SORTLAND KOMMUNE

Arkivsaknr.:	26/2712
Dok.nr:	26/33271
Arkiv:	FA
Saksbehandler:	Kristin Dahlmo
Dato:	28.10.2026

Fremtidig omorganisering av helse og omsorg - innføring av tjenesterapp og boligtrapp, samt omstilling fra sykehjemsplasser til heldøgns bemannede omsorgsboliger

Utvalgssaksnr.	Utvalg	Møtedato
PS -	Rådet for personer med funksjonsnedsettelse	
PS -	Eldrerådet	
PS -	Driftsutvalget	
PS -	Kommunestyret	

KOMMUNEDIREKTØRENS INNSTILLING

1. Kommunestyret vedtar ny tjenestetrapp og boligtrapp som et samlet strategisk rammeverk for utvikling av helse- og omsorgstjenestene i Sortland kommune. Tjenestetrappen skal sikre tidlig og systematisk innsats, forebygging, tverrfaglig oppfølging og mestring. Boligtrappen skal ligge til grunn for boligpolitikk, arealplanlegging og utvikling av differensierte botilbud. Trappene skal brukes sammen ved planlegging, tildeling og revurdering av tjenester på riktig nivå.
2. Kommunestyret vedtar å innføre Omsorg+ og heldøgns omsorgsbolig (HDO) som egne definerte trinn i boligtrappen og å videreutvikle forsterket behandlende avdeling som øverste institusjonstrinn:
    a. Omsorg+ skal være selvstendige omsorgsboliger med bemanning i huset i nærmere avklarte tidsrom.
    b. HDO skal være selvstendige omsorgsboliger med personell tilgjengelig hele døgnet, en definert grunnpakke og individuelt tildelte helse- og omsorgstjenester.
    c. Forsterket behandlende avdeling skal være et tilbud med særskilt kompetanse, observasjon og behandling for personer med behov for omfattende medisinsk og sykepleiefaglig oppfølging.
3. Kommunestyret legger Agenda Kaupangs alternativ 3, sterkere dreining mot HDO og hjemmebaserte tjenester, til grunn som langsiktig planretning. Planretningen innebærer at institusjonsandelen av samlet heldøgnskapasitet gradvis reduseres til om lag 60 prosent, mens HDO-andelen økes til om lag 40 prosent fram mot 2050. I 2050 tilsvarer dette om lag 121 sykehjemsplasser og 80 HDO-plasser, innenfor en samlet heldøgnsdekning på om lag 18,0 prosent av innbyggere 80 år og eldre. Planretningen erstatter ikke individuelle behovsvurderinger eller kravet til nødvendige og forsvarlige tjenester.
4. Kommunestyret ber kommunedirektøren utarbeide en utbyggingsplan for Omsorg+, HDO og sykehjem fram mot 2050, med utgangspunkt i Agenda Kaupangs kunnskapsgrunnlag og oppdaterte behovsvurderinger. Planen skal konkretisere hvor mange nye plasser som må etableres, når de må være klare til bruk, og hvor de bør lokaliseres. Muligheten for å dekke

behovet gjennom ombygging eller utvidelse av eksisterende bygg skal vurderes opp mot nybygg. Planen legges fram til politisk behandling med anslag for investerings- og driftskostnader.

5. Eksisterende omsorgsboliger ved Lamarktunet omgjøres til Omsorg+. HDO etableres ved Lamarktunet ved at 12 eksisterende sykehjemsplasser omgjøres til 12 HDO-plasser i 2027. Omgjøringen innebærer ingen netto økning i samlet heldøgnskapasitet.
6. Kommunestyret vedtar å etablere helsehus på Lamarktunet som en samordnet arena for forebygging, rehabilitering og behandling, med korttidsavdeling med rehabiliteringstilbud, frisklivssentral og tverrfaglig vurderingsteam. Forebyggende tilbud til hjemmeboende eldre legges til frisklivssentralen framfor å etablere en egen helsestasjon for eldre. Det opprettes en ettårig prosjektstilling som frivilligkoordinator i 20 prosent stilling innenfor vedtatt økonomisk ramme. Stillingen skal bidra til stabilt og systematisk samarbeid med frivilligheten i tilknytning til frisklivssentralen.
7. Tjenestetrappen og boligtrappen innarbeides i kommunedelplan for helse og omsorg. Tiltak som ikke kan gjennomføres innenfor vedtatte økonomiske rammer, behandles i budsjett og økonomiplan eller legges fram som egen politisk sak.

Nye opplysninger

KORT BESKRIVELSE AV SAKEN

Saken foreslår tjenestetrapp og boligtrapp som felles rammeverk for forebygging, tildeling og tjeneste- og boligutvikling, med Agenda Kaupangs alternativ 3 som langsiktig planretning. Konkrete tiltak er Omsorg+ i eksisterende omsorgsboliger ved Lamarktunet, omgjøring av 12 sykehjemsplasser til HDO i 2027 og helsehus. Omgjøringen gir 80 institusjonsplasser og 24 HDO-plasser, uten økt samlet heldøgnskapasitet. Det foreslås også å utarbeide en utbyggingsplan for Omsorg+, HDO og sykehjem fram mot 2050, med vurdering av kapasitetsbehov, tidspunkt, lokalisering, bruk av eksisterende bygg og investerings- og driftskostnader. Kapasitetstallene for 2050 er planforutsetninger, ikke utbyggingsvedtak.

Tjenestetrappen beskriver innsats og oppfølging på ulike tjenestenivåer; boligtrappen beskriver boligformer og tilgang til personell. Omsorg+ og HDO foreslås som egne mellomtrinn, og forsterket behandlende avdeling som øverste institusjonstrinn. Helsehuset skal samle korttids- og rehabiliteringstilbud, frisklivssentral for alle aldre og tverrfaglig vurderingsteam under hjemmetjenesten. Forebyggende tilbud til hjemmeboende eldre legges til frisklivssentralen framfor en egen helsestasjon. Tilbudene skal støtte funksjon og mestring, samordne rehabilitering og avklare videre tjeneste- og boligbehov.

FAKTA I SAKEN

Saken gjelder særlig utviklingen av hjemmetjenester, institusjon og HDO. I kunnskapsgrunnlagets fordeling av netto driftsutgifter til helse og omsorg i 2025 utgjør institusjon for brukergruppen «Andre brukere, hovedsakelig eldre» 36 prosent, tjenester til hjemmeboende 24 prosent og boliger med mulighet for døgntjenester 8 prosent. De to førstnevnte kategoriene utgjør samlet 60 prosent. Kategorien tjenester til hjemmeboende omfatter flere tilbud, blant annet hjemmesykepleie, dag- og aktivitetstilbud, BPA og støttekontakt. Kommunens utgifter til tjenester hovedsakelig rettet mot eldre ligger høyere enn i referansegruppen i kunnskapsgrunnlaget.

<u>Bakgrunn, tidligere behandling og prossess</u>

Arbeidet med helsehus på Lamarktunet bygger på kommunestyrets bestilling i sak 113/23 og er fulgt opp i arkivsak 25/4667 og Formannskapssak 026/25. Kunnskapsgrunnlaget for utvikling av helse- og omsorgstjenestene ble presentert for kommunestyret 24.09.2026 i sak 02/26.

Dette saksframlegget følger opp kommunestyrets vedtak i KS PS 124/25 punkt 24 om omstilling, digitalisering og ressursutnyttelse. Oppfølgingen omfatter velferdsteknologi, nytt journalsystem,

samlokalisering ved Lamarktunet, tidlig innsats, bedre overganger etter korttidsopphold og målrettet bruk av personell og sykepleierkompetanse. For HDO og Omsorg+ foreslår administrasjonen at digitalt tilsyn, sensormatter og annen velferdsteknologi inngår i tilbudene, tilpasset individuelle behov og faglige vurderinger.

Saksframlegget følger også opp kommunestyrets vedtak i KS PS 124/25 punkt 28. Med utgangspunkt i demografi og dagens tjenesteprofil foreslår administrasjonen en helhetlig tjeneste- og boligstruktur for å bo trygt hjemme lenger, med lavterskel forebygging, boligveiledning og -tilpasning, teknologi, tverrfaglig vurdering og styrkede hjemmebaserte tjenester. Langsiktige kapasitets- og kostnadsvirkninger av økt HDO-bruk og redusert institusjonsandel belyses også.

Demografisk utvikling

Sortland står foran en betydelig endring i befolkningens alderssammensetning. Antall innbyggere 80 år og eldre er framskrevet fra 592 i 2026 til 1 120 i 2050. Antall innbyggere 90 år og eldre er framskrevet fra 79 til 240 i samme periode.

Det demografisk beregnede utgiftsbehovet innen helse og omsorg øker med om lag 6 prosent fram mot 2030, 28 prosent fram mot 2040 og 41 prosent fram mot 2050 dersom dagens tjenestenivå og standard videreføres. Beregningen illustrerer utviklingen i behov og er ikke en budsjettprognose. Tallene er hentet fra Kunnskapsgrunnlag Agenda Kaupang

Demensutvikling

Demenskartet anslår at 228 personer i Sortland hadde demens i 2025, og at antallet vil øke til 426 personer i 2050. Det tilsvarer en økning på 198 personer, eller om lag 87 prosent. Andelen av befolkningen i Sortland kommunesom anslås å ha demens, øker fra 2,14 prosent i 2025 til 4,05 prosent i 2050. Veksten i antall personer med demens skyldes dermed i hovedsak endringen i befolkningens alderssammensetning. Tallene er modellberegnede anslag, ikke en opptelling av personer med kjent eller registrert diagnose. De skal brukes i langsiktig planlegging, men kan ikke omregnes direkte til et bestemt antall boliger, plasser eller årsverk.

Utviklingen i antall personer med demens vil kunne gi økt behov for tidlig utredning, koordinert oppfølging, dagaktivitet, pårørendestøtte, demenskompetanse, velferdsteknologi, tilrettelagte boliger og differensierte døgn- og institusjonstilbud.

Skrøpelighet

Skrøpelighet innebærer redusert fysiologisk reserve og økt sårbarhet ved sykdom, skade og andre belastninger. Risikoen øker med alderen, men høy alder innebærer ikke i seg selv skrøpelighet. Tilstanden kan både forverres og forbedres. Tidlig identifisering og målrettede tiltak kan bidra til å opprettholde eller gjenvinne funksjon. Samhandlingsbarometeret viser at Sortland i 2025 hadde 335 noe skrøpelige eller skrøpelige per 1 000 innbyggere i aldersgruppen 75 år og eldre. For undergruppen skrøpelige var raten 144,91 per 1 000 i Sortland, sammenlignet med 127,54 per 1 000 for Norge. Veksten i de eldste aldersgruppene tilsier at funksjonsfall og sammensatte behov får større betydning i planleggingen.

Demens og skrøpelighet er ikke samme tilstand, men gruppene kan overlappe. Tallene fra Demenskartet og Samhandlingsbarometeret kan derfor ikke summeres.

Dagens tjenesteprofil

Kunnskapsgrunnlaget viser at Sortland har relativt høy institusjonsdekning og mange mottakere av små hjemmesykepleievedtak. Av 226 mottakere av hjemmesykepleie har 140, tilsvarende 62 prosent, vedtak på under 2,5 timer per uke. Gruppen står for om lag 21 prosent av de estimerte tjenestetimene. Tallene

beskriver fordelingen av vedtak og estimerte tjenestetimer, men viser ikke alene om mottakerne har potensial for rehabilitering eller redusert tjenestebehov. Organisering, arbeidsformer, oppgavedeling, teknologi og bruk av kompetanse må utvikles slik at eksisterende ressurser gir større kapasitet og robusthet.

Agenda Kaupangs kapasitetsgrunnlag for 2026 på 92 institusjonsplasser inkludert korttid og 24 HDO-plasser legges til grunn i denne saken, samlet 116 plasser. Hovedvekten av den samlede heldøgnskapasiteten er dermed i institusjon.

Forslag til tjenestetrapp

Tjenestetrappen synliggjør økende intensitet og spesialisering, men er ikke et obligatorisk forløp der alle trinn må prøves i rekkefølge. Innsatsen skal tilpasses den enkeltes behov, funksjon og livssituasjon. Innbyggerne skal kunne bevege seg mellom trinnene når behovene endres.

1. Universelle og samfunnsrettede tiltak (folkehelse)
   Aldersvennlig samfunn, informasjon, møteplasser, aktivitet, transport og boligveiledning.
2. Lavterskel forebygging og tidlig innsats
   Frisklivssentral for innbyggere i alle aldre, der individuell kartleggingssamtale ved oppstart og forebyggende tilbud til hjemmeboende eldre foreslås innarbeidet (f.eks fallforebygging, mestringstilbud, pårørendestøtte og tidlig boligveiledning).
3. Tverrfaglig vurdering og tidsavgrenset innsats
   Tverrfaglig vurderingsteam, hverdagsrehabilitering, fysio- og ergoterapi, boligtilpasning, hjelpemidler og velferdsteknologi.
4. Enkle og målrettede tjenester i hjemmet
   Praktisk bistand, medisineringsstøtte, digital oppfølging og avgrenset helsehjelp.
5. Omfattende og koordinerte tjenester i ordinær bolig
   Koordinerte punkttjenester gjennom døgnet
6. Omfattende og koordinerte tjenester i omsorgsbolig
   Tilrettelagt bolig med individuelt tildelte og koordinerte punkttjenester.
7. Omsorg+
   Selvstendig omsorgsbolig med bemanning i huset i avklarte tidsrom.
8. HDO
   Selvstendig omsorgsbolig med personell tilgjengelig hele døgnet, en definert grunnpakke og individuelt tildelte tjenester.
9. Tidsavgrenset institusjonsopphold
   Korttid, rehabilitering, avlastning, vurdering, lindring og kommunal døgnbehandling.
10. Langtidsopphold i institusjon
    Differensierte tilbud til personer med omfattende og komplekse behov.
11. Forsterket behandlende avdeling, institusjon
    Tilbud med særskilt kompetanse, observasjon og behandling.

Helsehus på Lamarktunet som del av tjenestetrappen

Som oppfølging av bestillingen omtalt ovenfor foreslår administrasjonen helsehus med korttidsavdeling med rehabiliteringstilbud, frisklivssentral og tverrfaglig vurderingsteam. Tilbudene skal sikre koordinerte forløp mellom oppfølging hjemme, institusjonsopphold og lavterskeltilbud for aktivitet og mestring.

Korttids- og rehabiliteringstilbudet ved Kårstua videreutvikles som helsehuset sin arena for utredning, behandling og rehabilitering under institusjonsopphold. Avdelingen har i dag 17 korttidsplasser og én KAD-plass.

Vurderingsteamet under hjemmetjenesten skal følge hjemmeboende eldre med begynnende funksjonsfall med målrettede, tidsavgrensede tiltak. Samarbeid med korttidsavdelingen og rehabiliteringstjenestene skal sikre overganger til egen bolig, hverdagsmestring, hverdagsrehabilitering

og nødvendig oppfølging. Korttidsavdelingen er styrket med opplæring i trygg akuttmedisin, velferdsteknologi, nytt journalsystem med økt brukerstøtte og utdanning av AKS-sykepleiere.

Frisklivssentralen foreslås som helsehusets forebyggende og helsefremmende lavterskeltilbud for alle aldre, også under og etter vurderingsteamets oppfølging og korttidsopphold. Forebyggende tilbud til hjemmeboende eldre legges hit framfor en egen helsestasjon nå; behov for utvidelse eller egen helsestasjon evalueres senere. En individuell kartleggingssamtale ved oppstart skal avklare veiledning, tiltak og oppfølging innen fysisk og psykisk helse, kosthold, aktivitet, fallforebygging, hukommelse, søvn og sosial deltakelse, samt informasjon om tjenester og velferdsteknologi. Videre henvisning vurderes ved behov. Samlokalisering med korttidsavdelingen, fysio- og ergoterapi skal styrke sammenhengen mellom tidlig innsats, vurdering, behandling og rehabilitering. Videreutvikling av korttidsavdelingen og etablering av frisklivssentral planlegges med oppstart i 2027.

Samarbeid med frivilligheten

Sortland kommunes frivillighetsmelding, vedtatt 16. juni 2022, vektlegger samhandling, mangfold, rekruttering og forutsigbarhet for frivilligheten, samt økt samspill og koordinering innen helse og omsorg. Agenda Kaupangs kunnskapsgrunnlag framhever samarbeid med frivilligheten for å styrke mestring og sosial deltakelse og bidra til at flere kan bo trygt hjemme lenger.

Forslag til boligtrapp

Boligtrappen skal understøtte selvstendighet, trygghet og forsvarlig tjenesteyting.

1. Ordinær bolig
   Egen eller leid bolig uten særskilt tilrettelegging.
2. Tilpasset og aldersvennlig bolig
   Tilgjengelig bolig med mulighet for boligtilpasning, hjelpemidler og velferdsteknologi.
3. Senior- eller fellesskapsbolig
   Selvstendige boliger nær service, transport og møteplasser, eventuelt med fellesarealer.
4. Omsorgsbolig med koordinerte tjenester
   Tilrettelagt bolig med individuelt tildelte og koordinerte tjenester, uten fast bemanning i huset.
5. Omsorg+, nytt trinn
   Selvstendig omsorgsbolig med bemanning i huset i avklarte tidsrom. Eksisterende omsorgsboliger ved Lamarktunet omgjøres til Omsorg+.
6. HDO, nytt trinn
   Selvstendig omsorgsbolig med personell tilgjengelig hele døgnet, en definert grunnpakke og individuelt tildelte tjenester. 12 HDO-plasser etableres ved Lamarktunet gjennom omgjøring av 12 eksisterende sykehjemsplasser.
7. Korttidsplass i institusjon
   Tidsavgrenset opphold knyttet til rehabilitering, vurdering, avlastning, behandling eller lindring.
8. Langtidsplass i institusjon
   Differensierte tilbud til personer med varige, omfattende og komplekse behov.
9. Forsterket behandlende avdeling, institusjon –nytt trinn
   Tilbud til personer med behov for omfattende medisinsk og sykepleiefaglig oppfølging.

Sammenhengen mellom tjenestetrappen og boligtrappen

Boligform og tjenestebehov skal vurderes individuelt og i sammenheng, uten at det ene automatisk avgjør det andre. Omfattende tjenester kan gis hjemme når bolig, risiko og organisering gjør det forsvarlig. En omsorgsbolig gir ikke automatisk rett til et bestemt tjenesteomfang. Vurderingen skal omfatte funksjon og mestring, behov gjennom døgnet, responstid, boligegnethet, rehabiliteringsmuligheter, hjelpemidler, velferdsteknologi og pårørendesituasjon.

Helsehuset er en arena for samordning av tjenester på flere trinn i tjenestetrappen, ikke et eget trinn i boligtrappen. Videreutviklingen av helsehuset endrer ikke boligtrappens inndeling eller skillet mellom selvstendige boliger og institusjonsplasser.

VURDERING

Veksten i de eldste aldersgruppene kan ikke møtes med tilsvarende vekst i bemanning og institusjonskapasitet alene. Omstilling i hjemmetjenesten og institusjon må kombinere forebygging, rehabilitering, boligtilpasning, teknologi og differensierte botilbud med bedre kompetanse- og ressursutnyttelse. Administrasjonen anbefaler Agenda Kaupangs alternativ 3 som langsiktig planretning: sterkere dreining mot HDO og hjemmebaserte tjenester, med samlet heldøgnsdekning på om lag 18,0 prosent av innbyggere 80 år og eldre i 2050 og plassfordeling på 60 prosent institusjon og 40 prosent HDO.

Målrettet og systematisk innsats tidlig i tjenestetrappen

Administrasjonen vurderer at utviklingen av nye boligtrinn må kombineres med en sterkere innsats tidlig i tjenestetrappen. Dersom kommunen ikke har tilstrekkelig kapasitet til forebygging, tverrfaglig vurdering, rehabilitering og boligtilpasning, er det risiko for at innbyggere får varige tjenester eller flytter til mer omfattende boligtrinn tidligere enn nødvendig.

Mange små hjemmesykepleievedtak gir grunn til å undersøke nytten av tidlig, tverrfaglig og tidsavgrenset innsats, men dokumenterer ikke i seg selv funksjonsfall eller rehabiliteringspotensial. Individuell vurdering av funksjon, ressurser og bolig skal avklare tiltak før varige tjenester utvides, uten å begrense nødvendig hjelp.

Styrket samarbeid med frivilligheten

Samarbeidet med frivilligheten anbefales styrket i tilknytning til frisklivssentralen. En frivilligkoordinator skal sikre faste kontaktpunkter, samordning og oversikt over aktiviteter og møteplasser, slik at innbyggerne kan videreføre aktivitet og sosial deltakelse. Samarbeidet utvikles med frivillige lag og organisasjoner og skal supplere, ikke erstatte, kommunens ansvar for nødvendige og forsvarlige tjenester. Prosjektstilling og finansiering omtales under økonomi.

Tverrfaglig vurderingsteam

Teamet etableres permanent under hjemmetjenesten ved omdisponering av 1,0 årsverk innenfor vedtatt ramme. Det skal identifisere funksjonsfall, kartlegge og koordinere tidsavgrensede tiltak for mestring og funksjon og sikre sammenheng mellom lavterskeltilbud, rehabilitering og tjenester hjemme. Videre tjeneste- og boligbehov avklares før varige tjenester utvides eller mer omfattende botilbud vurderes. Målgruppen er primært hjemmeboende over 70 år med begynnende funksjonsfall, få eller moderate tjenester og potensial for bedring. Inntak og oppfølging bygger på behov, ressurser, bolig, livssituasjon, forventet nytte og hva som er viktig for den enkelte, ikke alder eller skår alene. Boligtilpasning, rehabilitering og endret oppfølging vurderes når relevant og forsvarlig. Teamet skal verken være et obligatorisk mellomledd eller forsinke nødvendige tjenester. Organisering, faglig sammensetning, rutiner og forløp fastsettes administrativt.

Omsorg+ og HDO som nye trinn

Omsorg+ og HDO dekker ulike behov mellom ordinær omsorgsbolig og institusjon. Digitalt tilsyn, sensormatter og annen velferdsteknologi skal integreres for trygghet, oppfølging og hensiktsmessig personellbruk, tilpasset individuelle behov og faglige vurderinger.

Målgruppen for Omsorg+ er personer som kan bo i en selvstendig bolig, men som trenger større nærhet til personell enn planlagte ambulante tjenester gir. Tilbudet har bemanning i huset i avklarte tidsrom og skiller seg dermed fra HDO, der personell er tilgjengelig hele døgnet.

HDO er aktuelt for personer med omfattende og varige hjelpebehov som ikke kan ivaretas tilstrekkelig gjennom planlagte tjenester eller Omsorg+, men som ikke trenger institusjonsnivå. Behov og funksjonsnivå skal være avgjørende, ikke alder eller diagnose alene. Personell skal være tilgjengelig hele døgnet, men tilbudet omfatter ikke kontinuerlig observasjon eller omfattende medisinsk behandling på institusjonsnivå. HDO utvikles som et selvstendig boligtrinn, ikke en sykehjemsavdeling med ny betegnelse. Tilbudet organiseres under institusjonstjenesten, men er fortsatt beboerens private hjem.

Framskriving av behov for sykehjemsplasser og HDO

I forbindelse med ferdigstillelse av saksframlegget er det mottatt en revidert tjenesteprofilanalyse fra Agenda Kaupang, endelig filversjon 27.10.2026. Reviderte opplysninger legges til grunn for beskrivelsen av dagens tjenesteprofil. Kapasitetsgrunnlaget for 2026 er korrigert til 12 HDO-plasser og en HDO-dekning på 2,03 prosent. Den reviderte analysen inneholder ikke nye framskrivinger av plassbehov eller kostnader fram mot 2050. Scenariotall og økonomiske sammenligninger fra det tidligere kunnskapsgrunnlaget beholdes derfor som tidligere beregninger, ikke som oppdaterte anslag. De inngår som foreløpige scenarioer i prosjektet for videre behovsanalyse og utbyggingsplanlegging. Prosjektet skal avklare endelig kapasitetsbehov, utbyggingstakt og økonomiske konsekvenser på grunnlag av den reviderte analysen og oppdaterte behovsvurderinger.

Agenda Kaupangs kunnskapsgrunnlag konkluderer med at dagens tjenesteprofil ikke er bærekraftig på lang sikt. Scenariotabellen nedenfor sammenligner alternative kapasiteter og dekningsgrader i 2050. Kolonnen «Avvik mot tidligere referansescenario 2050» viser tidligere beregnet forskjell i årlig driftskostnad sammenlignet med alternativ 1, ikke forskjell i antall plasser. Kostnadsforutsetningene omtales under «Økonomiske vurderinger».

Korrigert kapasitetsgrunnlag for 2026 er 92 institusjonsplasser og 12 HDO-plasser, samlet 104. HDO-dekningen er 2,03 prosent. Med 592 innbyggere 80 år og eldre i 2026 tilsvarer 104 plasser en samlet dekning på om lag 17,6 prosent. Dette grunnlaget brukes i saken; virkningen av omgjøringen i 2027 vises i kapasitetstabellen.

Rapportens 121 institusjonsplasser og 80 HDO-plasser gir samlet 201 plasser. Med kommunens oppgitte 1 120 innbyggere 80 år og eldre tilsvarer dette 17,9 prosent. Rapportens scenarioverdier er beholdt uten omberegning. Økonomiske virkninger og forutsetninger er samlet under «Økonomiske vurderinger».

Scenario	Samlet deknings-grad 2050	Institusjon 2050	HDO 2050	Avvik mot tidligere referansescenario 2050	Kommentar
1 Tidligere referansescenario	19,7 %	174 plasser	45 plasser	-	Bygger på tidligere kapasitetsgrunnlag.
2 Dreining mot HDO	18,5 %	145 plasser	62 plasser	-17,2 mill. kr	Moderat dreining mot HDO.
3 Sterkere dreining mot HDO og hjemme-baserte tjenester	18,0 %	121 plasser	80 plasser	-42,6 mill. kr	53 færre institusjonsplasser enn alternativ 1.

De 121 institusjonsplassene i 2050 omfatter langtids- og tidsavgrensede plasser; korttid kommer ikke i tillegg.

Dagens kapasitet og beregnet kapasitetsbehov

År / grunnlag	Institusjon inkl. korttid	HDO	Samlet kapasitet
2026 – Agenda Kaupangs analysegrunnlag	92	12	104
2027 – etter foreslått omgjøring	80	24	104
2050 – Agenda Kaupangs alternativ 3	121	80	201

Omgjøringen i 2027 endrer sammensetningen, men øker ikke samlet kapasitet. Forskjellen mellom kapasiteten etter omgjøring og alternativ 3 i 2050 er 41 institusjonsplasser og 56 HDO-plasser. Dette er en beregnet netto kapasitetsøkning, ikke et fastsatt antall nybyggplasser. Rapporten gir ikke en dokumentert innfasingsplan for alternativ 3 i mellomårene. Den foreslåtte utbyggingsplanen for HDO og sykehjem fram mot 2050 skal konkretisere kapasitetsbehov, når plassene må være klare til bruk, og hvor de bør lokaliseres, med utgangspunkt i Agenda Kaupangs kunnskapsgrunnlag og oppdaterte behovsvurderinger. Ombygging og utvidelse av eksisterende bygg skal vurderes opp mot nybygg. Det haster å få på plass plan for videre utbygging av Omsorg+, nye sykehjemsplasser og HDO-plasser.

Omgjøring av 12 sykehjemsplasser – kapasitet og innfasing

Det skal gjennomføres en samlet analyse av bemanning, kompetanse, inntekter, utgifter, og konsekvenser for øvrige tjenester. Analysen skal også vurdere risikoen ved at institusjonskapasiteten reduseres fra 92 til 80 plasser i 2027, og hvordan behovet for nødvendige og forsvarlige institusjonstjenester skal ivaretas under innfasingen.

Personalmessige forhold
Endringene vil påvirke bemanning, kompetanse, turnus, arbeidssted, oppgavedeling og ledelse. Kompetanse om demens, skrøpelighet, funksjonsvurdering og rehabilitering må finnes i hele tjenestetrappen. Kompetansebehov på dag, kveld, natt og helg avklares for Omsorg+ og HDO gjennom bemannings- og kompetanseanalyser, med medvirkning fra ansatte, tillitsvalgte og vernetjenesten.

Sykepleieteamet som er pilotert i hjemmetjenesten, videreutvikles til felles team for hjemmetjenesten, institusjon og miljøtjenesten på kveld og helg. Målet er bedre kompetanseutnyttelse, faglig samarbeid og oppgavedeling mellom sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter. Dette krever tydelig ansvar og nødvendig kompetanseheving hos øvrig personell.

Medvirkning fra Eldreråd, Råd for personer med funksjonsnedsettelse, Ungdomsråd
Saken gjelder tjeneste- og boligtilbud med betydning for eldre og personer med funksjonsnedsettelse. Administrasjonen vurderer derfor saken som relevant for medvirkning fra Eldrerådet og Råd for personer med funksjonsnedsettelse.

Økonomiske forhold
Kunnskapsgrunnlaget viser økte kostnader til institusjon og HDO i alle alternativer. Ved videreføring øker beregnet årskostnad fra om lag 140 mill. kroner i 2026 til 264 mill. kroner i 2050; i alternativ 3 fra om lag 135 til 221 mill. kroner. Oppgitt forskjell er 42,6 mill. kroner i 2050 og samlet om lag 555 mill. kroner i 2026–2050. Alternativ 2 gir 17,2 mill. kroner lavere årskostnad i 2050. Dette er scenarioresultater, ikke budsjettinnsparinger ved omgjøringen i 2027.

Agenda Kaupangs scenarioanalyse bygger på årlige enhetskostnader på 1 233 000 kroner per institusjonsplass og 1 094 000 kroner per HDO-plass i Sortland. For å belyse betydningen av rimeligere HDO-drift benytter rapporten også en alternativ enhetskostnad på 900 000 kroner per HDO-plass per år. Dette er en beregningsforutsetning, ikke en dokumentert framtidig driftskostnad ved Lamarktunet. I alternativ 3 kombineres den lavere HDO-kostnaden med redusert samlet heldøgnsdekning fra 19,7 til 18,0 prosent og en fordeling på 60 prosent institusjonsplasser og 40 prosent HDO-plasser i 2050. Den beregnede kostnadsforskjellen skyldes dermed både endret kapasitet, endret sammensetning av tilbudet og lavere kostnad per HDO-plass, ikke omgjøringen av 12 plasser alene.

Potensialet er redusert framtidig kostnadsvekst i heldøgnstilbudene. HDO må ha lavere bemannings- og kostnadsnivå enn institusjon, samtidig som hjemmetjenester, rehabilitering, egnede boliger og teknologi møter mer av behovsveksten. Institusjonslignende HDO-drift kan redusere eller fjerne handlingsrommet.

Økonomi og finansiering for de konkrete tiltakene

- Omgjøring av 12 sykehjemsplasser til HDO ved Lamarktunet i 2027: Eksisterende plasser og bygg benyttes, uten netto kapasitetsøkning. Netto driftsvirkning må beregnes ut fra bemanning, turnus, nattjeneste, sykepleierdekning, teknologi, husleie og beboerbetalinger, bortfall av institusjonsvederlag, tilrettelegging, overgangsdrift og virkninger for øvrige tjenester.
- Omsorg+: Eksisterende omsorgsboliger ved Lamarktunet omgjøres til Omsorg+. Etablering og drift forutsettes gjennomført innenfor dagens vedtatte økonomiske rammer gjennom prioritering og omdisponering. Eventuelle behov utover rammen behandles i budsjett og økonomiplan eller som egen politisk sak.
- Helsehus – korttidsavdeling med rehabiliteringstilbud, frisklivssentral med foreslåtte forebyggende tilbud til hjemmeboende eldre og tverrfaglig vurderingsteam: Foreslås gjennomført innenfor dagens vedtatte rammer gjennom prioritering, samordning og omdisponering.
- Frivilligkoordinator: Det foreslås opprettet en ettårig prosjektstilling på 20 prosent ved prioritering og omdisponering innenfor vedtatt ramme, uten økt bevilgning. Stillingen skal støtte systematisk samarbeid med frivilligheten og frisklivssentralen. Erfaringer og videreføring vurderes før prosjektslutt. Koordinatoren kan bistå organisasjoner med søknader til blant annet Stiftelsen Dam og Helsedirektoratet; tilskudd er tillegg og regnes som finansiering først ved innvilgelse.
- Tverrfaglig vurderingsteam: Samlet 1,0 årsverk omdisponeres innenfor dagens vedtatte økonomiske rammer. Ressursfordeling og konsekvenser for avgivende tjenester konkretiseres administrativt før oppstart.
- Felles sykepleieteam: Videreutvikles for hjemmetjenesten, institusjonstjenesten og miljøtjenesten på kveld og helg innenfor dagens rammer. Bemanning, oppgavedeling og kompetanseheving tilpasses eksisterende ressurser. Bedre kompetanseutnyttelse er forventet.

Utbyggingsplanen for Omsorg+, HDO og sykehjem fram mot 2050 skal legges fram til politisk behandling med anslag for investerings- og driftskostnader. Kostnadsvurderingene skal belyse ombygging og utvidelse av eksisterende bygg opp mot nybygg. Bestillingen av planen innebærer ikke bevilgning til framtidige byggeprosjekter. Tiltak som krever midler utover vedtatte rammer, behandles i budsjett og økonomiplan eller som egen politisk sak.

<u>Økonomiske konsekvenser for innbyggerne</u>

Gjennomsnittlig institusjonsbetaling var 19 830 kroner per måned i september 2026, inkludert opphold, strøm, mat, lege, praktisk bistand, transport og legemidler. For HDO ved Lamarktunet er foreløpig anslag 17 000–19 000 kroner per måned for husleie, strøm og kost, inkludert fellesutgifter. Egenandel for betalingspliktig praktisk bistand og eventuelle utgifter til legemidler, transport og lege kan komme i tillegg, avhengig av den enkeltes behov og gjeldende betalings- og fritaksordninger. Bistand til personlig stell og egenomsorg er gratis.

Forventede gevinster og oppfølging

Rammeverket skal styrke helhetlig planlegging, tildeling og revurdering. Differensierte botilbud skal gi samsvar mellom bolig, hjelpebehov og personelltilgang, mens forsterket behandlende avdeling samler særskilt medisinsk og sykepleiefaglig kompetanse. Helsehuset skal bidra til tidlig identifisering av funksjonsfall, forebygging, rehabilitering og bedre overganger hjem. Tiltakene kan styrke selvstendighet, mestring, samordning og kompetansebruk og redusere reisetid. Bedre bruk av bygg og personell kan dempe framtidig bemannings-, institusjons- og investeringsbehov og prioritere institusjon til dem som trenger det. Effekten avhenger av hjelpebehov og drifts- og betalingsordninger. Før oppstart fastsettes utgangspunkt, ansvar og evalueringstidspunkt. Kapasitetsutnyttelse, ventetid, bemanning, netto driftskostnader og samlede beboerkostnader følges for å sammenholde forventede og faktiske virkninger.

Folkehelse
Forslaget støtter forebygging, fysisk aktivitet, sosial deltakelse, mestring og aldersvennlig samfunnsutvikling. Tidlig innsats og egnede boliger kan opprettholde funksjon og selvstendighet og forebygge at boligforhold forsterker tjenestebehov. Personer med begrensede ressurser, svakt nettverk eller uegnede boliger må sikres informasjon og oppfølging.

Klima-, miljø- og naturforhold
Utvikling av egnede boliger nær servicefunksjoner, møteplasser og tjenestebaser kan redusere transportbehovet og gi mer hensiktsmessig organisering av tjenestene.

Konkrete klima- og miljøkonsekvenser må vurderes i senere areal-, bygge- og investeringssaker.

KONKLUSJON
Administrasjonen anbefaler tjenestetrappen og boligtrappen som strategisk rammeverk og alternativ 3 som langsiktig planretning, fulgt opp gjennom helsehus, tidlig innsats, differensierte botilbud og tverrfaglig oppfølging. HDO-omgjøringen i 2027 gir ingen netto kapasitetsøkning. Administrasjonen anbefaler at det utarbeides en utbyggingsplan for HDO og sykehjem fram mot 2050, som konkretiserer kapasitetsbehov, tidspunkt og lokalisering og vurderer ombygging og utvidelse opp mot nybygg. Planen legges fram til politisk behandling med anslag for investerings- og driftskostnader.

Tjenestetrappen og boligtrappen innarbeides i kommunedelplanen.

Tiltak utover vedtatt ramme behandles i budsjett og økonomiplan eller egen politisk sak.

Vedlegg:
Analyse av brukergrupper og tjenesteprofil i pleie- og omsorg -Sortland endelig 27.10.2026
Rapport Sortland - kunnskapsgrunnlag Helse omsorg og velferd