det ble vedtatt av kommunestyret i 1988, og senere stadfestet i 2017 og i 2021 (*Lurøy kommune, 1988, 2017, 2021*):

"Kommunens desentraliserte helse og omsorgstjeneste har som mål at flest mulig skal få bo hjemme så lenge som mulig, med et fortsatt fokus på hjemmebasert omsorg. Det skal være en helhetlig tjeneste med samlet utnyttelse av alle ressurser, for å forebygge behov for heldøgns pleie og omsorg".

Kommunestyret har i sak 28/21 (*Lurøy kommune, 2021*) vedtatt:

"Institusjonsplasser, kommunens høyeste omsorgsnivå, skal være samlet ved Lurøy Omsorgssenter. Søker som vurderes å ha behov for høyeste omsorgsnivå får derfor plass her. Dette legger grunnlag for å bygge og opprettholde nødvendig kompetanse og sikre tett faglig oppfølging".

For å sikre forsvarlige tjenester også i framtiden må kommunen planlegge ut fra tilgjengelige personellressurser. Kompetansen må brukes der behovet er størst.

Utfordringene i Lurøy samsvarer med utviklingen nasjonalt. NOU 2026:6 «Den nye velferdskommunen» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2026) peker på flere forhold som utfordrer bærekraften i velferdsstaten. Utredningen tar for seg hvordan kommunene kan møte framtidens utfordringer innen helse-, omsorgs- og velferdstjenester gjennom mer innovasjon, samskaping og bedre bruk av samfunnets samlede ressurser.

I NOU rapporten pekes det på utfordringer der vi får flere eldre, økt behov for helse- og omsorgstjenester, færre i yrkesaktiv alder, og dermed knappere tilgang på arbeidskraft. Det blir færre pårørende per omsorgsmottaker, noe som gir svakere grunnlag for frivillig innsats. Det trekkes også frem et økende tjenestebehov blant yngre grupper.

3.3. Regjeringens prioriteringsveileder

Regjeringen har i Stortingsmelding 21 (Helsedirektoratet, 2025) beskrevet hvordan kommunens helse – og omsorgstjenester skal tildele sine tjenester. Hovedmålet med veilederen er å sikre rettferdige, kunnskapsbaserte og lovlige prioriteringsbeslutninger i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Økende tjenestebehov og begrensede ressurser krever prioritering for å opprettholde kvalitet og forsvarlighet. Veilederen bygger på prinsippene nytte, ressurs og alvorlighet. Veilederen er et styringsverktøy for ledere, saksbehandlere og helsepersonell i prioriteringsprosesser.

KRITERIUM	BESKRIVELSE
Nytte	Forventet effekt: livskvalitet, funksjon, mestring, smertereduksjon
Ressurs	Forhold ressursbruk vs effekt: tid, utstyr, personell, kompetanse
Alvorlighet	Risiko for funksjonstap, død, smerte, hast – konsekvenser ved utsettelse

Prioriteringsbeslutninger må følge helse- og omsorgstjenesteloven §4-1 (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011) som krever forsvarlighet og nødvendige tjenester.

Med prioriteringsveilederen får kommunene et juridisk og moralsk forsvarlig fundament for vanskelige beslutninger.

4. Prosjektets prosess og gjennomføring

4.1. Kommunedirektørens ansvar

Kommunedirektøren skal sørge for at saken utredes på en forsvarlig måte og at kommunestyret får et godt beslutningsgrunnlag. Utredningen skal synliggjøre konsekvenser, risiko og handlingsalternativer innenfor gjeldende lovverk og nasjonale føringer, jfr. kommunelovens §13 (Kommuneloven, 2018).

4.2. Arbeidsprosess

Prosjektet er organisert gjennom en styringsgruppe, en prosjektgruppe, referansegrupper og fire tverrfaglige arbeidsgrupper med relevant fagkompetanse. Som en del av prosjektarbeidet er det gjennomført to runder med folkemøter, og det er mottatt innspill fra innbyggere, ansatte, tillitsvalgte og politikere.

Arbeidsgruppenes rapporter er samlet i en foreløpig rapport som ble lagt fram for kommunestyret i juni 2026.

Kommunestyret tok rapporten til orientering og ba samtidig om at den tidligere vedtatte desentraliserte modellen blir tydeligere beskrevet i endelig rapport.

Videre er rapporten sendt på høring til Eldrerådet, TRU, lokalutvalgene og hovedtillitsvalgte i Fagforbundet, Sykepleierforbundet, Delta og Legeforeningen.

4.3. Slutføring av rapporten

For å ferdigstille rapporten er det etablert en ny arbeidsgruppe bestående av representanter fra prosjektgruppen, de tidligere arbeidsgruppene og også tillitsvalgte. Gruppen har hatt ansvar for å sammenstille innspillene og utarbeide en endelig rapport.

- Anne-Brit Greff, kommunalsjef HSO

- Hanne Skjefstad, rådgiver HSO
- Frida Bikset, fagleder Tildelingskontoret og leder for arbeidsgruppen tjenesteorganisering og struktur
- Benedicte Villmo, fagkonsulent sosiale tjenester og leder for arbeidsgruppen boligstrategi
- Janne Larsen, HTV Fagforbundet
- Hilde Einmo, HTV Delta
- Lisa Mathisen, HTV Sykepleierforbundet
- Kine Lynum, representant for Legeforeningen

4.4. Utredningsgrunnlag (kunnskapsgrunnlag)

Kunnskapsgrunnlaget for fremtidens helse- og omsorgstjenester viser at kommunen står overfor betydelige utfordringer knyttet til tilgang på personellressurser, demografisk utvikling og økt etterspørsel etter tjenester.

For å sikre bærekraftige tjenester må kommunen i større grad legge til rette for mestring, forebygging, rehabilitering og bruk av teknologi, samtidig som ressursene prioriteres til innbyggere med de mest omfattende behovene.

Utvikling av tjenestestruktur, boligtilbud og arbeidsformer må derfor baseres på fremtidige behov og en effektiv utnyttelse av tilgjengelige ressurser.

Kunnskapsgrunnlaget, som er vedlagt saken, beskriver utfordringsbildet og de sentrale forutsetningene for den videre utviklingen av helse- og omsorgstjenestene.

5. Grunnlag for endelig rapport

5.1. Folkemøter og informasjon

Som en del av prosjektet har kommunen gjennomført to runder med folkemøter i alle kretser. Informasjon om arbeidet har også vært tilgjengelig på kommunens nettsider og i Steinkjærringa.

Første runde med folkemøter tok utgangspunkt i analyser, befolkningsutvikling, nasjonale føringer og utfordringsbildet for Lurøy. Andre runde hadde fokus på mulige løsninger og innhenting av innspill fra innbyggerne gjennom gruppearbeid og dialog.

Innbyggere har i tillegg kunnet sende skriftlige innspill til arbeidsgruppene. Det kom flere henvendelser fra innbyggere.

5.1.1. Hovedfunn fra folkemøtene

Selv om det er ulike oppfatninger om hvordan framtidens tjenester bør organiseres, er hovedbildet tydelig.

Innbyggerne ønsker å kunne bo hjemme og i eget lokalsamfunn så lenge som mulig. De vil ha trygge og tilgjengelige tjenester med sterke fagmiljøer og god kvalitet. De fremhever viktigheten av gode

rekrutteringstiltak. Det er behov for støtte til pårørende og kommunene må vektlegge tydelig informasjon til innbyggerne.

Samtidig er det bred forståelse for at mangel på helsepersonell er en reell utfordring, og at dagens modell kan bli vanskelig å opprettholde fullt ut.

Et gjennomgående tema var balansen mellom nærhet og faglig bærekraft. Mange ønsker tjenester nær der folk bor, samtidig som flere ser behovet for å samle enkelte funksjoner for å sikre kompetanse, kvalitet og rekruttering.

Det var også stor enighet om at helsepersonell bør bruke mest mulig tid på helsefaglige oppgaver, mens oppgaver som praktisk bistand, renhold og mattjenester i større grad bør utføres av andre yrkesgrupper.

På møtene ble det uttrykt respekt og anerkjennelse for ansatte som hver dag utfører krevende oppgaver i tjenestene.

5.1.2. Anbefalinger fra folkemøtene

Rekruttering og kompetanse

- Styrke rekruttering gjennom gode turnusordninger, kompetanseutvikling, utdanningsstøtte og tilgang til bolig.
- Bygge sterke fagmiljøer som kan bidra til kvalitet og stabil bemanning.

Mestring og forebygging

- Gi innbyggerne tidlig veiledning om boligtilpasning og framtidige omsorgsbehov.
- Satse på forebygging, aktivitet, sosial deltakelse og velferdsteknologi.

Tjenestetilbud

- Sikre differensierte tilbud til eldre, personer med demens og personer med psykiske helse- og rusutfordringer.
- Styrke støtte og avlastning til pårørende.

Organisering

- Vurdere samling av enkelte tjenester når dette styrker kvalitet, kompetanse og rekruttering.
- Ivareta hensynet til nærhet og lokal tilhørighet ved framtidige strukturendringer.

5.2. Innspill fra en gruppe på Lovund

Gruppen på Lovund legger vekt på at tjenester nær hjemstedet gir trygghet, tilhørighet og livskvalitet.

Følgende tema går særlig igjen:

- Behov for å opprettholde omsorgstilbud i lokalsamfunnet.
- Ønske om flere døgnbemannede omsorgsboliger og økt kapasitet.
- Videreutvikling av lokale tilbud til personer med demens.
- Bekymring for konsekvensene av sentralisering for rekruttering, kompetanse og lokalsamfunn.
- Flere av innspillene etterlyser også at medvirkning og innbyggerinnspill får tydelig betydning i den videre prosessen.

5.3. Hovedfunn og anbefalte tiltak fra arbeidsgruppene

5.3.1. Boligstrategi

Lurøy kommune har i utgangspunktet en solid boligmasse. Av totalt 168 boenheter, er 94 boenheter disponert av helse, sosial og omsorgstjenesten. Boligmassen er per i dag ikke differensiert etter kartlagt behov og skaper derfor utfordringer.

Tidligere tildelingspraksis har ført til at brukere med lavt omsorgsbehov har fått tildelt bolig og blitt boende over mange år. Dette ble gjort i en tid da det var rom for å kunne gjøre det. I dag med økende antall eldre med hjelpebehov og press på tjenestene er en slik tildelingspraksis ikke bærekraftig.

På den andre siden er det erfart at enkelte brukere som over tid har fått store omsorgsbehov, blir boende i opprinnelig omsorgssenter i mangel på ledige plasser på høyeste omsorgsnivå (institusjon). Det er kun i institusjon det er sykepleierfaglig bemanning 24/7.

Dette fører blant annet til økt belastning på ansatte som ofte må ivareta brukere med komplekse pleie- og oppfølgingsbehov uten tilstrekkelig bemanning og kompetanse. Samtidig utfordres kvalitet og

likeverdighet i tjenesten, da mangel på institusjonsplasser hindrer flytting til riktig omsorgsnivå og reduserer muligheten for å tilby omsorgsboliger til nye brukere.

Eldre, og lite hensiktsmessige bygg medfører betydelig ressursbruk til vedlikehold, tilrettelegging og logistikk, mens spredte tjenester utfordrer både tverrfaglig samarbeid og effektiv drift.

Arbeidsgruppen anbefaler en gjennomgang av dagens boligmasse for å videreutvikle boligtilbudet. Det anbefales å øke antall institusjonsplasser, og etablere egnede boliger til de ulike målgruppene, i nær tilknytning til tjenestene. En viktig ressurs vil være å etablere en boligrådgivningsgruppe som et forebyggende tiltak for å støtte opp om omsorgs- og boligtrappen.

5.3.1.1. Anbefalte tiltak fra gruppen boligstrategi

- Øke antall institusjonsplasser, samlet på en lokasjon
- Etablere flere ubemannede omsorgsboliger
- Etablere boliger for vanskeligstilte
- Etablere boliger for de med utfordringer innen rus/psykiatri
- Utvide botilbudet for personer med nedsatt funksjonsevne på Sandmelan bofellesskap
- Omdisponere Åsmyra bofellesskap til ubemannede omsorgsboliger
- Etablere leie til eie
- Boliger bør plasseres i nær tilknytning til kompetanse
- Boliger bør tilpasses økt bruk av velferdsteknologi
- Etablere boligrådgivningsteam med ressurs fra boligsosial, teknisk etat og ergoterapeut

5.3.1.2. Boligtrapp

Boligtrappen må sees i sammenheng med omsorgstrappen som er basert på BEON-prinsippet (beste effektive omsorgsnivå). Det betyr at kommunen skal tilby en trinnvis opptrapping av pleie- og omsorgstjenester for den enkelte. Formålet med dette er at innbyggerne i Lurøy Kommune skal kunne bo hjemme lengst mulig, og at ingen skal bli fratatt oppgaver som de kan utføre selv.

Trinn 1 - Ordinær bolig med forebyggende tjenester	Trinn 2 - Tilpasset ordinær bolig med tjenester	Trinn 3 - Tilrettelagt bolig eller kommunal utleiebolig	Trinn 4 - Omsorgsbolig særlig tilrettelagt for heldøgns tjenester	Trinn 5 - Bofellesskap kognitiv svikt/ MTT	Trinn 6 - Institusjon
• Eiet eller leid bolig, egnet eller uegnet bolig • Uegnet bolig (bolig som kan tilpasses): • Boligrådgivning (kommunal tverrfaglig gruppe) • Husbanken • Kommunalt tilskudd til tilpasning, utredning og prosjektering • NAV hjelpemiddelsentra • Forebygging, informasjon, frivillighet og helsekompetans • Ingen eller minimale kommunale tjenester	• Eiet eller leid bolig, egnet bolig • Egnet bolig (bolig som er tilpasset): • Bruker kan bo hjemme med tjenester • Hjemmetjenester som hjemmesykepleie og praktisk bistand • Miljøarbeid / oppfølging	• Universelt utformede boliger • Bolig samlokalisert i nærheten av omsorgssentre (Klyngetun) • Tilpasset bolig med nærhet til tjenester • Individuell oppfølging • Ambulante tjenester • Mulighet for oppfølging (kan også være inne i omsorgssenter)	• Tilpasset bolig med nærhet til tjenester • Bemanning hele døgnet • Behov for tett oppfølging • Avlastning	• Kortidssplass rehabilitering • Sammensatt tjenesteoppfølging	Når bolig ikke gir tilstrekkelig trygghet eller forsvarlighet • Heldøgns pleie og omsorg • Medisinsk og døgnskuttet/bakvakt for sykepleiekompetans e. • Medisinsk/avansert pleie og behandling • Faste legetilsyn (legevisitt) • Rehabilitering

5.3.2. Rekruttering og kompetanse

Dersom kommunen framover skal møte økende krav til helse- og omsorgstjenester, og holde en bærekraftig drift, må det jobbes for mer stabile og sterke fagmiljøer, samtidig som bruken av vikarer og bemanningsbyråer må ned.

Arbeidsgruppen anbefaler at kommunen arbeider målrettet for å styrke rekruttering og kompetanseutvikling. Det innebærer blant annet å legge bedre til rette for fagbrev, videreutdanning og andre kompetansehevende tiltak. Samarbeidet med videregående skoler, fagskoler og universiteter bør styrkes, og kommunen bør investere i veiledningskompetanse og utvikling av gode praksisarenaer. Videre anbefaler arbeidsgruppen å organisere tjenestene slik at tilgjengelig kompetanse brukes på rett plass. Dette ved å aktivt arbeide med oppgavedeling og organisering internt i kommunen.

5.3.2.1. Anbefalte tiltak fra arbeidsgruppen rekruttering og kompetanse

- Se på organisering av tjenester, og vurdere sammenslåing av tjenester for bedre utnyttelse av kapasitet og styrket faglig kompetanse
- Satse på lærlinger, etablering av praksisplasser og samarbeid med skole- og utdanningsinstitusjoner
- Redusere vikarbruk
- Bedre bruk av velferdsteknologi og digitale verktøy
- Økt samarbeid med frivilligheten

5.3.3. Helsekompetanse

God helsekompetanse gjør innbyggerne bedre i stand til å ta vare på egen helse, forebygge sykdom og mestre hverdagen lengre. Med høy helsekompetanse økes egne forutsetninger for å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon, som igjen øker evnen til å kunne håndtere helseutfordringer når de oppstår. Digital helsekompetanse varierer kraftig og er viktig for å hjelpe innbyggerne med å kunne ta i bruk digitale løsninger og velferdsteknologi.

Ifølge folkehelseprofilen (Folkehelseinstituttet, 2026) har Lurøy kommune en høyere forekomst av flere kroniske sykdommer enn landsgjennomsnittet, herunder demens, KOLS, diabetes og kreft. Resultat av dette er økt sykdomsbyrde og økte behov for helse- og omsorgstjenester, og understreker behovet for å styrke det forebyggende arbeidet i kommunen.

Arbeidsgruppen anbefaler at kommunen satser på tydelig og lett tilgjengelig informasjon om helse, mestring og kommunale tjenester. Innbyggerne bør få bedre kunnskap om egen helse, framtidige omsorgsbehov og hvordan egen bolig kan tilrettelegges for alderdom og redusert funksjonsevne.

Som en del av arbeidet for å fremme fysisk og psykisk helse, og forebygge sykdom, foreslår arbeidsgruppen etablering av Frisklivssentral i kommunen. På den måten kan kommunen lettere samarbeide med frivilligheten, og jobbe helhetlig og målrettet med forebygging, veiledning og tilrettelegging av møteplasser og aktivitetstilbud. Forebyggende hjemmebesøk med fokus på forventningsavklaring, veiledning og hverdagsmestring bør også være en del av arbeidet med å øke helsekompetanse. Lykkes kommunen i dette arbeidet kan det på sikt bidra til bedre livskvalitet, større grad av mestring, og redusert behov for omfattende helse- og omsorgstjenester.

5.3.3.1. Anbefalte tiltak fra arbeidsgruppen helsekompetanse

- Tydelig, tilpasset og lett tilgjengelig informasjon til innbyggerne
- Forebygging og lavterskeltilbud
- Lavterskel psykisk helsehjelp
- Øke digital kompetanse
- Styrket samarbeid med frivilligheten og etablering av møteplasser
- Forebyggende hjemmebesøk
- Etablere frisklivssentral

5.3.4. Tjenesteorganisering og struktur

Lurøy kommune har i dag en tjenestemodell med helse- og omsorgstjenester i alle kretser. Modellen legger opp til og gir forventninger om at en kan bo i eget lokalsamfunn gjennom hele livsløpet. En slik struktur har stor verdi for innbyggerne, men organiseringen stiller også store krav til bemanning, kompetanse og logistikk. Det er krevende å rekruttere og opprettholde tilstrekkelig fagkompetanse på flere steder samtidig, og det er ikke mulig å tilby alle typer tjenester i alle kretser.

Arbeidsgruppen peker på flere utfordringer ved dagens organisering, og flere av disse er beskrevet under *Boligstrategi (kap. 4.3.1.)*. Arbeidsgruppen mener at dagens organisering gjør det vanskelig å møte framtidige behov. Når tilbud, brukere og kompetanse er spredt på flere lokasjoner, blir det utfordrende å bygge robuste fagmiljø og sikre god kvalitet. Dette gjelder særlig innen rehabilitering og

tjenester til personer med demens og kognitiv svikt. En større grad av spesialisering og samling av tilbud kan bidra til bedre kvalitet, mer fleksibel ressursbruk og mer bærekraftige tjenester i framtiden.

Utover selve boligstrukturen, er det videre behov for å se på ulike muligheter for å styrke lavterskel tjenester, innføring av velferdsteknologi, og å styrke tjenester i hjemmet. Økt innsats på aktivitetstilbud, avlastningsmuligheter og pårørendestøtte vil bli særlig viktig med tanke på utvikling og utfordringsbilde. Når det gjelder hjemmetjenesten, bør kommunen kunne levere tjenester i hjemmet både oftere, og i større omfang, slik at flere kan bo hjemme, lengre. Dette vil gi kommunen gevinster i et langsiktig perspektiv.

Samhandling og samarbeid på tvers er også viktig, både mellom kretser og mellom avdelinger internt i helse- og omsorgstjenesten. Dette vil være med å bidra til gode tjenester og mer målrettet oppfølging. For eksempel foreslår arbeidsgruppen en tettere organisering mellom Miljøterapi tjenesten og Psykisk helse tjeneste, samt teamarbeid og økt fokus på koordinering.

5.3.4.1. Anbefalte tiltak fra arbeidsgruppen tjenesteorganisering og struktur

- Øke antall sykehjemsplasser fra 13 til 20
- Etablere en korttidsavdeling med 6 plasser
- Øke avlastning til 3 avsatte plasser
- Flere ubemannede omsorgsboliger nært tilknyttet tjenesten i alle kretsene, redusere antall heldøgns omsorgsboliger
- Samorganisere omsorgstjenesten ved Konsvik og Aldersund til en samlet krets, og innføre sykepleierteam
- Samlokalisere legetjenesten på Onøy/ Lurøy med Lurøy Omsorgssenter, inkludert kontorer for ergoterapeut og fysioterapeut
- Ombygging av Sleneset Omsorgssenter, tilpasset for å ivareta brukergruppen med kognitiv svikt/ demens i HDO
- Styrke omsorgstjenesten på Lovund med mulighet for tettere oppfølging i hjemmet
- Utvide botilbudet for personer med nedsatt funksjonsevne på Sandmelan bofellesskap
- Omdisponere Åsmyra bofellesskap til ubemannede omsorgsboliger
- Etablere boliger for de med utfordringer innen rus/psykiatri
- Styrke hjemmetjenesten i hele kommunen ved ha mulighet for flere tilsyn og større omfang
- Mer samhandling og samarbeid på tvers av kretser og avdelinger
- Fortsatt tildeling med fokus på egenmestring (bruk av BEON-prinsippet og ny omsorgstrapp)
- Videreutvikle tjenester på lavt nivå i omsorgstrappen, særlig i forhold til aktivitet, forebygging og pårørendestøtte

5.3.4.2. Omsorgstrapp

Ny omsorgstrapp viser spesifikke tiltak fra egenmestring og forebygging, til høyeste omsorgsnivå, og viser til prinsippet om rett tjeneste, til rett tid. Tildeling av tjenester i Lurøy Kommune skal støtte selvstendighet og egenmestring i alle ledd.

Trinn 1 - egenmestring og forebygging (før tjenester)	Trinn 2 - Koordinering og tilrettelegging	Trinn 3 - Tjenester	Trinn 4 - Bolig	Trinn 5 - Sammensatt tjenesteoppfølging	Trinn 6 - Høyeste omsorgsnivå
- Egenomsorg - Informasjon/ rådgivning og veiledning - Privat multidose - Lavterskeltilbud/ forebygging psykisk helse tjeneste - Frivillighetsarbeid - Forebyggende hjemmebesøk - Planlegge for egen alderdom - Startlån/ tilskudd - utbedring hus - Felles gruppetrening - Turgrupper - TT-kort - Ledsagerbevis - Parkeringskort	- Koordinering - Familieteam - Råd/ veiledning/ opplæring - Velferdsteknologi - Digital Hjemme Oppfølging (DHO) - Dagaktivitet - Ergoterapi - Fysioterapi - Praktisk Bistand Opplæring (PBO) - Hverdags-rehabilitering - Rus og psykisk helse tjeneste	- Omsorgsbolig ordinær - Boliger for vanskeligstilte/ flyktninger - Trygghetsplass - Praktisk bistand - Hjemmesykepleie - Matombrining - Fritidskontakt - Pårørendestøtte	- Omsorgsbolig særlig tilrettelagt for heldøgns tjenester (HDO) - Bofellesskap Miljøterapi-tjenesten (MTT) - Brukerstyrt Personlig Assistent (BPA)	- Korttidsplass rehabilitering - Bofellesskap Kognitiv svikt	- Korttidsplass palliasjon - Øyeblikkelig hjelp døgn plass (ØHD) - Sykehjem

6. Fremtidens helse- og omsorgstjenester

6.1. Konsekvensutredning

Det er beskrevet tre scenarioer for framtidig utvikling av helse- og omsorgstjenestene i Lurøy. Scenarioene viser ulike grader av omstilling og ulike konsekvenser for økonomi, bemanning og tjenesteorganisering.

Uavhengig av beskrevne scenarier, står Lurøy kommune, som tidligere nevnt, foran en rekke utfordringer.

Den forventede mangelen på helsepersonell vil kunne medføre betydelige utfordringer for kommunens evne til å levere helse- og omsorgstjenester i tråd med kravene til faglig forsvarlighet. Økende etterspørsel etter tjenester, kombinert med begrenset tilgang på kvalifisert personell, kan også føre til økt belastning på ansatte og redusert kapasitet i tjenestene.

Dette vil på sikt påvirke kommunens evne til å tilby bærekraftige og faglig forsvarlige tjenester, til en voksende gruppe brukere med sammensatte behov.

Utfordringsbildet, sammen med kostnadsutviklingen og rapporterte funn, tilsier at endring er nødvendig. Spørsmålet er derfor ikke om dagens praksis skal videreføres, men hvilke tiltak som vil gi størst effekt når det gjelder ressursutnyttelse, tjenestekvalitet og evnen til å møte framtidens behov.

6.1.1. Scenarioene

6.1.1.1. Scenario 0 –konsekvenser ved videreføring av dagens modell

Scenario 0 beskriver hva som skjer dersom Lurøy kommune ikke gjennomfører endringer og nye tiltak, men fortsetter å drifte som før. Det vil si at man fortsetter å bygge ut med x antall heldøgnsbemannede boliger i alle kretsene.

Dersom kommunen viderefører dagens organisering og tjenestenivå med å bygge ut antall heldøgnsbemannede boliger, forventes et økende press på helse- og omsorgstjenestene.

Behov for årsverk i scenario 0:

- 22 flere årsverk i 2040 enn i 2025
- 42 flere årsverk i 2050 enn i 2025

Behovet øker dermed fra 79 årsverk i 2025 til 121 årsverk i 2050.

I kommunens egne dokumenter vises det til at mange av dagens ansatte i helse og omsorgstjenesten har relativ høy alder og det vil bli en høyere pensjonstakt fremover. Per i dag er 21 ansatte i HSO over 60 år. Dette utgjør 15,2% av totalt antall ansatte. Erfaring viser at flere ansatte ønsker å gå av ved 62 år (førtidspensjonering). I helse og omsorgsykker kan ansatte i direkte pasientarbeid gå av ved særaldersgrense 65 år. Mange benytter seg av det.

I tillegg kommer behovet for å erstatte ansatte som slutter av andre årsaker.

Videreføring av dagens modell medfører høyere driftskostnader, og kan gi økt belastning på ansatte, lengre ventetider og redusert kapasitet og dermed mindre økonomisk handlingsrom til forebyggende og helsefremmende arbeid.

Det er alltid en viss fare for at noen som får for mye hjelp, slutter å bruke egne ressurser og blir mer avhengig av hjelp enn det som er nødvendig. Samtidig vil flere heldøgnsbemannede boliger kreve mer stedlig bemanning som gir kostnadsvekst beskrevet nedenfor.

På sikt kan dette utfordre kommunens evne til å levere tjenester på dagens kvalitetsnivå innenfor tilgjengelige økonomiske og personellmessige rammer.

Driftskostnader:

Ved videreføring av dagens modell stipuleres en kostnadsvekst fra 94,5 millioner i 2025 til 130 millioner i 2050. En økning med 35,5 millioner.

Scenario 0 innebærer i praksis at kommunen møter framtidens utfordringer med dagens organisering. Dette vurderes ikke som en bærekraftig løsning på lang sikt.

6.1.1.2. Scenario 1 – konsekvenser ved gradvis omstilling

Scenario 1 bygger på dagens struktur, men med tiltak som skal utnytte ressursene bedre.

Hovedgrep:

- Boligmassen utnyttes mer effektivt ved at flere tjenester gis i brukernes hjem. Demografiendringene håndteres uten investering i nye omsorgsboliger, og antallet boliger til pleie- og omsorgsformål holdes konstant mot 2040 og 2050
- Styrke hjemmetjenesten i hele kommunen ved å ha mulighet for flere tilsyn og større omfang
- Økt bruk av teknologi
- Øke forebygging og lavterskeltilbud blant annet gjennom etablering av Frisklivssentral.
- Tettere samarbeid mellom tjenestene og bedre utnyttelse av kompetanse og personell, særlig med fokus på oppgavedeling.
- Samle tjenester i sterkere fagmiljø, blant annet samle spisskompetanse på demens på Sleneset.
- Generelt videreutvikle tjenester på lavt nivå i omsorgstrappen

Dette gir kommunen et handlingsrom i en tid der tilgangen på arbeidskraft forventes å være redusert.

Behovet for årsverk:

Behovet reduseres sammenlignet med videreføring av dagens modell, særlig i årene frem mot 2050. Når tjenester i større grad kan ytes i hjemmet, vil arbeidsstyrken kunne omdisponere arbeidsoppgaver. Det handler ikke om store kutt i bemanningen, men om at den samme arbeidsstyrken kan bistå flere brukere når tjenestene i større grad ytes i hjemmet.

I scenario 1, vil personellbehovene være:

- 14 flere årsverk i 2040 enn i 2025
- 27 flere årsverk i 2050 enn i 2025

Dette gir et visst handlingsrom i en tid der det forventes knapphet på arbeidskraft. Dette kan bidra til å dempe rekrutteringspresset.

Scenario 1 innebærer en dreining mot mer fleksible og brukerrettede tjenester, der innsatsen rettes mot personer som bor i eget hjem, i stedet for å utvide antall døgnbemannede tjenester.

Driftskostnader:

Scenario 1 vil kunne dempe kostnadsveksten opp mot 23 millioner kroner frem mot 2050 sammenlignet med scenario 0. Fra 94,44 millioner i 2025 til 107,18 millioner i 2050.

Scenario 1 forutsetter en moderat omstillingsprosess med smartere organisering som krever god planlegging. Samtidig videreføres hovedtrekkene i dagens struktur.

6.1.1.3. Scenario 2 – konsekvenser ved større strukturelle endringer

Scenario 2 innebærer mer omfattende organisatoriske grep for å møte framtidig mangel på helsepersonell.

Hovedgrep

- Korttidsplasser samles på en lokasjon
- Økning av institusjonsplasser
- Antall heldøgns bemannede boliger reduseres, og boliger og nye boliger samles tettere rundt personalbaser med tilgang til hjelp etter behov
- Ressurser flyttes fra boligbemanning til forebygging, lavterskel tjenester, styrking av korttidsplasser- og hjemmetjenester

Behov for årsverk:

I scenario 2 vil personellbehovene være:

- 11 flere årsverk i 2040 enn i 2025
- 21 flere årsverk i 2050 enn i 2025

Noe av reduksjonen i årsverk går til å bemanne opp korttidsplassene, som kan være mer arbeidskraftintensive enn HDO og behandle mer spesialiserte eller krevende pasienter.

Driftskostnader:

94,44 millioner i 2025 til 102,71 millioner i 2050.

Scenarioet gir størst effekt på ressursbruk og kan redusere kostnadsveksten med om lag 27 millioner kroner fram mot 2050 sammenlignet med scenario 0.

Scenario 2 innebærer et tydeligere strukturelt grep for å redusere samlet boligkapasitet gjennom en større konsentrasjon av tilbudene. Scenario 2 gir størst gevinst når det gjelder ressursutnyttelse, rekruttering og økonomisk bærekraft. Tjenestene organiseres i større grad rundt brukernes behov, med større variasjon i boformer og tjenestenivå.

Scenario 2 vil være det scenarioet som får størst konsekvens for dagens struktur og opplevd nærhet til tjenestene.

6.1.1.4. Sammenligningstabell

	Scenario 0	Scenario 1	Scenario 2
Omstilling	Ingen / liten	Moderat	Stor
Personellbehov	Høyt	Lavere	Lavest
	<u>2050</u>	<u>2050</u>	<u>2050</u>
2025: 79 stillinger	121	106	100
Kostnadsutvikling	Høyest	Lavere	Lavest
	<u>2050</u>	<u>2050</u>	<u>2050</u>
2025: 94,4 millioner	130	107,18	102,71
Nærhet til tjenester	Som i dag	I hovedsak som i dag	Kan endres
Bærekraft på lang sikt	Lav	Middels	Høy

7. Gevinstrealisering

Gevinster som realiseres gjennom teknologi, nye arbeidsformer og alternative tjenesteløsninger skal i hovedsak benyttes til å møte veksten i tjenestebehov og styrke den samlede bærekraften i helse- og omsorgstjenestene. Frigjorte ressurser skal omdisponeres til oppgaver som krever fagkompetanse, nærhet til bruker og individuell oppfølging.

Når oppgaver kan løses på nye måter, reduseres behovet for tids- og personellkrevende tjenester uten at kvalitet eller forsvarlighet svekkes. Dette skaper handlingsrom til å omdisponere personellressurser til brukere med mer omfattende og komplekse behov, samt til lovpålagte oppgaver som krever helse- og omsorgsfaglig kompetanse.

I en situasjon med økende etterspørsel etter tjenester og begrenset tilgang på kvalifisert arbeidskraft vil gevinstrealisering være avgjørende for å opprettholde et forsvarlig tjenestetilbud.

Omlegging av tjenestestrukturen må derfor ses i sammenheng med en systematisk gevinstrealisering. Frigjorte ressurser skal bidra til å styrke kapasiteten innen prioriterte områder, redusere sårbarhet i tjenestene og legge til rette for at kommunen kan møte fremtidige behov innenfor tilgjengelige rammer.

Gevinstrealiseringen innebærer derfor ikke nødvendigvis reduksjon i antall årsverk, men en bedre utnyttelse av tilgjengelig arbeidskraft i en situasjon hvor tilgang på helsepersonell er en av kommunens største utfordringer.

7.1. Gevinstrealisering på ulike nivå

Kommunen må fremover balansere hensynet til nærhet og tilgjengelighet med behovet for kvalitet, kompetanse og bærekraftige tjenester. Tiltak som sikrer riktig bruk av boliger, styrker forebygging, velferdsteknologi og kompetanse, vil gi bedre tjenester og mer effektiv ressursbruk. Dette legger til rette for økt egenmestring og et lavere tjenestebehov hos innbyggerne.

7.1.1. Korttidsplasser og rehabilitering

Korttidsopphold er tidsavgrensede opphold som gis ut fra brukerens behov og formålet med oppholdet. Varigheten kan variere fra noen dager til flere uker, særlig ved rehabilitering, opptrening etter sykdom eller i tiden etter et sykehusopphold.

Ved å samle kommunens korttidsplasser i én avdeling kan kommunen oppnå flere fordeler. En samlet organisering gir bedre logistikk og kan bidra til færre overliggerdøgn på sykehus. Samtidig samles kompetanse og ressurser, noe som styrker mulighetene for tverrfaglig oppfølging, rehabilitering og medisinsk behandling.

For enkelte brukere og pårørende kan en slik løsning innebære lengre reisevei og mindre nærhet i oppholdsperioden. Til gjengjeld kan brukerne få et mer helhetlig og spesialisert tilbud, med tett oppfølging og bedre forutsetninger for å gjenvinne funksjon og mestre hverdagen ved hjemreise. Dette kan bidra til raskere rehabilitering, kortere opphold og økt sannsynlighet for at den enkelte kan bo hjemme lenger.

Mange av de samme vurderingene gjelder også for langtidsplasser i institusjon. Beboere på langtids plass har ofte sammensatte sykdomsbilder, omfattende omsorgsbehov og behov for tett helsefaglig og medisinsk oppfølging. Når disse plassene er samlet i én avdeling, legges det til rette for høy faglig kvalitet, bedre tilgang på spesialisert kompetanse, mer effektiv utnyttelse av bemanning og ressurser samt økt pasientsikkerhet.

7.1.2. Avlastnings- og trygghetsplass

Trygghetsplassen kan benyttes en kortere periode for hjemmeboende eldre, eksempelvis etter fall uten behov for sykehusinnleggelse, ved lettere forvirringstilstander eller ved midlertidig funksjonsnedsettelse som følge av banale infeksjoner. Tilbudet gir mulighet for observasjon, trygghet og nødvendig støtte i en avgrenset periode, slik at brukeren kan gjenvinne funksjon og returnere til eget hjem.

Ordningen vil være et viktig virkemiddel for å nå målet om at eldre skal kunne bo trygt hjemme så lenge som mulig. En trygghetsplass kan forebygge unødvendige sykehusinnleggelser og redusere behovet for opphold lengre opp i omsorgstrappen. Samtidig vil oppholdet bidra til å bevare den enkeltes funksjonsnivå, selvstendighet og mestringsevne.

I motsetning til kommunale akutte døgnplasser (øhd) og rehabiliteringsplasser krever ikke trygghetsplassen økt medisinsk eller rehabiliteringsfaglig kompetanse. Tilbudet kan driftes innenfor eksisterende rammer ved bruk av personell i allerede heldøgnsbemannede omsorgsboliger.

Det kan etableres tydelige kriterier for bruk, herunder målgruppe og maksimal oppholdstid, noe som sikrer et forutsigbart og håndterbart tilbud.

Kommunens geografi, med øysamfunn, lange avstander og transportutfordringer, gjør lokale trygghetsplasser særlig viktige. Etablering av trygghetsplass vurderes derfor som et målrettet og kostnadseffektivt tiltak.

Ved å etablere avlastning- og trygghetsplass i alle kretser, styrkes kommunens samlede helse- og omsorgstjeneste, det ivaretar det økte behovet for avlastningsplasser og reduserer behovet for innleggelser i institusjon eller sykehus.

Ordningen vil være et viktig virkemiddel for å nå målet om at eldre skal kunne bo trygt hjemme så lenge som mulig. Samtidig som at oppholdet bidrar til å bevare den enkeltes funksjonsnivå, selvstendighet og mestringsevne.

7.1.3. Hjemmetjenester

For brukere som mottar bistand i eget hjem eller bor i omsorgsboliger, vil hensynet til nærhet til lokalmiljøet ofte veie tyngre. Disse tjenestene har som mål å understøtte mestring, selvstendighet og deltakelse i hverdagslivet. Nærhet til familie, nettverk, aktivitetstilbud, butikker og kjente omgivelser bidrar til å opprettholde sosial tilhørighet og livskvalitet. En desentralisert struktur for slike tjenester kan derfor være viktig for å oppnå målet om at innbyggerne skal kunne leve aktive og selvstendige liv i sitt eget nærmiljø så lenge som mulig.

Tiltak med fokus på lavterskel, aktivitet, tilgjengelighet og forebygging har som mål å støtte selvstendighet, og bidra til at kommunen sine innbyggere kan bo hjemme lengre. Dette vil gi kommunen gevinster i et langsiktig perspektiv.

7.1.4. Velferdsteknologiske løsninger

Videre vil innføring og videreutvikling av tiltak som multidose, velferdsteknologiske løsninger og matombringing bidra til å frigjøre personellressurser i helse- og omsorgstjenestene. Gevinstene realiseres ved at arbeidsoppgaver som tidligere krevde betydelig tidsbruk fra helsepersonell, kan utføres mer effektivt eller delvis erstattes av teknologiske løsninger. Enkelte løsninger innenfor velferdsteknologi vil også kunne gi bedre mulighet for samhandling på tvers av avdelinger og enheter, og på den måten kan en bedre utnytte kompetansen i hele kommunen. Et eksempel på dette er videotilsyn.

Velferdsteknologiske løsninger som digitale trygghetsalarmer, elektroniske medisindispensere, sensorteknologi og digital hjemmeoppfølging bidrar til økt mestring og trygghet for brukerne, samtidig som behovet for enkelte fysiske besøk kan reduseres. Slike løsninger kan også bidra til økt pasient- og brukersikkerhet, med færre avvik i tjenesteutøvingen.

Dette gir en mer målrettet bruk av personellressursene og bidrar til at ansatte kan frigjøre tid til oppfølging av brukere med størst tjenestebehov.

Kommunen har allerede i deler av tjenesten innført multidose, som i seg selv gir store gevinster når det gjelder oppgavedeling og tidsbruk. Medisinene leveres nå ferdig dosert fra apotek, som gir ansatte mer tid til oppfølging, observasjon og helsefaglige oppgaver som krever kompetanse og tilstedeværelse.

Kommunen har behov for velferdsteknologiske løsninger som forebygger, fanger opp forverringar og lar brukere være hjemme. Bruk av medisindispensere vil bidra til bedre legemiddelsikkerhet, økt trygghet og større egenmestring for brukerne. Medisindispenser gir også økt trygghet for brukere som bor langt unna tjenestebase.

Samtidig kan behovet for hjemmebesøk reduseres, noe som gir en mer effektiv ressursutnyttelse og gjør det mulig for flere å bo hjemme lenger.

Pr. i dag har kommunen, sett som helhet, ca. 60 hjemmeboende mottakere av hjemmesykepleie. Hovedtyngden av disse har oppfølging med utlevering av medisin i hjemmet. Noen har daglig

utlevering, andre ukentlig eller hver måned. Dersom halvparten av disse får utlevert medisindispenser, kan tjenesten redusere antall hjemmebesøk tilknyttet medisintutlevering opp mot 50 %.

7.1.5. Oppgavedeling

Tjenester som måltidslevering, renhold og praktisk bistand krever i begrenset grad helsefaglig kompetanse. En alternativ organisering av disse tjenestene kan bidra til bedre oppgavedeling og mer målrettet bruk av fagressurser. Særlig innen matombringning er det et betydelig gevinstpotensial. Dagens ordning binder store personalressurser til matproduksjon og levering, ca. 9 årsverk, mens en omorganisering kan frigjøre årsverk og mer tid til direkte brukerrettet arbeid i helse- og omsorgstjenestene.

Kommunen bør prioritere tiltak som er realistiske, løser vesentlige behov i tjenesten, og som har dokumenterbar gevinst. Gevinstrealisering er mer enn bare økonomi, det er spart tid, bedre kvalitet, mindre risiko og unngått kostnadsvekst.

8. Administrasjonens samlede anbefalinger

8.1. Innledning

Administrasjonens anbefalinger bygger på rapportens kunnskapsgrunnlag, innspill fra folkemøter, skriftlige innspill fra innbyggere og tillitsvalgte samt anbefalingene fra arbeidsgruppene. Den tidligere vedtatte desentraliserte modellen er også lagt til grunn for vurderingene.

Anbefalingene må ses som en samlet retning for utviklingen av helse- og omsorgstjenestene i Lurøy kommune.

Kunnskapsgrunnlaget viser at økt tjenestebehov og knappere tilgang på kvalifisert arbeidskraft gjør omstilling nødvendig.

Administrasjonen anbefaler at kommunestyret legger scenario 2 til grunn som langsiktig utviklingsretning for helse- og omsorgstjenestene i Lurøy kommune. Scenario 2 vurderes å gi størst effekt når det gjelder bærekraft, rekruttering, kvalitet og ressursutnyttelse. Samtidig anbefales det at gjennomføringen skjer gradvis over tid og tilpasses kommunens handlingsrom.

Utgangspunktet er fortsatt en desentralisert tjenestemodell, men nærhet må balanseres mot kravene til faglig forsvarlighet, tilgjengelig kompetanse og bærekraft.

Flere av tiltakene kan gjennomføres administrativt innenfor eksisterende fullmakter gjennom ordinær drift, utviklingsarbeid og framtidige handlings- og økonomiplaner. Tiltak som krever investeringer eller vesentlige endringer i tjenestestrukturen, vil bli lagt fram som egne saker for kommunestyret.

8.2. Tiltak som administrasjonen kan iverksette uavhengig av scenario

Rekruttering og kompetanse

- Styrke satsingen på lærlinger, praksisplasser og samarbeid med utdanningsinstitusjoner.
- Arbeide systematisk for å redusere bruk av bemanningsbyråer og korttidsvikarer.

- Jobbe målrettet med å rekruttere og beholde i henhold til plan for rekruttering og kompetanse.
- Kompetanseutvikling.
- Videreføre arbeidet med oppgavedeling og riktig bruk av kompetanse.

Forebygging og helsekompetanse

- Videreføre og videreutvikle forebyggende hjemmebesøk.
- Utvikle lett tilgjengelig informasjon til innbyggerne.
- Øke digital helsekompetanse i befolkningen.
- Styrke samarbeid med frivilligheten.
- Videreutvikle aktivitetstilbud, møteplasser og pårørendestøtte.
- Etablere boligrådgivningsteam

Velferdsteknologi og arbeidsformer

- Systematisk innføring av velferdsteknologiske løsninger.
- Økt bruk av digitale verktøy og digital hjemmeoppfølging.
- Videreutvikle multidose og medisindispensere.
- Vurdere nye løsninger for renhold, praktisk bistand og måltidstjenester.

Organisering og samhandling

- Styrke samhandling mellom kretser og fagområder.
- Videreføre BEON-prinsippet og omsorgstrappen som grunnlag for tildeling av tjenester.
- Utvikle sykepleierteam og mer fleksibel bruk av fagressurser.
- Styrke hjemmetjenestens kapasitet og omfang.
- Boligrådgivning og bedre utnyttelse av eksisterende boligmasse

8.3. Tiltak som krever politiske beslutninger eller investeringer

Kommunen står overfor et valg mellom 3 alternativer for videre drift av helse og omsorgstjenester.

8.3.1. Scenario 0

Driften fortsetter som før der en øker antallet heldøgns omsorgstjenester og øker stillinger i takt med eldrebølgen, uten hensyn til rekrutteringsutfordringene og redusert tilgang på helsepersonell.

8.3.2. Scenario 1

Bygger på dagens struktur, men med tiltak som skal utnytte ressursene bedre.

Tiltak:

- Boligmassen utnyttes mer effektivt ved at flere tjenester gis i brukernes hjem.
Demografiendringene håndteres uten investering i nye omsorgsboliger, og antallet boliger til pleie- og omsorgsformål holdes konstant mot 2040 og 2050
- Styrke hjemmetjenesten i hele kommunen ved å ha mulighet for flere tilsyn og større omfang
- Økt bruk av teknologi
- Øke forebygging og lavterskeltilbud blant annet gjennom etablering av Frisklivssentral.
- Tettere samarbeid mellom tjenestene og bedre utnyttelse av kompetanse og personell, særlig med fokus på oppgavedeling.
- Samle tjenester i sterkere fagmiljø, blant annet samle spisskompetanse på demens på Sleneset.
- Generelt videreutvikle tjenester på lavt nivå i omsorgstrappen

8.3.3. Scenario 2

Innebærer mer omfattende organisatoriske grep for å møte framtidige mangel på helsepersonell. Scenario 2 bygger på scenario 1, men i tillegg må det investeres i nye omsorgsbygg, og følgende punkt kommer i tillegg til scenario 1:

Tiltak i prioritert rekkefølge:

- Øke korttids /rehabiliteringsplasser til 4 plasser, og samle disse på en lokasjon på Lurøy fastland eller i tilknytning til Lurøy omsorgssenter avhengig av bygningsmessige muligheter
- Økning av institusjonskapasiteten ved Lurøy omsorgssenter fra dagens 13 plasser til totalt 20 plasser samlet på én lokasjon, primært rettet mot personer med langtkommet demenssykdom
- Videreføring av øyeblikkelig hjelp døgnplass (ØHD-plass) ved Lurøy omsorgssenter
- Utbygging av 4 omsorgsboliger i tilknytning til Lovund omsorgssenter, der behov for helse- og omsorgstjenester skal være førende for utforming og bruk av boligene.
- Samorganisering av omsorgstjenesten Lurøy fastland ved at et omsorgssenter omgjøres til ubemannede omsorgsboliger med hjemmesykepleiebase
- Etablering av avlastnings- og trygghetsplasser i alle kretser
- Utbygging av Sandmelan bofellesskap slik at miljøterapi-tjenesten samles på én lokasjon, samtidig som Åsmyra bofellesskap omgjøres til ubemannede omsorgsboliger med tilgang til hjemmetjenester
- Utbygging av boliger for psykisk helse og rus i geografisk nærhet til miljøterapi-tjenesten
- Ombygging av Sleneset omsorgssenter for å kunne tilpasse tilbudet til personer med kognitiv svikt. Dette må utredes nærmere

I dette scenario vil antall heldøgns bemannede boliger reduseres, og boliger samles tettere rundt personalbaser med tilgang til hjelp etter vurdert behov. Dette gir mulighet for flere trinn i boligtrappen – noe som igjen vil bidra til mer riktig ressursutnyttelse. Den enkelte får ikke mer hjelp enn den faktisk trenger og de som trenger det mest blir forbeholdt boliger høyere opp i boligtrappa.

Ressurser flyttes fra boligbemanning til forebygging, lavterskel tjenester, styrking av korttidsplasser- og hjemmetjenester.

8.4 Konsekvenser dersom tiltakene ikke gjennomføres

Dersom kommunen ikke gjennomfører nødvendige omstillingstiltak, vil konsekvensene først og fremst være knyttet til mangel på kvalifisert personell. Økt avhengighet av bemanningsbyråer og vikarer kan føre til høyere kostnader, større sårbarhet i tjenestene, utfordringer med kontinuitet og redusert kvalitet for tjenestemottakerne.

Kommunen risikerer også økte utfordringer med å ivareta kravene til faglig forsvarlighet, særlig innen områder som krever spesialisert kompetanse og døgkontinuerlig bemanning.

Uten økt satsing på forebygging, helsekompetanse og velferdsteknologi vil behovet for helse- og omsorgstjenester øke raskere enn tilgangen på arbeidskraft. Dette vil begrense kommunens

handlingsrom og gjøre det vanskeligere å møte framtidens behov innenfor tilgjengelige økonomiske og personellmessige rammer.

Manglende omstilling kan også føre til at flere innbyggere utvikler behov for omfattende tjenester tidligere enn nødvendig. Dersom kommunen ikke lykkes med å styrke forebygging, rehabilitering, egenmestring og støtte til pårørende, vil flere kunne få behov for heldøgns omsorg og institusjonsplass tidligere i sykdomsforløpet.

Videre kan manglende tilpasning av tjenestestrukturen bidra til at knapp kompetanse spres på for mange lokasjoner. Dette kan gjøre det vanskeligere å opprettholde robuste fagmiljøer, sikre nødvendig fagutvikling og rekruttere kvalifisert personell til tjenestene.

For ansatte kan konsekvensen bli økt arbeidsbelastning, flere ubesatte vakter og større risiko for sykefravær og turnover. Dette kan igjen forsterke rekrutteringsutfordringene og skape en negativ utvikling i tjenestene.

Kommunen kan også få mindre kapasitet til rehabilitering, forebyggende arbeid og tidlig innsats, fordi stadig flere ressurser må brukes til å håndtere akutte og omfattende hjelpebehov. Dette kan redusere muligheten til å realisere gevinster som ellers kunne bidratt til økt bærekraft i tjenestene.

På lengre sikt kan konsekvensen være at kommunen får mindre handlingsrom til å utvikle tjenestene i tråd med innbyggernes behov og nasjonale føringer. Risikoen øker for at kommunen i større grad må gjennomføre tiltak som er styrt av akutte kapasitetsutfordringer fremfor planlagte og strategiske valg.

Rapporten bygger på kommunens egne erfaringer, innspill fra innbyggere og ansatte, arbeidsgruppens vurderinger, nasjonale føringer og tilgjengelig kunnskapsgrunnlag. Dersom de utfordringene som beskrives i rapporten ikke tas tilstrekkelig hensyn til, er det en risiko for at nødvendige omstillingstiltak utsettes eller uteblir. Dette kan redusere kommunens mulighet til å planlegge utviklingen av tjenestene på en langsiktig og kontrollert måte.

Valg av omstilling nå gir kommunen mulighet til å styre utviklingen selv, mens manglende omstilling øker risikoen for at endringer senere må gjennomføres som krisetiltak.

9. Konklusjon

Lurøy kommune står overfor en utvikling der behovet for helse- og omsorgstjenester øker samtidig som tilgangen på kvalifisert arbeidskraft blir knappere. Dette gjør det nødvendig å utvikle tjenestene slik at tilgjengelige ressurser brukes der de gir størst effekt for innbyggerne.

Rapporten viser at framtidens helse- og omsorgstjenester må bygge på en kombinasjon av nærhet og lokal tilstedeværelse der dette er mulig, og samling av enkelte tjenester der dette er nødvendig for å sikre kvalitet, kompetanse og bærekraft. Grunnlaget for denne utviklingen vil være sterkere hjemmetjenester, forebygging og egenmestring, bedre oppgavedeling, økt bruk av velferdsteknologi, robuste fagmiljøer og økning i institusjonsplasser, for å kunne ivareta de med størst omsorgsbehov slik at kommunens samlede helse- og omsorgstjenester også i framtiden kan tilby forsvarlige, bærekraftige og kvalitativt gode tjenester til innbyggerne.

Omstillingen må skje gradvis og innenfor kravene til faglig forsvarlighet.

Målet er at Lurøy kommune også i framtiden skal kunne tilby trygge, forsvarlige og gode helse- og omsorgstjenester, med tilgjengelige personellressurser som den viktigste premissen for hvordan tjenestene organiseres.

Dersom kommunen skal lykkes med å tilby gode helse- og omsorgstjenester også i framtiden, må utviklingen av tjenestene skje med utgangspunkt i tilgjengelig arbeidskraft. Administrasjonen vurderer derfor omstilling, styrking av hjemmetjenester og mer målrettet bruk av kompetanse som nødvendige grep for å sikre bærekraftige tjenester i Lurøy kommune.

LITTERATURLISTE

Agenda Kaupang (2025). *Fremtidens helse- og omsorgstjenester: Et kunnskapsgrunnlag*.

Helsedirektoratet (2025). *Nasjonal veileder for prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester*.
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringer-i-kommunale-helse-og-omsorgstjenester>

Helse- og omsorgsdepartementet (2026). *NOU 2026: 6. Den nye velferdskommunen*.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2026-6/id3162501/>

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) (2011).
Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) (2018). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-22-83>

Folkehelseinstituttet (2026). *Folkehelseprofil for Lurøy 2026*. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/forebygging-og-levevaner/folkehelsestatistikk-og-profiler/last-ned-folkehelseprofil-eller-oppvekstprofil>

VEDLEGG

Utredningsgrunnlag

Arbeidsgruppens rapporter

Innspill fra folkemøtene

Innspill fra gruppe på Lovund

Saksprotokoll høringsutkast eldrerådet