

102021003 - Åpen

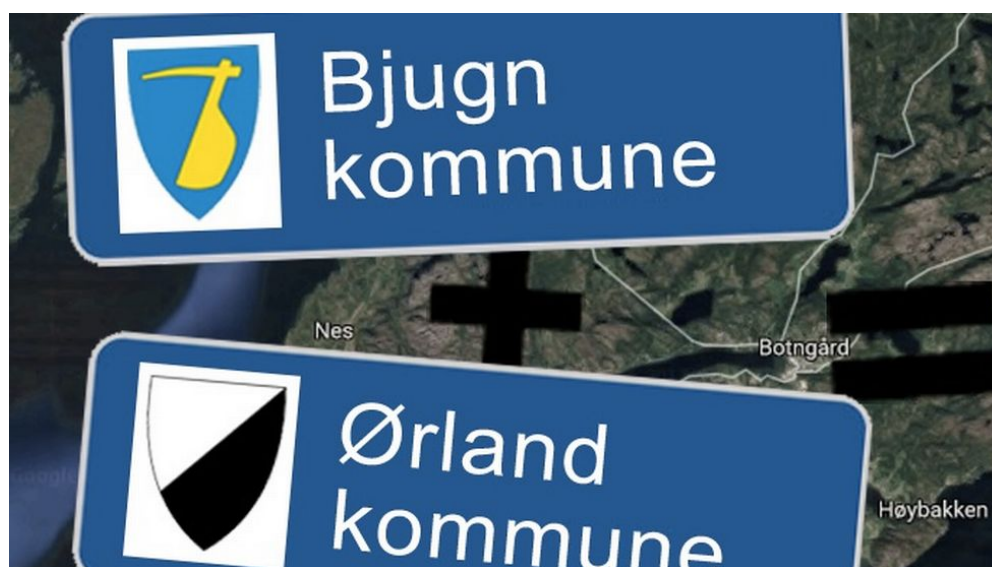
Rapport

Analyse av nye Ørland kommunes behov for helsetjenester til befolkningen

Forfatter(e)

Tarald Rohde

Kjartan Sarheim Anthun



Rapport

Analyse av nye Ørland kommunes behov for helsetjenester til befolkningen

EMNEORD:Helse- og omsorg
Sykehus
Kommune**VERSJON**

1,0

DATO

2019-10-10

FORFATTER(E)Tarald Rohde
Kjartan Sarheim Anthun**OPPDRAAGSGIVER**

WSP

OPPDRAAGSGIVERS REF.

Milda Lunde Stene

PROSJEKTNR

102021003

ANTALL SIDER:

32

SAMMENDRAG

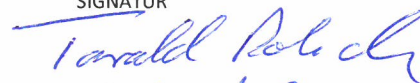
Ørland kommune har, som en del av prosjektet Framtidens helsebygg i nye Ørland kommune, bedt WSP om å utarbeide en analyse av behovet for helsetjenester til befolkningen i nye Ørland kommune. Kommunen vil bestå av dagens Ørland kommune og Bjugn kommune.

SINTEF Digital er underleverandør til WSP og skal levere en selvstendig analyserapport.

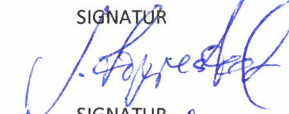
Rapporten viser at en stadig eldre befolkning vil kreve vesentlig flere årsverk i helse- og omsorgstjenesten framover. Den viser også til at antallet brukere som er 66 år og yngre utgjør en stor del av de som mottar tjenester. For denne gruppen er det ønsket nivå for tjenester som vil avgjøre, mer enn befolkningsutviklingen. Det vises hvordan kommunen kan påvirke behovet for tjenester gjennom god planlegging av hvordan innbyggerne bor og lever før de kommer i en alder der kommunale tjenester blir nødvendige. Rapporten drøfter mulighetene innføring av velferdsteknologi gir og påpeker at det vanskeligste på dette området er å innpasse tilgjengelig teknologi i den daglige virksomheten. Rapporten konkluderer med anbefalinger på åtte områder.

UTARBEIDET AV

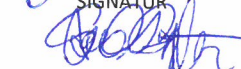
Tarald Rohde, seniorrådgiver

SIGNATUR**KONTROLLERT AV**

Jan Lippestad, seniorrådgiver

SIGNATUR**GODKJENT AV**

Stine Hellum Braathen, forskningsleder

SIGNATUR**RAPPORTNR**

102021003

ISBN

ISBN-nummer

GRADERING

Åpen

GRADERING DENNE SIDE

Åpen

Innholdsfortegnelse

1	Bakgrunn.....	4
2	Om rapporten	4
3	Særtrekk ved Ørland og Bjugn som skal utgjøre nye Ørland kommune.....	4
3.1	Bosettingsmønsteret.....	4
3.2	Helse- og omsorgstjenesten inklusive fastleger og legevakt	6
3.3	Bruk av helseforetak for pasienter fra Bjugn og Ørland	15
4	Hva skal til for å opprettholde dagens tjenestenivå?.....	20
5	Hva er utfordringer og muligheter fram mot 2040?.....	24
5.1	Befolkningens helsetilstand	24
5.2	Utviklingen av demens.....	25
5.3	Boforhold og boform	27
5.4	Velferdsteknologi	29
6	Konklusjon	30
A	Referanser.....	31

1 Bakgrunn

Ørland kommune har, som en del av prosjektet *Framtidens helsebygg i nye Ørland kommune*, bedt WSP om å utarbeide en analyse av behovet for helsetjenester til befolkningen i nye Ørland kommune. Kommunen vil bestå av dagens Ørland kommune og Bjugn kommune.

SINTEF Digital er underleverandør til WSP og skal levere en selvstendig analyserapport.

Analysen skal benyttes som et grunnlag for å avklare dimensjoneringen av de tjenester som skal inn i det planlagte Helsebygget og til planlegging av nye Ørland kommunes framtidige helse- og omsorgstjenester. Analysen skal også vise befolkningens bruk av spesialisthelsetjenester i dag, og gi et bilde av hvordan behovet for disse vil kunne bli i framtida, fram mot 2040.

2 Om rapporten

Rapporten bygger på KOSTRA-tall som kommunene har sendt inn og som er presentert på hjemmesidene til Statistisk sentralbyrå, samt data fra Norsk Pasientregister (NPR). Data er supplert med informasjon fra kommunenes egne hjemmesider og informasjon sendt fra de to kommunene etter forespørsel fra SINTEF. Data for Fosen Helse IKS bygger på institusjonens årsberetning for 2018. I den dekkes også virksomheten til legevakta, spesialisthelsetjenesten og virksomheten til sengeposten som drives i samarbeid med St. Olavs Hospital HF.

Rapporten (kapittel 3) starter med en beskrivelse av forskjeller mellom Ørlandet og Bjugn som kan påvirke hvordan helse- og omsorgstjenester må formes. Deretter beskrives tjenestene som ytes av de to kommunene i dag, med så nye tall som det har vært mulig å framskaffe.

I kapittel 4 foretas en rent mekanisk framskriving av dagens tjenester som viser hva tilbudet må være når det tas hensyn til befolkningsendringene fram til og med 2040, hvis det skal gis de samme tjenester som i dag.

I kapittel 5 drøftes hvilke andre utfordringer og muligheter den nye kommunen vil ha i tiårene som kommer. Her diskuteres hva vi vet om utviklingen i helsetilstanden, ut over det som følger av demografiske endringer og hvordan boforhold og velferdsteknologi kan påvirke framtidige behov for kommunale tjenester.

Kapittel 6 gir en konklusjon med anbefalinger for hva som kan gjøres i tiårene som kommer.

3 Særtrekk ved Ørland og Bjugn som skal utgjøre nye Ørland kommune

3.1 Bosettingsmønsteret

Ørland har 5 351 innbyggere og Bjugn 4 864, i 2018. I areal er Bjugn fem ganger større enn Ørland, 383,8 km² mot 73,2 km². Forskjellen i andelen av innbyggerne som bor i tettbygd strøk er imidlertid mindre. I Ørland kommune er andelen 63,1 %, mens den i Bjugn er 36,2 %. Tabell 1 viser hvordan fordelingen fordeler seg på tettbygd og spredtbygd strøk. Dette har betydning for hvordan det er mulig å organisere omsorgstjenestene.

Tabell 1 Bosettingsmønsteret Ørland og Bjugn, 2018, SSB¹

	Ørland	Bjugn
Tettbygd strøk	Menn	62,3 %
	Kvinner	64,0 %
	Sum	63,1 %
Spredtbygd strøk	Menn	37,3 %
	Kvinner	35,8 %
	Sum	36,5 %

Typen boliger vil også påvirke hvordan helse- og omsorgstjenestene kan organiseres.

Ørland har som vist noen flere innbyggere enn Bjugn og har også noen flere boliger. Fordelingen av type boliger er ganske lik. Bjugn har i antall noe flere eneboliger og noe færre boliger i boligblokk og i bofellesskap enn Ørland. I tabell 2 vil ulike kommunale bygg finnes innenfor bygninger for bofellesskap og andre bygningstyper. Antallet boliger med heis er først og fremst relevant for boligblokk og bygninger for bofellesskap. Vi har ikke kunnskap om antall etasjer i boligblokk, bygninger for bofellesskap og andre bygningstyper og vet derfor ikke om den lave andelen bygninger med heis har vesentlig innflytelse på hvor lenge beboerne kan bo i disse bygningene og om mobiliteten deres blir redusert på grunn av mangel på heis.

Tabell 2 Type bolig med og uten heis i Ørland og Bjugn, 2018, SSB²

	Ørland	Bjugn
Enebolig	Heis i bygningen	1
	Ikke heis i bygningen	1958
Tomannsbolig	Heis i bygningen	4
	Ikke heis i bygningen	310
Rekkehus, kjedehus og andre småhus	Heis i bygningen	0
	Ikke heis i bygningen	290
Boligblokk	Heis i bygningen	15
	Ikke heis i bygningen	47
Bygning for bofellesskap	Heis i bygningen	20
	Ikke heis i bygningen	34
Andre bygningstyper	Heis i bygningen	10
	Ikke heis i bygningen	72
Sum alle boligtyper	Heis i bygningen	50
	Ikke heis i bygningen	2711

Fra Folkehelseinstituttets Kommunehelsestatistikk, ser vi at forskjellen mellom Ørland og Bjugn ikke er stor når vi ser på levekårskomponenter. Gjennomgående har Bjugn noe dårligere score enn Ørland. 10,8 % mottar støtte til livsopphold i Bjugn, mens tilsvarende tall for Ørland er 8,8 % (2017). Antall eneforsørgere er også noe høyere i Bjugn, 22,1 mot 14,5 %. Arbeidsledigheten er lav i begge kommuner sammenlignet med landet,

¹ SSB Statistikkbanken tabell 05212: Folkemengde, etter region, tettbygd/spredtbygd, kjønn, statistikkvariabel og år

² Statistikkbanken tabell 10148: Boliger, etter region, bygningstype, heis, statistikkvariabel og år

og lavest i Bjugn. De største forskjellene finner vi for hvor mange husholdninger som bor trangt. Da er tallet 16,8 % for Bjugn og 8,7 % for Ørland. Andelen av befolkningen med en psykiatrisk diagnose er for de fleste diagnosegruppene større i Bjugn enn i Ørland. Den kan derfor se ut som Bjugn har en befolkning med noe mer behov for støtte enn hva Ørland har.

3.2 Helse- og omsorgstjenesten inklusive fastleger og legevakt

Tabell 3 viser at Bjugn bruker mer på helse- og omsorgstjenester enn Ørland målt i utgifter per innbygger og i andel av kommunens samlede utgifter. Til tross for det bruker Bjugn mindre enn gjennomsnittet for sin KOSTRA-gruppe, men mer enn landsgjennomsnittet. Årsverk per innbygger er høyere i Bjugn enn i Ørland. Det samme er årsverk per bruker. Andelen med helsefagutdanning er høyest i Ørland.

For de eldste (80 år og over) har Bjugn en profil med større vekt på hjemmetjenester enn hva som er tilfellet med Ørland. For den "yngre" (66 år og yngre) gruppen er bildet annerledes. Disse får en større andel hjemmetjenester i Ørland enn i Bjugn. Legetimer per beboere på sykehjem er størst i Bjugn, mens avtalte legeårsverk (fastleger) er høyest i Ørland.

Tabell 3 Nøkkeltall for Ørland og Bjugn sammenlignet med hver sin KOSTRA- gruppe, landet utenom Oslo og Sør-Trøndelag, 2017, SSB³

	Ørland	Bjugn	KOSTRA gruppe 08 (Ø)	KOSTRA gruppe 02 (B)	Landet uten Oslo	Sør- Trøndelag
Utgifter kommunale helse- og omsorgstjenester per innbygger (kr)	21 464	26 977	22 976	32 209	25 456	22 562
Årsverk helse og omsorg per 10 000 innbygger (årsverk)	277,3	414,2	273,5	391,2	312,3	268,7
Netto driftsutgifter til omsorgstjenester i prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter (prosent)	24,6	31,8	28	33,1	31,1	28,1
Andel brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten m/ helsefagutdanning (prosent)	80,5	72,4	76	76,2	74,8	78,9
Årsverk per bruker av omsorgstjenester (årsverk)	0,41	0,66	0,52	0,53	0,57	0,54
Andel innbyggere 80 år og over som bruker hjemmetjenester (prosent)	27,6	38,6	33	37	32,4	31,6
Andel brukere av hjemmetjenester 0-66 år (prosent)	56,6	41,3	52	43,1	47	46,5
Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på sykehjem (prosent)	8,1	4,9	9,4	13,4	12,6	15,6
Legetimer per uke per beboer i sykehjem (timer)	0,56	1,17	0,62	0,46	0,55	0,46
Avtalte legeårsverk per 10 000 innbyggere (årsverk)	12,7	10,3	10,3	13,2	11,1	9,9
Avtalte fysioterapeutårsverk per 10 000 innbyggere (årsverk)	9	11,1	8,7	10,7	9,5	8,8

Andelen innbyggere 80 år og eldre som bor på sykehjem er nesten dobbelt så høy i Ørland som i Bjugn. Det gjenspeiles i tabell 4 som viser antallet institusjonsplasser. Til tross for om lag samme befolkningsmengde, har

³ KOSTRA nøkkeltall

Ørland det doble antallet sykehjemsplasser i forhold til Bjugn. Ørland har også fire avlastningsboliger. Alle institusjonsplassene i Bjugn er definert som tidsbegrensede. Tallene presentert i tabell 4 er fra 2017. Fra og med 1. juli i 2019 har Bjugn fått omdefinert 16senger som institusjonsplasser.⁴ Disse nye institusjonssengene tilbyr skjermete plasser for demente.

Tabell 4 Institusjonsplasser 2017, SSB⁵

	Ørland	Bjugn
Institusjon - alle disponible plasser	36,0	16,0
Sykehjem - disponible plasser	32,0	16,0
Avlastningsboliger - disponible plasser	4,0	0,0
Institusjon - demensplasser	7	0
Institusjon - rehabiliteringsplasser	8	11
Institusjon - tidsbegrensede plasser	14,0	16,0

Ved siden av institusjonsplasser har kommunene boliger som benyttes til pleie og omsorgsformål. Tabell 5 viser hvordan disse er fordelt på beboere etter alder. Seinere i rapporten viser vi hvordan dagens tilbud av tjenester må øke for å dekke opp for den demografiske utviklingen, veksten i befolkningen i de ulike aldersgruppene. Den veksten er påvirket av at forholdsvis mange brukere er i den "yngre" aldersgruppen. Det vises tydelig i tabell 5. Det varierer noe hvor mange brukere som benytter boliger til pleie- og omsorgsformål i de to kommunene, når det splittes opp på alder. Når det mangler tall for aldersgruppene 75-84 år for Ørland i 2017, vet vi ikke om det skyldes svakheter med registreringen eller at det er et uttrykk for at brukere i denne aldersgruppen ikke benyttet slike boliger i 2017. Hovedbildet er at selv om Bjugn har færre institusjonsplasser, har de flere kommunale boliger enn Ørland per innbygger og totalt. Andelen av slike boliger til den "yngre"⁶ brukergruppen er betydelig, selv om andelen i forhold til det totale antallet innbyggere i denne gruppen er lav, sammenlignet med de eldste gruppene 80 år og eldre.

⁴ Da ble Dr. Sauers vei 24 definert som sykehjem, etter befaring av Fylkesmannen. Omdefineringen av 16 plasser fra bolig med heldøgns omsorg til sykehjem, er knyttet til pasient- og brukerrettighetslovens kapittel 4A-4 som krever institusjonsplass ved f.eks. tilbakeholdelsesvedtak. Plassene benyttes av personer med kognitiv svikt.

⁵ 11875: Helse- og omsorgsinstitusjoner - plasser, etter region, statistikkvariabel og år

⁶ "yngre" er her 66 år og yngre.

Tabell 5 Beboere i boliger kommunen disponerer til pleie- og omsorgsformål, SSB⁷

		Beboere i boliger		Beboere i boliger (per 1 000 innbyggere)	
		2002	2017	2002	2017
Ørland	Alder i alt	59	56	11,53	10,46
	Under 67 år	24	24	5,40	5,38
	67-74 år	4	6	12,42	14,82
	75-79 år	9	:	53,25	:
	80-84 år	13	:	118,18	:
	85-89 år	7	5	129,63	59,52
	90 år eller eldre	2	11	90,91	234,04
Bjugn	Alder i alt	63	88	13,53	18,10
	Under 67 år	18	23	4,61	5,84
	67-74 år	10	7	32,26	15,02
	75-79 år	13	10	66,33	47,16
	80-84 år	9	11	64,29	90,16
	85-89 år	8	21	114,29	272,72
	90 år eller eldre	5	16	147,06	340,42

Rus/psykisk helse i Bjugn har et ambulant tilbud. Tjenesten har 2,5 årsverk for psykiatriske sykepleiere, fagarbeider og sosionom for å gi ett lavterskeltilbud.

Dr. Sauers vei 18-22 (Bjugn) har beboere med behov for heldøgns omsorgsplass. Avdelingen består av 28 rom/leiligheter, hvorav 7 har vært avstengt, siden 2016 (sparetiltak). Pr. i dag er det 21 brukere som bor i avdelingen. Arkitekturen gir utfordringer i og med at det er 7 rom per etasje på tre plan. Brukerne har store og omfattende omsorgsbehov. Skillet mellom omsorgsboliger og sykehjemsplasser kan være noe flytende. I Sverige og Danmark bruker man ikke sykehjemsbegrepet lenger. Det legges vekt på at tilbudet er en bolig framfor institusjon, men da med mulighet til å trappe opp tjenestetilbudet etter behov.

Det finnes ingen private institusjoner eller omsorgsboliger i de to kommunene som er en del av det kommunale tjenestetilbudet. I Bjugn ligger en privat institusjon som drives av en stiftelse. Camphill/Vallersund gård tilbyr et bo- og arbeidsfellesskap for brukere som trenger oppfølging i hverdagen. Denne stiftelsen tar imot brukere fra hele landet. Man ser at brukere av institusjonen over tid får økt behov for helsehjelp eller ikke lenger kan bo der. Noen ønsker å bo i Bjugn og får dermed et kommunalt tilbud. Andre trenger bistand ved Camphill, f.eks. hjemmesykepleie.

Fastlegenes listelengde (tabell 6) er omtrent som landsgjennomsnittet i 2018. Kapasiteten er noe høyere enn det faktiske antallet pasienter på listene, men for Bjugn er denne ekstra bufferen veldig liten. Dette er rettet opp ved at det tilført en ekstra hjemmel i 2019. Det er forskjell på hvilke pasienter som oppsøker fastlegene i de to kommunene. Fastlegene i Ørland har en andel pasienter som ikke bor i kommunen, mens det for Bjugns del ser ut til at noen av kommunens beboere benytter fastleger utenfor kommunen. Antallet fastlegekonsultasjoner per person er noe høyere enn gjennomsnittet for landet (2,71). I 2019 har Bjugn 5 fastlegehjemler.

⁷ Tabell 04469

Tabell 6 Fastlegeavtaler, 2017⁸

	Ørland	Bjugn
Antall fastlegeavtaler	7	4
Antall pasienter på fastlegeliste	5679	4374
Antall åpne fastlegelister	4	1
Beregnet kapasitet hos fastlege	6700	4400
Antall fastlegekonsultasjoner i pasientens bostedskommune	15947	15114
Antall fastlegekonsultasjoner i legens praksiskommune	17727	13957
Fastlegekonsultasjoner per person i pasientens bostedskommune	2,98	3,11
Fastlegekonsultasjoner per person i legens praksiskommune	3,31	2,87

Begge kommunene benytter samme legevakt og den blir brukt ganske likt i de to kommunene, bortsett fra for konsultasjoner og tverrfaglig samarbeid. Antallet konsultasjoner per innbygger er klart høyest for Ørland, mens tverrfaglig samarbeid er registrert å være nesten dobbelt så høyt for brukere fra Bjugn som de fra Ørland. Legevakten er plassert i tilknytning til Fosen Helse IKS og yter også tjenester til de øvrige kommunene som inngår i dette interkommunale samarbeidet.

Tabell 7 Legevakt 2018

	Enkel kontakt		Konsultasjon		Sykebesøk		Tverrfaglig ⁹ samarbeid	
	Ørland	Bjugn	Ørland	Bjugn	Ørland	Bjugn	Ørland	Bjugn
Antall pasienter	170	162	1 150	909	151	125	62	101
Antall pasienter pr 1000 innbyggere	31,87	33,03	215,60	185,36	28,31	25,49	11,62	20,60
Antall kontakter	203	205	1 645	1 335	191	165	87	164
Kontakter per innbygger	0,04	0,04	0,31	0,27	0,04	0,03	0,02	0,03

Det er lite tilgjengelig statistikk for psykisk helsevern og rusomsorg. Tjenesten ytes poliklinisk og ambulant. Vi antar at noen av beboerne som er registrert i tabell 5 er innenfor denne kategorien. Bjugn har 14 plasser for HVPU ved Soltunet.

Det framgår av kommunens webside at Ørland har ambulant tilbud innen psykisk helse, men ikke hvilke boenheter og tilbud som er rettet mot rusmisbrukere og HVPU.

Tabell 8 viser hva KOSTRA gir av informasjon om tjenester til psykiatri og rus. Tabellen avdekker antagelig at de to kommunene har rapportert dette forskjellig gjennom IPLOS.

For Ørland er denne tjenesten organisert under Ressurstjenesten, i enheten for helse og familie. Barne- og ungdomslos og eldrelos er en del av dette tilbudet.

Bjugn har relativt mange autistiske barn og ser utfordringer med planlegging av boliger for framtida. Kommunen har gjort en manuell telling av forventet behov, da det ikke finnes offentlig statistikk på dette området.

⁸ Bjugn har 5 hjemler for fastleger i 2019

⁹ I veilederen for legevaktstjenester er det beskrevet hvilke enheter det kan være aktuelt å samarbeide med

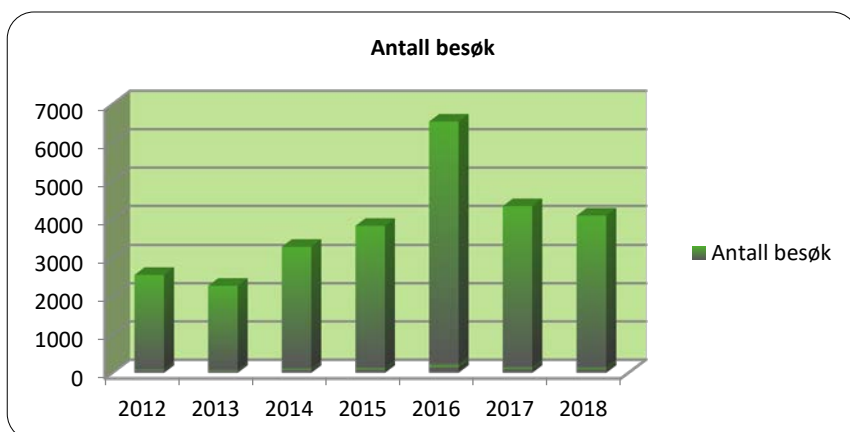
Tabell 8 Psykiatri og rus

	Ørland	Bjugn
Brutto driftsutgifter til tilbud til personer med rusproblemer (1000 kr)	2182	39
Brutto driftsutgifter til tilbud til personer med rusproblemer pr. innb. 18-66 år (kr)	642,5	13,5
Netto driftsutgifter til tilbud til personer med rusproblemer (1000 kr)	447	-60
Netto driftsutgifter til tilbud til personer med rusproblemer pr. innb. 18-66 år (kr)	131,6	-20,7
Andel netto driftsutgifter til tilbud til personer med rusproblemer (prosent)	6,1	-0,7
Avtalte årsverk av psykiatriske sykepleiere (årsverk)	1,0	2,0
Årsverk av personer med videreutdanning i psykisk helsearbeid (helse og sosial) (antall)	4,9	4,0
Årsverk av personer med videreutdanning i rusarbeid (helse og sosial) (antall)	1,0	0,0

I avsnittene som følger beskrives virksomheten til Fosen Helse IKS, eksklusive legevakta som er behandlet tidligere.

Fosen Helse IKS (Interkommunalt selskap) eies av kommunene Ørland, Bjugn, Roan, Åfjord og Indre Fosen som alle har skutt inn egenkapital i selskapet. Disse, sammen med St. Olavs Hospital HF, finansierer virksomheten. Det kommunale selskapet har fire enheter. Folkehelse Fosen som inkluderer samfunnsmedisin, miljørettet helsevern, psykologtjenester (fra 2018) og rask psykiatrisk tjeneste. Fosen helsekompetanse som har bygget opp en kompetanseportal som kan benyttes av eierkommunene. Fosen distriktsmedisinske senter som tilbyr en poliklinisk spesialisthelsetjeneste i samarbeid med St. Olavs Hospital HF, en avdeling for øyeblikkelig hjelp, etterbehandling og rehabilitering der også St. Olavs hospital HF bidrar med midler og Fosen legevaktstjenesten, jordmor følgetjeneste og øyeblikkelig hjelp for Indre Fosen. Fosen Helse IKS har også en enhet for forskning, utvikling og prosjekter.

Figur 1 viser antall besøk til kompetanseportalen fra 2012 til 2018.


Figur 1 Antall besøk til kompetanseportalen til Fosen Helse IKS¹⁰

Tabell 9 viser hvordan antallet henvendelser til rask psykiatrisk tjeneste har endret seg siden oppstarten i 2013 og hvordan disse fordelte seg på eierkommunene i 2018.

¹⁰ Kilde: Årsmelding og regnskap for Fosen Helse IKS 2018

Tabell 9 Antallet henvendelser til rask psykiatrisk tjeneste har utviklet seg siden 2013.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ørland						73
Bjugn						48
Åfjord						31
Roan						6
Andre						6
Sum	47	116	137	166	178	164

Primo 2018 ble det vedtatt at alle eierkommunene til Fosen Helse IKS skulle ha felles kommunepsykologtjeneste. To nye stillinger ble lyst ut våren 2018 slik at enheten nå har tre kommunale psykologstillinger. En har hovedarbeidsområde voksne og to stillinger er rettet mot barn og unge.

Fra 2020 trer lovkravet om at kommunene skal ha psykologkompetanse i kraft. Fosen Helse IKS har brukt Helsedirektoratets tilskuddsordning for å bygge opp tjenesten og ligger godt an med et kompetent team av tre psykologer.

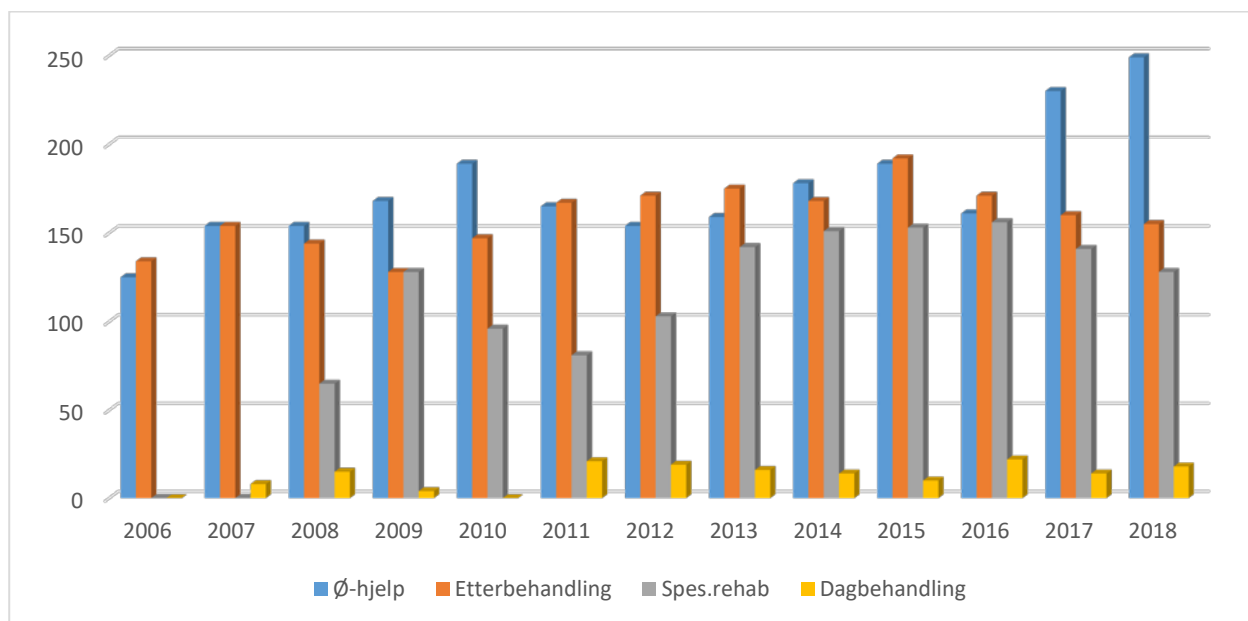
Fra høsten 2018 er det kun ett jordmorvaktdistrikt for Bjugn, Roan, Ørland og Åfjord. Indre Fosen har ikke jordmorvakt, en løsning St. Olavs hospital har akseptert.

Det er etablert et samarbeid mellom legevakt og sengepost, der vakthavende på legevakta kan få bistand fra sykepleiere på sengeposten.

Sengeposten har 13 plasser; 3 for øyeblikkelig hjelp, 6 for medisinsk etterbehandling og 4 for rehabilitering.

- Øyeblikkelig-hjelp-tilbudet er for kommunene Bjugn, Ørland, Åfjord og Roan, som alle deltar i Fosen legevaktsenter. Sengene disponeres av fastlegene og legevaktslegene, døgntilgjengelig. Pasienter legges inn for observasjon, diagnostisering og initiering av behandling.
- Etterbehandling er et tilbud for kommunene Bjugn, Ørland, Åfjord, Roan og Indre Fosen. Sykehusene i Sør- og Nord-Trøndelag disponerer plassene, og overflytter pasienter som ikke er ferdigbehandlet og som fortsatt skal ha aktiv medisinsk behandling
- Rehabilitering har 4 plasser som disponeres av Klinikk for ortopedi, reumatologi og hudsykdommer på St. Olavs hospital. De fleste av pasientene som legges inn er med i et Fast-Track- forløp og er operert for et lårhalsbrudd. I tillegg brukes plassene til unge traumepasienter.

Figur 2 viser at det er øyeblikkelig hjelp som har økt de siste årene, mens annen aktivitet er redusert. I 2018 var det 550 pasienter som benyttet enheten. En ganske liten del av disse ble kategorisert som dagpasienter. Årsmeldingen presenterer ikke tall for liggedager. Årsmeldingen viser til to pasientgrupper under spesialisert rehabilitering som har fra 14 til 42 liggedager i gjennomsnitt.



Figur 2 Aktivitet ved Fosen distriktsmedisinske senter, sengepost, 2018

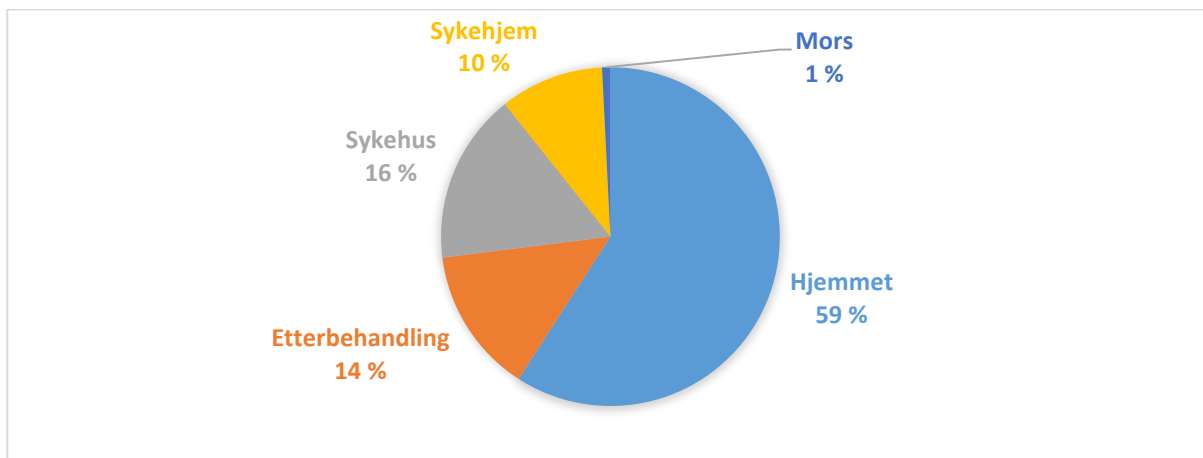
Tabell 10 viser at det først og fremst er Ørland og Bjugn som benytter seg av sengene for øyeblikkelig hjelp, etterbehandling og rehabilitering.

Tabell 10 Aktivitet Fosen distriktsmedisinske senter, sengepost, 2018¹¹

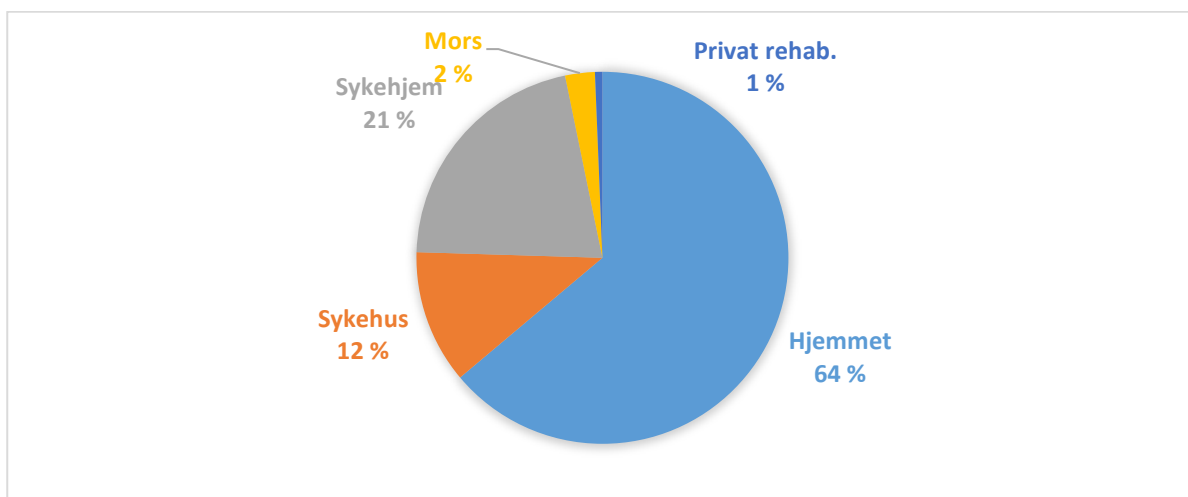
	Ørland	Bjugn	Åfjord	Roan	Indre Fosen	Andre innland	Andre utland
Ø-hjelp	124	101	16	0	1	7	0
Etterbehandling	52	57	10	0	35	1	0
Spesialisert rehabilitering	13	12	0	0	11	92	0
Dagbehandling	14	4	0	0	0	0	0
Totalt	203	174	26	0	47	100	0

Figurene 3 til 5 viser hvor pasientene overføres etter oppholdet på sengeposten. Alle de tre enhetene overfører pasienter til sykehus. Andelen er høyest for øyeblikkelig hjelp sengene (16 %) lavest for rehabiliteringssengene (8 %). Rehabiliteringsdelen overfører den største andelen til sykehjem (32 %). Andelen til sykehjem er lavest for øyeblikkelig hjelp sengene (16 %). Andelen som overføres til hjemmet er ganske lik for de tre sengeenhetene. Den er helt lik for øyeblikkelig hjelp og etterbehandling (59 %) og høyest for rehabiliteringssengene (64 %).

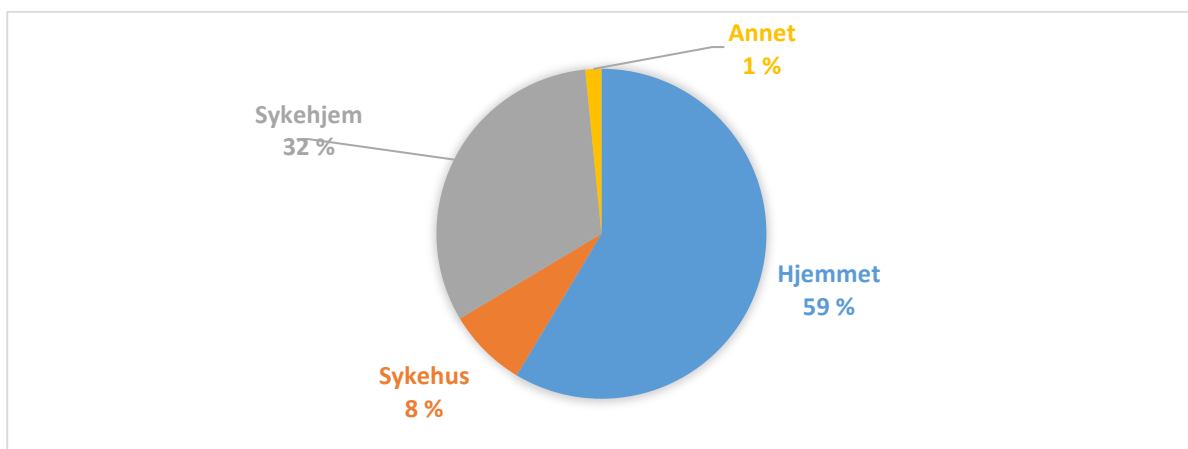
¹¹ Årsmelding Fosen Helse IKS



Figur 3 Pasientflyt ø-hjelp i sengepost 2018, utreise til¹²



Figur 4 Pasientflyt etterbehandling i sengepost 2018, utreise til



Figur 5 Pasientflyt spesialisert rehabilitering i sengepost 2018, utreise til

¹² Alle tre figurer er hentet fra Årsmelding Fosen Helse IKS 2018

Tallene for antall konsultasjoner er forskjellig om vi tar ut data fra Norsk Pasientregister (NPR) eller om vi støtter oss på hva som er beskrevet i Fosen Helse IKS sin årsmelding. Tabell 11 viser data fra NPR, mens tabell 12 viser tall presentert i årsmeldingen fra 2018. Tabell 11 viser at det er befolkningen i Bjugn og Ørland som benytter denne tjenesten mest. I forhold til befolkningsstørrelsen er det spesielt Indre Fosen som benytter tjenesten lite, nærmest fulgt av Roan.

Tabell 11 Kommunenes bruk av spesialistpoliklinikken¹³ på Ørland, 2017, sortert etter antall

Kommunenummer	Kommune	Antall polikliniske konsultasjoner
1621	Ørland	169
1627	Bjugn	145
1630	Åfjord	77
5054	Indre Fosen	61
1632	Roan	18
1622	Agdenes	22
1620	Frøya	12
1601	Trondheim	9
1617	Hitra	9
1718	Leksvik	6
1724	Verran	4
1756	Inderøy	4
1638	Orkdal	3
1638	Orkdal	3
	Utenfor Trøndelag (25 kommuner)	30
Sum		569

Kilde: Norsk pasientregister

Tabell 12 Polikliniske konsultasjoner ved spesialistpoliklinikken Fosen Helse IKS, 2018¹⁴

Enhet	
ØNH	722
Ortopedi	89
Hud	302
Gynekologi	325
Pediatrici	175
Lysterapi	1066
Audiograf	1308
Andre	55
Sum	4042

¹³ Spesialistpoliklinikken ligger sammen med Fosen Helse IKT, men er heleid av St. Olavs hospital

¹⁴ Kilde: Årsrapporten Fosen Helse IKS 2018

Antallet røntgenundersøkelser har i 2018 vært 1065 for ekstern poliklinikk, 37 for inneliggende pasienter og 34 som intern poliklinikk¹⁵.

Fosen Helse IKS, eksklusive sengepost og poliklinikk, er finansiert av eierkommunene og bare disse. Enkelte år kan det være prosjekttilskudd fra andre kilder.

Poliklinikken er helt og fullt finansiert av St. Olavs hospital HF.

Sengeposten finansieres av både eierkommunene og St. Olavs Hospital HF. I 2018 bidro St. Olavs Hospital HF med 9,9 millioner kroner og eierkommunene med 7,1 millioner kroner.

3.3 Bruk av helseforetak for pasienter fra Bjugn og Ørland

Data presentert i dette avsnittet er utlevert fra Norsk pasientregister (NPR). Befolkningsdata er innhentet fra Statistisk sentralbyrå. Alle data er fra 2017.

Tabellene viser antall besøk til norsk spesialisthelsetjeneste i 2017 for pasienter med registrert bostedskommune i enten Ørland eller Bjugn. Dette er sum hendelser uavhengig av hvilket helseforetak pasientene er behandlet ved. De aller fleste er imidlertid behandlet ved St. Olavs Hospital HF. Noen tabeller viser absolutte tall mens andre har beregnet befolkningsrater. Ørland og Bjugn er framstilt i samme tabell for sammenligningsens del. Tabellene som viser DRG fordeling er så store at det er enklest å framstille disse for en kommune av gangen.

St. Olav Hospital HFs tjenester ved poliklinikken på Ørlandet er vist i tabell 11.

Antall hendelser ved sykehus, uavhengig av omsorgsnivå, var 7 804 for pasienter fra Ørland og 8 270 for pasienter fra Bjugn. Tabell 13 viser at det for de fleste aldersgrupper er høyere forbruk for pasienter fra Bjugn. Tabell 14, som viser rater justert for befolkningsmengde, understreker en høyere bruk av spesialisthelsetjenester i Bjugn enn i Ørland.

Tabell 13 Antall opphold, etter kommune, aldersgruppe og omsorgsnivå, 2017

Alder	Ørland			Bjugn		
	Dagbehandling	Døgnopphold	Poliklinikk	Dagbehandling	Døgnopphold	Poliklinikk
0-9 år	15	96	388	13	104	425
10-19 år	20	31	363	19	24	359
20-39 år	33	139	1 287	45	129	1 163
40-59 år	101	172	1 802	159	194	1 758
60-69 år	200	94	1 001	61	111	1 193
70-79 år	39	148	1 057	76	164	1 431
80 år+	169	104	545	148	121	573
Alle aldre	577	784	6 443	521	847	6 902

Kilde: Norsk pasientregister

¹⁵ Intern poliklinikk er pasienter som er knyttet til annen behandling ved enheten enn de som er definert som inneliggende.

Tabell 14 Rate per 1000 innbyggere, etter kommune, aldersgruppe og DRG type, 2017

Alder	Ørland			Bjugn		
	Dagbehandling	Døgnopphold	Poliklinikk	Dagbehandling	Døgnopphold	Poliklinikk
0-9 år	26	165	668	21	169	692
10-19 år	32	50	587	34	43	641
20-39 år	25	105	971	42	122	1 098
40-59 år	69	118	1 232	131	160	1 448
60-69 år	357	168	1 784	93	169	1 821
70-79 år	84	318	2 268	161	347	3 025
80 år+	610	375	1 968	599	490	2 320
Alle aldre	109	148	1 218	108	176	1 431

Kilde: Norsk pasientregister

Vi kan splitte antall opphold, uavhengig av omsorgsnivå, etter DRG type for å se på kirurgiske og medisinske hendelser på sykehus. Det er vist i tabell 15 og 16. De eldste befolkningsgruppene blir i større grad enn yngre behandlet for medisinske tilstander, det vil si tilstander der behandlingen ikke inkluderer en form for inngrep i kroppen. For de yngste aldersgruppene er behandlinger med en kirurgisk diagnose størst eller nesten like stor som den medisinske. Fra og med aldersgruppen 60-69 år er de som er behandlet for en medisinsk diagnose størst, bortsett for gruppen 70-79 år bosatt i Ørland kommune. DRG type "annet" omfatter blant annet poliklinikk og fødsler. Befolkningen i Bjugn har et forholdsmessig høyere forbruk av spesialisthelsetjenester for de fleste aldersgrupper og DRG typer.

Tabell 15 Antall opphold, etter kommune, aldersgruppe og DRG type, 2017

Alder	Ørland			Bjugn		
	Kirurgisk	Medisinsk	Annet	Kirurgisk	Medisinsk	Annet
0-9 år	16	25	458	19	44	479
10-19 år	21	17	376	27	9	366
20-39 år	71	90	1 298	68	87	1 182
40-59 år	150	96	1 829	180	162	1 769
60-69 år	84	204	1 007	75	84	1 206
70-79 år	95	92	1 057	93	150	1 428
80 år+	49	226	543	36	226	580
Alle aldre	486	750	1 377	498	762	1 425

Kilde: Norsk pasientregister

Tabell 16 Rate per 1000 innbyggere, etter kommune, aldersgruppe og DRG type, 2017

Alder	Ørland			Bjugn		
	Kirurgisk	Medisinsk	Annet	Kirurgisk	Medisinsk	Annet
0-9 år	28	43	788	31	72	780
10-19 år	34	28	608	48	16	654
20-39 år	54	68	980	64	82	1 116
40-59 år	103	66	1 250	148	133	1 457
60-69 år	150	364	1 795	115	128	1 841
70-79 år	204	197	2 268	197	317	3 019
80 år+	177	816	1 960	146	915	2 348
Alle aldre	92	142	260	103	158	296

Kilde: Norsk pasientregister

Andelen akutte behandlinger varierer etter omsorgstype. I tabell 17 og 18 er ikke dagbehandling vist siden dette primært er et elektivt tilbud. Om lag 60-64 % av innleggelsene er akutte, et mønster vi ser for alle aldersgrupper bortsett fra den yngste (hvor blant annet vanlige fødsler ofte kan klassifiseres som elektiv). Poliklinikk er primært et elektivt fenomen hvor over 90 % av konsultasjonene er planlagte. Andelen planlagte behandlinger/vurderinger er størst blant de eldste aldersgruppene, og noe lavere blant de yngste, selv om akutte konsultasjoner også er et sjeldent fenomen der.

Tabell 17 Antall døgnopphold og poliklinikk, etter hastegrad, kommune og aldersgruppe, 2017.

Alder	Akutt døgn		Elektive døgn		Akutt poliklinikk		Elektiv poliklinikk	
	Ørland	Bjugn	Ørland	Bjugn	Ørland	Bjugn	Ørland	Bjugn
0-9 år	29	43	67	61	30	32	358	393
10-19 år	22	17	9	7	31	39	332	320
20-39 år	112	100	27	29	73	109	1 214	1 054
40-59 år	87	122	85	72	67	64	1 735	1 694
60-69 år	47	75	47	36	32	48	969	1 145
70-79 år	97	104	51	60	21	31	1 036	1 400
80 år+	75	88	29	33	19	29	526	544
Alle aldre	469	549	315	298	273	352	6 170	6 550

Kilde: Norsk pasientregister

Tabell 18 Rater døgnopphold og poliklinikk per 1000 innbyggere, etter hastegrad, kommune og aldersgruppe, 2017

Alder	Akutt døgn		Elektive døgn		Akutt poliklinikk		Elektiv poliklinikk	
	Ørland	Bjugn	Ørland	Bjugn	Ørland	Bjugn	Ørland	Bjugn
0-9 år	50	70	115	99	52	52	616	640
10-19 år	36	30	15	13	50	70	537	571
20-39 år	85	94	20	27	55	103	916	995
40-59 år	59	100	58	59	46	53	1 186	1 395
60-69 år	84	115	84	55	57	73	1 727	1 748
70-79 år	208	220	109	127	45	66	2 223	2 960
80 år+	271	356	105	134	69	117	1 899	2 202
Alle aldre	89	114	60	62	52	73	1 166	1 358

Kilde: Norsk pasientregister

I tabell 19 og 20 har vi beregnet liggetidsprofilen for innlagte pasienter. De fleste er plassert i kategorien 2-5 dager. Gjennomsnittlig liggetid er høyest i de eldste gruppene, men varierer ikke mye mellom de eldste aldersgrupperingene. De eldste (60 år og eldre) fra Ørland ligger lengre på sykehus enn de eldste fra Bjugn, og samlet sett er gjennomsnittlig liggetid for pasienter fra Ørland høyere enn pasienter fra Bjugn. I 2017 var det registrert kun 5 utskrivningsklare liggedøgn for pasienter fra Ørland, disse var knyttet til 4 innleggelser. Fra Bjugn ble 15 innleggelser registrert som utskrivningsklare. Disse hadde til sammen 55 liggedøgn etter at de var definert utskrivningsklare. Det kan være verdt å notere seg at nærheten til Fosen DMS ikke har gjort at gjennomsnittlig liggetid for de eldre fra Ørland er lavere enn for de fra Bjugn. Vi har tidligere vist at bruken av sengene under Fosen Helse IKS er ganske lik for pasienter fra Ørland og Bjugn.

Tabell 19 Antall døgnopphold, etter ulike lengder liggetid og aldersgruppe, 2017, Ørland

Alder	0 dager	1 dag	2-5 dager	6-8 dager	9 døgn og mer	Gjennomsnittlig liggetid	Utskrivningsklare liggedøgn
0-9 år	7	23	58	3	5	3,07	0
10-19 år	4	12	13	1	1	2,16	0
20-30 år	16	38	69	8	8	2,86	0
40-59 år	19	77	50	11	15	2,95	0
60-69 år	7	24	34	13	16	6,12	0
70-79 år	11	34	59	11	33	6,42	3
80 år+	2	19	45	16	22	6,01	2
Totalt	66	227	328	63	100	4,36	5

Kilde: Norsk pasientregister

Tabell 20 Antall døgnopphold, etter ulike lengder liggetid og aldersgruppe, 2017, Bjugn

Alder	0 dager	1 dag	2-5 dager	6-8 dager	9 døgn og mer	Gjennomsnittlig liggetid	Utskrivningsklare liggedøgn
0-9 år	2	30	65	3	4	2,92	0
10-19 år	4	10	9	1	0	1,67	0
20-30 år	14	26	73	9	7	3,15	0
40-59 år	17	70	79	11	17	3,93	0
60-69 år	7	33	52	7	12	4,25	2
70-79 år	8	35	75	18	28	4,84	24
80 år+	10	16	55	17	23	5,92	29
Totalt	62	220	408	66	91	4,13	55

Kilde: Norsk pasientregister

NPR kan ikke vise noen kobling til hvilke pasienter som er også registrert som kommunale brukere. Det produseres informasjon om hvor brukerne blir utskrevet til, men dette registreres kun for et fåtall av utskrivningene. Tabell 21 viser at bare 15 og 16 av utskrivningene for pasienter fra Ørland og Bjugn var til kommunal institusjon. Våre data sier ikke noe om behovet for kommunal innsats når pasienter blir skrevet ut. Siden de fleste pasientene, også de eldre, blir sendt tilbake til egen bolig vil samarbeidet mellom fastelegeetjenesten, hjemmetjenesten og spesialisthelsetjenesten være viktig for å få til gode løsninger. Selv for den eldste aldersgruppa er det 94-96 % som skrives ut til eget hjem.

Tabell 21 Utskrevet til, etter aldersgrupper og kommune, 2017

Alder	Egen bolig		Kommunal institusjon		Annen somatisk institusjon		Annet/ikke registrert	
	Ørland	Bjugn	Ørland	Bjugn	Ørland	Bjugn	Ørland	Bjugn
0-9 år	498	541			1			1
10-19 år	414	402						
20-39 år	1 458	1 335				2	1	
40-59 år	2 073	2 100		1	1	4	1	6
60-69 år	1 280	1 357	1		12	3	2	5
70-79 år	1 213	1 646	7	5	17	14	7	6
80 år+	786	797	7	10	20	24	5	11
Alle	1200	1199	15	16	50	47	16	28

Kilde: Norsk pasientregister

Det er mange enkeltberetninger og rapporter som hevder at pleie- og omsorgsbehovet blant kommunale brukere har økt. Da blir det ofte pekt på at pasienter skrives tidligere ut fra sykehus og at det ikke er nok kompetanse og ressurser i kommunene til å dekke behovet disse har for oppfølging. Tabell 22 og 23 sier ikke noe om dette, men er en første registrering av hoveddiagnoser fordelt på alder, for de som har vært på sykehus. Diagnose sier heller ikke så mye om bistandsbehovet, slik det er definert i pleie- og omsorgstjenesten. Tabellene viser at pasientene, og da i særlig grad de to eldste aldersgruppene, viser samme fordeling på diagnoser i de to kommunene. Hvis man opplever at pasientene som overføres fra sykehus er mer krevende nå enn tidligere, kan det være nyttig å benytte seg av den anledningen man har til å få en oversikt over diagnoser og samordne dette med kommunens egen registrering av bistandsbehov.

Tabell 22 Antall opphold, etter hoveddiagnosegrupper og aldersgrupper, 2017. Ørland

Hoveddiagnosegruppe (HDG)	0-9 år	10-19 år	20-39 år	40-59 år	60-69 år	70-79 år	80 år +
3, 9 og 10 (ØNH, hud, stoffskifte)	126	97	435	373	181	306	262
4, 11 og 14 (åndedrett, nyre og fødsel)	39	39	255	102	286	160	184
1, 19 og 20 (nevrologi, psykiske lidelser og rus)	25	29	71	251	55	45	16
2 (øye)	8	16	27	93	79	69	49
5 og 6 (sirkulasjon og fordøyelse)	39	30	125	298	106	192	110
7 (lever)	3	1	8	19	5	3	11
8 (muskel skjelett)	29	63	155	393	214	111	48
12 (urologi)	6	2	18	12	39	43	14
13 (kvinnesykdommer)	4	8	79	111	21	13	6
18 og 19 (infeksjon)	2	2	12	3	2	13	
15, 16, 17 og uten kapittel (nyfødt, blod, svulster og rest)	201	115	266	416	307	289	118

Kilde: Norsk pasientregister

Tabell 23 Antall opphold, etter hoveddiagnosegrupper og aldersgrupper, 2017. Bjugn

Hoveddiagnosegruppe (HDG)	0-9år	10-19	20-39	40-59	60-69	70-79	80+
3, 9 og 10 (ØNH, hud, stoffskifte)	174	114	325	546	348	343	280
4, 11 og 14 (åndedrett, nyre og fødsel)	60	11	273	152	156	278	187
1, 19 og 20 (nevrologi, psykiske lidelser og rus)	39	19	86	167	64	62	14
2 (øye)	12	19	22	60	56	65	72
5 og 6 (sirkulasjon og fordøyelse)	44	29	106	299	213	265	84
7 (lever)		2	4	17	13	7	5
8 (muskel skjelett)	25	58	148	425	200	183	44
12 (urologi)	8	7	7	76	77	136	10
13 (kvinnesykdommer)	1	9	59	87	31	20	17
18 og 19 (infeksjon)	2	1	10	6	3	3	3
15, 16, 17 og uten kapittel (nyfødt, blod, svulster og rest)	172	125	295	276	202	305	126

Kilde: Norsk pasientregister

4 Hva skal til for å opprettholde dagens tjenestenivå?

Kommunen vil selv være med på å påvirke behovet for framtidige tjenester. Som et første skritt på veien til å bestemme seg for hva man skal satse ressurser på i årene som kommer, kan en mekanisk framskriving av behovet være nyttig. Vi vet alder og kjønn på de som får tjenester i dag og vi har ganske sikker kunnskap om hvordan kjønns- og aldersfordelingen vil se ut om noen tiår. Da kan vi framskrive dagens tilbud til et framtidig behov, gitt at like mange i hver alders- og kjønnsgruppe skal ha tjenester som i dag. Dette beskrives i dette kapitlet. I kapitlet etter, kapittel 5, viser vi hva som kan ventes av andre endringer enn de demografiske og hvordan kommunen med en bevisst prioritering av sine tjenester kan påvirke det framtidige behovet.

Den viktigste faktoren som påvirker behovet for pleie- og omsorgstjenester og helsetjenester samlet er antallet mennesker og hvordan de fordeler seg på kjønn og alder. Når antallet krefttilfeller øker skyldes det i all hovedsak at befolkningen blir eldre. Det samme gjelder kognitive lidelser. Denne viktigste faktoren for de to kommunene er vist i tabell 24. Den viser at den store økningen skjer for de eldre. Antallet 90 år og eldre blir mer enn doblet fram mot 2040, mens aldersgruppen 80-89 år øker med 95 %, og for 67-79 år med 50 %. For de to yngste aldersgruppene finner vi hva vi i et 20-års perspektiv kan kalle en svak økning, men det er en økning. Flere andre kommuner opplever et fall i de yngste aldersgruppene. Dette gjelder ikke for Ørland og Bjugn. Det er for menn at økningen i antall eldre er sterkest. Den nesten tredobles for menn 90 år og over og øker med 128 % for menn i gruppen 80-89 år.

Tabell 24 Befolkningsendringene fram mot 2040, 2017 er 100.

		2020	2025	2030	2035	2040
Menn	0-49 år	104 %	106 %	110 %	112 %	112 %
	50-66 år	106 %	110 %	110 %	106 %	111 %
	67-79 år	107 %	118 %	126 %	143 %	156 %
	80-89 år	116 %	148 %	185 %	208 %	228 %
	90 år og eldre	93 %	110 %	162 %	221 %	297 %
Kvinner	0-49 år	100 %	103 %	106 %	110 %	110 %
	50-66 år	104 %	105 %	103 %	100 %	103 %
	67-79 år	105 %	115 %	128 %	138 %	144 %
	80-89 år	102 %	127 %	134 %	147 %	173 %
	90 år og eldre	117 %	136 %	149 %	207 %	214 %
Alle	0-49 år	102 %	104 %	108 %	111 %	111 %
	50-66 år	105 %	108 %	106 %	103 %	107 %
	67-79 år	106 %	116 %	127 %	140 %	150 %
	80-89 år	107 %	135 %	154 %	171 %	195 %
	90 år og eldre	109 %	127 %	153 %	211 %	241 %

I tabell 25 har vi benyttet data fra KOSTRA der antall brukere av ulike tjenester er fordelt på kjønn og alder. Deretter er det beregnet hvordan veksten må være for disse tjenestene for å holde følge med de demografiske endringene. Denne framskrivingen sier ikke noe om kvalitet og eventuell komplementaritet mellom tjenestene som ytes. Det er en rein framskriving av dagens tjenester til de respektive kjønns- og aldersgruppene. Den største økningen kommer for langtidsopphold i institusjon og skyldes den ekstra store veksten i gruppen 90 år og eldre. Så er det et ganske stort fall i veksten ned til ulike tidsavgrensede opphold, men også for disse gjelder at det er institusjonsopphold som vil ha den høyeste veksten. Unntaket er levering av mat og trygghetsalarm der andelen av de eldste er stor. Tabell 25 viser at det er de mest kostbare tjenestene som vil øke sterkest, om det bare tas hensyn til de demografiske faktorene.

Tabell 25 Type tjenester og nødvendig endring for å kompensere for demografiske endringer

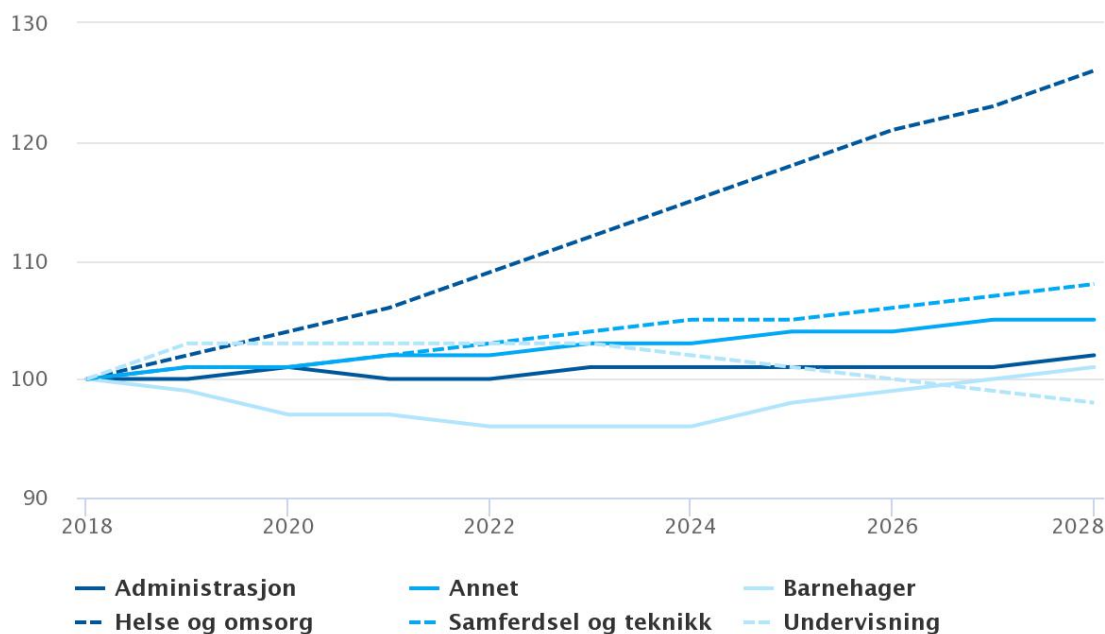
	2020	2025	2030	2035	2040
00U Unike brukere	5 %	18 %	28 %	42 %	54 %
01 Praktisk hjelp: daglige gjøremål	7 %	22 %	36 %	56 %	72 %
02 Praktisk hjelp - opplæring - daglige gjøremål	3 %	6 %	7 %	8 %	10 %
04 Dagaktivitetstilbud	5 %	15 %	22 %	27 %	36 %
05 Matombringing	7 %	26 %	43 %	66 %	86 %
06 Trygghetsalarm	8 %	28 %	46 %	73 %	94 %
08.1 Avlastning i institusjon- rullerende	2 %	4 %	8 %	11 %	11 %
08.2 Avlastning i institusjon - ikke rullerende	6 %	16 %	27 %	40 %	50 %
09 Støttekontakt	5 %	15 %	25 %	36 %	46 %
11 Omsorgslønn	2 %	4 %	8 %	11 %	11 %
12 Omsorgsbustad	7 %	23 %	37 %	58 %	75 %
13 Annen bustad	7 %	21 %	34 %	55 %	71 %
15 Helsetjenester i heimen	6 %	18 %	29 %	43 %	55 %
18 Tidsavgrensa opphold - utredning/behandling	7 %	28 %	44 %	59 %	78 %
19 Tidsavgrensa opphold - habilitering/rehabilitering	7 %	25 %	41 %	62 %	81 %
20 Tidsavgrensa opphold - annet	7 %	29 %	44 %	60 %	79 %
21 Langtidsopphold i institusjon	8 %	32 %	54 %	87 %	113 %

En del av tjenestene vist i tabell 25 er registrert som timebaserte tjenester. Disse er omgjort til årsverk i tabell 26. Da gis et ganske tydelig bilde av hva de demografiske endringene vil kreve av flere ressurser. Siden timene som er registrert er direkte forbrukte antall timer blir dette effekten. Hvis det ikke går helt å tilpasse vaktløsninger, kan antall årsverk bli enda høyere. Antallet årsverk til omsorgstjenester i de to kommunene var 186 i 2017. Timene som tabell 26 representerer er den delen av årsverkene som går til timer direkte til bruker. Økningen vil bli stor, ganske nær 100 årsverk. Helsetjenester i hjemmet står for den største økningen. Institusjonstjenester er ikke timebaserte tjenester og derfor ikke med i tabellen. Tabell 25 viser at det er på dette området antallet brukere vil øke mest. Årsverk benyttet til institusjonstjenester må beregnes i døgn og har ressurskrevende vaktløsninger. Det er ikke funnet statistikk som kan framskrive behovet for årsverk i institusjonssektoren. Derfor vil den reelle økningen i årsverk bli sterkere enn hva som framgår av tabell 26 om man mekanisk framskriver dagens tjenester til 2040.

Tabell 26 Timebaserte tjenester omgjort til årsverk¹⁶

	2017	2020	2025	2030	2035	2040
00 Alle tjenester	186	196	216	233	256	276
01 Praktisk hjelp: dagleie gjøremål	41	44	48	52	57	61
02 Praktisk hjelp - opplæring - daglige gjøremål	22	23	23	23	24	24
03 Praktisk hjelp: brukerstyrt personlig assistanse	5	6	6	6	6	6
04 Dagaktivitetstilbud	13	14	15	16	18	20
07 Avlasting - utenfor institusjon	14	15	15	16	16	16
08.1 Avlasting i institusjon- rullerende	8	8	9	10	11	12
09 Støttekontakt	9	9	10	10	11	12
11 Omsorgslønn	6	6	6	7	7	7
15 Helsetjenester i heimen	67	72	83	93	106	118

Figur 6 og 7 er tatt fra KS sin vurdering av behovet for årsverk i kommunal sektor. Figur 6 viser at det er innenfor helse og omsorg det store behovet for flere årsverk vil komme. Figuren går bare fram til 2028 og har ikke med seg den store økningen i antallet eldre som kommer i årene etter det. Arbeidet med ny rekruttering vil derfor være viktig. Man må imidlertid ikke glemme at en reduksjon av avgangen fra eksisterende stillinger kan være en vel så effektiv rekrutteringspolitikk. Det store antallet avganger er vist i figur 7.

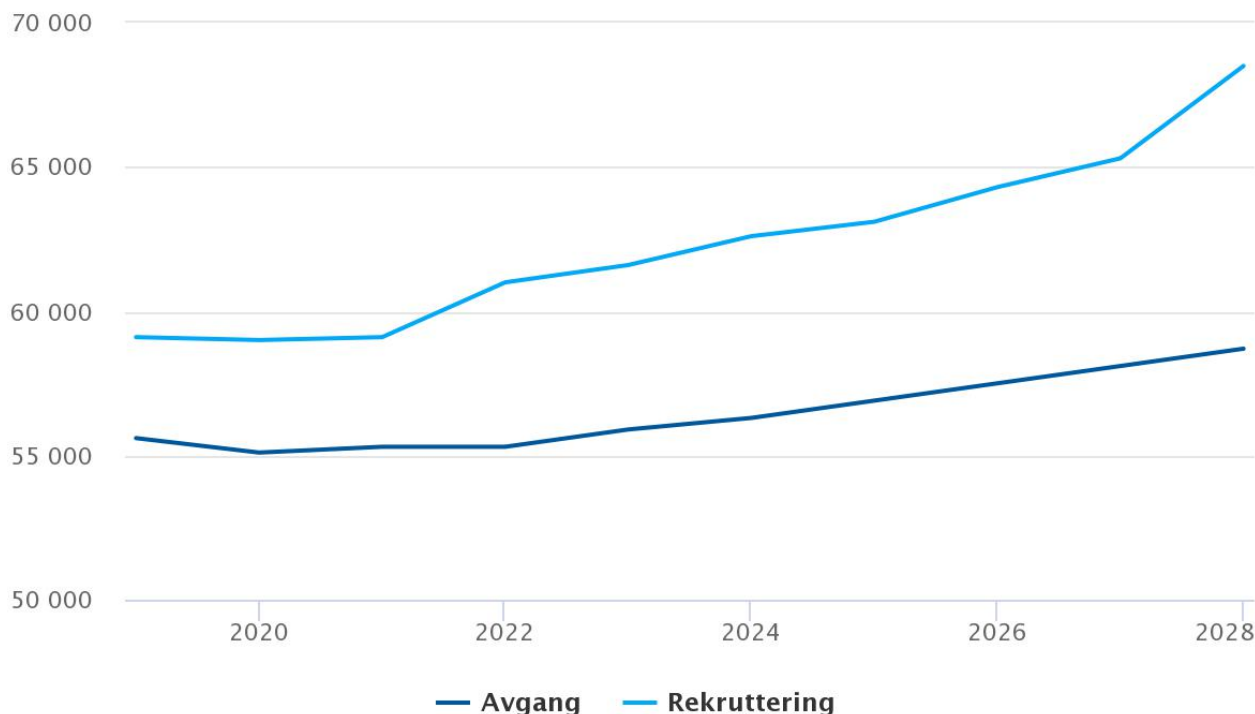
Årsverksbehov per sektor (2018 = 100)


KS/PAI

Figur 6 Forventet framtidig behov for årsverk i kommunal sektor 2018-2028

¹⁶ Et årsverk er satt til 1700 timer når ferie er trukket fra og ukentlige timer er satt til 37,5 timer.

Avganger og rekrutteringer per år



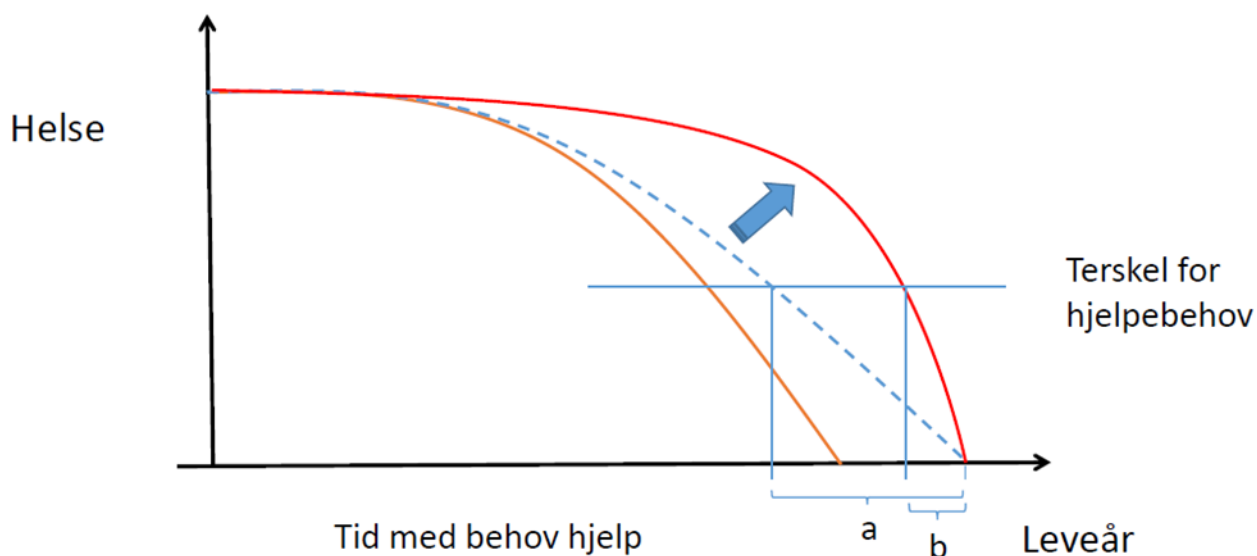
KS/PAI

Figur 7 Antall avganger og rekrutteringer til personellkategorien sykepleier fram mot 2028. Interne jobb bytter er inkludert.

5 Hva er utfordringer og muligheter fram mot 2040?

5.1 Befolkningens helsetilstand

Det er etter hvert etablert en kunnskap om at avstanden til dødstidspunktet er viktigere enn alder når det gjelder behovet for bistand i form av helsetjenester og praktisk hjelp.[1] Dette er vist i figur 8, en figur som er benyttet tidligere i arbeidet med helsebygget i Ørland og Bjugn. Kurven viser en antatt utvikling for oss som individer. Man er enige om at det foregår en slik utvikling, selv om ingen kan måle og utlede konkrete behovstall av den. Økt levealder er markert med avstanden fra der den røde og oransje kurven krysser den vannrette akselen. Kurvene viser at i stedet for at helsetilstanden starter å falle ganske tidlig, vil den markert med den røde linjen holde seg oppe ganske lenge, for så å falle brattere de siste leveårene. Med en slakt fallende helsetilstand vil antall år med behov for hjelp uttrykkes med avstanden a. Med et brattere og seinere fall i helsetilstanden, vil b uttrykke antall år med behov for hjelp. Helsetilstand er nødvendigvis heller ikke en helt tydelig objektiv målbar faktor. Den er relatert til hva man kan klare selv. Derfor vil boforhold og bomiljø også påvirke denne kurven.



Figur 8 En sannsynlig utvikling for hjelpebehovet for individer etter deres alder.¹⁷

Arbeidet med å få kurven til å bevege seg, slik pilen viser, starter før en person er registrert med behov for kommunale pleie- og omsorgstjenester. Funksjonell god helse påvirkes av fysisk tilstand, kunnskap og stimulerende bomiljø. Kommunenes arbeid med byutvikling, aktivitetstilbud og utdanning vil være med på å påvirke behovet for pleie og omsorg. Figur 8 viser et mulighetsbilde. Målet for pleie- og omsorgssektoren er å dytte den røde kurven utover, i pilens retning.

5.2 Utviklingen av demens

I Alzheimer Disease International (ADI) sin rapport for 2018, presenteres forskning på demensområdet. I rapporten drøftes hvordan demens kan forhindres eller forsinkes. Foreløpig slår de fast at demens ikke kan kureres. Funnene oppsummeres langt på vei i figur 9, som også gjelder for andre ikke smittsomme sykdommer. Tilsvarende sammenhenger påpekes i Helse- og omsorgsdepartementets demensplan [2] fra 2015.

Vi kan legge til at om mennesker med en gryende demens tidlig kan flyttes til en hensiktsmessig bolig/omsorgsbolig, vil de antagelig kunne finne seg til rette og klare seg lengre med mindre hjelp enn om de byttet bolig seinere i demensfasen.

¹⁷ Anders Grimsmo, professor i allmennmedisin, NTNU, En bedre helsetjeneste for kronisk syke

5X5

DISEASES



Cardiovascular Disease



Chronic Respiratory Diseases



Cancer



Diabetes



Mental and Neurological Conditions

RISK FACTORS



Unhealthy Diet



Tobacco Use



Harmful Use of Alcohol



Physical Inactivity



Air Pollution

Figur 9 Ikke smittsomme sykdommer og risikofaktorene[3]

Med flere eldre øker antall demente. Demens utvikler seg over tid. Behovet for bistand er lite i starten til man på et tidspunkt er totalt avhengig av hjelp fra andre. Som figur 9, viser vil graden av demens og når den inntreffer også avhenge av andre faktorer enn alder. Demens er i gruppen *Mental and Neurological Conditions*.

Prosjektet "Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens" (REDIC) ble gjennomført på oppdrag av Helsedirektoratet, som en del av Demensplan 2015[4]. Prosjektet gir noen betraktninger som er relevante for omsorgstjenestene. REDIC har beregnet en gjennomsnittlig sykdomsvarighet på 8,1 år som, avhengig av tidspunkt for diagnose og ressursbruk, kan deles i tre stadier:

1. Fra symptomdebut til diagnosestilling (gjennomsnittlig varighet 3 år)
2. Fra diagnosestilling til innleggelse på institusjon (gjennomsnittlig varighet 3 år)
3. Opphold på institusjon (gjennomsnittlig varighet 2,1 år)

Et grovt estimat anslår at 85-90 % av personer med demens får tildelt sykehjemsplass i løpet av forløpet. REDIC rapporten viser at om lag 80 % av pasientene har en mildere demens ved diagnosestilling og de resterende en moderat demens. I perioden mellom diagnosestilling og tildeling av sykehjemsplass har 75 % mild demens, 20 % moderat demens og 5 % alvorlig demens. Blant de som ligger på sykehjem har 30 % mild demens, 50 % moderat demens og 20 % alvorlig demens.

De aller fleste med demens (90 %) mottar uformell hjelp fra pårørende og venner. Allerede når diagnosen blir stilt ytes det i gjennomsnitt 60-80 timer uformell hjelp i måneden. Rett før innleggelse på sykehjem øker dette til rundt 160 timer hjelp i måneden. Under oppholdet på sykehjem ytes det i gjennomsnitt 6,7 timer pårørende hjelp i måneden. Omtrent halvparten av de pårørende er i arbeidsgivende arbeid.

Folkehelse rapporten[5] anslår dementes andel av befolkningen. Det oppdaterte anslaget er noe høyere enn tidligere anslag. Vurderingen av andelen demente er knyttet til totalbefolkningen, basert på data fra andre land, og ikke til enkelte aldersgrupper. Ved å bruke anslaget fra Folkehelse rapporten vil antallet med en form for kognitiv svikt i nye Ørland kommune være fra i underkant av 150 til like over under 190 personer. Dette

inkluderer alle demente, også de i en begynnende fase av sykdommen. Vi har ingen sikker oversikt over det samlede antall plasser for demente i de to kommunene, men flertallet av disse, som har en form for demens, har ikke plass i institusjon.

Forskningen på området er entydig på at andelen med en form for demens er på vei ned [6-8]. Siden antallet eldre øker og demens er mer hyppig blant eldre, regner man likevel med at antallet vil øke. Noen forskningsarbeider stiller også spørsmål ved om det vil være tilfellet. De mener å se en utvikling der det totale antallet går ned [9]. En undersøkelse foretatt i Nord-Trøndelag finner at 85 % av beboerne på sykehjem har demens [10]. Foran har vi vist hva REDIC anslår er fordelingen av disse på mild, moderat og alvorlig demens.

Vi har ikke funnet noe anslag på antall demente i årene som kommer. Det er flere utfordringer med å beregne dette. For det første det som er referert over; reduseres andelen av demente i de enkelte aldersgrupper? For det andre er det langt flere som har kognitiv svikt i en eller annen form enn de som er diagnostisert på et gitt tidspunkt. For det tredje er variasjonen i gruppen med kognitiv svikt svært stor så behovet for tjenester varierer også mye. Et anslag på hva behovet vil være i årene som kommer bør antagelig ta utgangspunkt i en egen vurdering for nye Ørland, med de erfaringene og kunnskap kommunen og fastlegene selv har om denne gruppen.

Faktorene som bidrar til at andelen med kognitiv svikt går ned er reduksjon i hjertesykdom, mer kunnskap i befolkningen generelt og bedre fysisk allmenntilstand [11, 12]. Dette er viktig kunnskap som må benyttes i arbeidet med å forebygge demens og forsinke utviklingen av sykdommen.

Siden de skjermete plassene i kommunens institusjoner bare kan benyttes av en mindre del av de som har kognitiv svikt, er det store svakheter ved å lage en framskriving av behovet i tråd med økningen i antallet i de eldste aldersgruppene.

5.3 Boforhold og boform

Danmark og Sverige opererer ikke lenger med skillet mellom institusjoner og andre boformer i eldreomsorgen. I Norge har vi også eksempler på omsorgsboliger som er organisert slik at bistand kan trappes opp til hva som i dag mest regnes som nivået i institusjoner. Derfor kan det være nyttig å skille tjenestebehov og boform. Utfordringen er å ha byggløsninger som gjør det mulig å trappe opp bistanden uten at kommunen må etablere for små grupper med døgnkontinuerlig vakt.

Utformingen av bygget som skal romme pleie- og omsorgstjenester er viktig, men dette bør helst utvikles sammen med omgivelsene til dette bygget. Nå som velferdsteknologi er etablert, bør man også arbeide med en velferdsarkitektur. Mulighetene til å klare seg selv litt lenger er ikke bare knyttet til selve boligen, men også omgivelsene. Hvor lett er det å handle det nødvendige? Kognitiv stimulans ved sansehager er bra. Bedre er det om bostedet til eldre på en naturlig måte får stimulans fra andre miljøer. Det kan være skoler, barnehager, kulturinstitusjoner, kjøpesentre og parker. [13] Planlegging og utvikling av pleie- og omsorgstjenester bør inngå i planene for by- og områdeutvikling. Hvilke muligheter vil eldre og andre som nyttiggjør seg kommunale botilbud ha til å ferdes i et trygt og inspirerende miljø utenfor egen leilighet/bolig?

Sammenlignet med Sverige og Danmark startet Norge sin utbygging av institusjoner for eldre seinere og i mindre omfang. Både i Sverige og Danmark har man, som tidligere beskrevet, visket ut skillet mellom omsorgsboliger og institusjonsplasser, mens dette skillet er opprettholdt i Norge. I Danmark brukes i dag begrepet "plejeboliger" og i Sverige "särskilt boende" om botilbud for det som tilsvarer en norsk sykehjemsplass. Norge skiller stadig mellom omsorgsboliger og sykehjemsplasser hjemlet som institusjon [14]. Den reelle forskjellen mellom tilbudene, sett i lys av de fysiske omgivelsene og måten tjenestene er organisert, er imidlertid ikke like stor som begrepene kan tilsi. Derfor kan begrepsbruken noen ganger dekke over realitetene. En løsning med åtte leiligheter knyttet til et felles kjøkken og oppholdsrom vil som regel kalles en omsorgsbolig. Tjenestene som gis trenger ikke være så mye annerledes enn de som gis på et sykehjem. Forskjellen kan være at beboerne lengre kan ha en privat sfære som ligner mer den de hadde i sin private bolig, og det er lettere for kommunen å trappe opp hjelp etter behov.

Det er gjennomført studier som undersøker hvordan og hvor eldre vil bo. Svarene er gjennomgående at de vil bo lengst mulig hjemme. Må man flytte, ønsker mange seg en løsning som er praktisk, enkel og der det er mulighet for kontakt med andre [15]. En undersøkelse av beboere i en av Oslos bydeler og en variert gruppe av norske kommuner viste forskjeller, men gjennomgående ønsket man å bli boende der man var kjent og hadde kjente [16]. I en ny kvalitativ studie som belyser bokvaliteter hos yngre personer med omfattende hjelpebehov [17] trekkes det fram av både pårørende og beboere at nærmiljøet og hvilke tilbud som finnes i nærheten er av stor betydning for hvor mye beboerne er ute og tar del i samfunnet. Noen av de samme funnene ser man i evalueringen av botilbud for eldre, presentert i rapporten Framtidens Omsorgsplasser. Her er det presentert erfaringer med fire omsorgstilbud i Porsgrunn, to i Trondheimsområdet og fra den nederlandske demenslandsbyen verpleeghuis Hogewey [18]. Norsk form ga ut sju råd for framtidens omsorgspolitik i 2010, i samarbeid med 13 kommuner. [19] Den tar opp utforming og kvaliteter ved ulike plassering av omsorgsboliger/institusjoner for eldre [20].

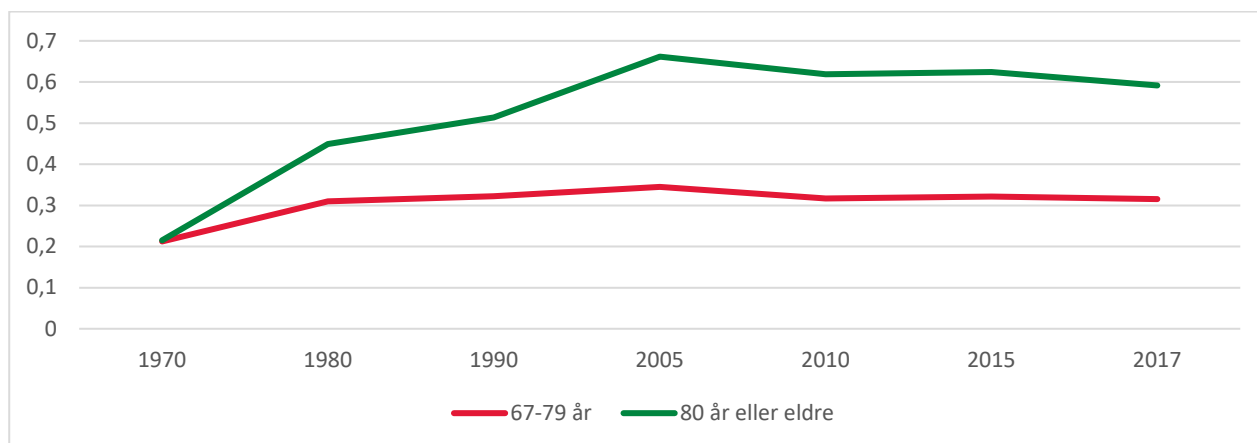
Noen kommuner har planer om å etablere egne demensenheter, litt etter den nederlandske modellen. Ikke alle mener dette er en god ide. Steinar Barstad, som har arbeidet i Helse- og omsorgsdepartementet med eldrespørsmål i 21 år, mener vi skal bygge et demensvennlig samfunn, men ikke egne samfunn for demente. [21] Han viser til at det er godt belegg for at små, oversiktlige boformer, gagnar de med kognitiv svikt.

Vurderingene som gjøres og rådene som gis av Norsk Form dreier seg i det alt vesentlige om utformingen av selve byggene, slik at de gir mulighet for tilgang til utearealer, tilgang på hjelp ved behov, mulighet for å komme i kontakt med andre når det er ønsket, samt tilgang til tilbud som innbyr til aktivitet, både fysisk og kulturelt. Anbefalingene påpeker at det skal være enkelt å komme seg ut, det skal ikke være for mye støy og det skal gjerne være nærhet til butikker og om mulig også kulturaktiviteter. Noen av disse kravene kan stå litt i motstrid til hverandre. Nærhet til et handlestrøk kan betyr mer støy og trafikk, som et eksempel. Fellesnevneren er likevel at bomiljøet for eldre helst skal være variert og også omhandle kvaliteter utenfor selve boligen/institusjonen.

Behovet for egne institusjoner og kommunalt bygde omsorgsboliger vil avhenge av hvordan den private boligmassen utvikler seg, både gjennom nybygging og ombygging av eksisterende boliger.

Utformingen av nye boliger og plasseringen av disse vil ha stor betydning for framtidig omsorgsbehov. Utviklingen av bomiljøet med tilgang til butikker, møteplasser, rekreasjons- og kulturmuligheter har også betydning for omsorgsbehovet. Bor man i et slikt område kan antagelig flere bo i sitt eget hjem livet ut.

Figur 10 viser en utvikling som er viktig for hvordan de eldre har det. Det er antallet som bor alene i nye Ørland kommune. Antallet aleneboere økte sterkt for den eldste aldersgruppen fram til 2005. Da begynte den å falle svakt. Vi antar at årsaken er at menn lever lenger slik at samboere og ektepar har flere år sammen. Vi har tidligere vist at antallet menn i de eldste aldersgruppene vil øke sterkest. Det er derfor grunn til å anta at andelen aleneboere i den eldste aldersgruppen vil synke i årene som kommer. Med flere i en husholdning er det mer å spille på for de kommunale tjenestene.



Figur 10 Andelen aleneboere i Ørland og Bjugn fra 1970 til 2017¹⁸

5.4 Velferdsteknologi

Det er i gang mange prosjekter knyttet til velferdsteknologi, men ennå er det ikke foretatt en større oppsummering av hva man har oppnådd. En slik evaluering er heller ikke helt enkel å gjennomføre, siden selve organiseringen av tjenestene viser seg å ha stor betydning for hvordan teknologien kan nyttiggjøres.

Velferdsteknologi kan deles i fire hovedområder:[22, 23]¹⁹

- Trygghets og sikkerhetsteknologi
- Kompensasjons- og velværeteknologi
- Teknologi for sosial kontakt
- Teknologi for behandling og pleie

Trygghets- og sikkerhetsteknologi omfatter teknologier som skal skape trygge rammer omkring enkeltindividets liv og mestring av egen helse. Trygghetsalarmer er i dag den mest brukte løsningen i denne gruppen. GPS sporing er en teknologi som man er i gang med å utvikle på dette området.

Kompensasjons- og velværeteknologi omfatter teknologier som bistår når f.eks. hukommelsen blir dårligere, eller ved fysisk funksjonssvikt. Gruppen omfatter også teknologi som gjør hverdagslivet mer komfortabelt – f.eks. styring av lys og varme.

Teknologi for sosial kontakt omfatter teknologier som bistår mennesker med å komme i kontakt med andre, f.eks. videokommunikasjonsteknologier.

Teknologi for behandling og pleie omfatter teknologi som kan bidra til at mennesker gis mulighet til bedre å mestre egen helse, f. eks. ved kronisk lidelse. Automatisk måling av blodsukker, blodtrykk mv. med eller uten interaksjon med helsepersonell er eksempler på slike hjelpemidler.

I tillegg til disse fire områdene arbeider man nå med å utvikle teknologi for en bedre arbeidsorganisering. SINTEF var involvert i en slik utprøving ved KAD-enheten i Oslo, på Aker sykehus.[24]

De teknologiske mulighetene er store. SINTEFs erfaring er at det vanskeligste er å være tydelige på hva man ønsker at teknologien skal hjelpe til med og hvordan bruken skal inngå som en organisk del av den øvrige aktiviteten.²⁰

¹⁸ Kilde: SSB, Basert på tabell 06844: Personer 67 år og over i privathusholdninger, etter region, alder, statistikkvariabel og år

²⁰ Bjugn og Ørland deltar i det nasjonale velferdsteknologiprogrammet sammen de andre Fosenkommunene. De har avtale med Værnesregionen om anskaffelse av brukernært utstyr.

6 Konklusjon

Som skrevet innledningsvis er denne rapporten en ganske omfattende presentasjon av tall. Vi håper presentasjonen har fått fram likheter og forskjeller mellom Ørland og Bjugn og kan være et godt grunnlag for en diskusjon om hva som bør gjøres framover.

Skal vi lede oppmerksomheten mot noen utvalgte områder så vil det være disse:

- Uansett framtidige teknologiske løsninger og mobilisering av både brukere og pårørende vil befolkningsøkningen, og da spesielt økningen i de eldste aldersgruppene, kreve betydelig flere ressurser til helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Dette kan man ikke organisere seg bort fra ved å jobbe smartere og benytte seg av nye teknologiske muligheter.
- Overføringer fra sykehus til kommunene og antall polikliniske konsultasjoner ved Fosen DMS, viser at den aller viktigste samordningen, faglig og administrativt, er knyttet til de kommunale tjenestene selv, inklusive fastleger og legevakt. Antall polikliniske konsultasjoner utgjør knappe 1 % av konsultasjoner hos fastlegene og hos legevakta.
- Det er først for gruppen 90 år og eldre at det synes som så godt som alle er brukere av kommunale tjenester. I gruppen 80-89 år er antallet registrerte brukere om lag 50 % av det faktiske antallet innbyggere i denne aldersgruppen. Da blir det en viktig oppgave for kommunene å legge opp til at andelen som klarer seg selv heller øker enn synker. Det krever en langsiktig politikk som aktivt påvirker hvordan innbyggerne lever og hvordan bostrukturen bidrar til større grad av selvhjulpenhet. Den internasjonale Alzheimerorganisasjonen legger vekt på at demens ikke kan kureres, men den kan forhindres og forsinkes. Behovet for bistand vil også avhenge av bomiljøet.
- Kommunen har selv mange tilbud og tjenestetyper som også omfatter personer som ikke er ansatte i kommunene (fastlegene). Man bør ikke uten videre opprette nye tjenester fordi man mener de man har ikke fungerer slik man ønsker. Det vil være viktig å være oppmerksom på dette når det skal etableres et helsebygg. Det er spesielt to grunner til å ha et DMS. Den ene er at pasienten/brukeren kan få tilsyn og behandling nærmere bostedet sitt. Den andre er at det reduserer kostbare liggedøgn på sykehus. En svært overfladisk analyse viser at gjennomsnittlig liggetid er noe høyere for befolkningen fra Bjugn og Ørland enn for landet som helhet. Det antyder en mulighet for at tilbudet ved den distriktsmedisinske enheten under Fosen Helse IKS kommer som et tillegg til sykehusenes øvrige tjeneste og ikke som et alternativ.
- Det er vanskelig å hente ut data for arbeidet med psykiske lidelser, HVPU og rusavhengighet. Dette trenger ikke ha noen betydning, men kan også være et uttrykk for at strukturen innen disse områdene er svakere enn for det somatiske området. Da blir mulighetene for å planlegge hva som bør gjøres de kommende tiår vanskeligere.
- Behovet for flere årsverk innen sektoren vil være stort i årene som kommer. Ved siden av dette vil behovet for bedre kompetanse kanskje øke enda sterkere. Riktig bruk av velferdsteknologiske muligheter er et område der dette vil være viktig. Med flere kompetente medarbeidere vil kommunen også oppleve et press for å gjøre mer, fordi man ser at det er mulig og ønskelig.
- Rapporten viser det som er kjent fra tidligere, at institusjonstjenesten er den mest kostbare formen for tjeneste. Samtidig vil dette være nødvendig for en del brukere. Det blir viktig å finne gode løsninger for hvordan spesielt de eldre bor, slik at brukerne får oppfylt sitt ønske om å bo hjemme med en god tjeneste. Da må kommunen ha en god, langsiktig plan, der bomiljøene som dannes også kan huse den eldre delen av befolkningen.

- For de eldre kan antallet som vil være i de enkelte aldersgruppene i årene som kommer beregnes ut fra demografiske endringer. Demografien vil være den viktigste drivkraften bak behovet for flere tilbud. For andre tjenester og spesielt for de "yngre" brukerne vil demografi ha en mindre, relativ betydning. Kommunene er ikke større enn at en form for spesielle forhold vil kunne spille inn. Enkeltindivider kan være spesielt krevende, uten at man kan forberede seg på dette ved å se på demografiske endringer. Hva som aksepteres og ønskes som nivå på tjenester til denne yngre gruppen er noe som må diskuteres og som det ikke uten videre finnes normer for.

A Referanser

1. Spijker, J. and J. MacInnes, *Population ageing: the timebomb that isn't?* Bmj-British Medical Journal, 2013. **347**.
2. Høie, B., *Demensplan 2020*, H.-o. omsorgsdepartementet, Editor. 2015, HOD: Oslo.
3. Barbarino, P.L., Chris. Bliss, Annie. Dabas, Laura., *From plan to impact II The urgent need for action*, ADI, Editor. 2019: London.
4. Vossius, C., et al., *Ressursbruk og sykdom ved demens (REDIC)*. 2015, Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet. Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling i Helse Vest (SESAM). p. 160.
5. Folkehelseinstituttet, *Demens*, Folkehelseinstituttet, Editor. 2018. p. 8.
6. Grasset, L., et al., *Trends in dementia incidence: Evolution over a 10-year period in France*. *Alzheimers & Dementia*, 2016. **12**(3): p. 272-280.
7. Satizabal, C.L., et al., *Incidence of Dementia over Three Decades in the Framingham Heart Study*. *New England Journal of Medicine*, 2016. **374**(6): p. 523-532.
8. Wu, Y.-T., et al., *Dementia in western Europe: epidemiological evidence and implications for policy making*. *Lancet Neurology*, 2016. **15**(1): p. 116-124.
9. Matthews, F.E., et al., *A two-decade comparison of prevalence of dementia in individuals aged 65 years and older from three geographical areas of England: results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II*. *Lancet*, 2013. **382**(9902): p. 1405-1412.
10. Bergh, S.H., Jostein. Saltvedt, Ingvild. Tambs, Kristian. Selbæk, Geir., *Dementia and neuropsychiatric symptoms in nursing-home patients in Nord-Trøndelag County*. *Tidsskriftet for Den norske legeförening*, 2012. **132**(17): p. 4.
11. Sharp, E.S.G., P Margaret., *The Relationship between Education and Dementia An Updated Systematic Review*. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 2011. **25**(4): p. 15.
12. Strand, B.L., EM. Rosness, TA. Bergem, AL. Engedal, K. Nafstad, P. Tell, GS. Ormstad, H. Tambs, K. Bjertness, E. GENIDEM-group., *Age, education and dementia related deaths. The Norwegian Counties Study and The Cohort of Norway*. *Journal of the Neurological Science* s 2014. **15**(1-2): p. 7.
13. Høyland, K., *Bygger vi gårdsdagens velferdsløsninger?*, in *Kommunal rapport*. 2017. p. 2.
14. Daatland, S.O. and B. Otnes, *Skandinaviske trender i eldreomsorgen. Institusjon eller omsorgsbolig?* *Samfunnsspeilet*, 2015(3).
15. Brevik, I. and L. Schmidt, *Slik vil eldre bo. En undersøkelse av framtidige eldres boligpreferanser*, in *NIBR-rapport 2005*, NIBR, Editor. 2005, NIBR: Oslo. p. 266.
16. Ytrehus, S. and A.B. Fyhn, *Her vil jeg bo! Boligønsker blant 50-, 60-, og 70-åringer i fire lokalområder*, in *Fafo rapport 512*. 2006, Fafo. p. 68.
17. Wågø, S. and K. Høyland, *En bydel for alle. Botilbud for yngre personer med stor hjelpebehov.*, in *SINTEF fag*. 2016, SINTEF: Trondheim. p. 44.
18. Høyland, K.S., Silje Strøm., *Framtidens omsorgsplasser, Erfaring fra ulike omsorgstilbud*. 2014, SINTEF Byggforsk og Husbanken: Oslo.
19. Ridderstrøm, G.V., Guri Mette. , *Aldersvennlig stedsutvikling, Håndbok*. 2019, Norske Arkitekters Landsforbund: Oslo. p. 96.

- 20.Akre, T.H., Annichen., *Omsorgspolitik for morgendagens eldre - 7 gode råd*, N.F. Larvik kommune, Editor. 2010, Norsk Form.
- 21.Barstad, S., *Vil ha et demensvennlig samfunn – ikke egne samfunn for demente*, S.f. omsorgsforskning, Editor. 2019: Oslo.
- 22.Helsedirektoratet, A.-o.v., NAV kompetansesenter for tilrettelegging and D. og deltakelse, KS., *Velferdsteknologi. Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030*, helsedirektoratet, Editor. 2012, Helsedirektoratet: Oslo. p. 166.
- 23.Hagen, K., *Innovasjon i Omsorg*, H.-o. omsorgsdepartementet, Editor. 2011.
- 24.Ausen, D.A., Hanne Opsahl. Svagård, Ingrid. Landmark, Andreas Dypvik. Tjønnås, Maria Suong. Rohde, Tarald. Halvorsen, Trond. Halvorsen, Marit Røed. Trondsen, Trond. Tomasevic, Tanja., *Utvikling og implementering av digital samhandling og oppgavestøtte på KAD, sluttrapport*. 2017, SINTEF: Oslo. p. 51.



Teknologi for et bedre samfunn

www.sintef.no