

Kunnskapsgrunnlag Helse, omsorg og velferd

2026

SORTLAND KOMMUNE

AGENDA KAUPANG

OPPDRAGSGIVER:	**Sortland kommune**
RAPPORTNUMMER:	**R 100405**
RAPPORTENS TITTEL:	**Kunnskapsgrunnlag Helse, omsorg og velferd**
ANSVARLIG KONSULENT:	**Lisbet Kjøniksen**
KVALITETSSIKRET AV:	**Hege Askestad**
FOTOGRAFI I RAPPORT:	**Lisbet Kjøniksen/Agenda Kaupang**
DATO:	**10.09.2026**

Forord

Agenda Kaupang har bistått Sortland kommune med å utarbeide et kunnskapsgrunnlag for helse-, omsorgs- og velferdsområdet. Kunnskapsgrunnlaget skal støtte kommunens arbeid med ny kommunedelplan og gi et bedre grunnlag for prioriteringer, omstilling og videreutvikling av bærekraftige tjenester.

Sortland kommune står, som mange andre kommuner, overfor økende behov for helse-, omsorgs- og velferdstjenester, samtidig som økonomiske rammer og tilgang på kvalifisert personell blir mer krevende. Rapporten belyser dagens tjenesteprofil, ressursbruk, kapasitet og utviklingstrekk, og peker på forhold som har betydning for hvordan kommunen kan dimensjonere og organisere tjenestene framover.

Arbeidet bygger på dokumentgjennomgang, analyser av regnskaps- og tjenestedata, offentlig statistikk og dialog med ledere og nøkkelpersoner i kommunen. Det er også gjennomført en driftsgjennomgang av utvalgte tjenester. Målet har vært å gi kommunen et etterprøvbart og beslutningsnyttig grunnlag for videre planlegging og prioriteringer.

Arbeidet er utført i samarbeid med Sortland kommune i perioden juni til september 2026. Agenda Kaupang takker kommunen for godt samarbeid og alle som har bidratt med informasjon, avklaringer og innspill underveis. Innholdet i rapporten står for Agenda Kaupangs regning, inkludert eventuelle feil eller mangler som ikke er fanget opp før ferdigstillelse.

Oslo, 10 september 2026

Agenda Kaupang

Innhold

1 Sammendrag 5
2 Bakgrunn og mandat 8
2.1 Formål og mandat 8
2.2 Metode 8
3 Kommunale helse- og omsorgs- tjenester 12
3.1 Sortland kommune, lokal kontekst 13
3.2 Dagens organisering og tjenester 14
4 Kartlegging og analyse 15
4.1 Demografiske endringer øker behovet for omstilling 15
4.2 Krevende levekårs- og folkehelsebilde i Sortland 17
4.3 Økt levealder 19
4.4 Negativ utvikling av den økonomiske situasjonen i Sortland kommune 19
4.5 Svak økning i utgifter til pleie- og omsorgstjenestene 20
4.6 Overordnet analyse av sosialtjenestene basert på KOSTRA 21
4.7 Analyse av tilbudet til tre brukergrupper innen pleie og omsorg 25
4.8 Analyse av kommunens helseutgifter 36
4.9 Analyse av variabel lønn 37
4.10 Framskrivninger og behovsanalyse 40
4.11 Alternativanalyse og dreining av tjenesteprofil 41
4.12 Resultat fra driftsgjennomgangen 45
4.13 Oppsummering av hovedfunn 60
4.14 Funn fra intervjuer 60
5 Vurderinger, anbefalinger og våre forslag til tiltak 64
5.1 Hovedfunn og prioriteringer for det videre planarbeidet 64
5.2 Behov for strategiske veivalg i kommunedelplanarbeidet 66
5.3 Behov for en helhetlig boligpolitikk og boligutvikling for eldre 67
5.4 Myndighetsfunksjonen, en premissgiver for omstilling 69
5.5 En hjemmetjeneste for å bo trygt hjemme lenger 70
5.6 Potensial for reduserte utgifter 71
5.7 Bemanningsnivåer og kompetanse 74
5.8 Framskrivninger og alternative kapasiteter i innsatstrappen 75
5.9 Organisering 76
5.10 Driftsoptimale strukturer er en forutsetning for kostnadseffektiv drift og kvalitet 79
5.11 Legetjenesten har høye kostnader og bør utredes nærmere 80
5.12 Avsluttende betraktninger 81

1 Sammendrag

Agenda Kaupang har utarbeidet et kunnskapsgrunnlag for Sortland kommunes kommunedelplan for helse, omsorg og velferd. Arbeidet bygger på dokumentgjennomgang, offentlig statistikk, regnskaps- og tjenestedata, detaljerte analyser av pleie- og omsorgstjenestene, driftsgjennomgang av utvalgte tjenester samt intervjuer og dialog med ledere og nøkkelpersoner. Kunnskapsgrunnlaget belyser både dagens situasjon, utviklingen i behov og ressursbruk og hvilke strategiske valg kommunen står overfor.

Analysene viser et økende omstillingsbehov

Sortland har hatt befolkningsvekst over tid, men veksten har flatet ut de siste årene. Hovedutfordringen framover er derfor ikke først og fremst utviklingen i samlet folketall, men endringer i befolkningens sammensetning. Framskrivingene viser at andelen eldre øker betydelig, og at antallet innbyggere over 80 år forventes å øke fra om lag 590 i 2026 til over 1 100 i 2050. Samtidig reduseres befolkningen i yrkesaktiv alder. Sortland vil dermed få flere innbyggere i aldersgrupper med høyt behov for helse- og omsorgstjenester, samtidig som tilgangen på arbeidskraft blir knappere.

Analysene av kommunens økonomi og ressursbruk viser samtidig at handlingsrommet er begrenset. Helse-, omsorgs- og velferdstjenestene utgjør en betydelig del av kommunens samlede ressursbruk, og flere tjenesteområder har et kostnadsnivå som gir grunn til å vurdere både kapasitet, organisering og driftsform. Analysene viser også variasjoner mellom tjenester og brukergrupper som understreker behovet for å se ressursbruk, tjenestenivå og organisering mer i sammenheng.

De detaljerte analysene av pleie- og omsorgstjenestene viser at dagens tjenesteprofil vil bli krevende å videreføre når antallet eldre øker. Dersom dagens dekningsgrader og tjenestemønster opprettholdes, vil behovet for særlig heldøgns omsorg øke betydelig. Framskrivningene og alternativanalysene viser samtidig at framtidig kapasitetsbehov ikke avgjøres av helse- og omsorgstjenestene alene, men av hvordan kommunen som lokalsamfunn legger til rette for at flere kan leve aktive, trygge og selvstendige liv. Dette handler blant annet om aldersvennlige boliger og nærmiljøer, sosiale møteplasser, transport, frivillighet og samarbeid med pårørende, innbyggere og andre aktører, i tillegg til innretningen av kommunale tjenester. En sterkere satsing på hjemmebaserte tjenester, egnede boliger og heldøgnsbemannede omsorgsboliger kan redusere behovet for en tilsvarende vekst i institusjonskapasiteten.

Analysene av hjemmetjenestene viser potensial for bedre ressursutnyttelse. Av 226 mottakere av hjemmesykepleie får 140, tilsvarende 62 prosent, mindre enn 2,5 timer tjenester per uke. Disse står for en begrenset andel av de samlede vedtakstimene. Det kan derfor være aktuelt å vurdere mer målrettede arbeidsformer, som rehabiliterende innsats, teknologi, digital oppfølging og bedre planlegging av oppdrag og kjøreruter. Eventuelle økonomiske gevinster forutsetter at endret praksis faktisk gir lavere ressursbruk eller demper framtidig bemanningsvekst.

Driftsgjennomgangen viser videre utfordringer knyttet til bemanning, kompetanse og organisering. Det er variasjoner i bemanningssammensetning, vakante stillinger og bruk av variabel lønn, samtidig som flere tjenester drives i små og geografisk spredte enheter. Dette gir sårbarhet og smådriftsulemper og kan gjøre det vanskeligere å utnytte personell og kompetanse effektivt. Også ressursbruken på natt og organiseringen av institusjons- og miljøtjenestene peker på et potensial for mer driftsoptimale strukturer.

Legetjenesten skiller seg ut med høyt kostnadsnivå, både innen fastlegeordningen og legevakt. Kommunen har samlet sett høy fastlegekapasitet i forhold til innbyggertallet, men analysene viser samtidig utfordringer med kontinuitet og tilgjengelighet. Videre utvikling bør derfor særlig handle om

organisering, bedre bruk av eksisterende kapasitet og en nærmere vurdering av legevaktsløsningen.

Intervjuene viser et mer nyansert bilde. Sortland har engasjerte medarbeidere og flere velfungerende tjenester, blant annet innen forebygging, tverrfaglig samarbeid, demensoppfølging og velferdsteknologi. Samtidig beskrives økonomisk press, rekrutteringsutfordringer, sykefravær og små fagmiljøer. Flere peker også på behov for tydeligere prioriteringer, mer systematisk evaluering og tilstrekkelig ledelseskapasitet til å gjennomføre nødvendig omstilling.

Tjenesteprofilen må dreies

Analysene viser at dagens tjenesteprofil ikke kan videreføres. Framtidige behov kan ikke møtes med tilsvarende vekst i bemanning og kapasitet. Kommunen må derfor forebygge og utsette behov for omfattende tjenester, styrke mestring i hverdagen og legge til rette for at flere kan bo trygt hjemme lenger.

Dette krever en gradvis dreining fra institusjon og personellintensive tjenester til forebygging, rehabilitering, velferdsteknologi, hjemmebaserte tjenester og mer differensierte botilbud. Kommunen bør planlegge for lavere framtidig sykehjemsdekning, kombinert med økt kapasitet i HDO og andre egnede boliger. HDO må utvikles som et tydelig mellomnivå mellom ordinære hjemmetjenester og institusjon.

Aldersvennlig samfunnsutvikling blir derfor viktig for utviklingen av helse- og omsorgstjenestene. Kommunen bør se boligpolitikk, nærmiljø, transport, møteplasser og tjenester i sammenheng. En helhetlig boligtrapp og flere tilgjengelige, aldersvennlige boliger kan gjøre det mulig for flere å bo trygt hjemme lenger.

Myndighetsutøvelse, arbeidskraft og struktur blir avgjørende

Myndighetsutøvelsen og tildelingspraksisen er en sentral premissgiver for omstillingen. Kommunen bør styrke og samle myndighetsfunksjonen og utvikle en mer enhetlig og ressursorientert saksbehandling. Kartlegging, målsetting, prioritering og systematisk evaluering og revurdering av tjenester må stå sentralt. BEON-prinsippet bør være styrende, men forutsetter at kommunen har tilstrekkelig kapasitet og reelle alternativer på de lavere nivåene i innsatstrappen.

Tilgang på personell og kompetanse vil være en av de største begrensningene framover. Kommunen bør derfor utvikle felles prinsipper for bemanningsplanlegging, kompetansebruk og oppgavedeling og samtidig vurdere mer driftsoptimale strukturer. Større grad av samlokalisering, samarbeid på tvers og mer robuste enheter kan redusere sårbarhet og gi bedre utnyttelse av personell. Dette gjelder særlig små og spredte enheter, men også institusjonsdriften.

Kommunens organisering bør samtidig gjennomgås med sikte på tilstrekkelig ledelseskapasitet, hensiktsmessige kontrollspenn og bedre samhandling. Arbeidet peker også på behov for særskilte vurderinger av blant annet Sortlandshjelpa, helsestasjons- og skolehelsetjenesten og NAV. Den planlagte organisatoriske flyttingen av NAV til helse og omsorg bør vurderes på nytt før gjennomføring.

Samlet retning

Kunnskapsgrunnlaget viser at Sortlands utfordringer ikke kan løses gjennom enkeltstående effektiviseringstiltak. Demografisk utvikling, økonomi, tjenesteprofil, aldersvennlig samfunnsutvikling, boligutvikling, myndighetsutøvelse, organisering, kompetanse og driftsstruktur må ses i sammenheng.

Den overordnede retningen bør være å forebygge og utsette behov, styrke mestring og selvhjulpenhet, legge til rette for at flere kan bo trygt hjemme lenger og bruke kommunens

personellressurser der behovene er størst. Dette krever langsiktige strategiske valg, men også konkrete grep på kortere sikt.

Rapporten gir ikke én ferdig løsning, men viser hvilke valg kommunen står overfor. Disse valgene må avklares i kommunedelplanen og følges opp med prioriterte tiltak i handlings- og økonomiplanene. Omstillingen bør skje trinnvis, med tydelig ledelse, god involvering og jevnlig oppfølging av om tiltakene virker som forutsatt.

2 Bakgrunn og mandat

Agenda Kaupang har bistått Sortland kommune med å utarbeide et kunnskapsgrunnlag for helse-, omsorgs- og velferdsområdet. Arbeidet er gjennomført som grunnlag for kommunens arbeid med ny kommunedelplan for helse, omsorg og velferd og til omstilling for bærekraftige helse, omsorgs og velferdstjenester. Kunnskapsgrunnlaget skal ha sammenheng med kommunedelplanens formål, planprogrammet og kravene til kunnskapsgrunnlag etter plan- og bygningsloven.

2.1 Formål og mandat

Rapporten belyser dagens tjenestestruktur, ressursbruk, kapasitet og sentrale utviklingstrekk innen helse, omsorg og velferd. Arbeidet omfatter blant annet demografi, økonomi, personell- og kompetansebehov, tjenesteprofil, bolig- og institusjonsstruktur, tildelingspraksis og framtidig kapasitetsbehov. Gjennomgangen skal gi kommunen et beslutningsgrunnlag for videre planlegging, prioritering og utvikling av bærekraftige tjenester.

Mandatet har vært:

- å gjennomføre en ståstedsanalyse av dagens situasjon og sentrale utviklingstrekk
- å vurdere kommunens mulighetsrom og aktuelle handlingsalternativer innen ressursbruk, rekruttering og kompetanse, tildelingspraksis, digitalisering, boligbehov, samhandling og organisering
- å synliggjøre strategiske veivalg og mulige konsekvenser for kvalitet, kapasitet, økonomi og gjennomførbarhet
- å gi anbefalinger som kan brukes i videre planprosess og politisk behandling

Rapporten skiller så langt som mulig mellom fakta, analyser, vurderinger og anbefalte veivalg. Målet er å gi Sortland kommune et etterprøvbart og beslutningsnyttig grunnlag som kan brukes direkte i arbeidet med kommunedelplanen og i den videre utviklingen av helse-, omsorgs- og velferdstjenestene.

Arbeidet er tilpasset underveis og utført i tett dialog med Sortland kommune. Oppdraget har ikke omfattet en bred innbygger-, bruker- eller pårørendeundersøkelse. Det anbefales at kommunen sikrer slik involvering i det videre planarbeidet.

2.2 Metode

Agenda Kaupang har gjennomført arbeidet for Sortland kommune med en metodisk tilnærming som kombinerer dokumentstudier, kvantitative analyser og kvalitativ informasjon fra møter og kartleggingssamtaler. Formålet har vært å utarbeide et etterprøvbart, relevant og beslutningsnyttig kunnskapsgrunnlag som kan brukes i kommunens arbeid med ny kommunedelplan for helse, omsorg og velferd. Arbeidet tar utgangspunkt i planprogrammet, kommunens styringsbehov og kravene til kunnskapsgrunnlag etter plan- og bygningsloven.

2.2.1 Dokumentstudier

Dokumentstudier er brukt for å få innsikt i lokale føringer, tidligere, utredninger, planarbeid, vurderinger og kommunens eget kunnskapsgrunnlag. Gjennomgangen har blant annet omfattet planprogram, kommunale planer og styringsdokumenter, økonomi- og handlingsplandokumenter, kommunens folkehelseoversikt, årsrapportering, relevante saksdokumenter og dokumentasjon knyttet til helse-, omsorgs- og velferdsområdet. Dokumentstudiene er brukt både som selvstendig datagrunnlag og for å supplere, kontrollere og fortolke funn fra tallanalyser og dialog med kommunen.

2.2.2 Kvantitative metoder

De kvantitative analysene bygger på regnskapsdata, tjenestedata og offentlig statistikk fra blant annet KOSTRA, SSB og Helsedirektoratet. Analysene belyser utviklingstrekk innen demografi og demens, økonomi, tjenestestruktur, kapasitet, bemanning, kompetansebehov og ressursbruk.

For å gi et mer presist bilde enn overordnede KOSTRA-tall alene, er det gjennomført en pleie- og omsorgsanalyse på nivå under KOSTRA. Analysen gir innsikt i brukergrupper, tjenesteprofil, tildelingspraksis og dekningsgrader for ulike boliger, heldøgnstilbud, institusjon og hjemmetjenester. I tillegg er det gjennomført en driftsgjennomgang av utvalgte tjenester, hovedsakelig tjenester med stedlig bemanning, døgnkontinuerlig drift eller særlig betydning for kommunens ressursbruk og framtidige kapasitetsbehov. Gjennomgangen omfatter blant annet hjemmetjenesten, institusjonstilbud, avlastning og aktivitetstilbud, heldøgns omsorgsboliger, boliger i miljøtjenesten og psykisk helse og rus. Samlet gir dette grunnlag for å vurdere kostnadsbildet og hvilke forhold i tjenestene som har størst betydning for ressursbruk, bemanning, lokaler, kompetanse og framtidig kapasitetsbehov.

Regnskap og øvrige tallgrunnlag er kvalitetssikret så langt det har vært mulig innenfor rammen av oppdraget. Eventuelle svakheter, feilføringer eller manglende data er synliggjort i analysene der dette har betydning for tolkningen av funnene.

2.2.3 Vurdering av styrker og svakheter ved sammenlikningsanalysene

Sammenlikningsanalyser gir et nyttig grunnlag for å vurdere Sortland kommunes ressursbruk, tjenesteprofil og dekningsgrader opp mot utvikling over tid, relevante sammenlikningskommuner og tilgjengelige referansedata. Analysene kan bidra til å identifisere områder der kommunen skiller seg ut, og hvor det kan være behov for nærmere vurdering av tjenestenivå, kapasitetsbruk, tildelingspraksis eller enhetskostnader.

Samtidig må resultatene tolkes med varsomhet. Kommuner har ulike demografiske, geografiske, sosioøkonomiske og organisatoriske forutsetninger. Data kan også påvirkes av ulik regnskapsføring, ulik praksis for registrering av tjenester og variasjon i lokale tjenestemodeller. Sammenlikningene må derfor brukes som grunnlag for analyse og refleksjon, ikke som fasitsvar.

2.2.4 Kvalitativ metode

For å forstå hva tallgrunnlaget betyr i Sortlands lokale kontekst, er de kvantitative analysene supplert med kvalitative data. Det er gjennomført arbeidsmøter og kartleggingssamtaler med ledere og nøkkelpersoner i kommunen. Temaene har blant annet omfattet dagens tjenestestruktur, ressursbruk, dimensjonering, boligbehov, rekruttering og kompetanse, digitalisering, samhandling, organisering, tildelingspraksis og mulige handlingsalternativer. I tillegg er det gjennomført befaringer ved relevante bygg og lokasjoner. Befaringene har gitt supplerende innsikt i bygningsmessige rammer, lokalisering, fysisk utforming, personalfasiliteter og hvordan lokalene understøtter eller begrenser dagens drift og framtidig tjenesteutvikling.

Den kvalitative informasjonen fra møter, samtaler og befaringer er brukt til å utdype, forklare og nyansere funn fra dokumentstudier og tallanalyser. Arbeidet har ikke hatt som formål å gjennomføre en bred bruker- eller innbyggerundersøkelse. Det anbefales at kommunen ivaretar innbygger-, bruker- og pårørendeperspektivet i det videre planarbeidet.

2.2.5 Verifiseringsprosess og kvalitetssikring

Datagrunnlag, foreløpige analyser, vurderinger og anbefalinger er kvalitetssikret løpende i dialog med Sortland kommune. Formålet har vært å sikre at analysene bygger på riktig forståelse av

lokale forhold, og at eventuelle svakheter eller usikkerheter i datagrunnlaget blir synlige. Kommunen har fått anledning til å gi innspill til faktagrunnlag, tolkninger og foreløpige vurderinger underveis i arbeidet.

2.2.6 Bruk av kunstig intelligens

Agenda Kaupang har brukt kunstig intelligens som støtte i arbeidet med struktur, språk og kvalitetssikring av rapporttekst. KI er ikke brukt som selvstendig datakilde, beslutningsgrunnlag eller erstatning for faglige vurderinger.

Rapportens faktagrunnlag, analyser, vurderinger og anbefalinger bygger på dokumentgjennomgang, intervjuer, fokusgrupper, nøkkeltall, økonomiske vurderinger og Agenda Kaupangs faglige vurderinger. Bruken av KI er kontrollert av mennesker, og Agenda Kaupang står ansvarlig for rapportens innhold

2.2.7 Prosjektorganisering og gjennomføring

Agenda Kaupang har bistått Sortland kommune med arbeidet. Arbeidet er gjennomført i tett dialog med kommunen og har vært organisert i fire faser. Kommunen har hatt en kontaktperson for prosjektet.



Figur 2-1 Prosess for utarbeidelse av kunnskapsgrunnlaget

I oppstarten ble formål, problemstillinger, databehov, møteplan, roller, involvering, fremdrift og leveranseform avklart. Videre ble det gjennomført en ståstedsanalyse basert på kommunale dokumenter, økonomidata, tjenestedata og offentlig statistikk. I neste trinn ble tallgrunnlaget koblet med lokal kunnskap fra arbeidsmøter og kartleggingssamtaler, som grunnlag for å vurdere mulige grep og konsekvenser for kvalitet, kapasitet, økonomi og gjennomførbarhet. Avslutningsvis er det utarbeidet et samlet kunnskapsgrunnlag med analyser, vurderinger og anbefalinger.

2.2.8 Ståstedsanalyse

Ståstedsanalysen har hatt som formål å gi kommunen et samlet bilde av dagens situasjon i helse-, omsorgs- og velferdstjenestene. Analysene omfatter blant annet demografi, økonomi, tjenesteprofil, tildelingspraksis, kapasitet, bemanning, kompetanse, bolig- og institusjonsstruktur, sosialtjenester, hjemmetjenester, institusjon, miljøtjenester, psykisk helse og rus, helsestasjon og legetjenester, samt variabel lønn og framskrivninger. Registerdata, regnskapsdata, kommunale kartleggingsdata og informasjon fra møter, samtaler og befaringer danner grunnlaget for vurderingene i rapporten.

2.2.9 Mulighetsrom og handlingsalternativer

Analysene er brukt til å vurdere Sortland kommunes mulighetsrom og aktuelle handlingsalternativer. Vurderingene omfatter blant annet rekruttering og kompetanse, ressursbruk, digitalisering, boligbehov, samhandling, organisering, tildelingspraksis og utvikling av en mer bærekraftig innsatstrapp. Det er vurdert hvilke konsekvenser ulike grep kan ha for kvalitet, kapasitet, økonomi og gjennomførbarhet.

Anbefalingene bygger på en samlet vurdering av dokumentgrunnlag, tallanalyser og lokal kunnskap. Rapporten skiller så langt som mulig mellom fakta, analyse, vurderinger og anbefalinger, slik at grunnlaget for konklusjonene skal være etterprøvbart.

2.2.10 Kunnskapsgrunnlag og anbefalinger for strategiske veivalg

Arbeidet har resultert i dette kunnskapsgrunnlaget for Sortland kommune. Rapporten sammenstiller hovedfunn, analyser, vurderinger og anbefalte veivalg. I tillegg er det lagt opp til at hovedfunn og handlingsalternativer kan presenteres politisk som grunnlag for videre behandling og prioritering i kommunens arbeid med ny kommunedelplan for helse, omsorg og velferd.

3 Kommunale helse- og omsorgs-tjenester

Kommunene har ansvar for å sørge for nødvendige, forsvarlige og helhetlige helse og omsorgstjenester til innbyggere som har behov for det. Tjenestene omfatter blant annet forebygging, utredning, behandling, pleie og omsorg, habilitering og rehabilitering, psykisk helse- og rustjenester, akuttberedskap og sosialfaglig oppfølging. Et sentralt mål er at innbyggerne skal kunne leve trygge, meningsfulle og mest mulig selvstendige liv, samtidig som tjenestene må utvikles innenfor bærekraftige økonomiske og personellmessige rammer.

Kommunale helse- og omsorgstjenester ytes med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven med tilhørende forskrifter. Lov- og forskriftsverket stiller krav til forsvarlighet, kvalitet, brukermedvirkning, samhandling, systematisk styring og nødvendig kompetanse. Kommunens ansvar må samtidig forstås i lys av nasjonale styringssignaler som legger vekt på forebygging, tidlig innsats, mestring, koordinering og riktigere bruk av personell og kompetanse.

Flere nasjonale dokumenter er særlig relevante for Sortland kommunes helse-, omsorgs- og velferdstjenester, både for dagens tjenesteutøvelse og for det videre utviklingsarbeidet:

- Meld. St. 24 (2022–2023) *Fellesskap og meistring, Bu trygt heime*, som legger vekt på forebygging, aldersvennlige lokalsamfunn, boligplanlegging, pårørendestøtte og at flere skal kunne bo trygt hjemme lenger.
- Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga*, som understreker betydningen av forebygging, sosial bærekraft og innsats for å redusere sosiale helseforskjeller.
- Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse*, som vektlegger tilgjengelige lavterskeltilbud, tidlig hjelp og bedre samhandling.
- Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027*, som peker på behovet for bedre samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten og mer helhetlige pasientforløp.
- NOU 2023: 4 *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*, der Helsepersonellkommisjonen framhever at personellutfordringen ikke kan løses ved å bemanne seg ut av utfordringene alene. Kommunene må arbeide mer systematisk med oppgavedeling, kompetansebruk, digitalisering, prioritering og tjenesteutvikling.
- NOU 2026: 1 *En bærekraftig kommunesektor*, Kommunekommisjonens første delutredning, som drøfter statlig styring, kommunalt handlingsrom og behovet for mer effektiv ressursbruk, fleksibel bruk av personell og bærekraftig oppgaveløsning i kommunesektoren.
- NOU 2026: 6 *Den nye velferdskommunen*, som er utarbeidet av Innovasjons- og samskapingsutvalget og sendt på høring i 2026. Utredningen tar utgangspunkt i Bo trygt hjemme-reformen og drøfter hvordan samskaping, innovasjon og bedre mobilisering av innbyggere, sivilsamfunn, ideelle aktører og næringsliv kan bidra til å redusere eller utsette behovet for tjenester og frigjøre kapasitet i kommunale helse-, omsorgs- og velferdstjenester.

Eldre reform- og utviklingsdokumenter er også relevante som bakteppe. Dette gjelder blant annet NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg, Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste og St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen. Dokumentene la viktige premisser for mer helhetlige, forebyggende og mestringsorienterte kommunale tjenester.

De nyeste utredningene peker samlet på økt kommunalt handlingsrom, tydeligere prioriteringer og nye former for samarbeid. NOU 2026: 1 løfter fram behovet for mer bærekraftig ressursbruk og

mindre statlig detaljstyring, mens NOU 2026: 6 understreker betydningen av samskaping, innovasjon og mobilisering av lokalsamfunnet. For Sortland betyr dette at valg om innsatstrapp, boligstruktur, institusjonskapasitet, hjemmebaserte tjenester, kompetanse og digitalisering bør ses i sammenheng med kommunens økonomiske bærekraft.

3.1 Sortland kommune, lokal kontekst

Sortland kommune har et bredt helse-, omsorgs- og velferdstilbud til innbyggere i alle aldre. Kommunens egne nettsider beskriver blant annet tjenester innen legetjenester, helsestasjon, hjemmetjenester, sykehjem, miljøtjeneste, omsorgstjenester, ergo- og fysioterapi, hjelpemidler, folkehelse, Sortlandshjelpa, psykososialt kriseteam og sosiale tjenester. Tjenestekontoret behandler søknader om helse- og omsorgstjenester, blant annet helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand, støttekontakt og langtidsplass i institusjon.



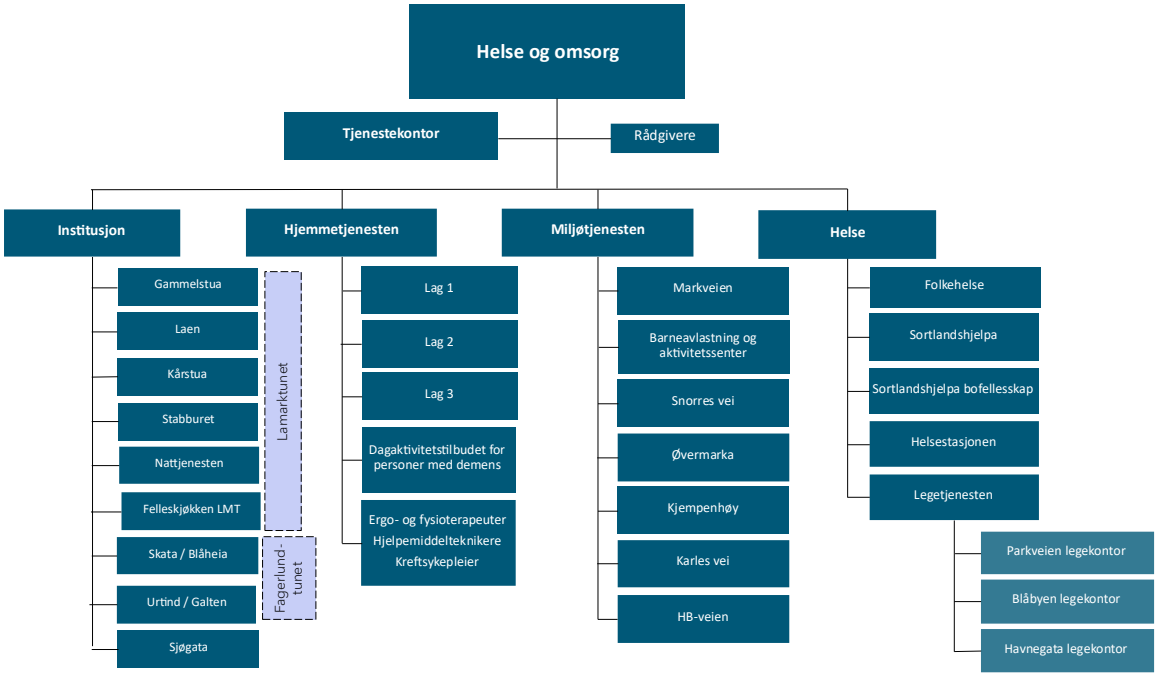
Figur 3-1 kommunedel-plan for helse, omsorg og folkehelse

Kommunedelplanen for helse, omsorg og folkehelse 2015–2030 bygger på en overordnet målsetting om at innbyggerne skal kunne leve aktive og selvstendige liv og bo lengst mulig i eget hjem. Planen legger derfor vekt på forebygging, folkehelse, rehabilitering og tidlig innsats fremfor økt bruk av institusjonsbaserte tjenester. Samtidig peker planen på behovet for å møte en betydelig vekst i antall eldre og personer med demens gjennom styrkede hjemmebaserte tjenester, utbygging av tilrettelagte omsorgstilbud og økt satsing på kompetanse. Frivillighet, tverrfaglig samarbeid og bruk av velferdsteknologi trekkes frem som viktige virkemidler for å sikre bærekraftige helse- og omsorgstjenester i årene fremover.

Helse, omsorg og velferd er et stort og sammensatt tjenesteområde i Sortland kommune. Kommunalområdet omfatter både lavterskel- og forebyggende tjenester, hjemmetjenester, institusjonstjenester, miljøtjenester, psykisk helse og rus, rehabilitering, hjelpemidler, folkehelse og myndighetsutøvelse. Tjenestene retter seg mot ulike målgrupper og har ulike krav til kompetanse, bemanning, lokaler og organisering.

Som mange andre kommuner må Sortland vurdere hvordan tjenestene kan utvikles slik at ressursene brukes best mulig. Det innebærer å se tildelingspraksis, innsatstrapp, bolig- og institusjonsstruktur, hjemmebaserte tjenester, velferdsteknologi og bruk av kompetanse i sammenheng. Detaljert gjennomgang av tjenestene og funn fra driftskartleggingen er samlet i kapittel 4.12. I dette kapittelet omtales tjenesteområdet derfor kun på et overordnet nivå, som bakgrunn for analysene og vurderingene videre i rapporten.

3.2 Dagens organisering og tjenester



Figur 3-2 Organisasjonskart Helse og omsorg, Sortland kommune, oppdatert per. 01.05.2026

Organisasjonskartet viser at Helse og omsorg i Sortland kommune er organisert med fire enheter under kommunalsjef. Tjenestekontor og rådgivere ligger i linje under kommunalsjefen. Tjenestekontoret ivaretar kommunens myndighetsutøvelse og behandler søknader om helse- og omsorgstjenester, har administrerer støttekontaktordningen og tjenester organisert som BPA (planlagt flyttet til hjemmetjenesten fra høsten 2026). Institusjon omfatter sykehjems-, korttids- og rehabiliteringstilbud ved Lamarktunet, Fagerlundtunet og Sjøgata. Hjemmetjenesten yter tjenester til hjemmeboende, inkludert dagaktivitetstilbud og nattjeneste, samt ergo- og fysioterapi, hjelpemidler, hukommelsesteam og kreftkoordinator. Miljøtjenesten omfatter boliger, avlastning og aktivitetstilbud til personer med ulike bistandsbehov. Helse omfatter blant annet legetjenester, helsestasjon og skolehelsetjeneste, psykisk helse og rus og andre helseoppgaver. I tillegg inngår rådgiver- og folkehelsefunksjoner som støtter planlegging, utvikling og samordning av tjenestene.

4 Kartlegging og analyse

Dette kapittelet samler kartlegginger og analyser som belyser Sortland kommunes nåsituasjon og framtidige utfordringsbilde innen helse, omsorg og velferd. Analysene omfatter demografisk utvikling, levekår og folkehelse, økonomisk situasjon, ressursbruk, tjenesteprofil, kapasiteter, bemanning og kompetanse. I tillegg inngår framskrivninger, alternativanalyser, driftsgjennomgang og funn fra intervjuer.

Formålet er å gi et bredt og etterprøvbart grunnlag for vurderinger av kommunens videre tjenesteutvikling. Analysene viser både hvordan Sortland ligger an sammenlignet med andre kommuner, og hvilke lokale forhold som har betydning for framtidig kapasitet, ressursbruk og organisering.

Kapittelet bygger på flere datakilder og metoder. Det er brukt offentlig statistikk fra blant annet SSB, KOSTRA og Helsedirektoratet, regnskaps- og tjenestedata fra kommunen, Agenda Kaupangs egne analysemodeller, kartlegging av utvalgte tjenester og kvalitative data fra intervjuer og møter. Der nasjonale registerdata ikke gir tilstrekkelig innsikt, er det brukt mer detaljerte analyser på tjenestenivå, blant annet innen pleie og omsorg.

Resultatene fra analysene er dokumentert mer detaljert i egne vedlegg der dette er relevant. I dette kapittelet presenteres hovedfunnene som har størst betydning for vurderingene og anbefalingene i kapittel 5.

4.1 Demografiske endringer øker behovet for omstilling

Sortland har hatt en moderat befolkningsvekst det siste tiåret. Folketallet økte fra 10 214 innbyggere i 2015 til 10 748 innbyggere i 2025, en vekst på om lag 5 prosent. Veksten har imidlertid flatet noe ut de siste årene. Fra 2024 til 2025 ble folketallet redusert svakt, fra 10 781 til 10 748 innbyggere.

SSBs befolkningsframskrivinger viser at Sortland samlet sett kan få en svak befolkningsnedgang fram mot 2050. Folketallet er framskrevet fra 10 748 innbyggere i 2026 til 10 485 innbyggere i 2050, en nedgang på om lag 2 prosent. Den viktigste endringen er likevel ikke den samlede folketallsutviklingen, men endringen i alderssammensetningen.

Framskrivingene viser en tydelig aldrende befolkning. Antall barn og unge går ned, og det samme gjelder voksne i yrkesaktiv alder. Samtidig øker antallet eldre, og veksten er særlig sterk blant innbyggere over 80 år. Dette innebærer at kommunen får flere innbyggere i aldersgrupper som normalt har høyere behov for helse- og omsorgstjenester, samtidig som det blir færre innbyggere i de aldersgruppene som utgjør hoveddelen av arbeidsstyrken.

Tabell 4-1: 14746: Framskrevet folkemengde 1. januar, etter alder, region og år. Kilde: SSB

Sortland	2026	2030	2040	2050	Endring 26-40	Endring 26-50
Innbyggere 0-17 år	2 172	2 004	1 873	1 844	-14 %	-15 %
Innbyggere 18-49 år	4 220	4 223	4 047	3 716	-4 %	-12 %
Innbyggere 50-66 år	2 338	2 312	2 155	2 278	-8 %	-3 %
Innbyggere 67-79 år	1 426	1 439	1 598	1 527	12 %	7 %

Innbyggere 80-89 år	513	628	757	880	48 %	72 %
Innbyggere 90 år og eldre	79	84	179	240	127 %	204 %
Sum innbyggere	**10 748**	**10 690**	**10 609**	**10 485**	**-1 %**	**-2 %**

Antall innbyggere over 80 år øker fra 592 i 2026 til 1 120 i 2050. Det innebærer en økning på 528 personer, eller nær 90 prosent. Innenfor denne gruppen er veksten særlig sterk blant innbyggere over 90 år, som øker fra 79 til 240 personer i perioden.

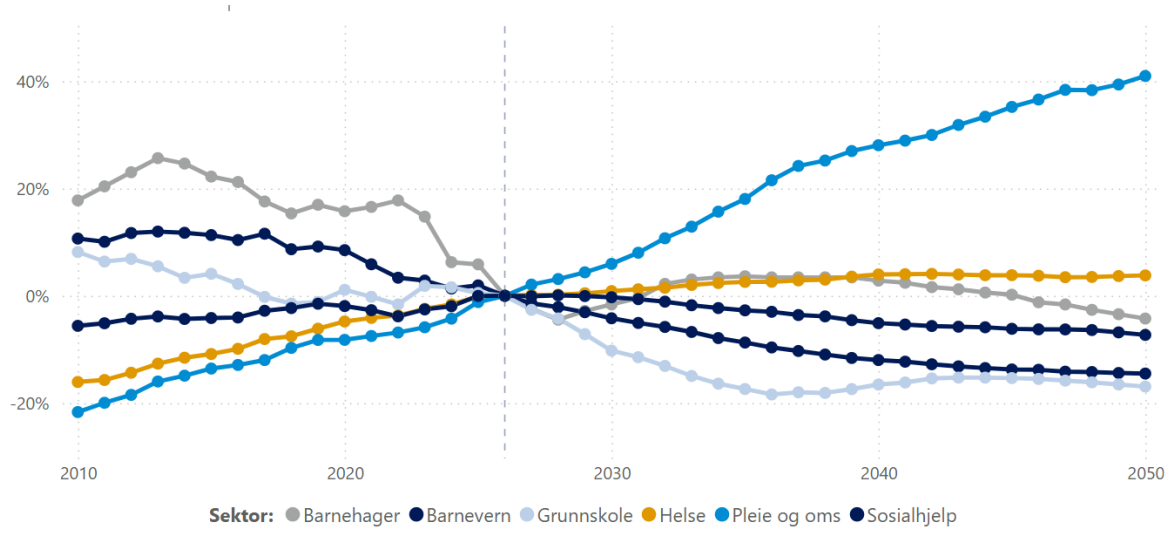
Dette vil ha stor betydning for planleggingen av helse- og omsorgstjenestene. Flere eldre, og særlig flere over 80 og 90 år, vil normalt gi økt behov for hjemmetjenester, omsorgsboliger med og uten mulighet for døgntjenester, institusjonsplasser, rehabilitering og øvrige tjenester i innsatstrappen. Samtidig viser framskrivingene at antall innbyggere i yrkesaktiv alder går ned. Det kan gjøre det mer krevende å rekruttere tilstrekkelig arbeidskraft til å møte framtidige behov.

Utfordringen for Sortland er derfor ikke bare at behovet for tjenester øker, men at veksten kommer samtidig som tilgangen på arbeidskraft blir mer begrenset. Kommunen må derfor bruke de kommende årene til å videreutvikle tjenestene, styrke forebyggende og rehabiliterende innsats og ta i bruk velferdsteknologi, slik at flere kan bo trygt hjemme lenger..

Demografiutviklingen gir økt utgiftsbehov innen pleie og omsorg

KS sin demografikostnadsmodell viser hvordan kommunens utgiftsbehov kan endre seg som følge av befolkningsutviklingen. Modellen tar utgangspunkt i SSBs hovedalternativ for befolkningsframskrivinger, MMMM, og benytter beregningsprinsipper fra Teknisk beregningsutvalg for kommunal og fylkeskommunal økonomi, TBU. Beregningene illustrerer hvordan endringer i alderssammensetningen isolert sett påvirker behovet for tjenester, gitt dagens tjenestenivå og standard.

Figuren under viser framskrevet endring i utgiftsbehov for ulike kommunale tjenesteområder. Nivået i 2026 er satt til 0 prosent, slik at utviklingen viser beregnet endring i behov sammenlignet med dagens nivå.



Figur 4-1 Framskriving av behov for tjenester. Kilde: SSB, TBU-Kommunaløkonomi og KS-beregninger

Tabell 4-2 Prosentvis endring per tjeneste. Kilde: SSB, TBU og KS

Sektor	2030	2040	2050
Barnehager	-1,62 %	2,83 %	-4,24 %
Barnevern	-4,19 %	-11,98 %	-14,50 %
Grunnskole	-10,22 %	-16,55 %	-16,92 %
Helse	0,87 %	3,97 %	3,80 %
Pleie og omsorg	5,95 %	28,06 %	40,97 %
Sosialhjelp	-0,27 %	-5,10 %	-7,29 %

Tabell 4-2 viser at det demografiske utgiftsbehovet innen pleie og omsorg øker mest i perioden. Behovet er beregnet å øke med om lag 6 prosent i 2030, 28 prosent i 2040 og 41 prosent i 2050. Hovedforklaringen er veksten i antall eldre innbyggere, særlig innbyggere over 80 år.

Samtidig viser framskrivingen redusert utgiftsbehov innen flere andre tjenesteområder. Behovet innen grunnskole reduseres med om lag 17 prosent fram mot 2050, mens barnevern og sosialhjelp også viser nedgang. Helseområdet ligger mer stabilt, med en svak økning gjennom perioden.

Samlet viser beregningene en tydelig vridning i kommunens framtidige ressursbehov. Demografien trekker i retning av lavere behov i enkelte tjenester rettet mot barn og unge, men betydelig høyere behov innen pleie og omsorg. For Sortland innebærer dette at kommunen må planlegge for økt press på helse- og omsorgstjenestene, selv om samlet folketall ikke øker vesentlig.

Utfordringen handler ikke bare om økonomi, men også om kapasitet og tilgang på personell. Dersom kommunen skal møte framtidens behov med samme tjenesteprofil som i dag, vil det kreve betydelig vekst i både ressursbruk og bemanning.

4.2 Krevende levekårs- og folkehelsebilde i Sortland

Folkehelseprofilen er et bidrag til kommunens arbeid med å skaffe oversikt over helsetilstanden i befolkningen og faktorer som påvirker denne. Folkehelseprofilen er en av flere kilder som kommunen har benyttet både i oversiktsarbeidet og for innsikt i hvordan situasjonen er lokalt når det gjelder faktorer som fremmer eller reduserer helsen i befolkningen. Kommunen har i tillegg utarbeidet en egen folkehelseoversikt, som gir et bredere og mer lokalt grunnlag for planlegging og prioritering av folkehelsearbeidet.

Sortland kommunes folkehelseprofil for 2026 (jf. Figur 4-2) viser et sammensatt bilde, med flere områder der kommunen skiller seg fra landet som helhet. Kommunen har en rekke levekårsutfordringer som vil kunne påvirke befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester og livskvalitet.

Tema		Indikator (klikkbare indikatornavn)	Kommune	Fylke	Norge	Enhet (*)	Folkehelsebarometer for Sortland Suortá
Befolkning	1	Andel i yrkesaktiv alder (16-66 år)	63,8	63,5	65,9	prosent	
	2	Andel over 80 år	5,1	6,0	4,8	prosent	
	3	Personer som bor alene, 45 år +	27,5	28,3	27,0	prosent	
	4	VGS eller høyere utdanning, 30-39 år	73,0	78,0	82,1	prosent	
Oppvekst og levekår	5	Vedvarende lavinntekt, alle aldre	10,3	8,6	9,7	prosent	
	6	Inntektsulikhet, P90/P10	2,7	2,6	2,8	-	
	7	Leier bolig, 45 år +	13,8	12,1	12,7	prosent	
	8	Bor trangt, 0-17 år	18,5	17,1	18,3	prosent	
	9	Sysselsatte, 20-66 år	76,5	76,8	76,9	prosent (a,k)	
	10	Står utenfor, 20-66 år	19,1	18,7	18,4	prosent (a,k)	
	11	Sykefravær, legemeldt, 20-66 år	7,2	6,5	5,9	prosent (a,k)	
	12	Mottakere av uføretrygd, 20-66 år	12,6	12,3	10,0	prosent (a,k)	
	13	Trives på skolen, 10. trinn	78	79	83	prosent (k)	
	14	Laveste mestringsnivå i lesing, 5. tr.	32	31	27	prosent (k)	
	15	Laveste mestringsnivå i regning, 5. tr.	24	31	28	prosent (k)	
	16	Gjennomføring i vdg. opplæring	73	77	82	prosent (k)	
	17	Høy tilfredshet, Ungdata 2025	49	49	51	prosent (a,k)	
Miljø, skader og ulykker	18	Skader, behandlet i sykehus	15,8	16,8	13,7	per 1000 (a,k)	
	19	Drikkevann, hygienisk og stabilt	96,2	84,8	89,1	prosent	
	20	Luftforurensning, eksponert	0	0	45	prosent	
	21	Med i fritidsorganisasjon, Ungd. 2025	54	59	61	prosent (a,k)	
	22	Valgdeltakelse	74,3	76,5	80,0	prosent	
Helse-relatert atferd	23	Trener sjeldnere enn ukentlig, 17 år	29	30	29	prosent (k)	
	24	Skjermtid over 4 timer, Ungd. 2025	41	44	41	prosent (a,k)	
	25	Røyking, kvinner	-	1,6	1,8	prosent (a)	
Helsetilstand	26	Forventet levealder, menn	79,9	80,1	80,7	år	
	27	Forventet levealder, kvinner	84,7	84,0	84,2	år	
	28	Utd.forskjeller i forventet levealder	4,8	4,7	5,2	år	
	29	Fornøyd med helsa, Ungd. 2025	59	61	66	prosent (a,k)	
	30	Psykiske sympt./lidelser, 0-74 år	184	185	180	per 1000 (a,k)	
	31	Muskel og skjelett, 0-74 år	339	339	315	per 1000 (a,k)	
	32	Overvekt og fedme, 17 år	25	26	21	prosent (k)	
	33	Hudkreft, nye tilfeller	62	64	96	per 100 000 (a,k)	
	34	Vaksinasjonsdekning, meslinger, 9 år	96,8	96,7	97,1	prosent	

Figur 4-2 Folkehelsebarometeret 2026 Sortland kommune med forklaring av indikatorer

- Kommunen ligger signifikant bedre an enn landet som helhet
- Kommunen ligger signifikant dårligere an enn landet som helhet
- Kommunen er ikke signifikant forskjellig fra landet som helhet
- Kommunen er signifikant forskjellig fra landet som helhet
- Ikke testet for statistisk signifikans
- Verdien for fylket (ikke testet for statistisk signifikans)
- Verdien for landet som helhet
- Variasjonen mellom kommunene i fylket
- De ti beste kommunene i landet

Folkehelseprofilen viser at Sortland har flere sammenfallende utfordringer innen levekår, utdanning, arbeidsdeltakelse og helse. Kommunen har lavere andel unge voksne med videregående eller høyere utdanning enn landet, lavere gjennomføring i videregående opplæring og svakere resultater på enkelte skoleindikatorer, blant annet trivsel og leseferdigheter. Dette kan få betydning for senere utdanning, arbeidstilknytning og helse.

Profilen peker også på utfordringer knyttet til utenforskap og arbeidsdeltakelse. En større andel står utenfor arbeid, sykefraværet er høyt, og flere mottar uføretrygd enn i landet som helhet. Sammen med forekomsten av vedvarende lavinntekt kan dette bidra til å forsterke sosiale helseforskjeller.

På helseområdet skiller Sortland seg ut med høyere forekomst av muskel- og skjelettplager og overvekt og fedme blant unge. Ungdom oppgir også i mindre grad at de er fornøyde med egen helse. For barn og unge viser profilen et sammensatt bilde, med lavere deltakelse i

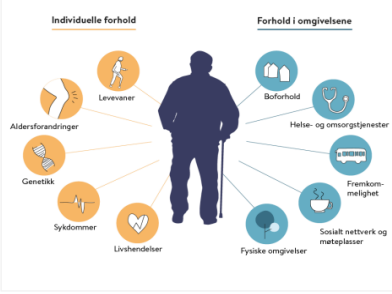
fritidsorganisasjoner og lavere skoletrivsel enn landsgjennomsnittet, men også enkelte positive utslag, blant annet innen regneferdigheter på 5. trinn.

Samtidig har Sortland flere positive folkehelsefaktorer, blant annet gode resultater for drikkevann og luftforurensning, høy vaksinasjonsdekning og høy forventet levealder blant kvinner.

Samlet understreker profilen behovet for et langsiktig og tverrsektorielt folkehelsearbeid, med særlig oppmerksomhet på tidlig innsats, inkludering, utdanning og tilknytning til arbeids- og samfunnsliv.

4.3 Økt levealder

I Perspektivmeldingen[1] reises det spørsmål om friskere aldring. Litteraturen gir ikke noe entydig svar på sammenhengen mellom økt levealder og behovet for helse- og omsorgstjenester. Det er i hovedsak tre hypoteser (like stor, eller større, økning i antall år med sykelighet, forkortet sykelighet og flere «friske» år, og flere «syke» år). Data fra Helseundersøkelsen i Trøndelag kombinert med tall fra SSB viser at leveår uten hjelpebehov etter fylte 70 år økte med om lag fire år i perioden 1995-2017, mens år med hjelpebehov gikk litt ned (kilde: FHI). Med andre ord ser det ut til at økningen i forventet levealder også følges av flere funksjonsfriske år (begge kjønn). Mange eldre fungerer godt i dagliglivet, og de nye forskningsfunnene tyder på at eldre kan leve selvstendige liv ved stadig høyere alder.



Figur 4-3 Hva påvirker eldres helse? Kilde: https://www.fhi.no

På grunn av den sterke økningen i antall eldre forventes også en økning i utvikling av demenssykdom, men internasjonale studier indikerer at demensinsidens har gått ned innad i aldersgruppene de siste par tiårene (Christensen et al., 2013; Langa et al., 2017).

4.4 Negativ utvikling av den økonomiske situasjonen i Sortland kommune

Netto driftsresultat, netto lånegjeld og disposisjonsfond er sentrale nøkkeltall for å vurdere kommunens økonomiske bærekraft og handlingsrom. Netto driftsresultat viser hvor mye kommunen sitter igjen med etter at løpende driftsutgifter og finansposter er betalt. Et positivt netto driftsresultat gir rom for egenfinansiering av investeringer og avsetninger til fond, mens et negativt resultat innebærer at driften ikke er i økonomisk balanse. Netto lånegjeld viser hvor stor gjeldsbelastning kommunen har, og høy lånegjeld gjør kommunen mer sårbar for renteøkninger og økte avdragskostnader. Disposisjonsfond viser hvor store frie reserver kommunen har til å håndtere uforutsette utgifter, inntektssvikt eller midlertidige svingninger i driften.

Tabell 4-3 Netto driftsresultat, netto lånegjeld og disposisjonsfond 2025

Region	Netto driftsresultat	Netto lånegjeld	Disposisjonsfond
⊟ 1870 Sortland			
2023	1,5 %	92,0 %	9,9 %
2024	-4,9 %	97,1 %	4,8 %
2025	-4,0 %	94,3 %	1,4 %

[1] *Meld. St. 31 (2023-2024), Perspektivmeldingen 2024. Finansdepartementet*

For Sortland viser nøkkeltallene en svak økonomisk situasjon i 2025. Netto driftsresultat er negativt med -4,0 prosent, som er klart svakere enn anbefalt nivå på over 1,75 prosent. Netto lånegjeld er 94,3 prosent, og ligger betydelig over anbefalt nivå på under 50 prosent. Samtidig er disposisjonsfondet redusert til 1,4 prosent, som er klart under anbefalt nivå på over 10 prosent. Samlet betyr dette at kommunen har lite økonomisk buffer, høy gjeldsbelastning og en drift som ikke gir rom for avsetninger eller egenfinansiering.

Utviklingen fra 2023 til 2025 viser en tydelig svekkelse. Netto driftsresultat gikk fra 1,5 prosent i 2023 til -4,9 prosent i 2024 og -4,0 prosent i 2025. Netto lånegjeld har ligget høyt gjennom hele perioden, fra 92,0 prosent i 2023 til 97,1 prosent i 2024, før den ble noe redusert til 94,3 prosent i 2025. Den mest markante utviklingen er likevel reduksjonen i disposisjonsfondet, som falt fra 9,9 prosent i 2023 til 4,8 prosent i 2024 og videre til 1,4 prosent i 2025. Dette viser at kommunen har brukt opp mye av sine frie reserver samtidig som driften fortsatt går med underskudd.

4.5 Svak økning i utgifter til pleie- og omsorgstjenestene

KOSTRA-analysen viser at Sortland har lavere netto driftsutgifter innen pleie og omsorg enn snittet i sin KOSTRA-gruppe og flere av kommunene i sammenlikningsgrunnlaget[2]. Pleie og omsorg omfatter i KOSTRA-sammenheng følgende fem tjenestefunksjoner:

- 234 *Aktiviserings- og servicetjenester til eldre og personer med funksjonsnedsettelser mv.*
- 253 *Helse- og omsorgstjenester i institusjon*
- 254 *Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende*
- 256 *Øyeblikkelig hjelp døgntilbud*
- 261 *Institusjonslokaler*

Behovet for pleie- og omsorgstjenester i inntektssystemet for kommuner viser at Sortland har et beregnet utgiftsbehov pr. innbygger som er ca. 6,5 prosent høyere enn gjennomsnittet for landet og 4 prosent lavere enn KOSTRA-gruppen.

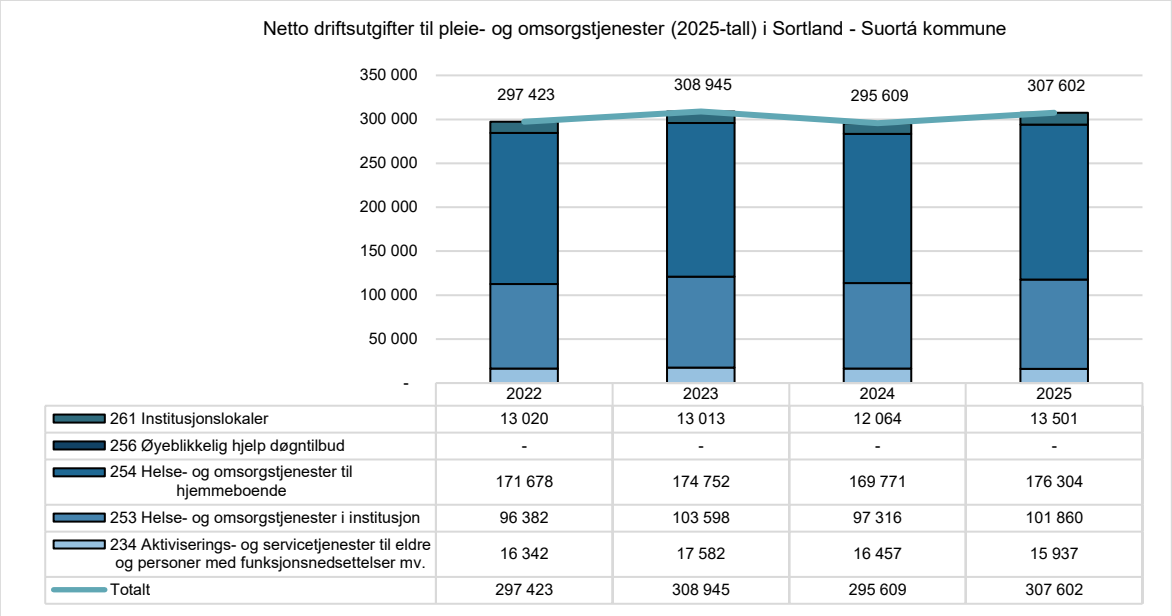
Tall fra KOSTRA for 2025 viser at Sortland sine utgifter til pleie og omsorg utgjør ca. 24 874 kroner pr. innbygger korrigert for behov og uten arbeidsgiveravgift. Utgiftene har økt fra 2022 til 2025. KOSTRA korrigert for feilføringer mellom KOSTRA-funksjoner viser at Sortland driver tjenestene 76 millioner kroner lavere enn tilhørende KOSTRA-gruppe[3].

Når vi senere skal presentere resultater fra pleie- og omsorgsanalysen, vises det et annet bilde. Resultatene viser at Sortland kommune har høyere utgifter enn gjennomsnittet for et utvalg kommuner hvor Agenda Kaupang har gjennomført tilsvarende analyse. Forskjellene i konklusjonene skyldes i stor grad valget av sammenlikningskommuner og det faktum at pleie- og omsorgsanalysen er på et mer detaljert nivå enn KOSTRA-analysen. Siden det ikke finnes tilsvarende tall i nasjonale registre, er det ikke mulig å sammenligne med KOSTRA-gruppen på samme måte i begge analysene.

Figur 4-4 viser utviklingen de siste fire årene for utgifter ført under pleie og omsorg i KOSTRA. Alle data er omgjort til faste 2025-priser slik at tallene er direkte sammenlignbare. Tidsserien viser at de samlede utgiftene har økt noe i perioden, men med variasjon mellom årene. Utgiftene økte fra 2022 til 2023, falt i 2024 og økte igjen i 2025.

[2] Kommuner i KOSTRA-sammenligningen er: Tysvær, Vestvågøy, Vefsn, Ullensvang, Senja og Sør-Varanger.

[3] Innsparingspotensialet er regnet ut ved å ta differansen mellom kommunens utgifter og KOSTRA-gruppens utgifter per innbygger og ganget opp med Sortland kommunes innbyggertall korrigert for utgiftsbehovet.



	2022	2023	2024	2025
261 Institusjonslokaler	13 020	13 013	12 064	13 501
256 Øyeblikkelig hjelp døgntilbud	-	-	-	-
254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende	171 678	174 752	169 771	176 304
253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon	96 382	103 598	97 316	101 860
234 Aktiviserings- og servicetjenester til eldre og personer med funksjonsnedsettelser mv.	16 342	17 582	16 457	15 937
Totalt	297 423	308 945	295 609	307 602

Figur 4-4 Netto driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenester i Sortland i 2025

Ser man hele perioden under ett, har utgiftene i Sortland økt fra om lag 297,4 mill. kroner i 2022 til 307,6 mill. kroner i 2025. Dette tilsvarer en økning på om lag 10,2 mill. kroner. Utgiftene til institusjonstjenester og institusjonslokaler har samlet økt med om lag 6,0 mill. kroner. Utgiftene til helsetjenester i hjemmet har økt med om lag 4,6 mill. kroner, mens aktiviserings- og servicetjenester er redusert med om lag 0,4 mill. kroner i samme periode.

KOSTRA-tallene viser at fordelingen mellom institusjon og hjemmebaserte tjenester har vært relativt stabil i perioden. I 2022 ble 37 prosent av utgiftene innen pleie og omsorg benyttet til institusjonstjenester og institusjonslokaler, mens andelen var 38 prosent i 2025. Andelen til hjemmebaserte tjenester, inkludert aktivisering og servicetjenester, ble redusert fra 63 prosent i 2022 til 62 prosent i 2025. Utviklingen viser ingen tydelig ressursvridning mot hjemmebaserte tjenester, men en relativt stabil fordeling og en svak økning i institusjonsandelen i 2025.

4.6 Overordnet analyse av sosialtjenestene basert på KOSTRA

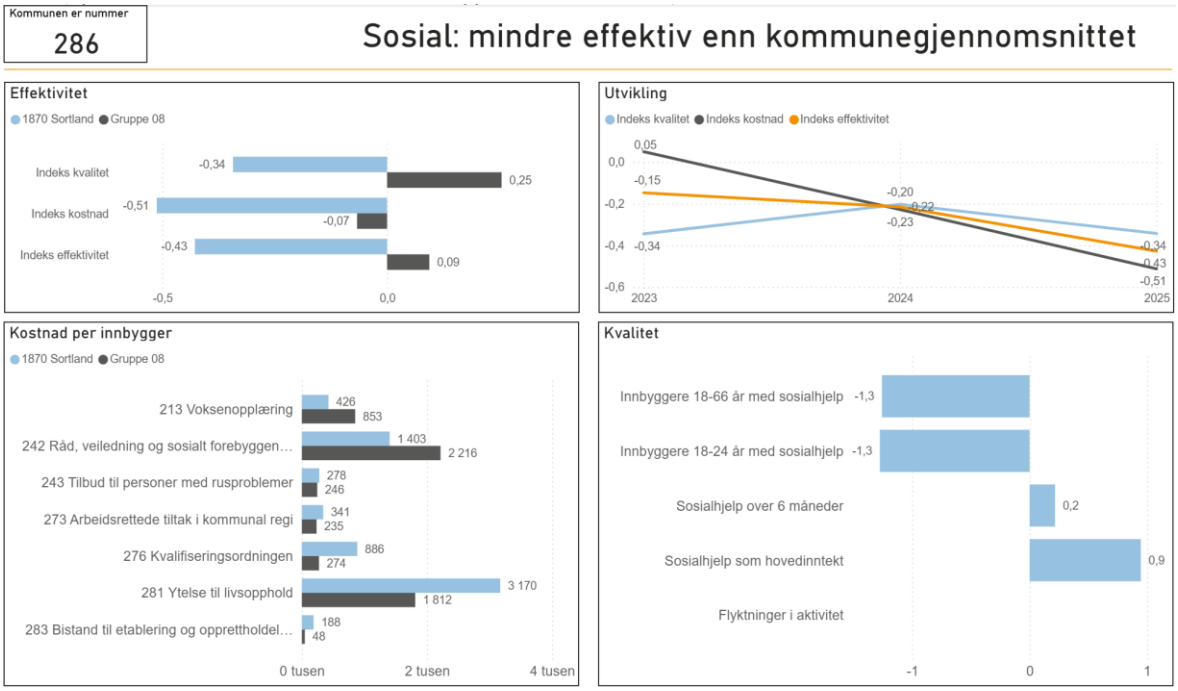
Dette kapitlet gir en overordnet analyse av sosialtjenestene i Sortland kommune basert på KOSTRA-data. Analysen belyser kommunens ressursbruk, tjenesteomfang og mottakerprofil, og sammenligner utviklingen over tid og med relevante sammenligningskommuner. Formålet er å identifisere sentrale utviklingstrekk og områder som bør vurderes nærmere i det videre plan- og utviklingsarbeidet.

4.6.1 Kommuneindeksen for sosialtjenesten

Agenda Kaupangs kommuneindeks er et analyseverktøy som sammenstiller indikatorer for kostnader og kvalitet innen ulike kommunale tjenesteområder. Formålet er å gi et samlet bilde av kommunens ressursbruk og kvalitet sammenlignet med andre kommuner og kommunegruppen. Indeksen må ikke tolkes som en fasit, men som et grunnlag for å identifisere områder der kommunen skiller seg ut, og hvor det kan være behov for nærmere analyser. For sosialtjenesten vurderes både ressursbruk og kvalitetsindikatorer, og samlet gir dette en indikasjon på tjenestens effektivitet.

For sosialtjenesten er Sortland rangert som nummer 286 i kommuneindeksen, og kommer samlet ut som mindre effektiv enn kommunegjennomsnittet. Kostnadsbildet omtales senere i analysen, og

omtalen her retter derfor særlig oppmerksomheten mot kvalitetsindikatorene. Figur 4-5 viser at Sortland kommer svakere ut enn Gruppe 08 på kvalitetsindeksen.

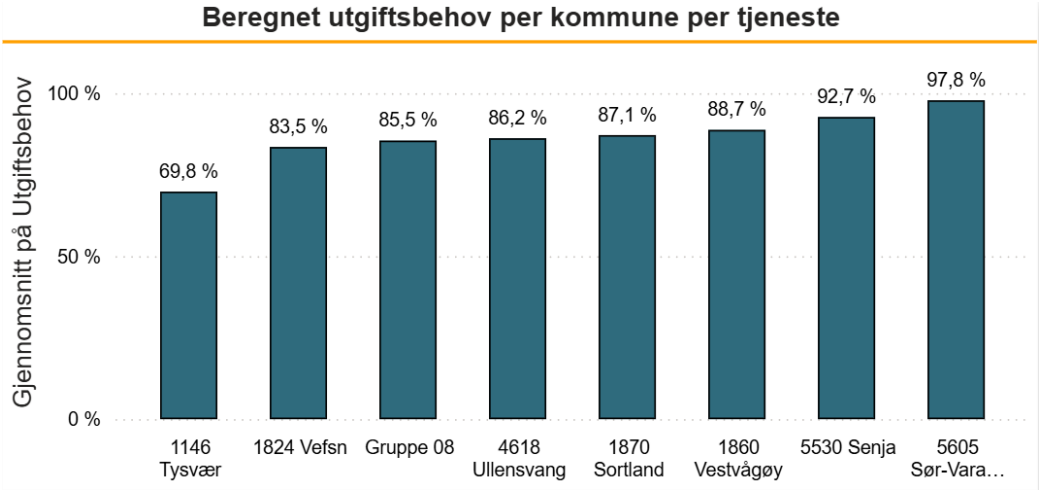


Figur 4-5: Kommuneindeksen for sosialtjenesten. Kilde: KOSTRA og Agenda Kaupang

Kvalitetsindikatorene gir et sammensatt bilde. Sortland kommer svakt ut på indikatorene for innbyggere 18–24 år med sosialhjelp og innbyggere 18–66 år med sosialhjelp. Dette tyder på at kommunen har en høyere andel sosialhjelpsmottakere i disse aldersgruppene enn det som trekker positivt i indeksen. Samtidig skårer Sortland bedre på indikatorene for sosialhjelp over seks måneder og sosialhjelp som hovedinntekt. Det kan tyde på at kommunen i større grad lykkes med å begrense langvarig avhengighet av sosialhjelp blant dem som mottar tjenesten.

Samlet peker kommuneindeksen derfor på at utfordringen særlig handler om omfanget av sosialhjelpsmottakere, særlig blant unge og personer i yrkesaktiv alder, mens bildet er noe bedre når det gjelder varighet og avhengighet av sosialhjelp.

I KOSTRA-analysen sammenlignes behovskorrigerte netto driftsutgifter per innbygger for sosialtjenesten. Behovskorrigeringen av utgiftene er basert på Kommunal- og distriktsdepartementets beregninger av utgiftsbehov per innbygger, noe som bidrar til å gjøre kommuneregnskapene mer sammenlignbare. Dette gir et bedre grunnlag for å vurdere forskjeller i ressursbruk og effektivitet mellom kommuner. Det beregnede utgiftsbehovet er på 87,1 prosent i Sortland kommune. Dette betyr at kommunens utgiftsbehov er 12,9 prosent lavere enn landsgjennomsnittet. Sammenlignet med KOSTRA-gruppe 8 har Sortland kommunene høyere utgiftsbehov. Blant kommunene i utvalget er det flere som har høyere utgiftsbehov enn Sortland, for eksempel så har Senja og Sør-Varanger et utgiftsbehov på 92,7 prosent og 97,8 prosent (jf. Figur 4-6).



Figur 4-6 Beregnet utgiftsbehov for sosialtjenesten per kommune

Forskjellen mot Gruppe 08 ser særlig ut til å være knyttet til opphopningsindeksen, der Sortland ligger betydelig høyere enn gruppen (73,3 mot 56,4 prosent jf. Tabell 4-1), samt noe høyere nivå på indikatoren for rus og psykiatri (106,5 mot 103,1 prosent). Samtidig trekkes det samlede utgiftsbehovet ned av lavere verdier på blant annet flyktninger uten integreringstilskudd, der Sortland ligger lavere enn gruppen (55,9 mot 59,7 prosent), og av relativt lave verdier for aleneboende 30–66 år og innbyggere 25–66 år. Samlet viser tabellen at Sortland har enkelte levekårsindikatorer som trekker behovet opp, men at det samlede beregnede utgiftsbehovet for sosialtjenesten fortsatt ligger lavt.

Tabell 4-4 Beregnet utgiftsbehov for sosialtjenesten per kategori

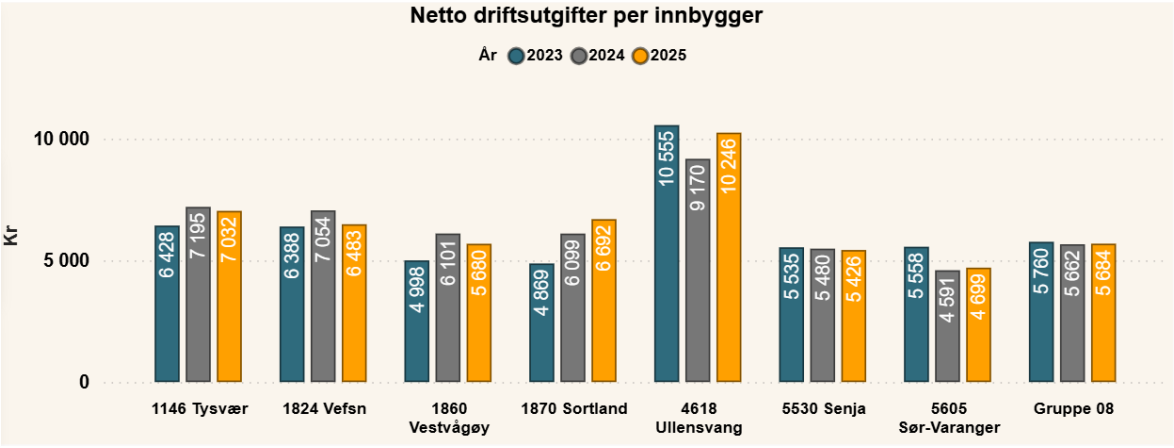
Beregnet utgiftsbehov for sosialtjenesten

Region	23-24 år (0,8 %)	Rus og psykiatri (21,1 %)	16-22 år (2,5 %)	25-66 år (16,6 %)	Aleneboende 30-66 år (29,2 %)	Flyktninger uten integreringstilskudd (21,1 %)	Opphopningsindeks (8,7 %)	Utgiftsbehov sosial
1870 Sortland	99,0 %	106,5 %	102,2 %	96,2 %	93,1 %	55,9 %	73,3 %	87,1 %
Gruppe 08	96,8 %	103,1 %	102,2 %	95,6 %	92,5 %	59,7 %	56,4 %	85,5 %

De samlede utgiftene til sosialtjenesten omfatter funksjonene 213- Voksenopplæring, 242- råd, veiledning og sosialt forebyggende arbeid, 243- tilbud til personer med rusproblemer, 273- arbeidsrettede tiltak i kommunal regi, 276- kvalifiseringsordningen, 281- ytelse til livsopphold og 283 bistand til etablering og opprettholdelse av egen bolig mv.

Det er viktig å påpeke at data rapportert til KOSTRA kan inneholde feil, som følge av både feilføring og variasjoner i praksis knyttet til kostnadsføring av sosiale tjenester og tilgrensende områder.

Figur 4-7 viser utviklingen i behovskorrigerte netto driftsutgifter per innbygger i perioden 2023 til 2025. I 2025 var de totale driftsutgiftene i Sortland kommune på 62,7 millioner kroner, noe som tilsvarer 6 692 kroner per innbygger. Sammenlignet med de andre kommunene i utvalget samt KOSTRA-gruppen, har Sortland kommune høyere driftsutgifter per innbygger. Det er kun Tysvær og Ullensvang som har høyere utgifter per innbygger blant kommunene i utvalget. Netto driftsutgifter er korrigert for kommunal deflator slik at tallene fremkommer som 2025-kroner og er sammenliknbare på tvers av årene.



Figur 4-7: Netto driftsutgifter per innbygger fra 2023 til 2025 Kilde: SSB-tabell 12367 behovskorrigert av Agenda Kaupang

Tabell 4-5 viser netto utgift per innbygger i Sortland kommune fordelt på ulike funksjoner fra 2023 til 2025. Den største utgiftsøkningen er knyttet til funksjon 281 *Ytelse til livsopphold*, som har økt fra 2 255 kroner per innbygger i 2023 til 3 170 kroner i 2025. Også funksjon 276 *Kvalifiseringsordningen* og 213 *Voksenopplæring* har hatt en tydelig økning i perioden.

Utviklingen i de øvrige funksjonene er mer variert. Funksjon 242 *Råd, veiledning og sosialt forebyggende arbeid* har hatt en svak nedgang fra 2023 til 2025, mens 243 *Tilbud til personer med rusproblemer* er redusert gjennom perioden. Funksjon 273 *Arbeidsrettede tiltak i kommunal regi* har økt sammenlignet med 2023, men ligger i 2025 fortsatt lavere enn i 2024. Samlet viser tabellen at veksten særlig drives av økte utgifter til livsopphold og kvalifiseringstiltak, mens flere av de øvrige tjenesteområdene har hatt en mer stabil eller fallende utvikling.

Tabell 4-5 Netto utgift per innbygger per funksjon Kilde: SSB-tabell 12367 behovskorrigert av Agenda Kaupang

Netto utgift per innbygger per funksjon

Funksjon	2023	2024	2025
213 Voksenopplæring	4	526	426
242 Råd, veiledning og sosialt forebyggende arbeid	1 459	1 406	1 403
243 Tilbud til personer med rusproblemer	427	335	278
273 Arbeidsrettede tiltak i kommunal regi	290	232	341
276 Kvalifiseringsordningen	294	845	886
281 Ytelse til livsopphold	2 255	2 683	3 170
283 Bistand til etablering og opprettholdelse av egen bolig mv.	140	71	188

Tabell 4-6 viser et teoretisk innsparingspotensial for Sortland sammenlignet med kommunene i utvalget og KOSTRA-gruppe 08. Tall merket med oransje, altså positive tall, indikerer et mulig innsparingspotensial. Det viser hvor mye lavere kostnadene ville vært i Sortland dersom tjenesten ble levert på samme måte som i sammenligningskommunen. Tilsvarende indikerer negative tall hvor mye høyere kostnadene ville vært i Sortland dersom tjenesten ble levert på samme måte.

Samlet sett viser tabellen at Sortland driver sosialtjenesten dyrere enn flere av kommunene i utvalget. Det beregnede innsparingspotensialet er størst sammenlignet med Sør-Varanger, med om lag 19 mill. kroner, og Senja, med om lag 12 mill. kroner. Sammenlignet med KOSTRA-gruppe 08 er det beregnet et innsparingspotensial på om lag 9 mill. kroner. For disse funksjonene viser tabellen et positivt innsparingspotensial mot alle sammenligningskommunene.

Samtidig viser tabellen at Sortland ikke ligger høyt på alle områder. For funksjon 242 *Råd, veiledning og sosialt forebyggende arbeid* har Sortland lavere kostnader enn flere av kommunene i utvalget, og det samme gjelder delvis funksjon 213 *Voksenopplæring*. Det samlede bildet er derfor at innsparingspotensialet i sosialtjenesten først og fremst er knyttet til økonomiske ytelser og kvalifiseringsordningen, mens øvrige funksjoner har et mer sammensatt bilde.

Tabell 4-6 Innsparingspotensial sosialtjenestene

Tjeneste	1146 Tysvær	1824 Vefsn	1860 Vestvågøy	4618 Ullensvang	5530 Senja	5605 Sør-Varanger	Gruppe 08
⊟ **Sosial**							
213 Voksenopplæring	-7 mill.	-3 mill.	-6 mill.	-12 mill.	-9 mill.	1 mill.	-4 mill.
242 Råd, veiledning og sosialt forebyggende arbeid	-3 mill.	-12 mill.	1 mill.	-42 mill.	-10 mill.	-3 mill.	-8 mill.
243 Tilbud til personer med rusproblemer	0 mill.	0 mill.	0 mill.	-7 mill.	2 mill.	-2 mill.	0 mill.
273 Arbeidsrettede tiltak i kommunal regi	-7 mill.	3 mill.	2 mill.	3 mill.	1 mill.	1 mill.	1 mill.
276 Kvalifiseringsordningen	4 mill.	5 mill.	7 mill.	7 mill.	8 mill.	7 mill.	6 mill.
281 Ytelse til livsopphold	9 mill.	7 mill.	5 mill.	17 mill.	19 mill.	14 mill.	13 mill.
283 Bistand til etablering og opprettholdelse av egen bolig mv.	1 mill.	2 mill.	1 mill.	2 mill.	2 mill.	0 mill.	1 mill.
Totalt	**-3 mill.**	**2 mill.**	**9 mill.**	**-33 mill.**	**12 mill.**	**19 mill.**	**9 mill.**

Sortland hadde lavere utgifter enn alle sammenligningskommunene i 2023 (jf. Tabell 4-7). Fra 2024 endret bildet seg, og i 2025 er det beregnet et innsparingspotensial sammenlignet med Sør-Varanger på 19 mill. kroner, Senja på 12 mill. kroner og Gruppe 08 på 9 mill. kroner. Sortland ligger likevel fortsatt lavere enn Tysvær og Ullensvang.

Samlet viser utviklingen at Sortlands kostnadsnivå innen sosialtjenesten har økt relativt til flere av sammenligningskommunene. Dette er særlig tydelig mot Gruppe 08, der kommunen har gått fra å ligge lavere i 2023 til et beregnet innsparingspotensial i 2025.

Tabell 4-7 Innsparingspotensial sosialtjenesten sammenlignet med kommunene i utvalget

Innsparingspotensial sammenliknet med kommunene i utvalget							
År	**1146 Tysvær**	**1824 Vefsn**	**1860 Vestvågøy**	**4618 Ullensvang**	**5530 Senja**	**5605 Sør-Varanger**	**Gruppe 08**
2023	**-15 mill.**	**-15 mill.**	**-3 mill.**	**-53 mill.**	**-8 mill.**	**-9 mill.**	**-9 mill.**
2024	**-11 mill.**	**-9 mill.**	**-1 mill.**	**-31 mill.**	**4 mill.**	**15 mill.**	**4 mill.**
2025	**-3 mill.**	**2 mill.**	**9 mill.**	**-33 mill.**	**12 mill.**	**19 mill.**	**9 mill.**

Oppsummert viser KOSTRA-analysen at Sortland har et høyere kostnadsnivå enn KOSTRA-gruppe 08 på økonomisk sosialhjelp og kvalifiseringsordningen, og at utgiftene til livsopphold har økt tydelig i perioden 2023 til 2025. Dette er den viktigste driveren bak veksten i sosialtjenestens samlede utgifter. Utviklingen kan blant annet ses i sammenheng med bosetting av flyktninger og risiko for økte sosialytelser når introduksjonsperioden er over, dersom overgangen til arbeid eller utdanning ikke lykkes.

Samtidig viser analysen at Sortland ligger lavere enn KOSTRA-gruppe 08 på råd, veiledning og sosialt forebyggende arbeid, og også lavere på voksenopplæring. Bildet er derfor sammensatt. Kommunen har høye og økende utgifter til økonomiske ytelser, samtidig som ressursbruken er lavere på enkelte funksjoner som kan ha betydning for forebygging, veiledning og oppfølging.

4.7 Analyse av tilbudet til tre brukergrupper innen pleie og omsorg

Agenda Kaupangs pleie- og omsorgsanalyse bygger på detaljerte data om brukergrupper, tjenesteprofil og ressursbruk på tjenestenivå. Dette er data som ikke finnes i KOSTRA, og analysen gir derfor et mer nyansert bilde av hvordan ressursene brukes innen pleie og omsorg.

Analysen brukes til å belyse prioritering, dimensjonering og kostnadsprofil for tre hovedgrupper av tjenestemottakere. Den gir grunnlag for å vurdere om tjenestene er innrettet på en måte som

støtter ønsket utvikling av innsatstrappen, herunder balansen mellom institusjon, boliger med mulighet for døgntjenester og hjemmebaserte tjenester.

4.7.1 Metode

Pleie- og omsorgsanalysen deler tjenestemottakerne inn i tre hovedgrupper:

- Personer med utviklingshemming og/eller utviklingsforstyrrelser mv.
- Personer med psykiske og/eller rusrelaterte lidelser
- Andre brukere, i hovedsak eldre (inkluderer også somatisk syke mv., yngre med nevrologiske sykdommer mv.)

Analysemodellen gir innsikt i tjenester, brukergrupper og kostnader på et mer detaljert nivå enn KOSTRA. Analysen sammenligner tildelings- og tjenestepraksis, dimensjonering og kostnadsprofiler på tjenestenivå med andre kommuner. Formålet er å belyse prioritering innen pleie og omsorg, dimensjonering av tjenester i innsatstrappen og fordeling av utgifter mellom brukergrupper og tjenester.

Sammenligningene omfatter antall brukere, utgifter per bruker og både brutto og netto driftsutgifter for likartede tjenester. Analysene er behovskorrigert for forskjeller i demografi, sosiale forhold og geografi, basert på statens behovsberegning i inntektssystemet for kommunene. Fellesutgifter som er ført på ulike KOSTRA-funksjoner innen pleie og omsorg, er fordelt på brukergrupper etter profilen på direkteførte kostnader.

Da det ikke finnes nasjonale registerdata på dette detaljeringsnivået, sammenlignes Sortland med kommuner der Agenda Kaupang har gjennomført tilsvarende datainnsamling og analyse. Hovedsammenligningen er gjort mot et gjennomsnitt av 26 kommuner, basert på data fra 2025 og tidligere år. Dette innebærer at sammenligningsgrunnlaget skiller seg fra kommunens ordinære KOSTRA-sammenligninger.

Analysen omfatter kun tjenester og kostnader som inngår i pleie og omsorg. Tjenester og tiltak som er kostnadsført på andre KOSTRA-funksjoner, for eksempel helsefunksjoner, inngår ikke.

4.7.2 Resultater

Per 31.12.2025 hadde Sortland i overkant av 700 unike tjenestemottakere som mottok en eller flere pleie- og omsorgstjenester fordelt på ulike hjemmetjenester, dag- og aktivitetstilbud, institusjonstjenester mv.[4] De viktigste funnene fra pleie- og omsorgsanalysen oppsummeres i dette kapittelet. Analysen følger som vedlegg til denne rapporten.

Hovedparten av utgiftene innen pleie og omsorg går til brukergruppen «Andre, hovedsakelig eldre»

I 2025 brukte Sortland 325 millioner kroner til pleie- og omsorgstjenestene. Ca. 68 prosent av kommunens netto driftsutgifter innen pleie og omsorg ble brukt til brukergruppen *Andre brukere, hovedsakelig eldre*. Fordelingen illustreres i Figur 4-8:

[4] *Kilde: Kommunens egen rapportering*

Fordeling av pleie- og omsorgskostnader i Sortland - Suortá kommune



Figur 4-8 Netto driftsutgifter i 2025 (PLO) fordelt på ulike brukergrupper

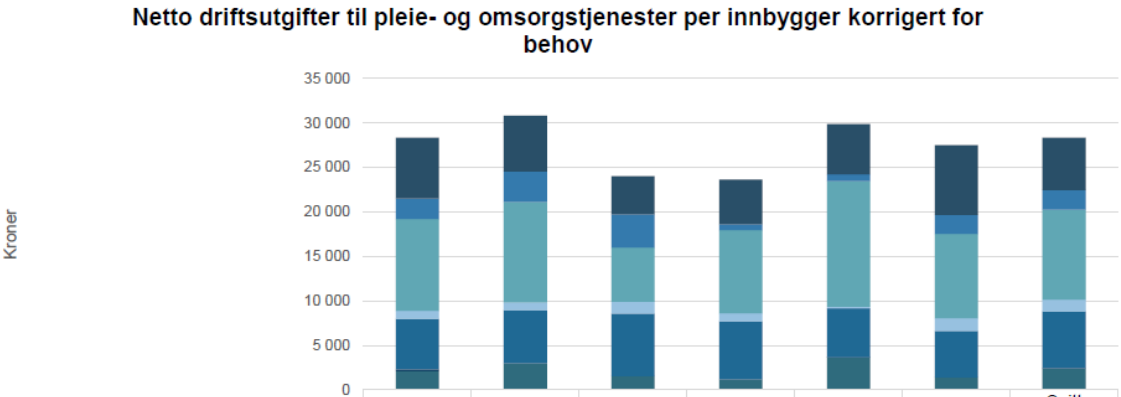
Av totale utgifter til pleie og omsorg ble 36 prosent benyttet til tjenester i institusjon for brukergruppen omtalt som *Andre, i hovedsak eldre* og 8 prosent av utgiftene ble benyttet til tjenester i bolig med mulighet for døgntjenester for denne målgruppen. 24 prosent av ressursene innen pleie og omsorg ble benyttet til ulike helse- og omsorgstjenester for hjemmeboende (f.eks. utgifter til hjemmesykepleie, dag- og aktivitetstilbud, BPA, støttekontakt mv.).

23 prosent av utgiftene i 2025 ble brukt til tjenester til *mennesker med utviklingshemming/ utviklingsforstyrrelser.* Hovedvekten ble benyttet til voksne (20 prosent). Resterende 9 prosent ble benyttet på ulike pleie- og omsorgstjenester til innbyggere med *psykisk helse- og/eller rusrelaterte helseutfordringer*. Vi går nærmere inn på detaljene om ressursbruken i de neste avsnittene.

Sortland kommunes utgifter til pleie og omsorg er på nivå med snittet i sammenlikningskommunene

Analysene viser at Sortlands samlede utgifter til pleie- og omsorgstjenester for ulike brukergrupper svakt høyere enn snittet av sammenlikningskommunene i vår analyse (26 kommuner), men samtidig høyere enn enkelte av sammenlikningskommunene jf. Figur 4-9.[5]

[5] *Alle kommuner har kostnader på fellesområder som iht. KOSTRA-veilederen skal kostnadsføres på de ulike tjenestefunksjonene under PLO i KOSTRA. Dette er fordelt ut etter profilen på direkteførte kostnader på lik linje med andre kommuner. Det medfører at når man skal tenke kostnadsreduserende tiltak må «fellesområdet» inkluderes.*



	Sortland - Suortá	Volda	Ulstein	Verdal	Vindafjord	Haram	Snitt kommuner (26K)
Hovedsakelig eldre Pleie- og omsorgstjenester til hjemmeboende	6 828	6 277	4 299	5 012	5 656	7 846	5 891
Hovedsakelig eldre Bolig med mulighet for heldøgns pleie- og omsorgstjenester	2 289	3 386	3 756	649	758	2 138	2 209
Hovedsakelig eldre Institusjonstilbud	10 299	11 314	6 086	9 348	14 121	9 475	10 086
Utviklingshemming / utviklingsforstyrrelser Barn med utviklingshemming/utviklingsforstyrrelser	911	861	1 329	896	162	1 428	1 336
Utviklingshemming / utviklingsforstyrrelser Voksne eks. vert.	5 691	5 976	7 031	6 519	5 498	5 243	6 381
Psykisk helse og rus barn	201	0	0	0	2	0	45
Psykisk helse og rus voksne	2 090	2 978	1 529	1 193	3 663	1 373	2 389

Figur 4-9 Netto driftsutgifter 2025 korrigert for behov fordelt på ulike brukergrupper

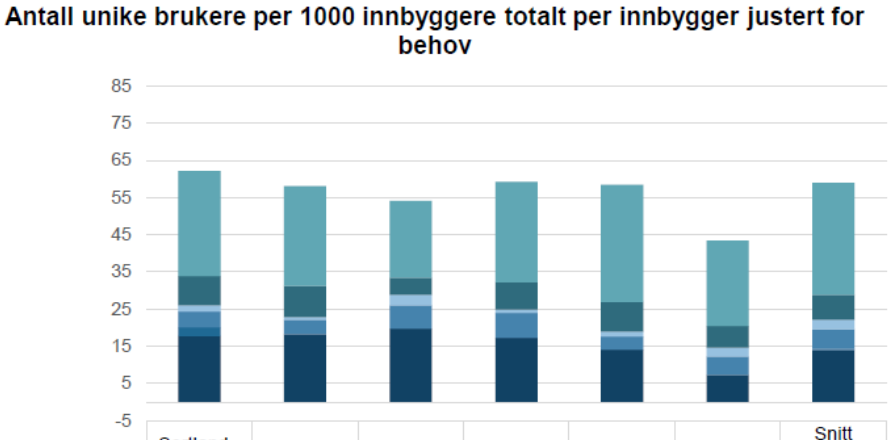
Ser vi på utgifter i 2025 per innbygger korrigert for behov viser figuren over at Sortland hadde høyere samlede utgifter til brukergruppen *Andre brukere, i hovedsak eldre* enn snittet. Figuren viser videre at kommunens utgifter til brukergruppene *mennesker med utviklingshemming* er lavere enn snittet både for barn og unge og for voksne. Kommunens utgifter til *psykisk helse/rus* var svakt lavere enn snittet når vi korrigerer for det totale behovet. Vi skal senere i rapporten korrigere for ulike aldersgrupper. Dette kan medføre at bildet endres.

Forskjeller i utgiftsnivå mellom kommunene skyldes både antall tjenestemottakere og enhetskostnader, herunder brukernes behov og organiseringen av tjenestene. Analysen vurderer ikke den enkelte brukers behov. Tjenesteomfanget kan derfor variere både mellom enkelttjenester og i den samlede tjenestepakken til hver mottaker.

Høyere andel innbyggere med pleie- og omsorgstjenester i Sortland

Analysene viser at Sortland har en høyere andel innbyggere med pleie- og omsorgstjenester enn snittet. Dette skyldes særlig flere voksne tjenestemottakere innen psykisk helse og rus. For gruppen *Andre brukere, i hovedsak eldre* har Sortland flere mottakere i sykehjem, men færre mottakere av hjemmetjenester og tjenester i bolig med mulighet for heldøgns omsorg. Kommunen har også en lavere andel *personer med utviklingshemming* som mottar pleie- og omsorgstjenester.

Dette framgår av Figur 4-10.

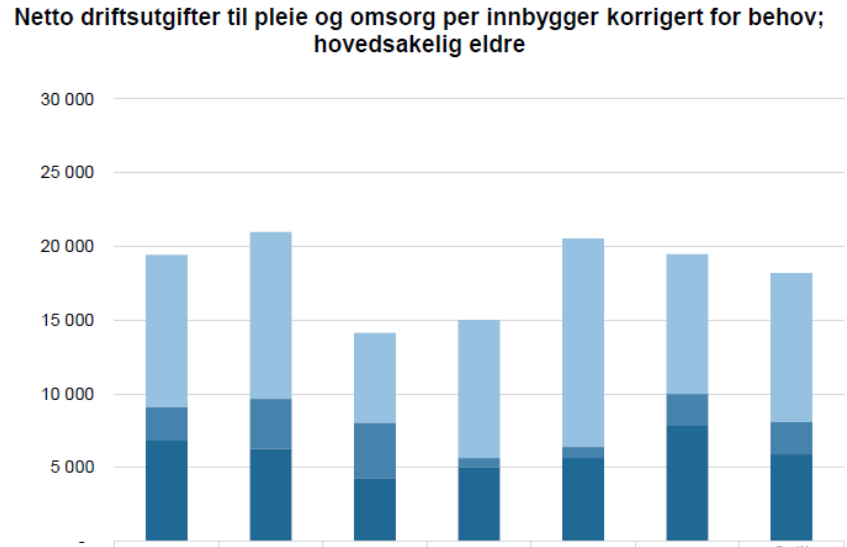


	Sortland - Suortá	Volda	Ulstein	Verdal	Vindafjord	Haram	Snitt kommuner (26K)
Hovedsakelig eldre Hjemmeboende og bemannet bolig og bolig	28,2	26,9	20,7	27,0	31,5	22,9	30,1
Hovedsakelig eldre Sykehjem	7,8	8,4	4,6	7,4	7,9	5,8	6,6
Utviklingshemming / utviklingsforstyrrelser Barn	1,7	0,7	2,9	0,9	1,4	2,4	2,6
Utviklingshemming / utviklingsforstyrrelser Voksne	4,2	3,9	6,2	6,7	3,5	5,0	5,3
Psykisk helse og rus Barn	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
Psykisk helse og rus Voksne	17,7	18,2	19,8	17,3	14,1	7,3	14,0

Figur 4-10 Andel innbyggere med pleie- og omsorgstjenester 2025. Kilde: Kommunene og Agenda Kaupang

Utgifter til tjenester for *andre brukere, hovedsakelig eldre* er høyere enn snittet

Utgiftene til brukergruppen *Andre brukere, hovedsakelig eldre* er høyere enn snittet for sammenligningskommunene. Figur 4-11 viser hvordan utgiftene fordeler seg mellom institusjon, boliger med mulighet for døgntjenester og tjenester til hjemmeboende.

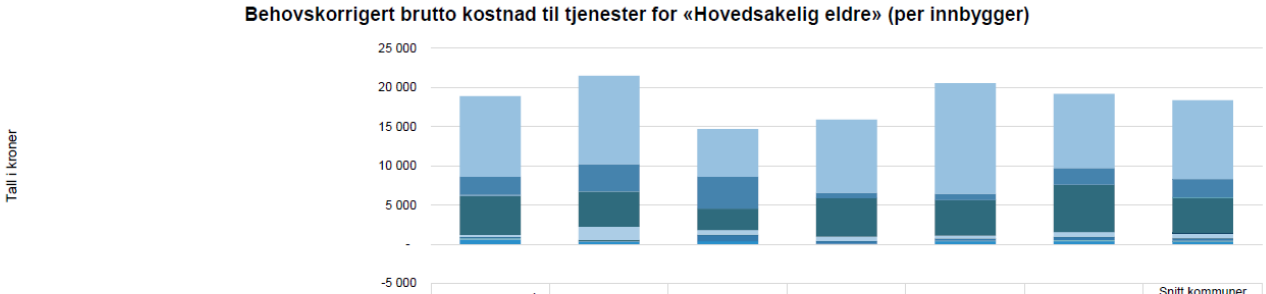


	Sortland - Suortá	Volda	Ulstein	Verdal	Vindafjord	Haram	Snitt kommuner (26K)
Institusjonstilbud	10 299	11 314	6 086	9 348	14 121	9 475	10 086
Bolig med mulighet for heldøgns pleie- og omsorgstjenester	2 289	3 386	3 756	649	758	2 138	2 209
Pleie- og omsorgstjenester til hjemmeboende	6 828	6 277	4 299	5 012	5 656	7 846	5 891

Figur 4-11 Netto driftsutgifter til pleie og omsorg pr. 1000 innbygger korrigert for behov, *Andre brukere, hovedsakelig eldre*

For å få mer innsikt i utgiftene til pleie- og omsorgstjenester til utgifter for tjenester til *Andre brukere, hovedsakelig eldre* har vi fordelt utgifter på ulike tjenester. Figur 4-12 viser hvordan Sortlands utgifter til pleie- og omsorgstjenester til hjemmeboende fordeler seg på ulike tjenester. Hovedtyngden av utgiftene er knyttet til sykehjem, boliger med mulighet for heldøgns omsorg og hjemmesykepleie. Sortland har også høyere utgifter enn snittet til aktivitetstilbud, mens utgiftene til praktisk bistand, BPA og omsorgsstønad ligger lavere enn snittet. Utgifter til varsling og trygghetsteknologi ligger om lag på snittet, mens støttekontakt ligger høyere.

Forskjeller i utgifter må ses i sammenheng med både volum og enhetskostnader. For Sortland skyldes nivået særlig høyere volum på enkelte tjenester, blant annet hjemmesykepleie og sykehjem, samtidig som kostnadsnivået også har betydning.



	Sortland - Suortá	Volda	Ulstein	Verdal	Vindafjord	Haram	Snitt kommuner (26K)
Sykehjem	10 299	11 314	6 086	9 348	14 121	9 475	10 086
Bolig med mulighet for døgnbemanning, ikke egenregi	-	-	-	-	-	-	23
Bolig med mulighet for døgnbemanning, egenregi	2 293	3 386	4 049	649	758	2 123	2 245
Støttekontakt/organisert fritidstilbud	147	78	33	17	11	26	47
Hjemmesykepleie ikke i egen regi	-	-	-	-	-	-	23
Hjemmesykepleie i egen regi	4 976	4 486	2 735	4 919	4 530	6 026	4 488
Ambulerende miljøarbeidertjeneste	-	-	-	-	-	-	20
Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) og personlig assistanse (PA)	262	1 682	580	559	396	578	625
Omsorgsstønad	26	126	68	17	17	41	71
Praktisk bistand Ikke i egen regi	-	-	-	- 0	-	-	- 0
Praktisk bistand egen regi	155	95	769	326	268	373	286
Varsling-, trygghets- og lokaliseringsteknologi	138	17	-	0	46	170	130
Arbeids- og aktivitetstilbud/andre dagtilbud (Ikke NAV tilbud) Ikke i egen regi	-	-	-	0	-	-	18
Arbeids- og aktivitetstilbud/andre dagtilbud (Ikke NAV tilbud) Egen regi	615	320	388	48	387	375	299

Figur 4-12 Brutto driftsutgifter for pleie- og omsorgstjenester til hjemmeboende (Andre, i hovedsak eldre).
Kilde: Kommunene og Agenda Kaupang

Sortland har en høyere prioritering av årsverk til helsehjelp (hjemmesykepleie), men lavere prioritering av praktisk bistand enn snittet av sammenlikningskommunene

Kommuner prioriterer og organiserer de tradisjonelle hjemmetjenestene ulikt. Tilstrekkelig kapasitet og kompetanse er viktige for å kunne ivareta innbyggernes behov for helse- og omsorgstjenester i hjemmet og å unngå institusjonsopphold eller bolig med heldøgns tjenester.

Analysen viser at Sortland har høyere prioritering målt i årsverk til helsehjelp utenfor institusjon per innbygger, men lavere prioritering målt per tjenestemottaker. Dette skyldes at kommunen har mange tjenestemottakere, noe som gir lavere kapasitet per mottaker enn snittet. For praktisk bistand har Sortland lavere prioritering målt mot innbyggertall.[6]

Samlet dekningsgrad som snittet i institusjon og boliger med mulighet for døgntjenester

Analysene viser at Sortland har en samlet dekning av institusjonsplasser og boliger med mulighet for døgntjenester på 19,59 per 100 innbyggere over 80 år. Dette er om lag på nivå med snittet for

[6] *Praktisk bistand til renhold er organisert i teknisk sektor.*

sammenligningskommunene. Samtidig er variasjonen mellom kommunene stor. Noen kommuner har klart lavere samlet dekning enn Sortland, mens andre ligger betydelig høyere.

For sykehjem har Sortland en dekningsgrad på 15,54 prosent, mot et snitt på 14,8 prosent. Også her er variasjonen stor. Blant sammenligningskommunene ligger for eksempel Verdal på 20,03 prosent, mens Ulstein ligger på 10,55 prosent. Sortland har prioritert flere typer langtidstilbud, og har samtidig en høyere andel korttidsplasser enn snittet.

Dekningen av boliger med mulighet for døgntjenester er lavere enn snittet, med om lag 1,2 prosentpoeng. Også denne kategorien varierer betydelig mellom kommunene, både i dekningsgrad og i hva som inngår i tilbudet. Sortlands tilbud framstår i større grad som spesialiserte botilbud enn ordinære boliger med mulighet for heldøgns omsorg.

Lavere enhetskostnader enn snittet per institusjonsplass

Utgifter pr. sykehjemsplass varierer mellom ulike kommuner, og kan også variere mellom avdelinger og mellom sykehjem/institusjoner i en kommune. En korttidsplass og rehabiliterings-plass koster normalt mer enn en ordinær langtidsplass. Det samme gjelder skjermede plasser/tilbud for mennesker med demenssykdom.

Sortland har en gjennomsnittlig enhetskostnad per sykehjemsplass på i underkant av 1,3 mill. kroner. Dette er lavere enn snittet for sammenligningskommunene. Det må ses i sammenheng med at Sortland har en høyere dekningsgrad enn snittet. Når kommunen har flere institusjonsplasser per innbygger, vil gjennomsnittlig pleie- og bistandsbehov per plass ofte være lavere enn i kommuner med færre plasser og strengere prioritering til institusjon.

Samtidig er ikke enhetskostnaden i Sortland så lav som dekningsgraden isolert sett kunne tilsi. Det tyder på at også andre forhold påvirker kostnadsnivået, for eksempel bemanning, bygningsstruktur, størrelse på avdelinger, andel korttids- og rehabiliteringsplasser eller organisering av institusjonstilbudet.

De overordnede analysene viser samtidig at kommunens samlede institusjonsutgifter er høyere enn snittet for referansekommunene. Dette skyldes først og fremst høyere dekningsgrad, men også bemanning, bygningsstruktur og organisering påvirker kostnadsnivået.

Beregnet enhetskostnad bør samtidig tolkes med noe varsomhet, fordi antall institusjonsplasser har endret seg gjennom året. Dersom utgiftene fordeles på 92 plasser, som var kapasiteten ved utgangen av året, blir enhetskostnaden om lag 1,28 mill. kroner per plass. Dersom det tas utgangspunkt i gjennomsnittlig kapasitet gjennom året, blir enhetskostnaden om lag 1,42 mill. kroner per plass. Dette er beregnet ved å ta hensyn til at kommunen hadde 78 plasser fram til september og deretter økte med 14 plasser (78 + 14 × 4/12 = 82,7 plasser, avrundet til 83). Dette viser at enhetskostnaden påvirkes av hvilken kapasitetsdefinisjon som legges til grunn, og bør derfor ses sammen med samlet institusjonsutgift, dekningsgrad og faktisk kapasitetsutnyttelse.

Utvikling i institusjonskostnader januar - juni 2025 og 2026

Det er gjennomført en sammenligning av regnskapstall for institusjon for perioden januar–juni 2025 og januar–juni 2026. Formålet er å vurdere kostnadsutviklingen etter at kapasiteten i institusjonstjenesten er økt, og å bruke utviklingen første halvår som grunnlag for en enkel årsprognose.

Analysen bygger på regnskap hittil i år per juni for begge år. Årsprognosen er beregnet som en enkel framskriving der regnskap for januar–juni multipliseres med to. Prognosen må derfor tolkes som en teknisk beregning, og er ikke korrigert for sesongvariasjoner, ferieavvikling, periodisering eller eventuelle engangsposter.

Tabell 4-8 Samlet kostnadsutvikling januar–juni 2026, institusjonstjenesten

År	Regnskap januar–juni	Rev. budsjett januar–juni	Avvik mot budsjett	Avvik %	Enkel årsprognose
2025	50 002	49 713	288	0,6 %	100 004
2026	58 967	58 317	650	1,1 %	117 935
Endring	**8 966**			**17,9 %**	**17 931**

Tabell 4-8 viser at regnskapet for institusjon i perioden januar–juni øker fra om lag 50 mill. kroner i 2025 til om lag 59 mill. kroner i 2026. Økningen utgjør 9 mill. kroner, tilsvarende 17,9 prosent.

Begge årene ligger regnskapet noe over revidert budsjett per juni, men avvikene er moderate: 0,6 prosent i 2025 og 1,1 prosent i 2026. Hovedbildet er derfor ikke budsjettavviket, men at kostnadsnivået i 2026 ligger klart høyere enn i samme periode året før.

Dersom kostnadsnivået fra første halvår videreføres, gir det en enkel årsprognose på om lag 118 mill. kroner i 2026, mot om lag 100 mill. kroner i 2025. Det tilsier en mulig økning i årskostnad på rundt 18 mill. kroner.

Prognosen må tolkes med varsomhet, men indikerer at økt kapasitet og høyere lønnsnivå kan gi en betydelig helårseffekt i institusjonstjenesten.

Tabell 4-9 Utvikling per KOSTRA-art

KOSTRA-art	Art	2025 januar–juni	2026 januar–juni	Endring
10	Fastlønn	33 417	42 209	**8 792**
710	Sykelønnsrefusjon	-4 140	-2 775	**1 365**
90	Pensjonsinnskudd	7 996	9 092	**1 096**
99	Arbeidsgiveravgift	2 310	2 896	**586**
20	Lønn til vikarer	4 424	4 858	**434**
260	Renholds- og vaskeritjenester	742	1 099	**356**
115	Matvarer	2 459	2 808	**348**
110	Medisinsk forbruksmateriell	931	1 170	**239**
40	Overtidslønn	1 808	2 018	**209**
300	Kjøp fra staten	2 349	98	**-2 251**
600	Brukerbetaling	-6 864	-8 567	**-1 703**

Utviklingen per KOSTRA-art viser at kostnadsveksten i hovedsak er knyttet til lønn og lønnsrelaterte kostnader. Fastlønn øker med om lag 8,8 mill. kroner fra januar–juni 2025 til januar–juni 2026, og er den klart største driveren bak samlet kostnadsvekst. I tillegg øker pensjonsinnskudd med om lag 1,1 mill. kroner og arbeidsgiveravgift med om lag 0,6 mill. kroner.

Variabel lønn øker også, men i mindre grad enn fastlønn. Lønn til vikarer øker med om lag 0,4 mill. kroner, mens overtidslønn øker med om lag 0,2 mill. kroner. Dette tyder på at veksten først og fremst skyldes et høyere fast kostnadsnivå, og ikke bare økt bruk av vikarer og overtid.

Samtidig er det enkelte poster som demper netto kostnadsvekst. Kjøp fra staten er redusert med om lag 2,3 mill. kroner, og brukerbetalingene er økt med om lag 1,7 mill. kroner. Økte brukerbetalinger bidrar isolert sett til å redusere netto utgifter, mens lavere sykelønnsrefusjon trekker i motsatt retning. Sykelønnsrefusjonene er om lag 1,4 mill. kroner lavere i 2026 enn i samme periode i 2025, noe som øker netto kostnad.

Samlet viser analysen at institusjonstjenesten har fått et klart høyere kostnadsnivå i 2026 enn i 2025. Økningen er særlig knyttet til fastlønn og lønnsrelaterte kostnader, noe som kan være i tråd med økt kapasitet og bemanning. Dersom utviklingen fra første halvår videreføres, peker beregningen mot en betydelig økning i årskostnaden for institusjonstjenesten.

Estimert enhetskostnad for institusjonsplass 2026

Beregningen viser at prognostisert enhetskostnad per institusjonsplass er tilnærmet uendret fra 2025 til 2026. Dette skyldes at kostnadsveksten og kapasitetsveksten er nesten like store. Prognosen øker fra om lag 100 mill. kroner i 2025 til om lag 118 mill. kroner i 2026, en økning på om lag 18 prosent. I samme periode øker antall plasser fra 78 til 92, også tilsvarende om lag 18 prosent. Beregnet enhetskostnad blir dermed om lag 1,28 mill. kroner per plass i begge år.

Dette indikerer at økningen i kostnader i hovedsak følger økningen i kapasitet, og at de nye plassene ser ut til å ha om lag samme kostnadsnivå som eksisterende plasser. Regnskapsanalysen viser samtidig at veksten særlig er knyttet til fastlønn og lønnsrelaterte kostnader, noe som er i tråd med at kapasitetsøkningen krever økt fast bemanning. Beregningen bør likevel tolkes med varsomhet, særlig dersom antall plasser ikke uttrykker gjennomsnittlig antall plasser i drift eller dersom belegget varierer mellom årene.

Tabell 4-10 Samlet oversikt over endring i institusjonsdriften og prognose

	2025	2026	Endring
Prognose	100 004 000 kr	117 935 000 kr	17 931 000 kr
Plasser	78	92	14
Endring i prosent			ca. 17,9 %
Enhetskostnad	1 282 103 kr	1 281 902 kr	-201 kr

Beregningen over tar utgangspunkt i antall plasser før og etter kapasitetsøkningen. Ettersom plasskapasiteten ble endret i løpet av 2025, er det også relevant å beregne enhetskostnaden med utgangspunkt i gjennomsnittlig kapasitet gjennom året. Dette gir et mer presist bilde av kostnad per plass når kommunen ikke har hatt samme antall plasser i drift gjennom hele året. I beregningen under er gjennomsnittlig kapasitet i 2025 avrundet til 83 plasser, basert på 78 plasser januar–august og 92 plasser september–desember.

Tabell 4-11Samlet oversikt over endring i institusjonsdriften og prognose

	2025	2026	Endring
Prognose	100 004 000 kr	117 935 000 kr	17 931 000 kr
Plasser brukt i beregningen	83	92	9
Endring i prosent			ca. 17,9 % kostnad / 10,8 % plasser
Enhetskostnad	1 204 867 kr	1 281 902 kr	77 035 kr

Når gjennomsnittlig kapasitet legges til grunn, øker beregnet enhetskostnad fra om lag 1,20 mill. kroner i 2025 til om lag 1,28 mill. kroner i 2026. Kostnadene øker med om lag 17,9 prosent, mens gjennomsnittlig kapasitet øker med om lag 10,8 prosent. Beregningen indikerer dermed at kostnadsveksten ikke fullt ut kan forklares av flere plasser alene, men også reflekterer noe høyere kostnad per plass. Samtidig må beregningen tolkes med varsomhet, fordi årsprognosen bygger på en enkel framskriving av regnskapet.

Høye enhetskostnader på boliger med mulighet for døgntjenester

Når det gjelder enhetskostnader for boliger med mulighet for heldøgns omsorg viser våre analyser en variasjon mellom kommunene. Viktige forklaringer er at kommuner både organiserer disse tjenestene ulikt, men det er også veldig ulikt innhold i tjenestene.

Analysene viser at Sortlands enhetskostnader for slike tilbud ligger på i underkant av 1,1 mill. kroner. Det er høyere enn snittet for referansekommunene, som ligger på om lag 0,9 mill. kroner. En sannsynlig forklaring er at Sortlands HDO-tilbud i større grad består av spesialiserte botilbud med høy bemanning og omfattende tilrettelegging, mens tilbudene i flere referansekommuner kan være mer ordinære omsorgsboliger med ambulante tjenester.

Sortland kommune har lavere netto driftsutgifter til tjenester for barn og unge innenfor kategorien mennesker med utviklingshemming/utviklingsforstyrrelser

Analysene viser at Sortland har en lavere andel innbyggere i målgruppen som mottar tjenester enn snittet for sammenligningskommunene. Kommunen har også færre mottakere med flere samtidige tjenester.

Brutto driftsutgifter til målgruppen er lavere enn snittet. Sortland mottok refusjon for ressurskrevende tjenester i 2025, men refusjonen var lav sammenlignet med flere av kommunene i utvalget. Netto driftsutgifter framstår derfor relativt høye, selv om brutto utgifter er lavere enn snittet.

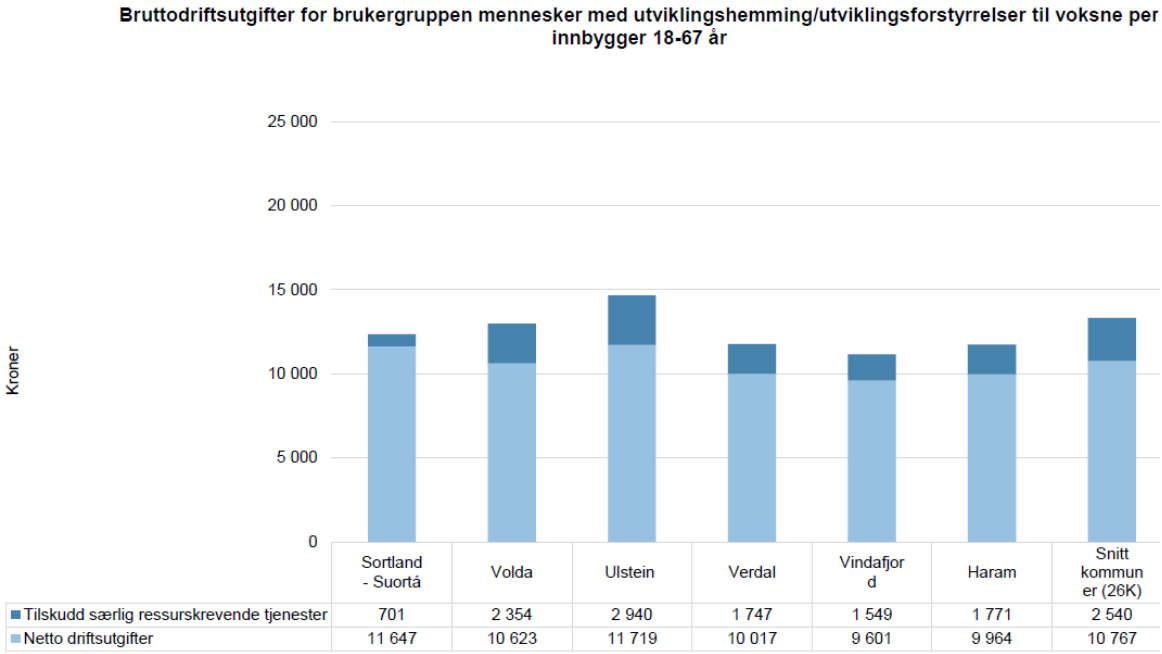
Utgiftene til målgruppen er i hovedsak knyttet til avlastning i bolig og barnebolig. Utgiftene er lavere enn snittet. Sortland har høyere utgifter enn snittet til individuell privat avlastning og ambulerende tjenester, mens utgiftene til omsorgsstønad er vesentlig lavere. Støttekontakt ligger om lag på snittet. Kommunen har ikke oppgitt utgifter til BPA eller ambulerende miljøarbeidertjeneste for målgruppen. Samlet tyder analysen på at lavere brutto utgifter særlig henger sammen med færre mottakere og en smalere tjenestetildeling.

Høyere netto driftsutgifter til tjenester for mennesker med utviklingshemming/utviklingsforstyrrelser over 18 år

Analysen viser at Sortland har færre mottakere i målgruppen enn snittet for sammenligningskommunene. Kommunen har en lavere andel mottakere med tjenester i bolig,

støttekontakt, arbeids- og aktivitetstilbud, individuell avlastning og omsorgsstønad. Samtidig har Sortland flere mottakere med ambulerende miljøarbeidertjeneste. Samlet peker dette mot en smalere tjenesteprofil enn i sammenligningskommunene.

Dette gjenspeiles også i kostnadsbildet. Brutto driftsutgifter til målgruppen er lavere enn snittet, jf. Figur 4-13. Sortland mottar refusjon for ressurskrevende tjenester, men refusjonen er lavere enn i flere av sammenligningskommunene. Netto driftsutgifter blir derfor høyere enn snittet, selv om brutto utgifter er lavere.



Figur 4-13 Brutto driftsutgifter for tjenester til mennesker med utviklingshemming/utviklingsforstyrrelse per innbygger 18-67 år

Analysen viser at Sortland samlet sett har lavere brutto utgifter enn snittet, men at tjenesteprofilen skiller seg noe ut. Kommunen bruker mindre enn snittet på arbeids- og aktivitetstilbud, avlastning i bolig, støttekontakt og omsorgsstønad, men mer på ambulante miljøarbeidertjenester. Utgiftsnivået i kommunen må ses i sammenheng med både antall mottakere, hvilke tjenester som tildeles, og kostnaden ved de ulike tjenestene.

Sortland har vertskommunebrukere kommunen vertskommunebrukere. Dette medfører inntekter, men også utgifter som andre kommuner ikke har. Når disse tjenestemottakerne faller fra, mister også kommunen inntektene. Det er avgjørende at kommunen klarer å ta ned aktiviteten og ressursbruken når dette skjer og det kan være behov for å utarbeide en «plan» for hvordan dette skal håndteres.

Høy andel tjenestemottakere og høyere netto driftsutgifter enn snittet til psykisk helse og rus

Analysen viser at Sortland har en høyere andel tjenestemottakere innen *psykisk helse og rus* enn snittet for sammenligningskommunene. Dette gjelder både barn og unge og voksne.

Analysen viser at Sortland hadde utgifter til tjenester for barn og unge med *psykiske og/eller rusrelaterte utfordringer* i 2025. Utgiftene omfattet ambulerende miljøarbeidertjeneste og forebyggende psykososialt arbeid, herunder Foyer. De samlede utgiftene til barn og unge var tydelig høyere enn snittet for sammenligningskommunene.

For voksne viser analysen at Sortland hadde en vesentlig høyere andel tjenestemottakere med forebyggende og psykososiale tilbud enn snittet. Kommunen hadde også en høyere andel mottakere med arbeids- og aktivitetstilbud, men en lavere andel mottakere med tjenester i bemannede boliger.

Sortlands brutto driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenester innen psykisk helse og rus for voksne er lavere enn snittet. Utgiftene er i hovedsak knyttet til tjenester i bolig, der Sortland er lavere enn snittet, og forebyggende psykososialt arbeid, der kommunen er høyere. Utgiftene til aktivitetstilbud er lavere enn snittet. Analysen av enhetskostnader viser at Sortland har enhetskostnader for tjenestemottakere i bolig i egen regi på nivå med snittet. Enhetskostnadene for forebyggende psykososialt arbeid ligger noe over snittet.

Sortland mottar ikke refusjon for særlig ressurskrevende tjenester innen psykisk helse og rus, slik enkelte andre kommuner i sammenligningen gjør. Det bidrar til at netto driftsutgifter er høyere enn snittet.

Resultatene må tolkes med noe varsomhet, fordi analysen bare omfatter tjenester og utgifter som er ført innen pleie og omsorg i KOSTRA. Erfaring fra tilsvarende gjennomganger viser at kommunenes regnskapspraksis og kartlegging av brukere kan variere, særlig i grenseflaten mellom KOSTRA-funksjon 241 helse og funksjon 254 helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende.

I gjennomgangen av Sortlands regnskap er det ikke gjort store regnskapsmessige korrigeringer mellom helse og pleie og omsorg. Det er ført begrensede utgifter på funksjon 241 helse. Det er imidlertid korrigert for et statstilskudd knyttet til Sortlandshjelpa, slik at sammenligningen i større grad reflekterer kommunens ordinære ressursbruk. KOSTRA-veilederen er ikke entydig på hvordan alle slike utgifter skal føres, og dette må tas med i tolkningen av sammenligningene.

4.8 Analyse av kommunens helseutgifter

Denne analysen innebærer et dypdykk i funksjon 241 *Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering.*[7] Arbeidet innebærer en gjennomgang av regnskapet og fordeling av ressurser til diagnose, behandling og re-/habilitering. Formålet er å få en dypere innsikt enn det som er mulig på grunnlag av KOSTRA. I tillegg til innsikt gir også modellen mulighet til å sammenlikne ressursinnsatsen med kommuner hvor vi har samlet inn tilsvarende data.[8]

Sammenliknet med gjennomsnittet har Sortland kommune høyere netto driftsutgifter per innbygger[9]. Sortland ligger spesielt høyt på utgifter til fastleger (4 100 kr per innbygger og nest høyest i utvalget) sammenlignet med snittet på 1 305 kr for små og mellomstore kommuner.

En sammenligning mot nasjonale tall rapportert i KOSTRA og sett i forhold til innbyggertall viser at Sortland har 16,7 legeårsverk per 10 000 innbyggere. Dette er høyere enn forventningslinjen. Oversikt fra Helsedirektoratet viser at fastlegeordningen har hatt noen svingninger de siste årene. Kapasiteten hos fastlegene var høyere enn innbyggertallet i 2025 og det var ingen lister uten lege. Listelengden er i snitt 693 pasienter og dette er en middels listelengde sammenliknet med andre kommuner og snittet for landet. Listelengden er redusert de senere årene. Kommunene i utvalget har både kortere og lengre lister. Det er ingen åpne lister og det indikerer at det ikke er mulig å bytte fastlege i kommunen. Kommunen ligger klart under landssnittet når det kommer til andelen

[7] *Helsetjenester i KOSTRA omfatter tre tjenestefunksjoner: 232 Helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 233 Annet forebyggende helsearbeid og 241 Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering.*

[8] *Lønnsutgiftene er justert med full arbeidsgiveravgift og deflatorjustert til 2025-tall. Det er også korrigert for demografi, sosiale forhold og geografi i henhold til statens metode for utgiftsutjevning i inntektssystemet. Utgiftene varierer mellom kommuner, og analysen forklarer ikke årsakene til disse variasjonene.*

[9] *Sammenliknet med 11 kommuner med 5 000 – 11 000 innbyggere*

konsultasjoner hos egen fastlege som i 2025 var 53,3 prosent i Sortland, mot 73,6 prosent for landet som helhet. Samlet sett viser dette at fastlegeordningen er i bedring, men at den har vært sårbar de siste årene.

Kommunens utgifter til legevakt er også høye, med 834 kroner per innbygger mot et snitt på 562 kroner. Sortland har derimot vesentlig lavere utgifter til fysio- og ergoterapitjenester enn snittet, lavest i utvalget med 157 kroner per innbygger. Samtidig har kommunen de høyeste utgiftene i utvalget til driftstilskudd for fysioterapi, med 455 kroner per innbygger. Samlet sett er utgiftene til fysio- og ergoterapitjenester likevel blant de laveste i utvalget. Andre utgifter ført på funksjon 241, for eksempel Norsk pasientskadeerstatning og overgrepsmottak, er også lavere enn snittet. Tabell 4-12 viser fordelingen av utgiftene for 2025.

Tabell 4-12 Netto driftsutgifter til helsetjenester, KOSTRA-funksjon 241. Kilde: Agenda Kaupang

Tjenestetype	Eidsvoll	Elverum	Hábmer-Hamarøy	Haram	Harstad	Sortland	Sør-Varanger	Verdal
Legevakt	774	791	1 128	738	590	834	601	539
Fysioterapi driftstilskudd	260	365	314	210	429	455	362	225
Fysio og ergoterapi egenr…	481	433	235	267	672	157	1 033	522
Fastleger	1 033	1 099	4 988	3 029	3 458	4 100	1 440	2 016
Annet	276	509	252	446	671	46	25	0
Totalt	**2 823**	**3 198**	**6 917**	**4 690**	**5 821**	**5 592**	**3 461**	**3 303**

4.9 Analyse av variabel lønn

De største kostnadene i helse- og omsorgstjenestene er lønnskostnader. Det er derfor relevant å se nærmere på andelen variabel lønn målt opp mot fastlønn. Variabel lønn omfatter her særlig vikarer, ekstrahjelp og overtid.

Høy bruk av variabel lønn kan påvirke kontinuiteten i tjenesten, kvaliteten for innbyggerne, arbeidsbelastningen for ansatte og den samlede ressursbruken i kommunen. En viss bruk av variabel lønn er nødvendig i turnusbaserte tjenester, men høye nivåer over tid kan indikere utfordringer med sykefravær, vakanser, rekruttering, turnusplanlegging, grunnbemanning eller organisering av tjenesten.

Tabell 4-13 viser at institusjon har høyest samlet bruk av variabel lønn, målt som andel av fastlønn. Vikarer og ekstrahjelp utgjør 22 prosent av fastlønn, mens overtid utgjør 6 prosent. Miljøtjenesten ligger også høyt, med vikarer og ekstrahjelp tilsvarende 21 prosent av fastlønn og overtid på 3 prosent. Hjemmetjenesten har noe lavere, men fortsatt betydelig bruk av variabel lønn, med 14 prosent vikarer og ekstrahjelp og 4 prosent overtid. Andre tjenester ligger lavest, med 11 prosent vikarer og ekstrahjelp og 3 prosent overtid.

Tabell 4-13 Bruk av variabel lønn per kategori og virksomhet

Art			10	20	30	40	270	20+30
Tjeneste	Vikarer og ekstrahjelp som andel av fastlønn	Overtid som andel av fastlønn	Fastlønn	Lønn til vikarer	Lønn til ekstrahjelp	Overtidslønn	Andre tjenester	Vikar + ekstrahjelp
Hjemmetjeneste	14 %	4 %	kr 42 935 416	kr 4 915 155	kr 907 337	kr 1 563 733	kr 9 468	kr 5 822 492
Institusjon	22 %	6 %	kr 78 050 476	kr 13 635 540	kr 3 580 168	kr 4 755 931	kr 1 538	kr 17 215 708
Miljøtjenesten	21 %	3 %	kr 58 423 428	kr 10 355 668	kr 2 085 846	kr 1 817 865	kr 1 121	kr 12 441 514
Andre tjenester	11 %	3 %	kr 114 576 496	kr 4 432 169	kr 8 519 140	kr 3 022 546	kr 6 620 116	kr 12 951 309

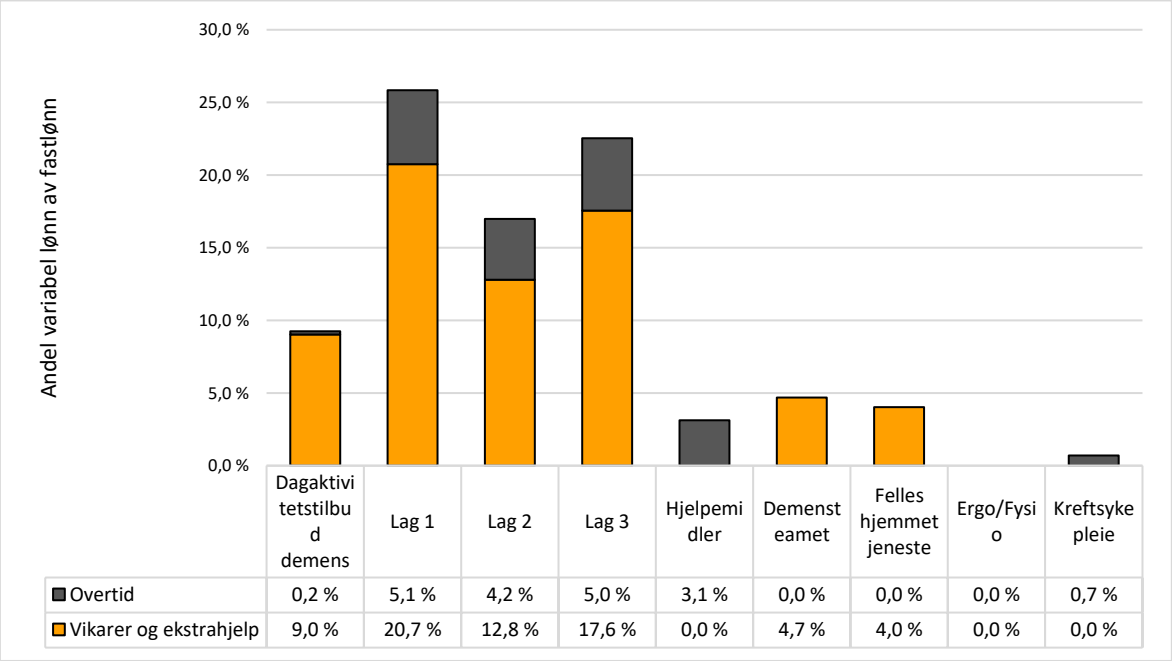
Målt i kroner er institusjon det klart største området. Institusjonsområdet har om lag 17,2 mill. kroner i vikarer og ekstrahjelp og 4,8 mill. kroner i overtid. Miljøtjenesten har om lag 12,4 mill. kroner i vikarer og ekstrahjelp og 1,8 mill. kroner i overtid, mens hjemmetjenesten har om lag 5,8 mill. kroner i vikarer og ekstrahjelp og 1,6 mill. kroner i overtid.

Feil! Fant ikke referansekilden. på neste side viser at det også er betydelige variasjoner mellom virksomhetene innen hvert tjenesteområde. I flere enheter utgjør vikarer og ekstrahjelp den klart

største delen av den variable lønnen, mens enkelte enheter også har høy overtidsbruk. Overtid er særlig viktig å følge opp, fordi dette ofte er dyrere enn ordinær bemanning og kan være et tegn på press i driften. Bruken av variabel lønn må ses i sammenheng med sykefravær, kompetansebehov, tilgang på vikarer, aktivitetsnivå og hvordan planlagt og uplanlagt fravær håndteres i bemanningsplanene. Organisering av virksomhetene, herunder størrelse på enheter, turnusløsninger og mulighet for fleksibel bruk av personell, kan også ha betydning.

Hjemmetjenester

Innen hjemmetjenestene varierer andelen variabel lønn betydelig mellom enhetene. Lag 1 og Lag 3 har de høyeste nivåene, med samlet variabel lønn på om lag 26 og 23 prosent av fastlønn. Lag 2 ligger også relativt høyt, med om lag 17 prosent. I disse enhetene er det særlig bruk av vikarer og ekstrahjelp som trekker opp, men det er også noe overtid. Dette kan indikere at deler av hjemmetjenesten har et bemanningsbehov som ikke fullt ut dekkes av fast bemanning.

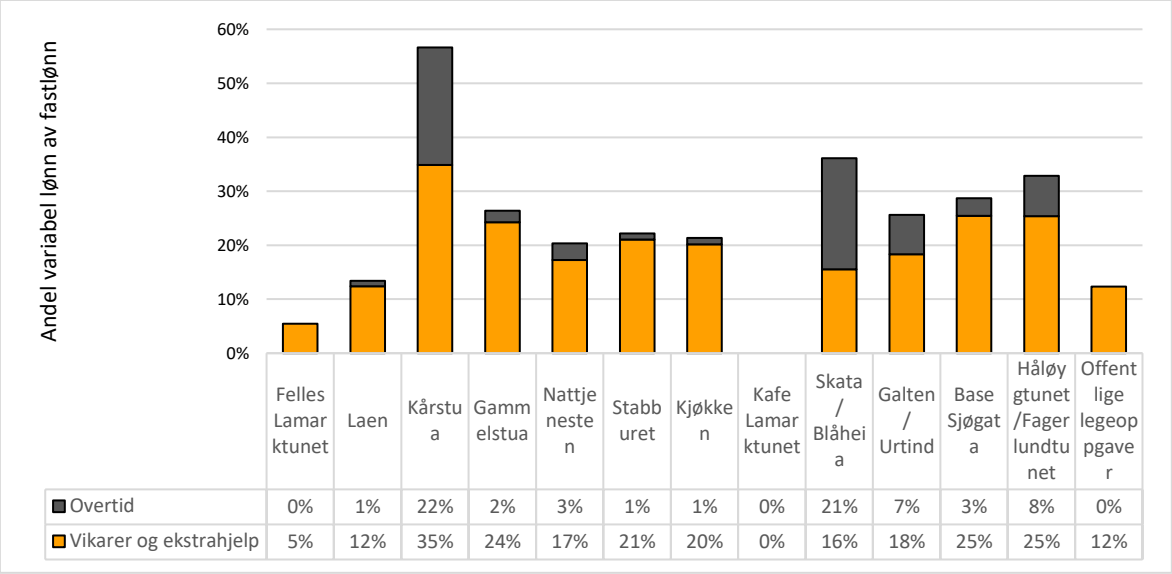


	Dagaktivitetstilbud demens	Lag 1	Lag 2	Lag 3	Hjelpemidler	Demenseamet	Felles hjemmetjeneste	Ergo/Fysio	Kreftsykepleie
Overtid	0,2 %	5,1 %	4,2 %	5,0 %	3,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,7 %
Vikarer og ekstrahjelp	9,0 %	20,7 %	12,8 %	17,6 %	0,0 %	4,7 %	4,0 %	0,0 %	0,0 %

Figur 4-14 Bruk av overtid, vikarer og ekstrahjelp i hjemmetjenesten 2025

Institusjon

Institusjonsområdet har gjennomgående høyere bruk av variabel lønn enn hjemmetjenestene. Kårstua skiller seg klart ut, med samlet variabel lønn på om lag 57 prosent av fastlønn. Her er både vikarbruk og overtid svært høy, og overtidsandelen alene utgjør om lag 22 prosent. Dette bør følges opp særskilt, da nivået kan indikere et betydelig press i driften.

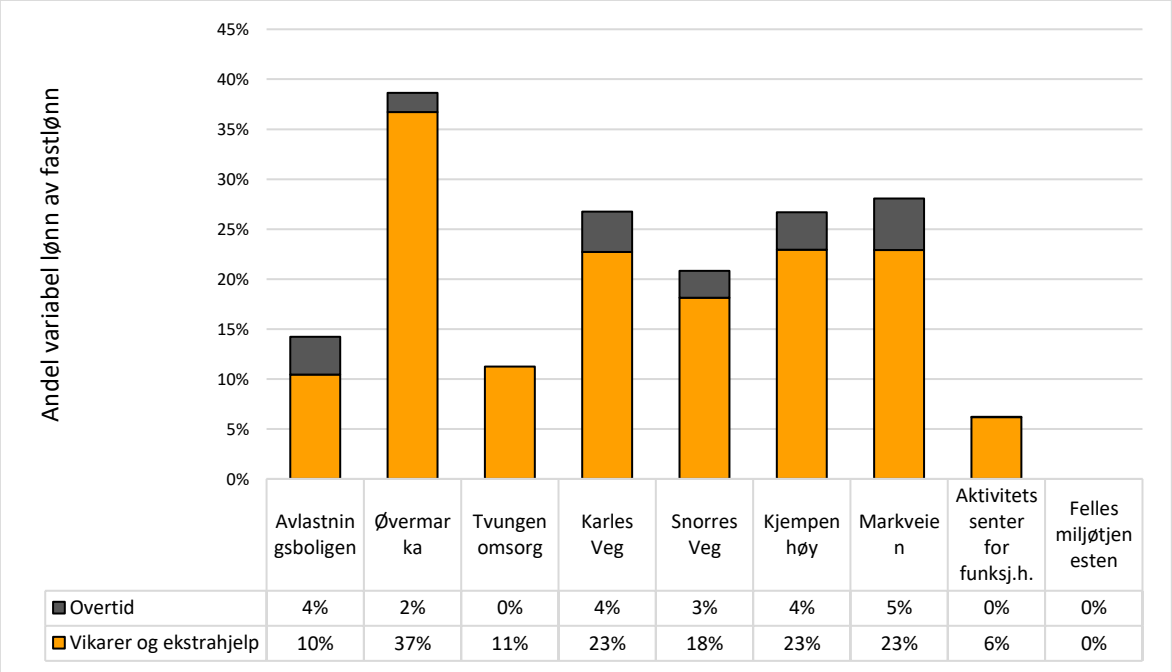


	Felles Lamarktunet	Laen	Kårstua	Gammelstua	Nattjeneste n	Stabburet	Kjøkken	Kafe Lamarktunet	Skata / Blåheia	Galten / Urtind	Base Sjøgata	Håløygtunet /Fagerlundtunet	Offentlige legeoppgaver
Overtid	0%	1%	22%	2%	3%	1%	1%	0%	21%	7%	3%	8%	0%
Vikarer og ekstrahjelp	5%	12%	35%	24%	17%	21%	20%	0%	16%	18%	25%	25%	12%

Figur 4-15 Bruk av overtid, vikarer og ekstrahjelp i institusjonstjenesten 2025

Miljøtjenesten

I Miljøtjenesten er det også store variasjoner mellom enhetene. Øvermarka har den høyeste andelen variabel lønn, med nær 39 prosent av fastlønn, i hovedsak knyttet til vikarer og ekstrahjelp. Karles veg, Kjempenhøy og Markveien ligger også relativt høyt, med samlet variabel lønn på rundt 26 -28 prosent.



	Avlastningsboligen	Øvermarka	Tvungen omsorg	Karles Veg	Snorres Veg	Kjempenhøy	Markveien	Aktivitetssenter for funksj.h.	Felles miljøtjenesten
Overtid	4%	2%	0%	4%	3%	4%	5%	0%	0%
Vikarer og ekstrahjelp	10%	37%	11%	23%	18%	23%	23%	6%	0%

Figur 4-16 Bruk av overtid, vikarer og ekstrahjelp i miljøtjenesten 2025

Oppsummering

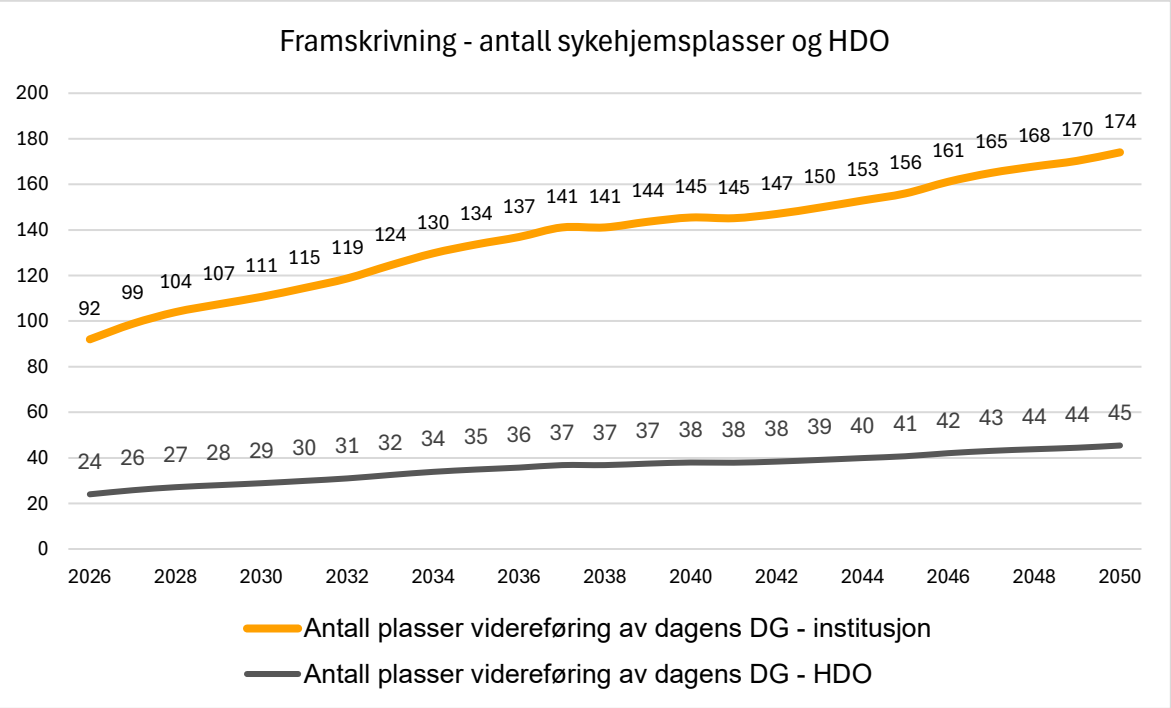
Samlet viser analysen at variabel lønn er et viktig styringsområde i helse- og omsorgstjenestene. Det er særlig grunn til å følge opp institusjonsområdet, der både nivået i kroner og andelen overtid er høyest. Samtidig bør enheter med høy variabel lønn i miljøtjenesten og hjemmetjenesten følges opp for å vurdere om bemanningen er tilpasset brukerbehov, turnus og faktisk driftssituasjon.

4.10 Framskrivninger og behovsanalyse

Framskrivningene i dette delkapittelet viser hvordan behovet for helse- og omsorgstjenester kan utvikle seg dersom dagens tjenesteprofil videreføres. Beregningene tar utgangspunkt i dagens dekningsgrader og forventet befolkningsutvikling, særlig veksten i antall eldre innbyggere. Formålet er ikke å fastslå et eksakt framtidig kapasitetsbehov, men å synliggjøre hvilke konsekvenser dagens nivå og innretning kan få over tid. Framskrivningene gir dermed et grunnlag for å vurdere hvordan kommunen bør utvikle kapasitet, boligstruktur og tjenestetilbud fram mot 2050.

Videreføring av dagens profil - institusjon

Figur 4-17 viser en framskrivning av behovet for henholdsvis sykehjemsplasser og boliger med mulighet for heldøgnsbemanning/HDO dersom dagens dekningsgrader videreføres. Beregningen tar utgangspunkt i dagens nivå og viser hvordan behovet utvikler seg når antall eldre øker fram mot 2050.



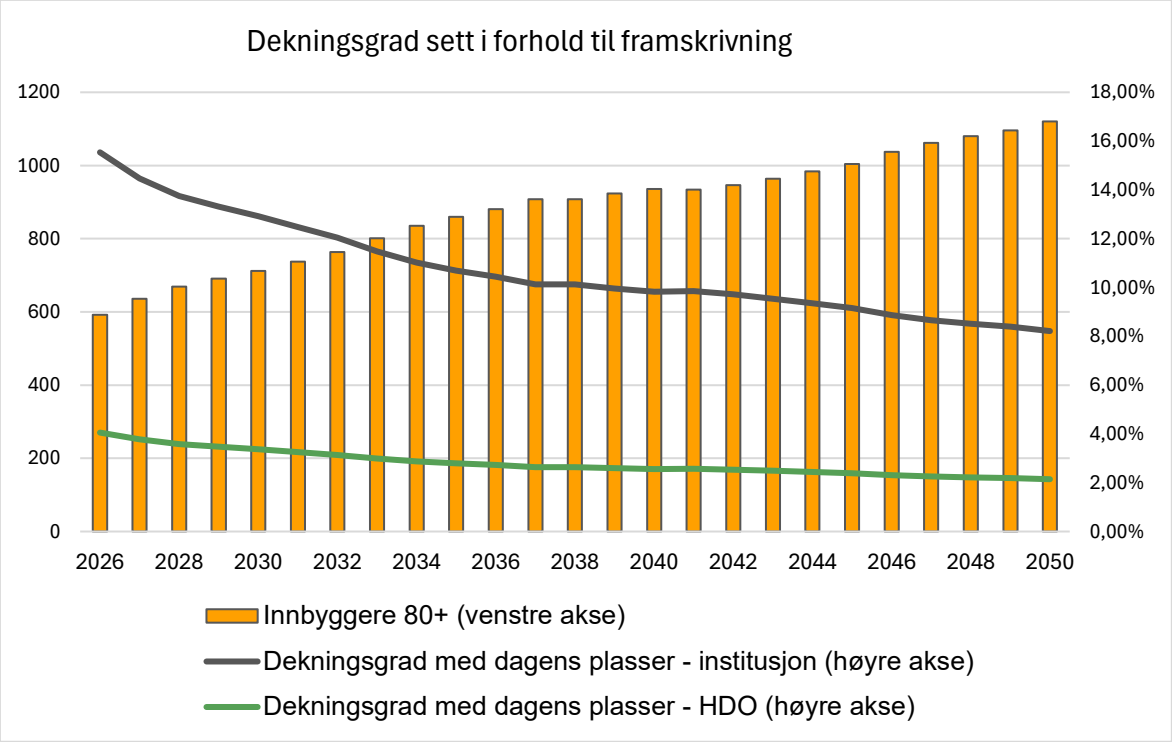
Figur 4-17 Framskrivning av institusjonsplasser og bolig med mulighet for heldøgns omsorg

Framskrivningen viser at behovet for både institusjonsplasser og HDO-plasser vil øke dersom kommunen skal videreføre dagens profil. For institusjon øker det beregnede behovet fra 92 plasser i 2026 til 174 plasser i 2050. Det innebærer et beregnet behov for om lag 82 flere sykehjemsplasser enn i 2026. For HDO øker behovet fra 24 plasser i 2026 til 45 plasser i 2050, tilsvarende om lag 21 flere plasser. Veksten skjer gradvis gjennom perioden og drives av økningen i antall eldre innbyggere.

Det er viktig å understreke at figuren ikke nødvendigvis viser hvor mange nye sykehjems- eller HDO-plasser kommunen bør etablere. Den viser konsekvensen av å videreføre dagens dekningsgrader og tjenesteprofil. Dersom kommunen ønsker å dempe veksten i behovet for institusjonsplasser, må en større del av behovsveksten møtes gjennom andre deler av omsorgstrappen, som hjemmetjenester, rehabilitering, velferdsteknologi, tilrettelagte boliger og boliger med mulighet for heldøgnstjenester.

Dekningsgrad med dagens antall plasser – institusjon

Figur 4-18 viser utviklingen i antall innbyggere over 80 år og hvilken dekningsgrad kommunen vil få dersom dagens antall plasser i institusjon og HDO holdes uendret. Mens antall eldre øker betydelig fram mot 2050, vil dekningsgraden falle gradvis gjennom perioden for begge tilbudene.



Figur 4-18 Utviklingen i dekningsgrad for innbyggere 80 år og over, framskrevet mot 2050

Med dagens kapasitet vil en stadig lavere andel av innbyggerne over 80 år kunne få plass i institusjon eller HDO. For institusjon reduseres dekningsgraden fra om lag 15-16 prosent i 2026 til rundt 8 prosent i 2050. For HDO reduseres dekningsgraden fra rundt 4 prosent i 2026 til om lag 2 prosent i 2050. Dette illustrerer at dagens kapasitet vil gi et lavere heldøgnstilbud målt opp mot antall eldre dersom det ikke gjøres endringer i kapasitet eller tjenesteprofil.

Utviklingen innebærer at kommunen står overfor et strategisk valg. Enten må kapasiteten i institusjon og HDO økes i takt med befolkningsutviklingen, eller så må kommunen lykkes med å utvikle alternative tilbud som kan møte deler av behovsveksten utenfor sykehjem og HDO. Dette kan innebære sterkere satsing på forebygging, hverdagsrehabilitering, hjemmetjenester, velferdsteknologi, boligutvikling og bedre utnyttelse av eksisterende boligmasse. Samtidig bør kommunen vurdere hvilken rolle HDO skal ha i innsats- og boligtrappen, og hvordan tilbudet kan bidra til å redusere presset på institusjonsplassene.

4.11 Alternativanalyse og dreining av tjenesteprofil

Alternativanalysen viser mulige utviklingsbaner for framtidig kapasitet i heldøgns omsorgstilbud. Analysen tar utgangspunkt i befolkningsframskrivingene, dagens dekningsgrader og dagens sammensetning mellom institusjonsplasser og plasser i HDO. Formålet er å synliggjøre hvilke økonomiske og kapasitetsmessige konsekvenser ulike valg kan få fram mot 2050.

Analysen må ikke forstås som en eksakt prognose for hvor mange plasser kommunen skal etablere. Den viser snarere konsekvensene av ulike strategiske valg. Dersom kommunen

viderefører dagens profil, vil behovet for både institusjonsplasser og plasser i HDO øke i takt med veksten i antall eldre. Dersom kommunen i større grad dreier tjenestetilbudet mot hjemmetjenester, rehabilitering og andre hjemmebaserte løsninger, og samtidig utvikler en helhetlig boligtrapp som inkluderer dimensjonering av HDO-tilbud, kan behovet for nye institusjonsplasser reduseres.

I alternativanalysen sammenlignes tre hovedscenarioer. I alternativ 1 vises konsekvensen av å videreføre dagens tjenesteprofil og dekningsgrad. Alternativ 2 og 3 viser mulige dreininger i tjenestetilbudet, der en større del av framtidig kapasitetsvekst håndteres gjennom HDO og lavere institusjonsdekning. Alternativene er ment å illustrere handlingsrommet kommunen har, og hvilke økonomiske effekter som kan oppstå ved ulik sammensetning av heldøgnstilbudet.

Tabell 4-14 Alternativer for ulike alternative tjenesteprofiler

Scenario	Hovedidé	Hva scenarioet viser
Alternativ 1: Videreføring av dagens profil	Dagens dekningsgrader og sammensetning mellom institusjon og HDO videreføres.	Hva det vil koste dersom kommunen møter framtidig behov med samme tjenesteprofil som i dag.
Alternativ 2: Moderat dreining mot HDO	En større andel av framtidig vekst tas i HDO fremfor institusjon.	Mulig økonomisk effekt av å bruke HDO som et tydeligere mellomnivå i omsorgstrappen.
Alternativ 3: Sterkere dreining mot HDO og hjemmebaserte tjenester	Lavere institusjonsdekning og mer målrettet bruk av HDO og øvrige hjemmebaserte tjenester.	Hvor mye behovet for institusjonsplasser kan dempes dersom kommunen lykkes med en mer forebyggende og boligbasert tjenesteprofil.

Beregningene bygger på enhetskostnader for henholdsvis institusjon og HDO fra PLO-analysen. Kostnadene beregnes ved å multiplisere beregnet antall plasser i hvert scenario med relevant enhetskostnad. På denne måten synliggjør analysen både kapasitetsbehov og økonomiske konsekvenser av ulike strategiske valg.

Det er viktig å understreke at en dreining fra institusjon til HDO ikke bare er et økonomisk spørsmål. En slik utvikling forutsetter at kommunen samtidig har tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i hjemmetjenestene, god tildelingspraksis, egnede boliger, velferdsteknologi og rehabiliterende tjenester. Alternativanalysen bør derfor ses som et grunnlag for å diskutere framtidig tjenestemodell, ikke bare framtidig antall plasser.

Tabell 4-15 Beregningsgrunnlag i de ulike alternativene

Kategori	Forutsetning / beregning	Verdi
Dagens nivå og enhetspriser	Innbyggere 80+ i startåret	590
Dagens nivå og enhetspriser	Plasser institusjon i startåret	92
Dagens nivå og enhetspriser	Plasser HDO i startåret	24
Dagens nivå og enhetspriser	Enhetspris sykehjem Sortland	1 233 000 kr
Dagens nivå og enhetspriser	Enhetspris HDO Sortland	1 094 000 kr
Dagens nivå og enhetspriser	Enhetspris HDO gjennomsnitt	900 000 kr
Beregnet dagens profil	Dagens dekningsgrad institusjon	15,6 %

Beregnet dagens profil	Dagens dekningsgrad HDO	4,1 %
Beregnet dagens profil	Dagens samlet dekningsgrad institusjon + HDO	19,7 %
Beregnet dagens profil	Dagens andel institusjon av heldøgnsplasser	79,3 %
Beregnet dagens profil	Dagens andel HDO av heldøgnsplasser	20,7 %

Beregningen tar utgangspunkt i dagens kapasitet og befolkningsgrunnlag for innbyggere over 80 år. I 2026 er det lagt til grunn 590 innbyggere over 80 år, 92 institusjonsplasser og 24 HDO-plasser. Dette gir en samlet heldøgnsdekning på 19,7 prosent, fordelt på 15,6 prosent institusjon og 4,1 prosent HDO.

Dagens sammensetning viser at institusjon utgjør hoveddelen av heldøgnstilbudet. Av totalt 116 heldøgnsplasser er 79,3 prosent institusjonsplasser, mens 20,7 prosent er plasser i HDO. Dette danner utgangspunktet for alternativanalysen, der en kan vurdere konsekvensene av å videreføre dagens profil eller dreie en større del av framtidig kapasitetsbehov mot HDO og andre tjenester lavere i omsorgstrappen.

Med utgangspunkt i beregningsgrunnlaget i tabell 4-14 er det også lagt inn en alternativ HDO-pris på 0,9 mill. kroner. Dette synliggjør hvilken betydning lavere enhetskostnad kan ha for kostnadsutviklingen i alternativene.

I tillegg er det lagt inn en alternativ gjennomsnittlig pris for HDO på 0,9 mill. kroner, som kan brukes til å analysere effekten dersom HDO-tilbudet drives til en lavere enhetskostnad.

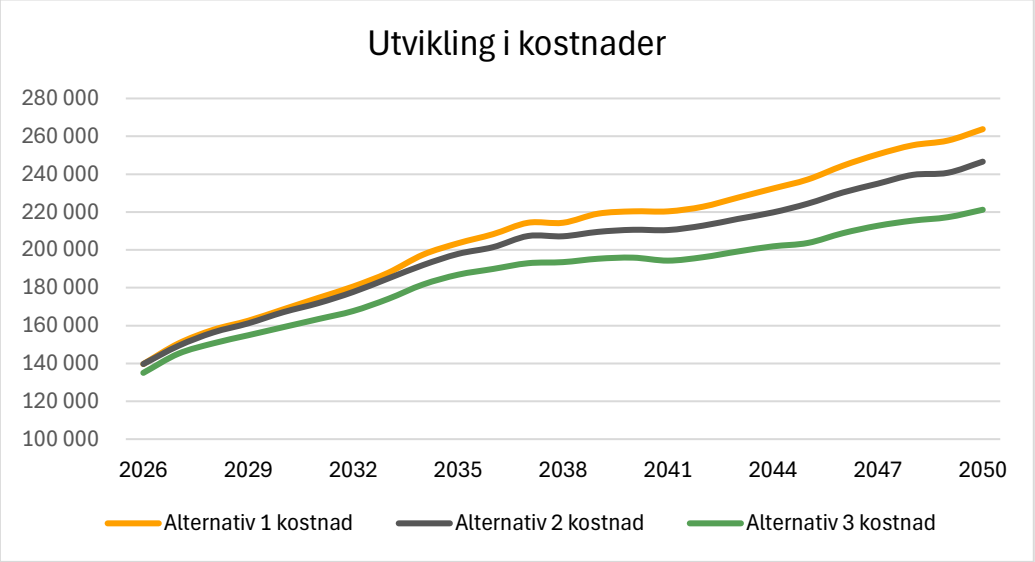
Figur 4-19 viser at kostnadene vil øke betydelig i alle scenarioene fram mot 2050. Dette skyldes i hovedsak den demografiske utviklingen og veksten i antall eldre, som gir økt behov for heldøgns omsorgstilbud. Dersom kommunen viderefører dagens profil, øker beregnet kostnad fra om lag 140 mill. kroner i 2026 til om lag 264 mill. kroner i 2050. Det tilsvarer en økning på om lag 124 mill. kroner, eller nær 89 prosent, gjennom perioden.

Alternativ 1 gir det høyeste kostnadsnivået gjennom hele perioden, fordi dagens sammensetning mellom institusjon og HDO videreføres. Alternativ 2 gir en noe lavere kostnadsutvikling, men forskjellen mot scenario 1 er relativt moderat de første årene. I 2050 er beregnet kostnad i alternativ 2 om lag 17 mill. kroner lavere enn i alternativ 1. Dette illustrerer at en moderat dreining mot HDO kan dempe kostnadsveksten, men ikke alene fjerne det økonomiske presset fra befolkningsutviklingen.

Alternativ 3 gir den laveste kostnadsbanen. I dette alternativet øker kostnadene fra om lag 135 mill. kroner i 2026 til om lag 221 mill. kroner i 2050. Sammenlignet med alternativ 1 er kostnaden i 2050 om lag 43 mill. kroner lavere. Over hele perioden 2026–2050 gir alternativ 3 en samlet beregnet kostnadsreduksjon på om lag 555 mill. kroner sammenlignet med videreføring av dagens profil. Dette viser at sammensetningen mellom institusjon og HDO, og nivået på enhetskostnadene, har stor betydning for den langsiktige økonomiske bærekraften.

Samlet viser alternativanalysen at kommunen uansett må planlegge for økte kostnader til heldøgns omsorg fram mot 2050. Samtidig viser alternativene at kostnadsveksten kan dempes dersom kommunen lykkes med å dreie deler av framtidig kapasitetsvekst fra institusjon til HDO og andre tilbud lavere i omsorgstrappen. En slik dreining forutsetter imidlertid at HDO-tilbudet har riktig målgruppe, hensiktsmessig organisering og lokalisering, forsvarlig bemanning og lavere enhetskostnad enn institusjon. Hjemmetjenester, rehabilitering og velferdsteknologi må utvikles i

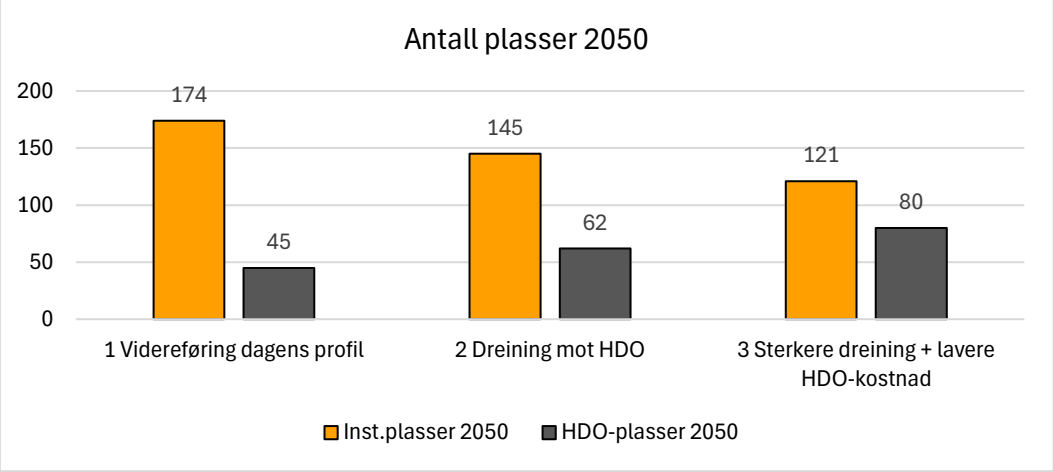
sammenheng med egnede boliger og mer aldersvennlige lokalsamfunn, slik at flere kan bo i egnet bolig med nødvendige tjenester uten sykehjemsplass.



Figur 4-19 Utvikling i kostnader alternativanalyse

Figur 4-20 viser hvordan sammensetningen av heldøgnstilbudet endres i de tre alternativene. Ved videreføring av dagens profil vil behovet i 2050 være beregnet til 174 institusjonsplasser og 45 HDO-plasser. I alternativ 2 reduseres behovet for institusjonsplasser til 145, mens HDO øker til 62 plasser. Alternativ 3 innebærer en tydeligere dreining, med 121 institusjonsplasser og 80 HDO-plasser.

Samlet illustrerer figuren at en dreining mot HDO kan redusere behovet for nye sykehjemsplasser betydelig. Forskjellen mellom alternativ 1 og alternativ 3 er 53 færre institusjonsplasser i 2050.



Figur 4-20 Antall plasser og sammensetning i ulike alternativer framskrevet per 2050

Oppsummert viser Tabell 4-15 at en dreining fra institusjon til HDO kan dempe kostnadsveksten fram mot 2050. Alternativ 1, som viderefører dagens profil, gir det høyeste kostnadsnivået. I alternativ 2 reduseres institusjonsandelen til 70 prosent og HDO-andelen øker til 30 prosent, noe som gir en beregnet kostnad som er om lag 17,2 mill. kroner lavere enn dagens profil i 2050. I alternativ 3 reduseres institusjonsandelen ytterligere til 60 prosent, mens HDO-andelen øker til 40

prosent. Dette gir et beregnet avvik på om lag 42,6 mill. kroner lavere enn videreføring av dagens profil.

Tabell 4-16 Alternative dekningsgrader og kostnadseffekter framskrevet per 2050, institusjon og bolig med mulighet for heldøgns omsorg

Alternativ	Total dekningsgrad 2050	Andel institusjon 2050	Andel HDO 2050	Avvik mot dagens profil 2050, 1 000 kr
1 Videreføring dagens profil	19,7 %	79,3 % 174 plasser	20,7 % 45 plasser	-
2 Dreining mot HDO	18,5 %	70,0 % 145 plasser	30,0 % 62 plasser	-17 159
3 Sterkere dreining + lavere HDO-kostnad	18,0 %	60,0 % 121 plasser	40,0 % 80 plasser	-42 579

4.12 Resultat fra driftsgjennomgangen

Helse og omsorg er et stort kommunalområde med mange tjenestemottakere og ansatte fordelt på flere ulike tjenester. Som en del av dette arbeidet ble det hentet inn data fra utvalgte tjenester, hovedsakelig tjenester med stedlig bemanning og døgntjenester. I dette kapittelet gjengis hovedfunn fra kartleggingen.

Kapittelet er mer detaljert enn de øvrige analysene fordi funnene fra driftsgjennomgangen må forstås på tjenestenivå. Formålet er å vise hvilke forhold som påvirker ressursbruk, bemanning, kompetanse, lokaler og økonomi i de enkelte tjenestene. Gjennomgangen gir dermed et grunnlag for å vurdere sårbarhet, kostnadsdrivere og mulige grep i videre tjenesteutvikling.

4.12.1 Hjemmetjenesten inkludert dagaktivitetstilbud

Hjemmetjenesten i Sortland er organisert i tre lag og en nattjeneste. I tillegg inngår dagaktivitetstilbud for personer med demens. Alle de tre lagene yter helsetjenester, samtidig som de er spesialisert på ulike tema. Lag 1 er spesialisert på hverdagsmestring, Lag 2 på palliasjon, rus og psykiatri og lag 3 er spesialisert på demens og kognitiv svikt. Nattjenesten yter hjelp og bistand til hjemmeboende i hele kommunen samt beboere på Lamarktunet bo- og rehabiliteringssenter. Dagaktivitetstilbudet er innrettet mot hjemmeboende eldre med demenssykdom.

Driftskartleggingen viser samlet en årsverksinnsats på litt over 59 årsverk. De tre hjemmetjenestelagene har til sammen 50,04 årsverk. Dagaktivitetstilbudet har 7,35 årsverk. Nattjenesten har 1,99 årsverk.

Tjenestemottakere

Kartleggingen viser at de tre hjemmetjenestelagene samlet har 258 registrerte brukere. Lag 1 har 89 brukere, Lag 2 har 104 brukere og Lag 3 har 65 brukere. Dagaktivitetstilbudet har 25 registrerte brukere, mens nattjenesten har 15 brukere på natt. Nattjenesten betjener i tillegg om lag 225 trygghetsalarmer og har sykepleierkompetanse for hele kommunen om natten.

Aldersfordelingen i kartleggingsskjemaene viser at hjemmetjenesten yter tjenester til innbyggere i ulike aldre. Samlet har de tre lagene 147 brukere over 80 år, 63 brukere i alderen 67–80 år, 30 brukere i alderen 40–67 år og 18 brukere i alderen 18–40 år.

KOSTRA-data fra tabell 12292 bygger på IPLOS/KPR-registreringer og viser at hovedvekten av tjenestemottakerne noe eller avgrenset bistandsbehov (201 personer), 141 var kartlagt til å ha et middels bistandsbehov. 99 hjemmetjenestebrukere var kartlagt å ha et omfattende bistandsbehov.[10]

Bemanning

De tre hjemmetjenestelagene har dag- og kveldsbemanning gjennom uken. Antall personer på vakt varierer mellom lagene, men det er flest ansatte på dagtid i alle lagene, noe færre på kveld og helg. Ifølge kartleggingen har tjenestene følgende bemanning:

Tabell 4-17 Oversikt over planlagt bemanning

Avdeling	Bemanning dag uke	Bemanning ettermiddag/kveld uke	Bemanning dag helg	Bemanning ettermiddag/kveld helg
Lag 1	7-9	3	4	3
Lag 2	8-10	4	5	4
Lag 3	8-9	3-4	3-4	3-4

Natt hjemmetjeneste har én våken ansatt per natt gjennom uken. Dagaktivitetstilbudet har dagbemanning i ukedagene, med 5–6 ansatte på dagtid.

Kartleggingen viser lavere registrert høyskolebemanning i helg enn på ukedager i alle tre hjemmetjenestelag. Data fremkommer i tabellen under.

Tabell 4-18 Andel ansette med høyskole ulike vakter, uken gjennom

	Lag 1	Lag 2	Lag 3	Natt.hj,tjeneste	Aktivitet
Høyskole dag/kveld ukedager	46,3%	50,7%	33,3%		20,7%
Høyskole dag/kveld helg	28,6%	22,2%	27,2%		
Høyskole natt				0	

Arbeidstidsordning

Lag 1, Lag 2 og Lag 3 er registrert med ordinær todelt turnus. Nattjenesten har kun nattevakter. Dagaktivitetstilbudet er registrert med kun dagstillinger.

[10] KOSTRA-tallene omfatter alle registrerte hjemmetjenestebrukere i kommunen, og kan derfor også omfatte personer som får tjenester fra andre deler av helse- og omsorgstjenesten, for eksempel miljøtjenesten, Sortlandshjelpa eller andre enheter.

Kompetanse og heltidskultur

Kompetansesammensetningen i tjenestene varierer. Det gjelder også gj.snittlig stillingsstørrelse. Data fremkommer i tabellen under.

Tabell 4-19 Kompetanse og gjennomsnittlig stillingsstørrelse

	Lag 1	Lag 2	Lag 3	Natt.hj,tjeneste	Aktivitet
Andel høyskole (andel årsverk av totale årsverk)	45,3%	51%	36,5%	0,0%	55,1%
Andel fagutdannede (andel årsverk av totale årsverk)	38%	34%	37%	100%	63%
Andel ufaglærte (andel årsverk av totale årsverk)	10%	3,1%	21,8%	0,0%	15,7%
Gjennomsnittlig stillingsstørrelse (årsverk dele på antall personer)	80%	75%	73%	66%	82%

Kartleggingen viser lavere registrert høyskolebemanning i helg enn på ukedager i alle tre hjemmetjenestelag. Data fremkommer i tabellen under.

Tabell 4-20 Andel ansette med høyskole ulike vakter, uken gjennom

	Lag 1	Lag 2	Lag 3	Natt.hj,tjeneste	Aktivitet
Høyskole dag/kveld ukedager	46,3%	50,7%	33,3%		20,7%
Høyskole dag/kveld helg	28,6%	22,2%	27,2%		
Høyskole natt				0	

Ubesatte stillinger

Kartleggingen viser at alle lagene i hjemmetjenesten har oppgitt å ha vakante stillinger på kartleggingstidspunktet. Nattjenesten og dagaktivitetstilbudet har ikke registrerte vakante årsverk.

Sykefravær

Sykefraværet i både 2025 og 2026 varierer mellom tjenestene. Data fremkommer i tabellen under:

Tabell 4-21 Sykefravær

Tema	Bemanning dag uke	Bemanning ettermiddag/kveld uke	Bemanning dag helg	Bemanning ettermiddag/kveld helg	
Sykefravær 2025	10,4%	12,0%	14,3%	Tall ligger under institusjon	4,3%
Sykefravær 2026	11,5%	12,8%	13,7%	Tall ligger under institusjon	9,4%

Økonomi

Samlet hadde Lag 1–3 et overforbruk på om lag 1,84 millioner kroner i 2025. Dagaktivitetstilbudet hadde et overforbruk på om lag 0,13 millioner kroner.

Gjennomsnittlig enhetskostnad for Lag 1–3 var om lag 189 000 kroner per bruker i 2025. Det er variasjon mellom lagene, fra 157 000 kroner til om lag 241 000 kroner per bruker. Enhetskostnaden for dagaktivitetstilbudet var om lag 238 000 kroner per bruker. Det er ikke gjort beregningen av enhetskostnad for brukere i nattjenesten.

Ledelse og fag

Lag 1, Lag 2 og Lag 3 har hvert sitt årsverk til ledelse. Dagaktivitetstilbudet har ett årsverk til ledelse og 0,5 årsverk fagkonsulent eller annen fagstilling utenfor turnus. Nattjenesten har ikke eget lederårsverk registrert i kartleggingen.

Lokaler

Som en del av kartleggingen har avdelingsleder vurdert lokalenes egnethet for formålet. For hjemmetjenesten er det ikke gjort slike vurderinger. Dagaktivitetstilbudet er lokalisert i nytt bygg fra 2025, planlagt for dagtilbudsdrift og vurdert som egnet for formålet (grønt).

4.12.2 Heldøgns omsorgsboliger, Sjøgata

Sjøgata er en avdeling for bolig med heldøgns omsorg, organisert under enhet Institusjon, og omfatter 12 boenheter i bofellesskap. Tilbudet beskrives som et alternativ til institusjon. I tillegg inngår Sjøgata prosjekt, som er et særskilt enetiltak.

Kartleggingen viser at HDO samlet har 14 registrerte tjenestemottakere og 27,46 årsverk. Hoveddelen av tjenestemottakerne og årsverkene er knyttet til Sjøgata, mens en mindre del er knyttet til Sjøgata prosjekt.

Tjenestemottakere

HDO har samlet 14 registrerte tjenestemottakere. HDO-tilbudet omfatter i hovedsak tjenestemottakere under 80 år.

Bemanning

Sjøgata har bemanning på dag, kveld og natt gjennom hele uken. Bemanningen er noe høyere på dagtid i ukedagene enn i helg. Sjøgata prosjekt har døgnkontinuerlig bemanning, lik bemanning uken gjennom. Data fremkommer i tabellen:

Tabell 4-22 Bemanning uken gjennom

	Sjøgata	Sjøgata prosjekt

Bemanning dagtid ukedager (fra/til)	6–7	2
Bemanning dagtid helg	5	2
Bemanning kveld (ukedager	5	2
Bemanning kveld helg	5	2

Det er kun registrert å være ansatte med høyskolekompetanse i Sjøgata. Andel ansatte med høyskolekompetanse varierer mellom ulike vakter. Høyest andel på ukedager, lavere på helg:

Tabell 4-23 Andel ansatte på vakt med

	Sjøgata	Sjøgata prosjekt
Høyskole dag/kveld ukedager	26,3%	0,0%
Høyskole dag/kveld helg	20,0%	0,0%

Arbeidstidsordning

Sjøgata er registrert med todelt turnus med egne nattevakter og langvakter i helgene. Sjøgata prosjekt er registrert med døgnvakter.

Kompetanse og heltidskultur

Kompetansesammensetningen i Sjøgata består av høyskoleutdannede, fagutdannede og ufaglærte. Data fremkommer i tabellen:

Tabell 4-24 Kompetanse og gjennomsnittlig stillingsstørrelse

	Sjøgata	Sjøgata prosjekt
Andel høyskole (andel årsverk av totale årsverk)	24,2%	0,0%
Andel fagutdannede (andel årsverk av totale årsverk)	55,9%	50,0%
Andel ufaglærte (andel årsverk av totale årsverk)	10,9%	24,9%
Gjennomsnittlig stillingsstørrelse (årsverk dele på antall personer)	67,4%	98,8%

Ubesatte stillinger

Kartleggingen viser vakante årsverk i begge driftsenhetene.

Sykefravær

Sykefraværet er registrert samlet for HDO, og var 12,8 prosent i 2025 og 10,2 prosent i 2026.

Økonomi

Sjøgata hadde et overforbruk i 2025 på om lag 2,75 millioner kroner. Budsjettet for 2026 er 23,56 millioner kroner. Økonomien for Sjøgata prosjekt er oppgitt som felles med Sjøgata.

Ledelse og fag
Sjøgata har ett årsverk til ledelse. Sjøgata prosjekt har ikke egen lederressurs registrert. Det er ikke registrert fagkonsulentårsverk i HDO.

Lokaler
Sjøgata og Sjøgata prosjekt er lokalisert i bygg fra 2000/2001. Lokalene er i kartleggingen vurdert som lite egnet for formålet. Beskrivelsene viser blant annet til små og slitte rom, begrenset plass til hjelpemidler, manglende medisinrom, begrenset lagerplass, dårlige garderobeforhold og manglende ventilasjon.

4.12.3 Institusjonstilbud og natt-tjenesten
Sortland kommune har institusjonstilbud ved Lamarktunet bo- og rehabiliteringssenter og Fagerlundtunet bo- og aktivitetssenter. Ved begge lokasjoner er tilbudet organisert i flere avdelinger med ulike målgrupper og funksjoner. Totalt er det 92 institusjonsplasser.

Lamarktunet består av avdelingene Stabburet, Gammelstua, Kårstua, Laen og nattjenesten. Tilbudet omfatter langtidsplasser, korttids- og rehabiliteringsplasser, lindrende plasser og KAD-plasser. Avdelingene har ulike målgrupper, fra somatisk syke til personer med demenssykdom. Nattjenesten yter tjenester til både hjemmeboende og beboere på Lamarktunet bo- og rehabiliteringssenter. Lamarktunet har 60 plasser hvorav 18 korttidsplasser. Størrelsen på avdelingene varierer fra 12 plasser ved Gammelstua og Stabburet til 18 plasser ved Kårstua.

Fagerlundtunet bo- og aktivitetssenter består av avdelingene Skata/Blåheia og Urtind/Galten. Tilbudet omfatter langtidsplasser og avlastningsplasser for personer med demenssykdom. Fagerlundtunet har 30 langtidsplasser og 2 avlastningsplasser fordelt på bogrupper med 8 personer i hver gruppe.

Kartleggingen viser i underkant av 89 årsverk i institusjonsavdelingene når nattjenesten holdes utenfor, og i underkant av 107 årsverk inkludert nattjenesten (institusjon). Gjennomgangen viser en variasjon fra 11,4 årsverk ved Stabburet til 19,5 årsverk ved Urtind/Galten.

Plasser i institusjon og tjenestemottakere
Driftskartleggingen viser at institusjonstilbudet omfatter ulike typer plasser og funksjoner. Hovedvekten av tilbudene er langtidsplasser. I tillegg har kommunen korttids- og rehabiliteringsplasser, lindrende plasser, KAD-plasser, avlastningsplasser og skjermede plasser for personer med demenssykdom.

KOSTRA-data viser at institusjonstjenestene omfatter både langtidsopphold og tidsbegrensede opphold. Tjenestemottakere har ulike bistandsbehov. KOSTRA-data fra tabell 12292 bygger på IPLOS/KPR-registreringer og viser at 85 personer i institusjon var registrert med omfattende bistandsbehov i 2025. Av disse hadde 10 tidsbegrenset opphold og 75 langtidsopphold.[11]

Bemanning
De ulike driftsenhetene har kartlagt bemanningen i avdelingene for dag, kveld og natt i ukedager og helger. Kartleggingen viser variasjon i bemanning mellom avdelingene, og fremkommer i tabellen under.

[11] *KOSTRA-tallene brukes her som supplerende informasjon, mens den videre beskrivelsen bygger på kommunens kartleggingsskjema.*

Tabell 4-25 Oversikt over bemanning uken gjennom Institusjon

	Gammel-stua	Løen	Stabburet	Kårstua	Skata/ Blåheia	Urtind/ Galten
Bemanning dagtid ukedager (fra/til)	4	7	4	6	5	5–6
Bemanning dagtid helg	4	6	4	5	5	5
Bemanning kveld (ukedager	4	5	4	4	5	5
Bemanning kveld helg	4	5	4	4	5	5

Når bemanningen ses som årsverk per bruker/plass, vise data en variasjon i bemanningsfaktor fra 0,74 ved Kårstua til 1,16 ved Urtind/Galten. Nattjenesten er ikke tatt med, og kommer i tillegg til bemanningsberegningene.

Kartleggingen viser også at høyskolekompetansen er lavere i helg enn på ukedager i flere avdelinger. Data fremkommer i tabellen under:

Tabell 4-26 Andel ansatte med høyskolekompetanse ulike vakter

	Gammel-stua	Løen	Stabburet	Kårstua	Skata/Blåheia	Urtind/Galten
Høyskole dag/kveld ukedager	25,0%	20,0%	25,0%	30,0%	23,6%	26,8%
Høyskole dag/kveld helg	25,0%	18,2%	25,0%	22,2%	14,3%	15,0%

Arbeidstidsordning

Kartleggingen viser en variasjon av ulike arbeidstidsordninger, og en kombinasjon av todelt turnus med egne nattevakter, og langvakter.

Kompetanse og heltidskultur

Kompetansesammensetningen for de ulike avdelingene varierer. Flere avdelinger beskriver utfordringer med å rekruttere nødvendig kompetanse.

Ser vi på kompetansesammensetningen for avdelingene variere dette. Det samme gjelder gj.snittlig stillingsstørrelse. Data fremstilles i tabellen under.

Tabell 4-27 Kompetanse og gjennomsnittlig stillingsstørrelse

	Gammel-stua	Løen	Stabburet	Kårstua	Natt-tjenesten	Skata/	Urtind/

						Blåheia	Galten
Andel høyskole (andel årsverk av totale årsverk)	31,9%	28,8%	19,2%	41,8%	22,2%	21,4%	18,6%
Andel fagutdannede (andel årsverk av totale årsverk)	27,1%	30,1%	47,7%	35,3%	37,4%	27,0%	47,1%
Andel ufaglærte (andel årsverk av totale årsverk)	28,1%	34,0%	22,4%	13,9%	15,8%	47,0%	28,3%
Gjennomsnittlig stillingsstørrelse (årsverk dele på antall personer)	61,4%	67,8%	63,4%	65,1%	62,5%	52,9%	62,9%

Ubesatte stillinger

Kartleggingen viser at alle institusjonsavdelingene hadde vakante årsverk på kartleggingstidspunktet. Nattjenesten institusjon skiller seg ut med 2,83 vakante årsverk. Kårstua hadde 1,21 vakante årsverk, Gammelstua 1,08, Stabburet 0,86, Laen 0,82, Urtind/Galten 0,80 og Skata/Blåheia 0,47. De vakante stillingene omfatter både større stillinger, deltidsstillinger og helgestillinger.

Sykefravær

Avdelingene har meldt inn sykefravær for 2025 og 2026. Data fremkommer i tabellen:

Tabell 4-28 Sykefravær

	Gammel-stua	Løen	Stabburet	Kårstua	Nattjenesten	Skata/Blåheia	Urtind/Galten
Sykefravær 2025	17,6%	3,3%	19,9%	26,5%	5,7%		
Sykefravær 2026	6,7%	5,9%	13,0%	15,1%	2,3%	11,6%	17,2%

Økonomi

Økonomigrunnlaget er ikke fullt ut sammenlignbart for alle avdelingene. Blant avdelingene med 2025-grunnlag hadde Gammelstua, Stabburet og nattjenesten institusjon underforbruk, mens Laen var tilnærmet i balanse. Kårstua hadde et overforbruk. Skata/Blåheia og Urtind/Galten har ikke et tilsvarende sammenlignbart 2025-grunnlag, da dette er knyttet til ny drift ved Fagerlundtunet.

Ser vi på enhetskostnad per tjenestemottaker for avdelingene med vurderbart grunnlag, varierer dette fra om lag 0,73 millioner kroner ved Laen til om lag 0,90 millioner kroner ved Stabburet. Gammelstua og Kårstua ligger på om lag 0,85 og 0,83 millioner kroner per tjenestemottaker. De beregnede enhetskostnadene inkluderer ikke natt-tjenesten. Det er også andre overheadkostnader

som ligger utenfor tjenestenes budsjetter, eks. vaskeri, kost, husleie mv. som medfører at enhetskostnaden i realiteten er høyere enn det som fremkommer her.

Ledelse og fag

Innenfor hver enkelt avdeling viser kartleggingen variasjon i lederspenn. De fleste avdelingene har oppgitt ett årsverk til ledelse, mens Skata/Blåheia har 0,5 lederårsverk og nattjenesten institusjon har 0,4 lederårsverk. Kartleggingen viser at lederspennet varierer fra om lag 11 årsverk til nær 30 årsverk når delt lederressurs regnes inn.

Når det gjelder årsverk til fagkonsulent, viser kartleggingen at ingen av avdelingene har oppgitt å ha dette.

Lokaler

Som en del av kartleggingen har avdelingslederne vurdert lokalenes egnethet for formålet. Hovedvekten av avdelingene vurderes som egnet for formålet. Det som ev fremkommer er at noen av avdelingene ved Lamarktunet beskriver slitte bad og kjøkken, behov for oppgradering av pasientrom, manglende solskjerming og utfordringer med å skille rene og urene soner. Fagerlundtunet er nyere, men både Skata/Blåheia og Urtind/Galten beskriver lange avstander mellom bogrupper og utfordringer med skjerming.

4.12.4 Avlastning og aktivitetssenter

Avlastning og aktivitet omfatter avlastning og aktivitetstilbud i miljøtjenesten. Tjenesten gir avlastning og aktivitetstilbud til barn, unge og voksne med ulike bistandsbehov. Kartleggingen viser at enheten har 22 registrerte tjenestemottakere, hvorav 9 er under 18 år, 9 er i alderen 19–39 år og 4 er i alderen 40–67 år. I tillegg får 6 brukere tilbud på aktivitetssenter hvor personell fra basene følger.

Avdelingen har 15,03 årsverk, inkludert 1 årsverk til ledelse. Det er ikke registrert fagkonsulent eller andre fagstillinger utenfor turnus. Avdelingen opplyser at vedtak og behov kan endre seg gjennom året.

Tjenestemottakere

Kartleggingen viser at avdelingen har 22 tjenestemottakere. Av disse er 12 registrert som brukere på aktivitetssenter og 10 i avlastningen. Det er ikke registrert brukere med vedtak om 1:1-, 2:1- eller 3:1-bemanning.

Aldersfordelingen viser at 9 tjenestemottakere er under 18 år, 9 er i alderen 19–39 år og 4 er i alderen 40–67 år. Det er ikke registrert tjenestemottakere fra 68 år og over.

Bemanning

Antall tjenestemottaker på avlastning og aktivitet varierer fra uke til uke. Dette påvirker også behovet for bemanning, og gjør at antall personer på vakt også varier. Data fremkommer i tabellen under.[12]

Tabell 4-29 Bemanning

	Avlastning og aktivitet

[12] *Årsaken til desimaler er at dette er et snitt av ulike trunusuker Kartleggingen viser at det er forskjeller i brukere og ansatte i ulike trunusuker.*

Bemanning dagtid ukedager (fra/til)	6–8
Bemanning dagtid helg (fra/til)	3,25–3,5
Bemanning kveld (ukedager(fra/til)	1,25–5,25
Bemanning kveld helg(fra/til)	0,75–3,25
Bemanning natt ukedager - våken(fra/til)	1-2
Bemanning natt helg - våken	1

Bemanningsplanen viser at registrert høyskolebemanning på dag, kveld og natt er satt til null (planlagt bemanning). Det medfører at vi ikke har oversikt over hvordan kompetansen fordeler seg på ulike vakter uken gjennom.

Arbeidstidsordning

Avlastning og aktivitet er registrert med flere arbeidstidsordninger: ordinær todelt turnus med egne nattevakter, todelt turnus med langvakter i helgene og langvakter hele uken.

Kompetanse og heltidskultur

Avlastning og aktivitet har ansatte med ulik kompetanse, og høy andel av ansatte med høyskole og fagutdanning. Gjennomsnittlig stillingsstørrelse er på i overkant av 88 %. Data fremkommer i tabellen under:

Tabell 4-30 Kompetanse og gjennomsnittlig stillingsstørrelse

	Avlastning og aktivitet
Andel høyskole (andel årsverk av totale årsverk)	47,0%
Andel fagutdannede (andel årsverk av totale årsverk)	37,7%
Andel ufaglærte (andel årsverk av totale årsverk)	15,3%
Gjennomsnittlig stillingsstørrelse (årsverk dele på antall personer)	88,4%

Ubesatte stillinger

Det er ikke registrert vakante årsverk i avlastning og aktivitet på kartleggingstidspunktet.

Sykefravær

Sykefraværet var 5,5 prosent i 2025 og 11,3 prosent i 2026.

Økonomi

Avdelingen hadde et budsjett på i overkant av 14,1 millioner kroner i 2025 og et regnskap på 12,63 millioner kroner. Dette gir et underforbruk på om lag 1,5 millioner kroner. Avdelingen forklarer underforbruket med blant annet mindre innleie ved fravær, vakant stilling og mer effektiv drift etter overtakelse av hele Buveien 14 da Håløygtunet flyttet til Fagerlundtunet.

Budsjettet for 2026 er på nivå med 2025.

Ledelse og fag
Enheten har 1 årsverk til ledelse og ingen registrerte fagkonsulentårsverk. Lederspennet er 15 årsverk per leder målt i årsverk. Enheten opplyser at lederspennet vil øke når det kommer et nytt tiltak i 2026.

Lokaler
Lokalene er vurdert som lite egnet for formålet. Enheten beskriver at lokalene ikke er tilpasset brukergruppen, at standarden generelt er dårlig, og at badene er for små til hjelpemidler. Det pekes også på utfordringer med varmestyring, belysning, gulvbelegg og ventilasjon. Aktivitetssenteret beskrives som for lite for antall brukere, og lite egnet.

4.12.5 Boliger med mulighet for døgntjenester, Miljøtjenesten
Miljøtjenesten omfatter flere boliger og tiltak for personer med ulike bistandsbehov. I dette kapittelet beskrives HB-veien, Karlesveien, Kjempenhøy, Øvermarka, Snorresvei og Markveien. Samlet AVAK er omtalt i eget kapittel og inngår derfor ikke i denne gjennomgangen.

Kartleggingen viser at de seks driftsenhetene samlet har 43 registrerte tjenestemottakere og 72,47 årsverk. Enhetene varierer i størrelse fra enertiltak til botilbud med opptil 12 tjenestemottakere, og fra 4,8 til 17,15 årsverk.

Tjenestemottakere
Tjenestemottakerne i de seks enhetene er i hovedsak voksne. Enhetene omfatter både ordinære botilbud og tiltak med særlig tett oppfølging. De ordinære botilbudene har 7–12 registrerte tjenestemottakere. Flere av boligene yter også tjenester til personer som har dagtilbud eller oppfølging utenfor boligen deler av dagen.

Aldersfordelingen i kartleggingsskjemaene viser at de seks enhetene samlet har 18 tjenestemottakere i alderen 19–39 år, 18 tjenestemottakere i alderen 40–67 år og 4 tjenestemottakere fra 68 år og over. I tillegg er det registrert 2 tjenestemottakere under 18 år.

Kartleggingen viser at de fleste tjenestemottakerne ikke har vedtak om 1:1- eller 2:1-bemanning. Det er registrert enkelte vedtak om 1:1-bemanning hele eller deler av døgnet.

Bemanning
Enhetene har bemanning på dag, kveld og natt gjennom uken. Bemanningen varierer fra tjeneste til tjeneste, men også for ulike vakter i samme tjeneste. Data fremkommer i tabellen under.

Tabell 4-31 Bemanning ulike vakter, uken gjennom

	HB-veien	Karlesveien	Kjempen-høy	Øvermarka	Snorresvei	Markveien
Bemanning dagtid ukedager (fra/til)	1	3–4	6	4	3–4	4
Bemanning dagtid helg (fra/til)	1	4	5	3	3	4
Bemanning kveld (ukedager(fra/til)	1	5	5	3	3–4	4
Bemanning kveld helg(fra/til)	1	4	5	3	3	4

Høyskole dag/kveld ukedager	100,0%	38,4%	28,4%	16,5%	28,2%	25,0%
Høyskole dag/kveld helg	100,0%	27,0%	20,0%	12,3%	16,5%	25,0%
Høyskole natt	Ja	Nei	Nei	Nei	Nei	Ja

Alle seks enhetene har registrert nattbemanning. Nattårsverkene varierer mellom enhetene, fra om lag 1,18 årsverk ved HB-veien til 3,55 årsverk ved Markveien.

Andel ansatte på vakt, ulike tider av uken, med høyskole varierer. Fire av seks tjenester har redusert andel høyskole på helg. Data fremkommer i tabellen.

Tabell 4-32 Andel ansatte med høyskolekompetanse, ulike vakter

	HB-veien	Karlesveien	Kjempenhøy	Øvermarka	Snorresvei	Markveien
Høyskole dag/kveld ukedager	100,0%	38,4%	28,4%	16,5%	28,2%	25,0%
Høyskole dag/kveld helg	100,0%	27,0%	20,0%	12,3%	16,5%	25,0%

Arbeidstidsordning

Kartleggingen viser at arbeidstidsordningene varierer mellom enhetene. Flere av enhetene er registrert med todelt turnus med egne nattevakter. Karlesveien, Kjempenhøy og Øvermarka er også registrert med langvakter i helgene og langvakter hele uken. HB-veien er registrert med langvakter hele uken, mens Markveien er registrert med todelt turnus og langvakter i helgene.

Kompetanse og heltidskultur

Kompetansesammensetningen varierer mellom enhetene. Det gjør også gjennomsnittlig stillingsstørrelse. Data fremkommer i tabben:

Tabell 4-33 Kompetanse

	HB-veien	Karlesveien	Kjempen-høy	Øvermarka	Snorresvei	Markveien
Andel høyskole (andel årsverk av totale årsverk)	75,0%	34,0%	23,1%	23,2%	24,2%	39,7%
Andel fagutdannede (andel årsverk av totale årsverk)	25,0%	37,2%	49,6%	46,9%	66,8%	27,0%
Andel ufaglærte (andel årsverk av totale årsverk)	0,0%	21,0%	15,7%	15,4%	3,3%	33,3%

Gjennomsnittlig stillingsstørrelse (årsverk dele på antall personer)	96,0%	65,5%	66,0%	70,6%	65,9%	85,0%

Registrert høyskolebemanning på vakt varierer mellom enhetene. To av enhetene har registrert høyskolekompetanse på natt, mens de øvrige enhetene ikke har dette registrert.

Ubesatte stillinger

Kartleggingen viser vakante årsverk i Karlesveien, Kjempenhøy, Øvermarka og Snorresvei. HB-veien og Markveien har ikke registrerte vakante årsverk.

Sykefravær

Sykefraværet for 2025, og så langt i 2026 varierer mellom tjenestene. Data fremkommer i tabellen under:

Tabell 4-34 Sykefravær

	HB-veien	Karlesveien	Kjempenhøy	Øvermarka	Snorresvei	Markveien
Sykefravær 2025	Ikke oppgitt prosent	15,1%	18,7%	22,0%	9,7%	4,4%
Sykefravær 2026	1,8%	15,8%	17,0%	19,2%	12,6%	2,4%

Økonomi

Kartleggingen viser at alle seks enheter hadde et overforbruk i 2025. Samlet Enhetskostnaden varierer fra om lag 0,89 millioner kroner til om lag 5,95 millioner kroner per tjenestemottaker. Budsjettrammen er økt med ca. 4 millioner for 2026 (samlet).

Ledelse og fag

Ledelsesressursen varierer mellom enhetene. HB-veien og Markveien har ett årsverk til ledelse. Karlesveien, Kjempenhøy, Øvermarka og Snorresvei har 0,5 lederårsverk hver, og inngår i felles lederansvar på tvers av to enheter. Det er ikke registrert fagkonsulentårsverk i disse enhetene. Data fremkommer i tabellen under.

Tabell 4-35 Lederspenn

	HB-veien	Karlesveien	Kjempenhøy	Øvermarka	Snorresvei	Markveien
Årsverk	4,80	13,76	17,15	11,29	11,87	13,60
Årsverk leder	0,06*	0,50	0,50	0,50	0,50	0,14*[13]

[13] **: Ledelse HB-veien og Markveien: leder inngår i turnusdrift.*

Lokaler

Kartleggingen viser ulike beskrivelser av lokalenes egnethet. Noen boliger beskrives som tilpasset dagens bruk, mens andre beskrives med begrensninger knyttet til alder på bygg, plass til hjelpemidler, personalfasiliteter og mulighet for bruk av velferdsteknologiske løsninger.

4.12.6 Psykisk helse og rus, Sortlandshjelpa og Sortlandshjelpa bofellesskap

Psykisk helse og rus omfatter Sortlandshjelpa og Sortlandshjelpa bofellesskap. Sortlandshjelpa er et lavterskeltilbud uten vedtak, mens Sortlandshjelpa bofellesskap er et frivillig bo- og omsorgstilbud med seks leiligheter.

Kartleggingen viser at Sortlandshjelpa har 180 registrerte tjenestemottakere og 14,2 årsverk. Sortlandshjelpa bofellesskap har 6 registrerte tjenestemottakere og 7,4 årsverk. Samlet utgjør dette 21,6 årsverk.

Tjenestemottakere

Det er registrert 180 tjenestemottakere for Sortlandshjelpa. Tjenestemottakerne er oppgitt å være i alle aldersgrupper, med hovedvekt i aldersgruppen 18–40 år. Andelen tjenestemottakere over 80 år og eldre er lav. Mange av tilbudene til Sortlandshjelpa er åpne tilbud.

Bofellesskapet har 6 tjenestemottakere, hvorav alle er under 67 år.

Bemanning

Sortlandshjelpa har dagbemanning i ukedagene (stengt perioder av året). Bofellesskapet har bemanning på dag, kveld og natt gjennom uken. Data fremkommer i tabellen:

Tabell 4-36 Bemanning

	Sortlandshjelpa	Sortlandshjelpa bofellesskap
Bemanning dagtid ukedager (fra/til)	14–16	2
Bemanning dagtid helg (fra/til)		1
Bemanning kveld (ukedager(fra/til)		1–2
Bemanning kveld helg(fra/til)		1

Sortladshjelpa bofellesskap har noe lavere andel ansatte med høyskolekompetanse i helg enn ukedager, og ingen på natt Sortladshjelpa har kun dagstillinger, og hovedvekten av vaktene dekkes av ansatte med høyskole. Data fremkommer i tabellen:

Tabell 4-37 Andel ansatte med høyskolekompetanse på ulike vakter

	Sortlandshjelpa	Sortlandshjelpa bofellesskap
Høyskole dag/kveld ukedager	94,7%	52,6%
Høyskole dag/kveld helg		50,0%
Høyskole natt		Nei

Arbeidstidsordning
Sortlandshjelpa er registrert med kun dagstillinger. Sortlandshjelpa bofellesskap er registrert med ordinær todelt turnus med egne nattevakter.

Kompetanse og heltidskultur
Kompeansesammesentingen i tjenestene varierer. Data fremkommer i tabellen:

Tabell 4-38 Kompetanse og gjennomsnittlig stillingsstørrelse

	Sortlandshjelpa	Sortlandshjelpa bofellesskap
Andel høyskole (andel årsverk av totale årsverk)	96,2%	54,7%
Andel fagutdannede (andel årsverk av totale årsverk)	0,0%	23,4%
Andel ufaglærte (andel årsverk av totale årsverk)	3,8%	19,8%
Gjennomsnittlig stillingsstørrelse (årsverk dele på antall personer)	88,8%	74,0%

Gjennomsnittlig stillingsstørrelse varierer også i de to tjenestene, Sortlandshjelpa som har ordinære dagstillinger har et snitt på i underkant av 89 %, og Sortladshjelpa bofellesskap har en 74 % gjennomsnittlig stillingsstørrelse.

Ubesatte stillinger
Sortlandshjelpa har ikke registrerte vakante årsverk. Sortlandshjelpa bofellesskap har 0,13 vakante årsverk.

Sykefravær
Sykefraværet er registrert samlet for Sortlandshjelpa, og var 9,4 prosent i 2025 og 4,9 prosent i 2026.

Økonomi
Sortlandshjelpa hadde et budsjett på 20,98 millioner kroner i 2025 og et regnskap på 20,34 millioner kroner. Budsjettet for 2026 er 18,86 millioner kroner.

Enhetskostnaden er beregnet til om lag 109 000 kroner per tjenestemottaker.

Ledelse og fag
Sortlandshjelpa og Sortlandshjelpa bofellesskap har hver1 årsverk til ledelse. Sortlandshjelpa har 0,2 årsverk fagkonsulent eller annen fagstilling utenfor turnus.

Lokaler
Sortlandshjelpa bofellesskap er lokalisert i bygg fra 1965. Beskrivelsene viser til beliggenhet i 2. etasje, at det er lytt mellom leiligheter, manglende eller underdimensjonert ventilasjon og utfordringer med rør og avløp. For Sortlandshjelpa er det ikke registrert tilsvarende lokalvurdering i kartleggingsgrunnlaget.

4.13 Oppsummering av hovedfunn

Driftsgjennomgangen er oppsummert i disse hovedfunnene:

- **Flere små driftsenheter med stedlig bemanning.** Kartleggingen viser enheter med få tjenestemottakere og bemanning gjennom store deler av døgnet, særlig i deler av miljøtjenesten.
- **Flere tjenester har små vaktlag og ulik kompetansesammensetning.** Kartleggingen viser at flere enheter har få ansatte på vakt, og enkelte tjenester har en ansatt på vakt deler av døgnet. Det er også store forskjeller mellom enhetene i andel høyskoleutdannede og gjennomsnittlig stillingsstørrelse.
- **Rekruttering og vakante stillinger er en gjennomgående utfordring.** Flere enheter beskriver problemer med å rekruttere og beholde kvalifisert personell. Kartleggingen viser også vakante årsverk i hjemmetjenesten, institusjonstjenesten, HDO og flere boliger i miljøtjenesten.
- **Nattbemanningen utgjør en betydelig samlet ressurs.** Den registrerte ukeplanen viser i gjennomsnitt om lag 22 personer på natt per natt, fordelt på om lag 16 våkne og 6 hvilende nattevakter. Omregnet utgjør dette ca. 37,7 årsverk. Ressursene er fordelt på flere tjenester og lokasjoner.
- **Helg og natt skiller seg ut.** Flere hjemmetjenestelag, institusjonsavdelinger og boliger har lavere bemanning og/eller lavere registrert høyskolebemanning i helg enn på ukedager. Flere enheter har også begrenset eller ingen registrert høyskolekompetanse på natt.
- **Lederspennet varierer mellom enhetene.** Flere enheter har delt lederressurs eller felles lederansvar. Flere avdelinger har også oppgitt få eller ingen dedikerte fagressurser utenom turnus.
- **Sykefraværet er samlet sett høyt i flere deler av tjenesten.** Kartleggingen viser høyt sykefravær i flere enheter både i 2025 og 2026, med betydelig variasjon mellom enhetene.
- **Økonomien varierer betydelig mellom enhetene.** Kartleggingen viser både overforbruk og underforbruk i 2025, og flere enheter rapporterer økonomisk avvik ved kartleggingstidspunktet i 2026. Enhetskostnaden varierer betydelig og er høyest i små tilbud med få tjenestemottakere og omfattende bemanning.
- **Kommunen har flere tjenestemottakere med omfattende tjenestetilbud i høy alder.** Kartleggingen viser tjenester med høy enhetskostnad og omfattende bemanning. I flere av disse tjenestene er det tjenestemottakere som nærmer seg eller har passert 67 år, som er grensen for refusjon for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester.
- **Flere lokaler har begrensninger for drift og organisering.** Kartleggingen viser at flere bygg ikke fullt ut understøtter dagens brukergrupper, arbeidsformer og behov for fleksibel bruk av personell. Dette gjelder særlig lokaler med begrensninger knyttet til utforming, teknisk standard, skjerming og personalfasiliteter.

4.14 Funn fra intervjuer

Intervjuene gir innsikt i hvordan ledere og ansatte i helse-, omsorgs- og velferdstjenestene opplever dagens situasjon, utfordringsbilde og utviklingsmuligheter i Sortland kommune. Funnene bygger på tre fokusgruppeintervjuer med ledere, tillitsvalgte, verneombud og nøkkelpersonell, samt ett individuelt intervju med kommunalsjef. Totalt har 19 informanter deltatt i intervjuene. Intervjuene omfatter erfaringer fra ulike deler av tjenestene.

Samlet gir intervjuene et kvalitativt bilde av styrker, utfordringer og variasjoner på tvers av områder, og skal ses som et supplement til øvrig kunnskapsgrunnlag. Temaene i intervjuguiden har vært: dagens situasjon, brukernes behov og tjenestetilbudet, kapasitet, kompetanse og bemanning, ressursbruk, prioritering og tjenestenivå, samhandling og helhetlige tjenester, forebygging, digitalisering og nye arbeidsformer, organisering, ledelse og forbedringsarbeid, samt veivalg og tiltak fremover.

En tjeneste med faglig dedikasjon, men økende sårbarhet

Intervjuene tegner et bilde av helse-, omsorgs- og velferdstjenester med høy faglig innsats, engasjerte medarbeidere og flere godt fungerende samarbeidsrelasjoner. Deltakerne beskriver at mange tjenester i hovedsak leverer gode og nødvendige tilbud til innbyggerne, og at det er utviklet positive praksiser innen blant annet forebygging, tverrfaglig samarbeid, demensoppfølging og bruk av velferdsteknologi. Samtidig oppleves tjenestene som preget av økonomisk press, krevende rekruttering, fravær og økende kompleksitet i brukernes behov.

Sårbarheten synes særlig knyttet til tilgang på riktig kompetanse, kapasitet til å håndtere fravær og vakanser, og stor avhengighet av enkeltpersoner og uformelle samarbeidsformer. Små og geografisk spredte enheter bidrar enkelte steder til utfordringer med fleksibel ressursbruk, faglig fellesskap og ledelseskapasitet. Situasjonen varierer mellom tjenesteområdene: Noen beskriver relativt god kapasitet, mens andre rapporterer om vedvarende press, ventetid eller begrensede muligheter til systematisk oppfølging.

Behovet for tydeligere avgrensning av tjenester og forventninger

Respondentene gir uttrykk for at de opplever at kommunen i hovedsak dekker brukernes grunnleggende helse- og omsorgsbehov. Dette gjelder særlig tjenester knyttet til personlig bistand, helsehjep, ernæring, praktisk bistand og akutte behov. Samtidig beskrives utfordringer med å møte sosiale behov, forebygge ensomhet, tilby følgetjenester og sikre regelmessig oppfølging av brukere med langvarige eller sammensatte behov.

Flere peker på et forventningsgap mellom det enkelte innbyggere og pårørende forventer, og kommunens mål om å tilby nødvendige, forsvarlige tjenester. Dette er særlig synlig når kommunen ønsker å legge til rette for at brukere skal mestre mer selv, eller når tjenester skal begrenses, endres eller avsluttes. Pårørende omtales både som en viktig samarbeidspartner og som en gruppe med behov for bedre informasjon, veiledning og støtte.

Det framkommer også at oppfølging og revurdering av tjenester kan være sårbar når aktiviteten er høy. Selv om kartlegging- og vedtaksprosesser i hovedsak oppleves å fungere, kan arbeidspress føre til forsinkelser i tilpasning av tjenester og til at vedtak ikke evalueres systematisk.

Bemanning og kompetanse som en gjennomgående utfordring

Rekruttering, kompetanse og stabil bemanning framstår som en sentral utfordring. Flere tjenester har problemer med å rekruttere og beholde nødvendig personell. Dette gjelder ulike typer stillinger: vernepleiere, helsefagarbeidere, helsesykepleiere og vikarer.

Fravær, vakanser og bruk av innleie påvirker både kontinuitet, arbeidsmiljø og lederkapasitet. Ledelse og ansatte bruker mye tid på å dekke vakter og håndtere daglig drift, noe som kan redusere rommet for fagutvikling, forbedringsarbeid og systematisk oppfølging av ansatte. Rekrutteringssituasjonen er samtidig sammensatt: Enkelte tjenester og turnusordninger oppleves som mer attraktive enn andre, og enkelte fagområder oppleves å ha bedre tilgang på søkere enn andre.

Det er gjennomført kompetanseheving på flere områder, og det rapporteres om gode fagmiljøer og engasjerte medarbeidere. Likevel peker respondentene på behovet for mer systematisk kompetanseutvikling, veiledning og bedre tilrettelegging for faglig utvikling innenfor ordinær drift. Brukernes økende kompleksitet forsterker behovet for både breddekompetanse, spesialisering og gode tverrfaglige arbeidsformer.

Ressursbruk og behov for mer systematisk oppfølging

Respondentene peker på potensial for bedre ressursutnyttelse innen arbeidsprosesser, transport og logistikk, arbeidsdeling, dokumentasjon og evaluering av tjenester. Ressurser bindes i dag opp i praktiske tidstyver, fragmenterte prosesser og ulik praksis mellom enheter.

Forebygging, tidlig innsats og støtte til mestring trekkes fram som viktige grep for å redusere framtidig tjenestebehov og styrke innbyggernes livskvalitet. Samtidig konkurrerer dette arbeidet ofte med akutte og lovpålagte oppgaver i den daglige driften.

Det pekes også på behov for mer systematisk evaluering og justering av vedtak. Når brukerbehov endres, kan det være krevende å redusere, endre eller avslutte tjenester, særlig der tilbud har vedvart over tid. Dette henger sammen med ulik praksis og ulike terskler for vedvart på tvers av tjenesteområdene.

Samhandling fungerer, men er ofte personavhengig

Intervjuene viser flere eksempler på godt samarbeid, særlig der det finnes faste møteplasser, felles brukere og tydelige kontaktflater. Respondentene peker blant annet på positiv samhandling mellom enkelte deler av hjemmetjenesten, dagaktivitetstilbud, helsestasjon og andre tjenester med tydelige felles målgrupper. Det beskrives også forbedringer i samarbeidet rundt barn og unge, herunder overgangene mellom barnehage, skole og videregående opplæring.

Samtidig framkommer det at samhandling i for stor grad kan være avhengig av enkeltpersoner, konkrete saker eller uformelle relasjoner. Det etterlyses mer systematikk i samarbeidet. Særlig trekkes overganger mellom tjenester og nivåer fram som sårbare, blant annet ved utskrivning fra sykehus og i overgangen mellom barne- og voksentjenester.

Koordinatorfunksjoner vurderes som viktige for brukere med sammensatte behov, men oppleves flere steder som svakt ressursmessig forankret. Koordineringsarbeidet kommer ofte i tillegg til ordinære oppgaver, og det kan være utfordringer knyttet til tilgang på relevant informasjon. Samhandling mellom helse, oppvekst og barnevern beskrives som et område med potensial for videre utvikling, blant annet på grunn av ulike regelverk, taushetsplikt og ansvarsgrenser.

Forebygging og teknologi som utviklingsområder

Respondentene beskriver et bredt forebyggende arbeid, særlig rettet mot barn, unge og foreldre. Eksempel på viktig forebyggende arbeid som Sortland gjennomfører er blant annet prosjektet Æemæ. Helsestasjonens arbeid med foreldreforberedelse, veiledning, vold- og overgrepsforebygging og støtte til barns oppvekst trekkes fram som viktige eksempler. Samtidig pekes det på behov for å videreutvikle lavterskeltilbud, frisklivsarbeid, fysisk aktivitet, fallforebygging, sosial deltakelse og støtte til pårørende.

Velferdsteknologi, digitale tilsyn, trygghetsalarmer, elektroniske medisindispensere og digital hjemmeoppfølging trekkes fram som områder med utviklingspotensial. Kommunen har erfaring med flere slike løsninger, men innføring og oppskalering beskrives som krevende. Begrensede fagressurser, lite tid til opplæring og utviklingsarbeid og behov for tydelig organisering bidrar til ujevn framdrift.

Respondentene understreker at teknologi ikke bare handler om å anskaffe løsninger. Gevinstene avhenger av at teknologien tas i bruk hos riktige brukere, på riktig tidspunkt og som del av endrede arbeidsprosesser. Tillit, forståelse og aksept hos brukere og pårørende er viktige forutsetninger, særlig ved digitale tilsyn og sensorteknologi.

Organisering, ledelse og kapasitet til forbedring

Det er positive erfaringer med enkelte organisatoriske endringer, blant annet tettere kontakt mellom ledere og økt oppmerksomhet om felles arbeidsformer. Samtidig beskrives fortsatt ulik praksis mellom tjenester og enheter, særlig knyttet til rutiner, dokumentasjon, arbeidsprosesser og bruk av

digitale verktøy mellom enheter og tjenester. Respondentene peker på et behov for mer samordning og standardisering der dette er faglig og praktisk hensiktsmessig.

Store lederspenn, flere avdelinger per leder og geografisk spredning gjør det krevende å følge opp både drift, ansatte, fagutvikling og forbedringsarbeid. Når hverdagen preges av fravær, rekruttering og løpende driftsutfordringer, blir utviklingsarbeid ofte nedprioritert. Flere beskriver videre at tiltak blir igangsatt, men at de ikke alltid følges systematisk opp over tid.

Det er også variasjon i hvordan opplevelsen av informasjon og involvering ved endringer. Enkelte beskriver at endringer og omorganiseringer kan oppleves som utydelige eller svakt forankret, og at dette kan skap usikkerhet og kan påvirke både arbeidsmiljø, tillit og evnen til å gjennomføre nødvendige endringer.

5 Vurderinger, anbefalinger og forslag til tiltak

Dette kapittelet samler vurderinger og anbefalinger på bakgrunn av analysene i kapittel 4. Formålet er å gi Sortland kommune et tydelig grunnlag for strategiske valg i arbeidet med kommunedelplan for helse, omsorg og velferd.

Analysene viser at kommunen står overfor et betydelig omstillingsbehov. Flere eldre, knappere tilgang på arbeidskraft og strammere økonomiske rammer gjør at framtidige behov ikke kan møtes ved å videreføre dagens tjenesteprofil.

Hovedretningen bør være at flere skal kunne klare seg selv lenger, bo godt og ha en aktiv hverdag. Det handler ikke bare om helse- og omsorgstjenester, men også om egnede boliger, nærhet til daglige funksjoner, transport og møteplasser. Samtidig må kommunen styrke forebygging, mestring og hjemmebaserte tjenester, og bruke arbeidskraft, kompetanse, bygg og teknologi mer målrettet. Anbefalingene må ses samlet og bør følges opp gjennom kommunedelplanen, økonomiplanen og virksomhetsstyringen.

5.1 Hovedfunn og prioriteringer for det videre planarbeidet

Analysene viser at Sortland står overfor et betydelig omstillingsbehov. Hovedutfordringen er ikke først og fremst utviklingen i samlet folketall, men at befolkningen blir eldre samtidig som tilgangen på arbeidskraft blir knappere og de økonomiske rammene strammere. Det betyr at kommunen ikke kan møte framtidige behov ved å videreføre dagens tjenesteprofil alene.

Punktene nedenfor oppsummerer de viktigste konklusjonene fra kunnskapsgrunnlaget og peker på strategiske retninger som bør ligge til grunn for kommunedelplanen.

- **Tjenesteprofilen må dreies.** Sortland må forebygge og utsette behov for omfattende tjenester, styrke mestring og hjemmebaserte tjenester og bruke personellressursene mer målrettet.
- **Bolig- og samfunnsutvikling må være en del av løsningen.** Flere må kunne klare seg selv og bo trygt hjemme lenger. Det krever egnede og tilrettelagte boliger, utbedring av boliger der det er mulig, digitale hjelpemidler og velferdsteknologi, nærhet til daglige servicefunksjoner, transport, møteplasser og samarbeid med frivillighet og pårørende.
- **HDO bør utvikles som et tydelig mellomnivå.** Heldøgnsbemannede omsorgsboliger kan bidra til å dempe behovet for vekst i institusjonskapasitet, men forutsetter riktig målgruppe, organisering, lokalisering og bemanning.
- **Myndighetsfunksjonen må støtte ønsket omstilling.** Tildelingspraksis, kartlegging, målsetting og revurdering av tjenester må bidra til riktigere nivå på tjenestene og bedre bruk av innsatstrappen.
- **Personell og kompetanse må brukes mer målrettet.** Knapphet på arbeidskraft gjør det nødvendig å se bemanningsplanlegging, kompetansebruk, oppgavedeling, organisering og digitalisering mer samlet. Velferdsteknologi og digitale løsninger må brukes til å støtte nye arbeidsformer og redusere behovet for personellintensive tjenester der det er mulig og forsvarlig.
- **Driftsstrukturen bør bli mer robust.** Små og spredte fagmiljøer gir sårbarhet og kan gjøre det vanskeligere å utnytte personell og kompetanse. Kommunen bør vurdere samlokalisering, samarbeid på tvers og mer driftsoptimale enheter.

- **Økonomiske tiltak må kobles til tjenesteutvikling.** Innsparing og bærekraft kan ikke oppnås gjennom enkeltstående kutt alene. Tiltak må følges opp med endret praksis, tydelige prioriteringer og realistiske forutsetninger for effekt.
- **Omstillingen må gjennomføres samlet og over tid.** Boligpolitikk, tjenester, kapasitet, kompetanse, digitalisering, organisering og økonomi må trekke i samme retning.

Anbefalingene må forstås som virkemidler for en samlet strategisk retning, ikke som enkeltstående tiltak. Dette er i tråd med mandatet om å synliggjøre handlingsalternativer og konsekvenser for kvalitet, kapasitet, økonomi og gjennomførbarhet.

5.1.1 Prioriteringer for det videre planarbeidet

Anbefalingene bør følges opp gjennom strategiske veivalg i kommunedelplanen og prioriterte grep de neste 1–2 årene. I tillegg peker rapporten på temaer som bør utredes nærmere før kommunen tar endelig beslutning

Strategiske veivalg i kommunedelplanen

- ønsket framtidig profil i innsatstrappen
- «bo trygt hjemme lenger» som overordnet retning i bolig-, samfunns- og tjenesteutviklingen
- balansen mellom sykehjem, HDO, hjemmebaserte tjenester og forebyggende innsats
- framtidig bolig- og tjenestestruktur
- aldersvennlig samfunnsutvikling, med vekt på bolig, nærmiljø, transport og møteplasser
- hvordan arbeidskraft, kompetanse, oppgavedeling, teknologi og digitalisering skal brukes som strategiske virkemidler

Kortsiktige grep, inntil to år

- styrke tildeling, kartlegging og systematisk revurdering av tjenester
- videreutvikle forebygging, rehabilitering, boligtilpasning, digitale hjelpemidler og velferdsteknologi som samlet innsats for at flere kan bo trygt hjemme lenger
- avklare og utvikle en tydelig modell for HDO-tilbudet, inkludert målgruppe, tjenestenivå, organisering, bemanning og sammenhengen i den helhetlige innsatstrappen
- gjennomgå bemanning, kompetanse, variabel lønn og nattressurser samlet
- øke samdrift og fleksibel bruk av personell på tvers av tjenester og lokasjoner, støttet av digitalisering og velferdsteknologi der det er mulig og forsvarlig
- starte en samlet gjennomgang av bygg, boliger og små driftsenheter

Temaer som krever videre utredning

- hvilket nivå kommunen bør legge til grunn for framtidig kapasitet i sykehjem, HDO og øvrige botilbud
- hvordan Fagerlundtunet, Lamarktunet og øvrig bygningsmasse best kan brukes i en framtidig bolig- og tjenestestruktur
- om og hvordan små og bemanningskrevende driftsenheter bør samlokaliseres, organiseres annerledes og/eller benyttes til andre formål
- hvilke organisatoriske endringer som eventuelt er nødvendige for å støtte ønsket tjenesteutvikling og bedre ressursbruk
- hvilke investeringsbehov, driftsmessige konsekvenser og økonomiske effekter som følger av ulike alternativer

5.2 Behov for strategiske veivalg i kommunedelplanarbeidet

Sortland kommune bør bruke kommunedelplanen til å avklare hvilken retning helse-, omsorgs- og velferdstjenestene skal utvikles i. Planen bør gi føringer for kapasitet, tjenestenivå, boliger, organisering, kompetanse og investeringer.

Analysene viser at dagens tjenesteprofil ikke kan videreføres uten betydelig vekst i bemanning og kapasitet. Kommunen må derfor ta stilling til hvordan behovsveksten skal møtes. Det gjelder særlig balansen mellom sykehjem, HDO, hjemmebaserte tjenester, egnede boliger, forebygging og mestring.

En felles innsatstrapp kan være et nyttig strategisk rammeverk i dette arbeidet. Den kan synliggjøre hvordan kommunen samlet kan forebygge behov, støtte mestring og sikre at innbyggere får hjelp på riktig nivå. Innsatstrappen bør derfor omfatte mer enn helse- og omsorgstjenester. Den bør også vise sammenhengen med bolig, nærmiljø, frivillighet, pårørende, teknologi og tidlig innsats. Figur 24 illustrerer hvordan en innsatstrapp kan brukes som ramme for videre utvikling av tjenestene.



Figur 5-1 Helhetlig innsatstrapp som rammeverk for utvikling av helse- og omsorgstjeneste. Modell utviklet av Agenda Kaupang

Et sentralt valg er hvilken framtidig tjeneste- og kapasitetsprofil kommunen skal planlegge for. Framskrivningene viser at dagens profil vil gi økt behov for både sykehjemsplasser og HDO fram mot 2050. Alternativanalysene viser samtidig at behovet for institusjonsplasser kan dempes dersom kommunen styrker HDO, hjemmebaserte tjenester, egnede boliger og tiltak lavere i innsatstrappen.

Veivalgene gjelder også hvordan kommunen bruker personell, kompetanse, bygg og lokaler. Flere små og geografisk spredte enheter gir sårbarhet og kan gjøre det vanskeligere å bruke arbeidskraften godt. Kommunen bør derfor vurdere om tjenester, bemanning og lokaler kan samles eller samordnes bedre.

Våre anbefalinger er oppsummert i neste delkapittel.

5.2.1 Anbefalinger

- Utvikle og innføre felles innsatstrapp som strategisk rammeverk for videre planlegging og utvikling i hele kommunen. Innsatstrappen bør vise sammenhengen mellom bolig, nærmiljø, frivillighet, pårørende, teknologi, tidlig innsats og helse- og omsorgstjenester.
- Gi forebygging, mestring og tidlig innsats en tydeligere plass i kommunedelplanen, og avklar hvilke deler av kommunens samlede innsats som må styrkes for at flere skal kunne klare seg selv lenger.
- Konkretiser ønsket framtidig profil i innsatstrappen og boligtrappen, inkludert balansen mellom sykehjem, HDO, andre boligløsninger og hjemmebaserte tjenester.
- Ta stilling til hvilken grad av samlokalisering, samdrift og organisatorisk samordning som er nødvendig og hensiktsmessig.
- Utred konsekvensene av de viktigste veivalgene for kvalitet, kapasitet, økonomi, arbeidskraft, investeringer og gjennomførbarhet.
- Gjør valgte veivalg om til en prioritert gjennomføringsplan med tiltak, ansvar, tidsplan og indikatorer for oppfølging.

De strategiske veivalgene bør brukes som prinsipper for senere beslutninger om bygg, bemanning, organisering og tjenestekapasitet. Det vil bidra til at enkeltbeslutninger trekker i samme retning.

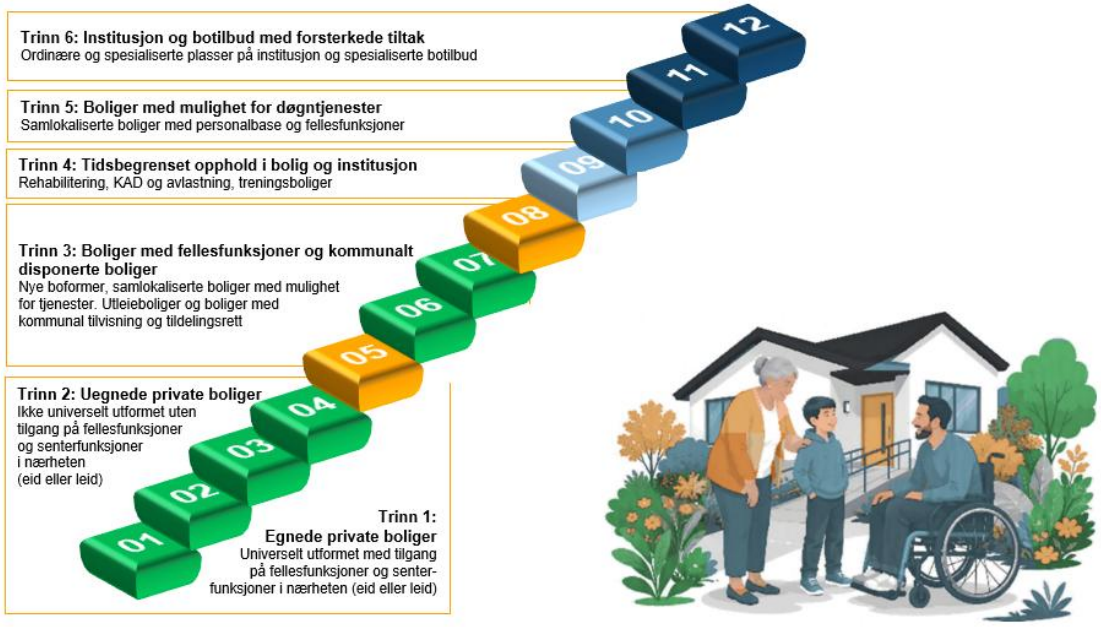
5.3 Behov for en helhetlig boligpolitikk og boligutvikling for eldre

Et sentralt mål i nasjonal politikk er at flere eldre skal kunne bo trygt hjemme lenger. For å få til dette må kommunen se boligpolitikk, samfunnsutvikling og tjenester i sammenheng. Egnede og tilrettelagte boliger er viktige, men ikke tilstrekkelige alene. Også nærhet til daglige servicefunksjoner, transport, møteplasser, trygge uteområder, frivillighet, pårørende og digitale løsninger påvirker hvor lenge innbyggere kan klare seg selv.

For Sortland er dette viktig både for innbyggernes livskvalitet og for utviklingen av helse- og omsorgstjenestene. Når flere bor i tilgjengelige boliger og bomiljøer som støtter hverdagsmestring, kan flere klare seg selv lenger. Det kan også gjøre det enklere å gi tjenester effektivt, særlig når boligene ligger nær andre tilbud og tjenestebaser.

Kommunen bør derfor utvikle en mer helhetlig boligtrapp for eldre. Boligtrappen bør omfatte både private boliger, leieboliger, tilrettelagte boliger, boliger med mulighet for heldøgns tjenester og institusjonsplasser. Målet er at innbyggere kan ta gode boligvalg tidligere i livsløpet, og at kommunen kan bruke de mest omfattende tilbudene til dem som har størst behov. Figur 25 viser sammenhengen mellom innsatstrappen og boligtrappen. Figuren illustrerer at boligutvikling ikke

bare handler om antall kommunale boliger, men om å sikre egnede boliger og bomiljøer på flere nivåer.



Figur 5-2 viser sammenhengen mellom innsatstrappen og boligtrappen. Figuren illustrerer at boligutvikling ikke bare handler om antall kommunale boliger, men om å sikre egnede boliger og bomiljøer på flere nivåer. Utviklet av Agenda Kaupang

Analysene viser at Sortland har mangler i boligtrappen når det gjelder tilbud om bolig med mulighet for heldøgns omsorg. Dette er et viktig nivå mellom ordinære hjemmetjenester og institusjon. Skal tilbudet bidra til å redusere behovet for sykehjemsplasser, må det være tydelig definert. Kommunen bør avklare målgruppe, bemanning, tjenesteinnhold, lokalisering og sammenheng med øvrige hjemmetjenester.

Samtidig er det ikke nok å definere HDO eller bolig med bemanning. Kommunen må også legge til rette for at flere eldre kan bo i egnede private eller leide boliger, og for at eksisterende boliger kan tilpasses der det er mulig. Det forutsetter et boligmarked med tilgjengelige boliger, gode plan- og byggeprosesser og tydelige forventninger til sentrale tomter og større utbyggingsprosjekter.

Dersom det lokale boligmarkedet ikke tilbyr nok egnede boliger, kan flere eldre bli boende i boliger som er lite tilgjengelige eller ligger langt fra tjenester og møteplasser. Det kan øke behovet for kommunale tjenester og gjøre tjenestene mer krevende å organisere.

Alternativanalysene viser at Sortland kan redusere framtidig behov for institusjonsplasser dersom kommunen styrker HDO, hjemmebaserte tjenester og andre tiltak lavere i innsatstrappen. Dette forutsetter samtidig en boligpolitikk som gjør det mulig for flere å bo trygt hjemme lenger. Kommunen bør derfor se framtidig kapasitet i sykehjem, HDO, hjemmetjenester og egnede boliger samlet.

Anbefalingene er oppsummert i neste delkapittel.

5.3.1 Anbefalinger

- Unngå å møte veksten i behov med en sterk økning i sykehjemsplasser og vurder sykehjemskapasitet, HDO, hjemmetjenester og egnede boliger samlet.

- Utvikle en mer differensiert boligtrapp, med egnede private boliger, tilrettelagte boliger, HDO og institusjonsplasser.
- Avklar hvilken rolle HDO og bolig med bemanning skal ha mellom ordinære hjemmetjenester og institusjon.
- Legg til rette for flere aldersvennlige boliger og bomiljøer i sentrumsområder og lokalsentre.
- Utvikle boligpolitikken som en integrert del av strategien, med flere egnede og universelt utformede boliger i områder som gir gode forutsetninger for selvstendighet og effektiv tjenesteyting
- Se boliger, nærmiljø, transport, møteplasser, servicefunksjoner og tjenester i sammenheng, og legg til rette for at frivillighet og pårørende kan inngå som et supplement der det er naturlig.
- Bruk kommunens rolle som planmyndighet til å stille tydelige krav til tilgjengelighet, arealbruk/lokalisering og boligkvalitet i sentrale utbyggingsprosjekter.
- Sikre egnede tomter og boligkonsepter som kan bidra til et mer variert boligtilbud og støtte kommunens framtidige tjenestebehov.
- Utvikle alders- og generasjonsvennlige lokalsamfunn med korte avstander til hverdagsfunksjoner, møteplasser og tjenester.
- Vurder framtidig kapasitet i sykehjem, HDO, hjemmetjenester og egnede boliger samlet.

5.4 Myndighetsfunksjonen, en premissgiver for omstilling

Kommunale helse- og omsorgstjenester er knapphetsgoder som skal forvaltes i tråd med gjeldende lover, forskrifter og kommunale standarder. Skal kommunen utvikle mer mestringsorienterte tjenester og praktisere tildeling i tråd med BEON-prinsippet, må myndighetsfunksjonen ha tilstrekkelig kapasitet, riktig kompetanse og reelle alternativer å tildele.

Myndighetsfunksjonen er navet i en strategisk dreining av helse- og omsorgstjenestene. Den påvirker både hvordan innbyggerne får hjelp, hvordan ressursene brukes og hvordan tjenestene utvikles over tid. Helse- og omsorgsforvaltningen bør derfor ha en tydelig rolle i å utvikle en felles, mestringsorientert forvaltningspraksis.

Intervjuene viser at det er variasjon i synet på hvordan saksbehandlingen fungerer, hvordan tjenestenivået praktiseres og hvordan tjenester utmåles. Det er en utfordring dersom tjenestene og helse- og omsorgsforvaltningen har ulik forståelse av tjenestenivå, kartlegging og evaluering.

Kommunen bør sikre samsvar mellom økonomiske rammer, kriterier for tildeling og standarden på tjenestene. Dette er et politisk ansvar. Administrasjonen må samtidig synliggjøre konsekvensene av ulike valg og legge til rette for politisk behandling. Når de økonomiske rammene strammes inn, må kommunen vurdere både effektivisering, tildelingskriterier og tjenestestandard.

Kommunens mulighet til økonomisk styring og riktig tildeling henger tett sammen med hvilke tjenester som finnes, og hvilken kapasitet kommunen har på ulike nivåer. Saksbehandlerne må ha god oversikt over tjenestekjeden og sikre at mindre omfattende tiltak er vurdert før mer omfattende tjenester settes inn. Dette krever tydelig ansvar, felles metoder og gode rutiner for kartlegging og revurdering.

Saksbehandling er et rollebasert samarbeid mellom helse- og omsorgsforvaltningen og tjenestene. Kommunen bør avklare arbeidsdeling og ansvar for kartlegging, evaluering og oppfølging, og samtidig utvikle en mer innbyggerorientert praksis der mestring er et felles utgangspunkt. I tillegg til strukturer og avtaler, må kommunen arbeide med samarbeidskultur og kvaliteten på samhandlingen.

Skal kommunen lykkes med en mer proaktiv tilnærming, må den utvikle arbeidsformer og tiltak som gjør at flere kan ta ansvar for egen helse og livssituasjon. Gjennomgangen tyder på at slike

alternativer ikke i tilstrekkelig grad er tilgjengelige i dag. Risikoen er at kommunen tildeler tjenester på et høyere nivå enn behovet tilsier, og dermed opprettholder en praksis som verken er god for den enkelte innbygger eller bærekraftig for kommunen som helhet.

Våre anbefalinger er oppsummert i neste delkapittel.

5.4.1 Anbefalinger

- Samle myndighetsutøvelsen for helse- og omsorgstjenestene i tildelingskontoret for å sikre «en-dør-inn», tilgjengelighet og likebehandling.
- Avklar ønsket tjenestenivå og etabler en felles, mestringsorientert og proaktiv tildelings- og tjenestepraksis i tråd med BEON-prinsippet.
- Praktiser en ressursorientert saksbehandling som sikrer tildeling av tjenester i tråd med BEON-prinsippet innenfor alle brukergruppene.
- Styrk kartlegging, målsetting og systematisk revurdering av tjenester, med felles metode, verktøy og opplæring på tvers av forvaltning og tjenester.
- Tydeliggjør arbeidsdeling og ansvar mellom helse- og omsorgsforvaltningen og tjenestene, særlig for kartlegging, evaluering og oppfølging.
- Utvikle tydelig kommunikasjon om forventninger, ansvar og muligheter, slik at innbyggerne kan planlegge for egen alderdom og framtidige bolig- og hjelpebehov.
- Vurder handlingsrommet for å tilpasse tjenestenivået på områder der ressursbruken er høy, og der mindre omfattende tiltak kan være faglig forsvarlige alternativer.

5.5 En hjemmetjeneste for å bo trygt hjemme lenger

Kunnskapsgrunnlaget viser at Sortland kommune bør legge «bo trygt hjemme lenger» til grunn som en sentral strategisk retning i kommunedelplanarbeidet. Dette innebærer ikke bare at flere skal motta tjenester i eget hjem, men at kommunen må utvikle en samlet tjeneste- og boligstruktur som gjør det mulig for flere innbyggere å mestre hverdagen og opprettholde selvstendighet og funksjon så lenge som mulig.

Driftsgjennomgangen viser at hjemmesykepleien har mange mottakere med små vedtak. 62 prosent av mottakerne har under 2,5 timer hjemmesykepleie per uke, samtidig som denne gruppen står for om lag 21 prosent av de estimerte timene. Analysen peker på at enkelte korte og hyppige oppdrag kan avsluttes, samordnes eller løses på andre måter, blant annet gjennom elektronisk medisineringsstøtte, digitalt tilsyn, bedre ruteplanlegging og mer målrettet bruk av rehabiliteringstjenestene. Dette peker mot behovet for å utvikle hjemmetjenesten fra i hovedsak å være en utførende tjeneste til i større grad å inngå i en helhetlig hjemmebasert tjenestemodell med vekt på mestring, rehabilitering, teknologi og målrettet ressursbruk.

Sortland har 3,6 årsverk til helsehjelp utenfor institusjon per 1 000 innbyggere, korrigert for behov. Vår erfaring er at kommuner rundt dette nivået bør ha kapasitet til både tidlig innsats og oppfølging av innbyggere med omfattende behov, slik at flere kan bo hjemme i egnede boliger. Dette er likevel ikke et normtall, og må vurderes sammen med kompetanse, organisering, digitalisering og øvrige tjenestetilbud. Forskjeller mellom kommuner kan også henge sammen med hvor stor del av tilbudet som gis i bolig med mulighet for døgntjenester eller institusjon.

Sortland har et godt grunnlag for videre bruk av velferdsteknologi og digitale løsninger som kan bidra til trygghet, selvstendighet og bedre ressursbruk. Effekten avhenger av at løsningene brukes målrettet og kombineres med kompetanse, god implementering, endrede arbeidsprosesser og tydelig oppgavedeling. Brukernes behov, mestringsevne og samtykke må ligge til grunn, sammen med god dialog med brukere og pårørende.

Anbefalingen er at kommunedelplanarbeidet konkretiserer «bo trygt hjemme lenger» som en strategisk retning og avklarer hvilke kapasiteter, tjenester og virkemidler som må utvikles for å realisere denne retningen. Målet bør være å utsette eller redusere behovet for mer omfattende kommunale tjenester, samtidig som innbyggerne opplever trygghet, mestring og forsvarlige tjenester. Å styrke de lavere trinnene i innsatstrappen vil bli viktig for å realisere dette. Anbefalingene er konkretisert i neste delkapittel.

5.5.1 Anbefalinger

- Definer «bo trygt hjemme lenger» som en felles retning for bolig-, samfunns- og tjenesteutviklingen.
- Styrk forebyggende, re- og habiliterende og mestringsorienterte tiltak som kan utsette eller redusere behovet for mer omfattende tjenester
- Videreutvikle hjemmetjenesten som en mer proaktiv og mestringsorientert tjeneste
- Praktiser målrettede og tidsavgrensede forløp, revurdering av behov og riktig innsats på riktig nivå
- Gjennomgå små og hyppige vedtak særskilt, og avklar om behov kan møtes på annet vis enten ved å avslutte, egenmestring, rehabilitering, digital støtte eller annen oppfølging.
- Legg til rette for økt bruk av velferdsteknologi og digitale løsninger der dette kan gi økt trygghet, selvhjulpenhet og bedre bruk av personellressurser
- Koble hjemmetjenestens arbeid tettere til boligtilpasning, hverdagsmestring og samarbeid med andre tjenester.
- Avklar hvilken kapasitet som må bygges opp i hjemmebaserte tjenester og øvrige deler av innsatstrappen før institusjonsdekningen eventuelt kan reduseres
- Følg utviklingen gjennom indikatorer for tjenestenivå, omfang av hjemmebaserte tjenester, bruk av teknologi, funksjon og mestring, behov for HDO og institusjon, samt utvikling i ressurs- og personellbruk.

«Bo trygt hjemme lenger» bør derfor ikke forstås som at kommunen skal gi mer av dagens hjemmetjenester til stadig flere. Hovedgrepet bør være å utvikle en hjemmetjeneste som arbeider mer forebyggende, rehabiliterende og mestringsorientert, og som bruker teknologi, boligtilpasning og samarbeid med andre tjenester mer målrettet. Dette er viktig for å redusere presset på institusjonstjenestene og håndtere framtidig knapphet på arbeidskraft

5.6 Potensial for reduserte utgifter

Det identifiserte potensialet bør ikke forstås som én samlet innsparing som kan summeres på tvers av delanalysene. Flere tiltak kan overlappe, og deler av potensialet vil først gi effekt som unngått framtidig kostnadsvekst. Potensialet knytter seg særlig til mer målrettet tildeling og revurdering av tjenester, bedre utnyttelse av hjemmetjenestens kapasitet, lavere variabel lønn, mer driftsoptimale strukturer og en gradvis dreining fra institusjon til rimeligere nivåer i innsatstrappen. For hvert tiltak bør kommunen definere baseline, ansvarlig leder, tidspunkt for effekt og hvordan gevinsten skal tas ut i budsjett eller kapasitet.

Hjemmesykepleie

Driftskartleggingen viser at hjemmesykepleien har en høy andel mottakere med lave vedtakstimer. Av totalt 226 mottakere har 140 mottakere, tilsvarende 62 prosent, under 2,5 timer hjemmesykepleie per uke. Disse brukerne utgjør en stor del av brukergruppen, men står for en relativt liten del av det samlede estimerte timevolumet.

Det er ikke gjennomført en egen analyse av faktisk ATA-tid i kommunen som del av denne kartleggingen. Beregningene under bygger derfor på et anslag, der formålet er å illustrere et mulig

potensial dersom en del av de korte og hyppige oppdragene kan reduseres, samordnes eller erstattes av andre løsninger. Tallene må derfor tolkes som et estimat, ikke som et dokumentert innsparingspotensial.

Tabell 5-1 Fordeling av brukere og estimerte timer

Omfang hjemmesykepleie	Antall brukere	Andel brukere	Estimerte timer per uke	Andel av estimerte timer
0–1 timer per uke	87	38 %	43,5	6,6 %
1–2,5 timer per uke	53	23 %	92,8	14,0 %
2,5–5 timer per uke	46	20 %	172,5	26,0 %
5–10 timer per uke	29	13 %	217,5	32,8 %
10–15 timer per uke	11	5 %	137,5	20,7 %
Over 15 timer per uke	0	0 %	0,0	0,0 %
Sum	**226**	**100 %**	**663,8**	**100 %**

Tabellen viser at brukerne med under 2,5 timer per uke utgjør 62 prosent av mottakerne, men bare om lag 21 prosent av de estimerte timene. Dette indikerer at tjenesten har mange brukere med små vedtak. En slik brukerprofil kan gi lav ATA-tid dersom mange korte besøk medfører relativt mye tid til kjøring, koordinering, dokumentasjon og oppmøte sammenlignet med tiden hjemme hos bruker.

Samtidig står brukerne med mer enn 5 timer per uke for over halvparten av det estimerte timevolumet, selv om de utgjør en mindre del av brukergruppen. Potensialet i det nedre sjiktet handler derfor ikke primært om store reduksjoner i tjenester til enkeltbrukere, men om å vurdere om små og hyppige oppdrag kan løses mer effektivt eller erstattes av andre tiltak.

Aktuelle tiltak kan være systematisk revurdering av små vedtak, økt bruk av elektronisk medisineringsstøtte, digitalt tilsyn, bedre ruteplanlegging, samordning av besøk og mer målrettet bruk av rehabiliterende tjenester.

Estimat for reduksjon i årsverk og kostnader

Beregningen under er et grovt estimat. Det er lagt til grunn 1 695 timer per årsverk, en forutsatt ATA-andel på 50 prosent og en gjennomsnittlig årsverkskostnad på 950 000 kroner.

Tabell 5-2 Estimat for reduksjon i årsverk og kostnader

Scenario	Forutsetning	Frigjorte timer per uke	Reduksjon i årsverk	Estimert kostnadsreduksjon
Forsiktig potensial	15 % reduksjon i gruppene 0–2,5 timer	20,4	1,3	1,2 mill. kr
Moderat potensial	20 % reduksjon i gruppene 0–2,5 timer og 10 % i gruppen 2,5–5 timer	44,5	2,7	2,6 mill. kr

Ambisiøst potensial	25 % reduksjon i gruppene 0–2,5 timer, 15 % i gruppen 2,5–5 timer og 5 % i gruppen 5–10 timer	70,8	4,3	4,1 mill. kr

Basert på disse forutsetningene kan et forsiktig til moderat potensial anslås til om lag 1–3 mill. kroner, mens et mer ambisiøst potensial kan ligge rundt 4 mill. kroner. Dette forutsetter at redusert tidsbruk faktisk kan tas ut i lavere bemanning, lavere vikarbruk, mindre overtid eller ved at kommunen unngår framtidig bemanningsvekst.

Dersom frigjort tid i stedet brukes til å møte økt behov hos andre brukere, vil effekten først og fremst være et kapasitetsmessig handlingsrom, ikke en direkte budsjettinnsparing. Estimatene bør derfor kvalitetssikres gjennom en egen analyse av faktisk ATA-tid, reisetid, vedtakstimer, besøksfrekvens og bemanningsplaner.

Dreining fra institusjon til heldøgnsbemannede boliger

Dreining fra institusjon til HDO er et viktig strategisk grep for å dempe framtidig kostnadsvekst i helse- og omsorgstjenestene. Enhetskostnadene viser at HDO normalt bør ha et lavere kostnadsnivå enn institusjon. En større bruk av HDO kan bidra til å redusere behovet for nye sykehjemsplasser. Effekten forutsetter likevel at HDO organiseres som et reelt mellomnivå i innsatstrappen, med lavere bemannings- og kostnadsnivå enn sykehjem. Dersom HDO utvikles som en institusjonslignende tjeneste, vil mye av det økonomiske handlingsrommet falle bort.

Kommunen bør derfor avklare målgruppe, bemanning, turnus, beleggsutnyttelse og organisering av HDO-tilbudet. Framtidig kapasitetsvekst bør vurderes samlet, der sykehjem forbeholdes innbyggere med de mest omfattende behovene, mens HDO og hjemmebaserte tjenester utvikles som alternativer lavere i innsatstrappen. For Sortland betyr dette at eventuell økt HDO-kapasitet må kombineres med tydelige krav til kostnadsnivå og fleksibel bruk av personell.

Enhetskostnader og risiko ved særlig ressurskrevende tjenester

Økonomidataene understøtter bildet av en struktur med stor variasjon. Kartleggingen viser både overforbruk og underforbruk i 2025, økonomiske avvik ved kartleggingstidspunktet i 2026 og betydelig variasjon i enhetskostnader. Enhetskostnadene påvirkes av type tjeneste og tjenestemottakernes behov, men variasjonene må også ses i sammenheng med organisering, størrelse på driftsenhetene, bygningsmessige rammer og behovet for stedlig bemanning. Små enheter med døgn- eller omfattende stedlig bemanning kan gi skalaulemper i turnus og ressursbruk.

Kartleggingen viser at enkelte tjenester har høye enhetskostnader og omfattende bemanning per tjenestemottaker. For tjenestemottakere under 67 år kan deler av lønnsutgiftene kompenseres gjennom refusjonsordningen for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester, dersom vilkårene er oppfylt. Når tjenestemottakere fyller 67 år, faller denne refusjonsmuligheten bort, mens tjenestebehovet ofte består. Dette gir en økonomisk risiko for kommunen, særlig i tjenester der bemanningsbehovet er høyt og kostnadene i liten grad kan reduseres uten endringer i tjenesteinnretning, boligstruktur eller organisering.

Sosiale tjenester i NAV

KOSTRA-analysen viser at Sortland har et høyere kostnadsnivå enn KOSTRA-gruppe 08 på økonomisk sosialhjelp og kvalifiseringsordningen. Utgiftene til livsopphold har økt tydelig i perioden 2023 til 2025. Samtidig ligger ikke kostnadsnivået til råd, veiledning, sosialt forebyggende arbeid og kvalifisering tilsvarende høyt. Utviklingen kan blant annet ses i sammenheng med bosetting av

flyktninger. Det kan gi risiko for økte sosialytelser når introduksjonsperioden er over, dersom overgangen til arbeid eller utdanning ikke lykkes.

Vår vurdering er at kommunen bør gjennomgå om innsatsen på råd, veiledning, arbeidsrettet oppfølging og kvalifisering er tilstrekkelig målrettet til å redusere behovet for økonomisk sosialhjelp over tid.

5.7 Bemanningsnivåer og kompetanse

Driftsgjennomgangen viser stor variasjon i målgrupper, tjenesteomfang, bemanning og kompetansebehov. Flere driftsenheter har få tjenestemottakere, men behov for stedlig bemanning store deler av døgnet. Det gir smådriftsulemper, fordi hvert tjenestested må ha egen turnus, ledelsesoppfølging og tilgang på nødvendig fagkompetanse.

Små vaktlag og ulik kompetansesammensetning gjør tjenestene sårbare. Når ansatte og fagkompetanse er fordelt på mange tjenestesteder, blir det mer krevende å dekke fravær, bruke personell fleksibelt og sikre kontinuitet. Rekrutteringsutfordringer og vakante stillinger forsterker dette.

Helg og natt framstår som særlig sårbare tidspunkt. Kartleggingen viser lavere bemanning og/eller lavere registrert høyskolebemanning i helg i flere tjenester, blant annet i hjemmetjenestelag, institusjonsavdelinger og boliger. Flere enheter har også begrenset eller ingen registrert høyskolekompetanse på natt.

Den samlede analysen av personale på natt viser at kommunen har noe samarbeid om natt, særlig mellom institusjon og hjemmetjenesten. Samtidig utgjør den samlede nattbemanningen en betydelig ressursbruk, med om lag 37,7 årsverk fordelt på flere tjenester og lokasjoner. Kartleggingen viser at Sortland har 22 personer på vakt hver natt innenfor en relativt begrenset geografisk radius, både våkne og hvilende nattvakter. Kommunen bør derfor vurdere om nattressursene kan samordnes bedre gjennom samarbeid på tvers av tjenester, ambulante løsninger og velferdsteknologi der dette er faglig forsvarlig. Handlingsrommet må vurderes opp mot brukernes behov, krav til forsvarlighet, responstid, geografi og bygningsmessige forhold.

Kartleggingen viser også variasjon i bemanningsnivå, kompetansesammensetning, stillingsstørrelser, vakanser og bruk av variabel lønn. Enkelte enheter har høyt nivå av vikarbruk og overtid. Dette tilsier at kommunen bør vurdere bemanning og kompetanse samlet, med utgangspunkt i faktisk aktivitet, brukerbehov og krav til forsvarlighet, ikke historiske turnuser alene.

Kommunen bør etablere felles prinsipper for bemanningsplanlegging og bruke disse i systematiske bemannings- og kompetansegjennomganger. Gjennomgangene bør omfatte grunnbemanning, kompetansedekning, oppgavedeling, heltid og stillingsstørrelser, bruk av langvakter, kompetanse på helg og natt, vikarbehov og mulighet for å bruke personell på tvers. Målet bør være å redusere sårbarhet og sikre at riktig kompetanse er tilgjengelig når behovet er størst. Lavere variabel lønn kan være en forventet effekt dersom kommunen lykkes med mer forutsigbar bemanning, bedre planlegging og fleksibel bruk av personell.

Dagens tjenestestruktur, særlig i Miljøtjenesten, er kostnadsdrivende både på dag, kveld, helg og natt. En mer driftsoptimal struktur kan gi bedre grunnlag for å redusere sårbarhet, dele kompetanse og bruke nattressurser mer fleksibelt. Dette forutsetter at endringer i bemanning vurderes sammen med boligstruktur, organisering og brukernes behov.

Utfordringer med rekruttering, bemanning og kompetanse bør ikke håndteres som enkeltstående driftsutfordringer i virksomhetene. De bør inngå i kommunens samlede HR-strategi og planlegging av framtidig tjenestekapasitet. Tilgangen på arbeidskraft setter rammer for hvilke tjenester

kommunen kan tilby, hvordan tjenestene bør organiseres, og hvor raskt nye arbeidsformer kan tas i bruk.

Kommunen må samtidig ha stor oppmerksomhet på å beholde ansatte. Uforutsigbarhet, arbeidspress, fravær og begrenset kapasitet til faglig utvikling kan bidra til økt turnover og ytterligere belastning på gjenværende ansatte. Et mer helhetlig kompetansearbeid bør omfatte formell kompetanse, opplæring, veiledning, oppgavedeling og bruk av kompetanse på tvers. Mer komplekse brukerbehov forsterker behovet for tverrfaglighet og tilgang til relevant kompetansestøtte.

Våre anbefalinger er oppsummert i neste delkapittel.

5.7.1 Anbefalinger

- Gjennomfør regelmessige bemannings- og kompetanseanalyser per tjeneste for å sikre effektiv ressursbruk, nødvendig kompetanse og kontinuitet for brukerne
- Definer minimumskrav til kompetansedekning gjennom døgnet og uken
- Styrk oppgavedeling og bruk av kompetanse på tvers av tjenestesteder og enheter
- Sikre kompetanse i tjenestene da behovene er størst, f.eks. kveld og helg i boligene da beboerne er til stede i boligen. Kommunen bør gjennomgå hvordan kompetanse og bemanning fordeles gjennom døgnet og uken.
- Etabler tydeligere rutiner og strukturer for deling av kompetanse og bemanningsressurser mellom tjenester, blant annet ved fravær, helg og natt.
- Vurder behovet for dedikerte fagressurser utenom turnus i tjenester med høy kompleksitet, rekrutteringsutfordringer eller særlig behov for faglig utvikling.
- Styrk arbeidet med rekruttering, stillingsstørrelser og bruk av kompetanse. Enheter med vakante stillinger, lav gjennomsnittlig stillingsstørrelse og rekrutteringsutfordringer bør følges opp samlet. Arbeidet bør også omfatte hvordan kompetanse kan brukes på tvers av tjenestesteder.
- Koble reduksjon i vakanser, overtid og vikarbruk til konkrete gevinstmål i virksomhetsstyringen og budsjettarbeidet
- Forankre bemannings- og kompetansebehov i det strategiske HR-arbeidet
- Planlegg for økte netto utgifter når refusjon faller bort. Kommunen bør ha oversikt over ressurskrevende tjenester der statlig refusjon opphører når tjenestemottakere fyller 67 år. For tjenester med høy enhetskostnad og omfattende bemanning bør kommunen avklare hvordan økte netto utgifter skal håndteres i økonomiplan, budsjett og videre tjenesteutvikling.

5.8 Framskrivninger og alternative kapasiteter i innsatstrappen

Alternativanalysen viser at kommunen har et reelt strategisk handlingsrom i hvordan framtidig vekst i heldøgnsbehov kan møtes. En videreføring av dagens dekningsgrader vil innebære betydelig kapasitetsvekst fram mot 2050. Sortland bør derfor vurdere en tjenesteprofil der en større del av veksten møtes gjennom HDO, hjemmebaserte tjenester og andre egnede bolig- og tjenesteløsninger, framfor tilsvarende vekst i sykehjemsplasser.

Kommunedelplanarbeidet bør legge til grunn en strategisk retning med lavere institusjonsdekning enn en videreføring av dagens profil tilsier, samtidig som HDO og andre tilbud lavere i bolig- og innsatstrappen styrkes. Målet bør være at sykehjemsplassene i større grad forbeholdes personer med omfattende og komplekse behov, mens flere innbyggere med behov for heldøgns trygghet og tjenester kan få dette i en egnet bolig.

En dreining mot HDO forutsetter at tilbudet gir ønsket effekt på ressursbruk og bærekraft. Det økonomiske potensialet reduseres dersom HDO etableres og drives med bemanning og kostnader

som ligger tett opp mot institusjon. Kommunen bør derfor utvikle en tydelig HDO-modell med avklart målgruppe, tjenestenivå, bemanningsprinsipper, kompetansebehov, organisering og forventet kostnadsnivå. HDO bør utformes slik at personell og kompetanse kan brukes fleksibelt, samtidig som tilbudet er faglig forsvarlig og gir nødvendig trygghet for beboerne.

Anbefalingene våre er oppsummert i neste delkapittel.

5.8.1 Anbefalinger

- Følg opp gevinstrealisering gjennom utviklingen i institusjonsdekning, HDO-dekning, enhetskostnader, andel hjemmeboende med omfattende behov, personellbehov og unngått kostnadsvekst. Dette gjør det mulig å vurdere om ønsket dreining faktisk gir både kapasitetsmessige og økonomiske effekter.
- Fastsett en ønsket langsiktig retning for dekningsgraden for sykehjem og HDO, med utgangspunkt i framskrivninger, alternative kapasitetsprofiler og forventet befolkningsutvikling.
- Legg til grunn at framtidig vekst i heldøgnsbehov i større grad skal møtes gjennom HDO og andre egnede bolig- og tjenesteløsninger enn gjennom tilsvarende vekst i sykehjemsplasser.
- Definer sykehjemmets framtidige målgruppe og rolle, slik at institusjonsplassene prioriteres til personer med behov som vanskelig kan ivaretas forsvarlig på lavere omsorgsnivå.
- Utvikle en tydelig modell for HDO, med avklart målgruppe, tjenestenivå, bemanning, kompetanse, organisering og kostnadsnivå.
- Avklare hvordan kommunen på lang sikt skal dimensjonere sykehjem, HDO, øvrige botilbud og tjenester til hjemmeboende, basert på framskrivninger og forventet befolkningsutvikling.
- Utarbeid en trinnvis kapasitetsplan der reduksjon eller begrenset vekst i sykehjemskapasiteten kobles til dokumentert etablering av tilstrekkelig kapasitet på lavere nivåer i bolig- og innsatstrappen.
- Følg utviklingen gjennom indikatorer for dekningsgrader, ventetid, belegg, kostnad per plass, bemanningsbehov, personellbruk og behov for tjenester på høyere omsorgsnivå.

5.9 Organisering

Kunnskapsgrunnlaget viser at kommunalområdet helse, omsorg og velferd omfatter tjenester med svært ulike målgrupper, formål og arbeidsformer. Som del av det videre kommunedelplanarbeidet bør kommunen derfor vurdere om dagens organisatoriske plassering av enkelte tjenester i tilstrekkelig grad understøtter helhetlige tjenesteforløp, tidlig innsats, tverrfaglig samarbeid og effektiv ressursbruk. Formålet bør være å sikre at organiseringen understøtter de strategiske målene kommunen ønsker å nå.

Kommunens handlingsrom handler ikke nødvendigvis om én bestemt organisasjonsmodell, men om å redusere unødvendig fragmentering og etablere strukturer som understøtter helhetlige brukerforløp. Det bør vurderes om enkelte funksjoner kan samordnes sterkere, om leder- og fagressurser kan organiseres på tvers av enheter, og om faste samarbeidsarenaer mellom tjenestekontor, hjemmetjeneste, institusjon, miljøtjeneste, psykisk helse og rus, fastleger og øvrige relevante tjenester bør formaliseres. En slik utvikling kan redusere personavhengighet, styrke koordineringen og gjøre det enklere å bruke personell og kompetanse der behovet til enhver tid er størst.

Et aktuelt handlingsalternativ er å etablere tydeligere organisatoriske fellesskap på tvers av enheter som har beslektede målgrupper, kompetansebehov eller bemanningsutfordringer. Dette kan blant annet omfatte felles bruk av fagressurser, mer samordnet bemanningsplanlegging eller ressursbanker og mer forpliktende samarbeid om kveld-, helge- og nattjenester. For tjenester med små vaktlag kan økt samarbeid redusere sårbarheten og gjøre det lettere å sikre riktig kompetanse

til riktig tid. Samtidig må organiseringen utformes slik at ansvar, beslutningsmyndighet og faglig ledelse er tydelig.

Hjemmetjenestens organisering i arbeidslag kan ha både fordeler og ulemper. Organiseringen innebærer både en fagorganisering i tre ulike fagområder; henholdsvis demens, psykisk helse og hverdagsmestring. Alle tre arbeidslag ivaretar samtidig de allmenne hjemmesykepleiefaglige behovene i geografiske soner, hvilket betyr at organisasjonsmodellen egentlig ikke er en rendyrket spesialistmodell. Det kan gi fordeler, men også innebære at man får kompleksiteten ved både fagorganisering og geografisk organisering samtidig.

På den positive siden kan medarbeiderne opprettholde bred hjemmesykepleiefaglig kompetanse samtidig som hvert lag utvikler en særlig fagprofil. Demens-, psykisk helse- og hverdagsmestringskompetansen kan dermed ligge nær den ordinære tjenesten fremfor å bli egne spesialisttjenester på siden av den.

Utfordringen oppstår dersom fagprofilen ikke i tilstrekkelig grad styrer hvilke brukere, arbeidsformer og kompetanse laget faktisk har. Hvis alle tre lag i praksis håndterer mye ordinær hjemmesykepleie innen hvert sitt geografiske område, kan forskjellen mellom arbeidslagene bli mindre enn organisasjonskartet tilsier. Da kan kommunen sitte igjen med tre relativt små driftsenheter, samtidig som personell og kompetanse blir mindre fleksibelt tilgjengelig på tvers. Vår vurdering er at dette kan gi økt sårbarhet og redusert driftseffektivitet. Bildet forsterkes ytterligere med rekrutteringsutfordringer.

En annen problemstilling ved dagens organisering er arbeidslaget som ivaretar hverdagsmestring. Dette er et prinsipp og en arbeidsform som bør være gjennomgående for alle helse- og omsorgstjenester og som bør prege hele hjemmetjenesten. Dersom hverdagsmestring hovedsakelig «eies» av ett arbeidslag, er det en risiko for at de øvrige lagene i mindre grad oppfatter mestring, rehabilitering og egenaktivitet som sitt ansvar.

Sentrale spørsmål Sortland bør stille seg vedrørende organiseringen av hjemmetjenesten er hvilken organisering som best kombinerer kontinuitet, kompetanse og effektiv ressursutnyttelse. Ett alternativ til dagens organisering kan være at kommunen organiserer hjemmetjenesten geografisk, men har tverrgående fagressurser/fagteam innen blant annet demens, psykisk helse og rehabilitering/hverdagsmestring. Da kan den geografiske enheten eie det helhetlige brukerforløpet, mens spesialistkompetansen kobles på ved behov. Før kommunen gjør eventuelle organisatoriske endringer anbefaler vi at det gjøres en evaluering av dagens organisering for å kunne vurdere måloppnåelse og resultater av den modellen kommunen har valgt.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skiller seg fra store deler av helse- og omsorgsområdet ved at tjenesten primært er universell, forebyggende og rettet mot barn, unge og familier. KOSTRA-analysen i kunnskapsgrunnlaget behandler også helsestasjons- og skolehelsetjenesten som en del av kommunens forebyggende helsetjenester. Det er derfor relevant å vurdere om tjenestens organisatoriske plassering i helse, omsorg og velferd er den som best understøtter kommunens mål om tidlig og koordinert innsats overfor barn og unge. En plassering sammen med oppvekst kan gi større organisatorisk nærhet til barnehage, skole og øvrige tjenester som møter barn og unge i hverdagen. Det kan legge bedre til rette for tverrfaglig forebygging, tidlig identifisering av behov og sammenhengende oppfølging av barn, unge og familier.

Samtidig har helsestasjons- og skolehelsetjenesten en tydelig helsefaglig rolle som må ivaretas uavhengig av organisatorisk plassering. En eventuell flytting bør derfor ikke begrunnes utelukkende med ønsket om organisatorisk forenkling. Kommunen bør vurdere hvilken modell som samlet sett gir best forutsetninger for faglig kvalitet, helsefaglig ledelse, tidlig innsats og samarbeid rundt barn og unge.

Vi anbefaler at kommunen i det videre planarbeidet utreder om helsestasjon og skolehelsetjenesten bør organiseres nærmere eller som del av oppvekstområdet. Vurderingen bør ta utgangspunkt i hvilken organisatorisk løsning som best understøtter kommunens samlede forebyggende arbeid for barn og unge, samtidig som nødvendig helsefaglig kvalitet, styring og samarbeid med øvrige helsetjenester sikres.

Sortlandshjelpa bør etter vår vurdering inngå i en særskilt organisatorisk vurdering. Tjenesten er et lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus uten krav om vedtak, og har en annen innretning enn mange av de øvrige helse- og omsorgstjenestene. Omfanget av ressurser og den høye fagkompetansen tilsier at kommunen bør vurdere om ressursene i Sortlandshjelpa er organisert og anvendt slik at de gir størst mulig effekt for målgruppen og for kommunens samlede tjenester innen psykisk helse og rus, samt samhandlingen med andre helse- og omsorgstjenester. At mange av tilbudene er åpne og ikke vedtaksbaserte, gjør det samtidig vanskeligere å vurdere aktivitet, effekt og ressursbruk ut fra tradisjonelle mål på tjenesteproduksjon. Rapportens beregnede enhetskostnad på om lag 109 000 kroner per registrert tjenestemottaker må derfor også tolkes med varsomhet.

Vi vurderer at det er behov for en nærmere gjennomgang av Sortlandshjelpas mandat, målgruppe, tjenesteinnhold og organisering. Gjennomgangen bør blant annet avklare hvilke funksjoner som skal være åpne lavterskeltilbud, hvilke behov som krever mer strukturert oppfølging, og hvordan kompetansen kan brukes mer fleksibelt på tvers av psykisk helse- og rustjenestene.

Det foreligger planer om å organisatorisk legge **NAV** til kommunalområdet helse og omsorg. Etter vår vurdering bør kommunen vurdere denne løsningen på nytt før den gjennomføres. Vurderingen må ses i sammenheng med det samlede utfordringsbildet som kommer fram i dette kunnskapsgrunnlaget. Helse- og omsorgsområdet i Sortland er allerede et stort og komplekst kommunalområde som omfatter tjenester med svært ulike målgrupper, driftsformer, kompetansebehov og bemanningskrav. En utvidelse av kommunalområdet kan også øke kravene til kommunalsjefens styrings- og ledelseskapasitet på et tidspunkt hvor helse- og omsorgstjenestene har behov for betydelig oppmerksomhet rundt omstilling og gjennomføring. Det bør derfor vurderes om en innplassering av NAV vil styrke kommunens samlede gjennomføringsevne, eller om den kan bidra til ytterligere ledelsesmessig kompleksitet og redusert oppmerksomhet om den omfattende omstillingen som helse- og omsorgstjenestene står overfor.

Å legge NAV inn i dette kommunalområdet vil utvide bredden og kompleksiteten ytterligere. NAV er i seg selv et stort og komplekst tjenesteområde med et omfattende samfunnsoppdrag og en styringsmodell som skiller seg fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Selv om det finnes viktige samhandlingsflater mellom NAV og helse- og omsorgstjenestene innebærer ikke behovet for tett samhandling nødvendigvis at tjenestene bør inngå i samme organisatoriske linje.

Planlagt organisatorisk innplassering av NAV i helse og omsorg bør vurderes på nytt før den gjennomføres. Vurderingen bør særlig omfatte konsekvenser for ledelsesspenn og styringskapasitet, kommunalområdets samlede kompleksitet, NAVs behov for strategisk og faglig oppfølging, grenseflatene mot andre kommunalområder og hvilke konkrete samhandlingsgevinster kommunen forventer å oppnå.

Et relevant alternativ er å gi NAV en annen organisatorisk forankring, samtidig som det etableres mer forpliktende samarbeid mellom NAV, helse og omsorg og oppvekst på områder hvor målgruppene og utfordringene overlapper. Dette kan gi mulighet til å styrke samhandlingen rundt blant annet utenforskap, psykisk helse, rus, bolig og levekår uten samtidig å øke kompleksiteten i et helse- og omsorgsområde som allerede står overfor betydelige omstillingsbehov.

5.9.1 Anbefalinger

- Gjennomgå kommunalområdets organisering med særlig vekt på lederkapasitet, lederspenn, geografisk spredning, fagressurser og samarbeid på tvers av enheter.
- Evaluer hjemmetjenestens organisering i arbeidslag før eventuelle endringer, med vekt på kontinuitet, fagprofiler, bemanning, ressursbruk og fleksibel bruk av kompetanse.
- Vurder organisatorisk plassering av NAV og helsestasjons- og skolehelsetjenesten, med tydelig vurdering av ledelseskapasitet, faglig kvalitet, samarbeid og forventede samhandlingsgevinster.
- Gjennomfør en organisatorisk gjennomgang av Sortlandshjelpa med mål om å avklare mandat, målgruppe, tjenesteinnhold og organisering, også sett opp mot andre relevante helse- og omsorgstjenester
- Vurder hvilke tjenester som kan organiseres i større eller tettere samordnede driftsmiljøer for å styrke faglig robusthet og fleksibel bruk av personell.
- Gjennomfør endringer trinnvis og med tydelig involvering av ansatte og tillitsvalgte, slik at kommunen kan følge effektene på kvalitet, arbeidsmiljø og økonomi underveis.

5.10 Driftsoptimale strukturer er en forutsetning for kostnadseffektiv drift og kvalitet

Driftsgjennomgangen viser at Sortland har flere små og geografisk spredte driftsenheter, særlig i Miljøtjenesten. Dette gir sårbarhet knyttet til bemanning, kompetansedekning og ressursutnyttelse. Flere bygg er samtidig vurdert som lite egnet for dagens brukergrupper og arbeidsformer. Kommunen bør derfor se tjenestestruktur, boligstruktur, lokaler og bygningsmasse i sammenheng. Når bygg ikke understøtter brukergrupper, arbeidsformer, skjermingsbehov eller fleksibel bruk av personell, påvirker det hvilke løsninger som er hensiktsmessige å utvikle videre.

Vår vurdering er at kommunen bør vurdere større grad av samlokalisering og samdrift i Miljøtjenesten der dette kan gi faglige, kvalitetsmessige og økonomiske gevinster. Større og mer robuste driftsmiljøer kan gi bedre mulighet til å dele personell og kompetanse, redusere sårbarhet ved fravær og utnytte bemanningen mer fleksibelt, blant annet på kveld og natt. Samtidig må endringer i bolig- og tjenestestruktur ta hensyn til brukergruppenes behov og gjennomføres med involvering av tjenestemottakere og ansatte.

Strukturvurderingene bør også omfatte institusjon og heldøgns omsorg. Kommunen har i dag sykehjemsdrift på to lokasjoner, med begrensede muligheter for samdrift. Kommunen bør utrede om institusjonsdriften på sikt kan samles ved Fagerlundtunet, samtidig som framtidig kapasitetsbehov vurderes i lys av ønsket dreining mot lavere institusjonsvekst og økt bruk av HDO og andre bolig- og tjenesteløsninger. Dette gir kommunen et handlingsrom til å vurdere en mer differensiert bolig- og tjenestestruktur, der sykehjem i større grad forbeholdes innbyggere med de mest omfattende behovene. En slik vurdering bør også avklare om frigjort bygningsmasse ved Lamarktunet kan brukes til HDO, omsorgsboliger med punkttjenester eller andre tilbud lavere i bolig- og innsatstrappen.

Med Sortlands økonomiske omstillingsbehov er det vanskelig å komme utenom strukturelle grep. Dette kan omfatte samlokalisering, større driftsenheter, omlegging av plasser og botilbud og enkelte organisatoriske endringer. Slike grep er viktige både for å møte strammere økonomiske rammer, rekrutteringsutfordringer og behovet for faglig kvalitet. Kartleggingen viser at flere driftsenheter allerede har utfordringer med kontinuitet og kompetansedekning.

Erfaring fra tilsvarende gjennomganger i andre kommuner er at mange små driftsenheter ofte gir høyere kostnadsnivå enn større og mer samordnede enheter. Dette skyldes særlig begrensede

muligheter til å dele kompetanse, utnytte bemanning på tvers og tilpasse driften til faktisk aktivitet, for eksempel på natt. Flere kommuner vurderer derfor større og mer fleksible boligløsninger enn det som var vanlig etter *Ansvarsreformen.* Samtidig må hensynet til tjenestemottakernes behov og gode, tilpassede tilbud ivaretas.

Våre anbefalinger er oppsummert i neste delkapittel

5.10.1 Anbefalinger

- Samle sykehjemsdriften ved Fagerlundtunet, i et byggetrinn to.
- Vurder hvordan eventuell frigjort bygningsmasse kan brukes til HDO, omsorgsboliger eller andre tilbud lavere i bolig- og innsatstrappen.
- Gjennomgå boligmassen og vurder strukturen i små og bemanningskrevende tilbud med mål om en større samlokalisering og større driftsenheter der det gir faglige, kvalitetsmessige og ressursmessige gevinster. Kommunen har allerede et reelt handlingsrom til å realisere dette.
- Vurder økt samdrift mellom boliger i påvente av eventuelle større strukturendringer, slik at fagdekning, kompetanse og bemanning kan utnyttes bedre.
- Gjennomgå stedlig bemanning og nattressurser, inkludert behovet for bemanning i boliger på tidspunkter med lav aktivitet eller når beboere ikke er til stede.
- Se strukturendringer i sammenheng med framtidig kapasitetsbehov, boligstrategi og ønsket tjenesteprofil.

5.11 Legetjenesten har høye kostnader og bør utredes nærmere

Våre analyser viser at Sortland har et høyt kostnadsnivå for legetjenesten. Fastlegeutgiftene er nest høyest blant sammenligningskommunene, og utgiftene til legevakt ligger også i øvre del av sammenligningen. Samlet er kostnadene til fastlege og legevakt blant de høyeste i utvalget.

Det høye kostnadsnivået må ses i sammenheng med kapasiteten. Sortland har flere legeårsverk enn forventningsnivået for kommuner av tilsvarende størrelse. I 2025 var samlet fastlegekapasitet høyere enn innbyggertallet, det var ingen lister uten lege, og gjennomsnittlig listelengde var 693 pasienter. Samtidig var det ingen åpne lister, og flere av kommunens egne innbyggere stod på venteliste for å bytte fastlege.

Bildet er derfor sammensatt. Fastlegeordningen har blitt mer stabil, og median avtalevarighet er høyere enn landsgjennomsnittet. Samtidig er kontinuiteten i faktisk bruk fortsatt svakere enn for landssnittet: 53,3 prosent av konsultasjonene skjer hos egen fastlege, mot 73,6 prosent nasjonalt. Pasientundersøkelsen peker særlig på tilgjengelighet som et forbedringsområde, med en skår på 45 mot 62 nasjonalt.

Kommunen oppgir at bosetting av et stort antall flyktninger har medført økt press på legetjenesten uten tilsvarende tilførsel av ressurser. Dette må tas med i vurderingen av kapasitet og ressursbruk, men endrer ikke hovedbildet av at kommunen har relativt høy samlet legekapasitet og høye kostnader.

Vår vurdering er at kommunen bør vektlegge bedre utnyttelse og organisering av eksisterende legeressurser framfor generell kapasitetsøkning. Det bør særlig gjennomføres en bredere utredning av legevaktsordningen, inkludert om tjenesten kan organiseres mer kostnadseffektivt gjennom alternative vakt-, bemannings- eller samarbeidsmodeller, uten at forsvarlighet, beredskap og tilgjengelighet svekkes.

5.11.1 Anbefalinger

- Gjennomgå samlet organisering og ressursbruk i legetjenesten, med mål om å identifisere årsakene til det høye kostnadsnivået og potensialet for bedre ressursutnyttelse.
- Utrede alternative modeller for legevakt, inkludert organisering, bemanning, vaktordninger og muligheter for samarbeid eller samordning, fordi variasjon mellom kommuner tyder på at lokale valg kan påvirke kostnadsnivået.
- Gjennomgå fastlegenes listelengder, kommunale oppgaver og øvrige legefunksjoner samlet, og avklar om reduserte listetak henger sammen med legevakt, kommunale bistillinger eller andre oppgaver som påvirker fastlegenes kapasitet.
- Prioriter stabilitet, kontinuitet og tilgjengelighet framfor ytterligere generell kapasitetsvekst.
- Vurder kapasitetsbehovet knyttet til bosetting av flyktninger i framtidig dimensjonering, men skill dette fra arbeidet med mer kostnadseffektiv organisering av den samlede legetjenesten.

5.12 Avsluttende betraktninger

Kunnskapsgrunnlaget viser at Sortland kommune står overfor et betydelig omstillingsbehov. Demografiske endringer, knapphet på arbeidskraft og strammere økonomiske rammer gjør at framtidige behov ikke kan møtes gjennom en videreføring av dagens tjenesteprofil og praksis. Dette er en oppgave for hele kommunen og Sortlandssamfunnet, ikke noe helse, omsorg og velferd kan håndtere på egen hånd.

Rapporten gir ikke en ferdig løsning, men peker på et tydelig handlingsrom. Hovedendringen handler om å gjøre omstillingen til et felles ansvar, der flere deler av kommunen og Sortlandssamfunnet bidrar til at innbyggerne kan mestre hverdagen og behovet for omfattende tjenester utsettes. Dette innebærer blant annet valg om hvordan helse-, omsorg og velferdstjenestene skal utvikles, hvordan framtidig bruk av bygg og lokasjoner skal avklares, hvordan knappe personellressurser skal brukes, og hvordan kommunen skal styre ressursene framover. Digitalisering og velferdsteknologi bør inngå der det støtter trygghet, mestring og bedre bruk av personell. Valgene må følges opp i kommunedelplanen, økonomiplanen og den løpende virksomhetsstyringen, med klare prioriteringer, ansvar og forventede gevinster.