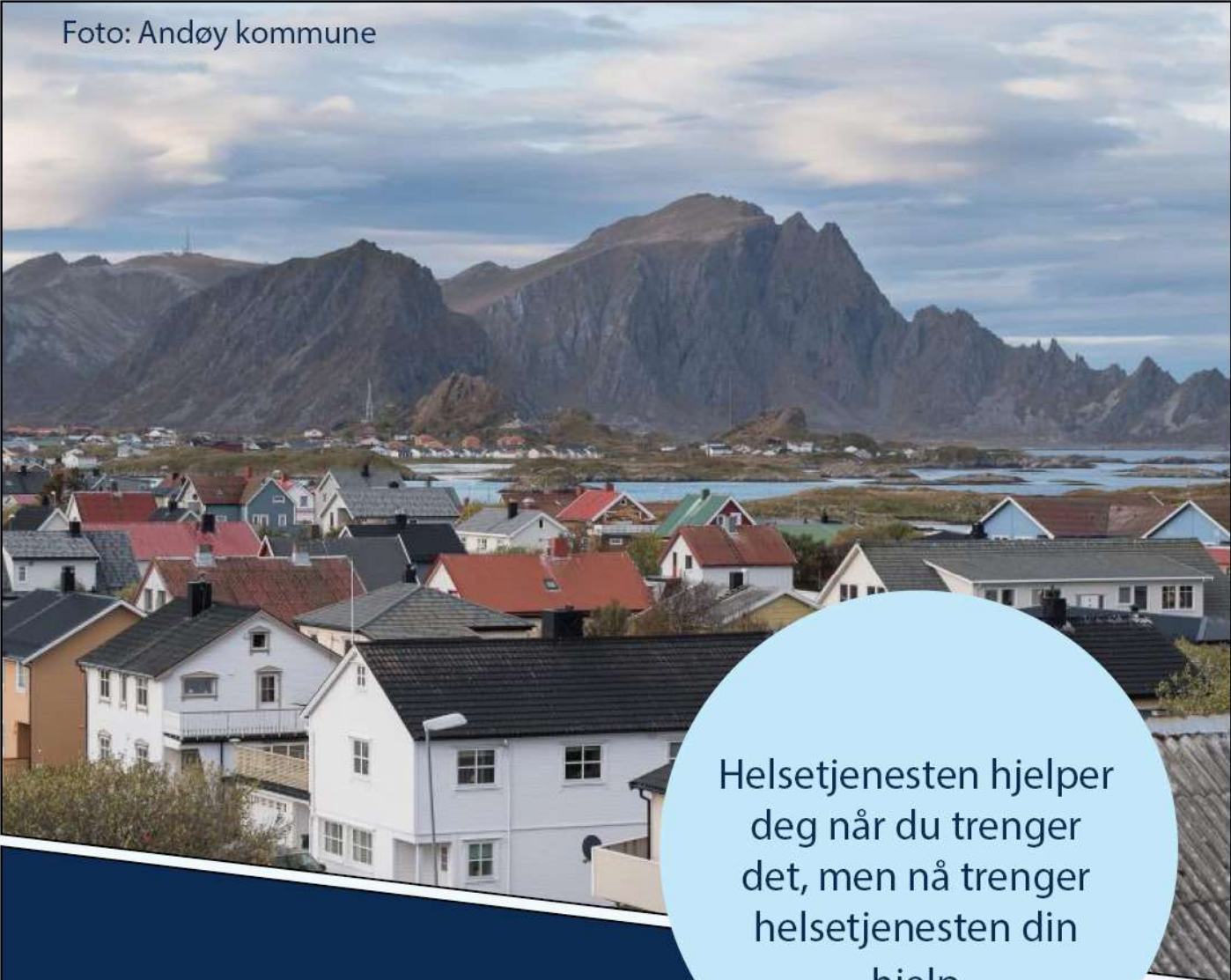


Foto: Andøy kommune



Helsetjenesten hjelper deg når du trenger det, men nå trenger helsetjenesten din hjelp

KUNNSKAPSGRUNNLAG HELSE OG MESTRING

En helhetlig kartlegging og analyse av helse- og mestringstjenestene som grunnlag for strategisk planlegging, omstilling og bærekraftig tjenesteutvikling
01.03.2026



KS KONSULENT

Innhold

1. SAMMENDRAG.....	4
2. INNLEDNING	6
2.1 Bakgrunn for oppdraget	6
2.2 Mandat og avgrensning	6
2.3 Metodisk tilnærming.....	7
3. DEMOGRAFI.....	8
3.1 Historisk demografi.....	8
3.2 Geografiske demografiforskjeller	9
3.3 Befolkningsframskriving til 2050: Flere trenger hjelp, færre i yrkesaktiv alder.....	11
4. PERSONELL.....	16
4.1 Helsefaglige ansatte historisk og fremover.....	16
4.1.1 Stillingsstørrelse: Potensiale for å øke heltidsandelen	18
4.1.2 Turnover: Potensiale for å redusere turnover.....	19
4.1.3 Mange pensjonister snart gir et bemanningsgap innen 10 år.....	20
4.2 Arbeidsbelastning og sykefravær	22
4.3 Rekruttering	23
5. TJENESTEPROFIL: HJEMMETJENESTE OG INSTITUSJON	25
5.1 Hjemmetjenester	27
5.1.1 Flere mottakere fremover, helsepersonell kan ikke gjøre alt.....	29
5.1.2 Transport og ressursbruk	32
5.1.3 Mest timer til yngre omsorg 0-66 år	33
5.1.4 Omsorgsboliger som «skjult institusjon».....	34
5.2 Institusjon og heldøgns omsorg.....	34
5.2.1 Overliggerdøgn	37
5.2.2 Legetjenesten og medisinsk faglig tyngde.....	39
5.3 Modell for relativ effektivitet	40
5.4 Flere med økt behov fremover, som kan forebygges	46
5.4.1 Flere skrøpelige eldre	46
5.4.2 Flere med demens	46
5.5 Samlokalisering	49

6.	AKTIVE LOKALSAMFUNN SOM FOREBYGGINGSGREP.....	51
7.	SCENARIOANALYSE – veivalg mot 2030, 2040 og 2050	53
7.1	Scenario 0 – Videreføring av dagens struktur ("stå i ro").....	53
7.2	Scenario 1 – Begrensede justeringer, «omstille litt».....	54
7.3	Scenario 2 – Planlagt og helhetlig omstilling	55
7.3.2	Investering i nye omsorgsboliger tilknyttet Åse sykehjem.....	57
8.	OPPSUMMERING.....	58
9.	ANBEFALINGER TIL VIDERE PROSESS	59
10.	VEDLEGG – oversikt over plasser.....	60

Utarbeidet av: KS Konsulent v/Anne Merete Bjørnerud og Chriss Madsen

Oppdragsgiver: Andøy kommune – Helse og mestring

Dato: 10.03.2026

1. SAMMENDRAG

Hovedfunn, retning og nødvendige veivalg

Dette kunnskapsgrunnlaget gir en helhetlig analyse av helse- og mestringstjenestene i Andøy kommune. Rapporten belyser nåsituasjonen, sentrale utfordringer og utviklingstrekk, samt mulige framtidssituasjoner knyttet til demografi, bemanning, kompetanse, geografi, brukerbehov og organisering.

Arbeidet bygger på dokumentanalyser¹, kvantitative data (SSB, KOSTRA, NPR, Framsikt, Kommunebarometeret, tall fra Andøy m.fl.) og kvalitative innsikter fra ansatte, brukere, frivillighet, ledere og politikere gjennom intervjuer, arbeidsverksted og folkemøter.

Formålet har vært å:

- Gi en systematisk fremstilling av funn og utviklingstrekk knyttet til demografi, kompetanse, geografi og tjenesteprofil
- Vurdere samlokalisering og alternative tjenestemodeller
- Synliggjøre konsekvenser av ulike veivalg
- Gi tydelige konklusjoner og anbefalinger for strategisk retning og prioriteringer

Hovedbildet er entydig: Andøy kommune vil i årene fremover møte et raskt økende behov for helse- og omsorgstjenester, samtidig som tilgangen på arbeidskraft og økonomisk handlingsrom reduseres. Utviklingen er i stor grad demografisk betinget, og kan ikke påvirkes gjennom kortsiktige enkelttiltak alene.

Kommunen står midt i:

- Vedvarende befolkningsnedgang
- Sterk aldring i befolkningen
- Svak rekruttering og høy sårbarhet i helsepersonell
- En tjenestestruktur som er fragmentert og lite robust

Dagens organisering er i stor grad tilpasset en tidligere demografisk og økonomisk situasjon. Tjenestene er spredt på flere lokasjoner, fagmiljøene er små og sårbare, og en betydelig andel av helsepersonellens tid brukes på transport, praktiske oppgaver og håndtering av struktur – fremfor direkte helsehjelp.

I denne rapporten fremstilles tre scenarioer: 0 – Videreføre dagens struktur, 1 – Begrensede justeringer og 2 – Planlagt og helhetlig omstilling. Det er bare Scenario 2 som kan anbefales.

Kunnskapsgrunnlaget viser at dersom dagens struktur videreføres (scenario 0 og 1), vil kommunen i løpet av de neste 10–20 årene stå overfor betydelig risiko for:

- Tjenestesvikt²
- Økt bruk av overtid og vikarer
- Forsterket sykefravær og turnover
- Et stadig større gap mellom innbyggernes behov og kommunens leveranseevne

¹ Blant annet fra Telemarksforskning (tilgang kjøpt av Andøy kommune)

² Begrepet tjenestesvikt brukes i helse- og omsorgssammenheng når kommunen ikke klarer å levere tjenester i tråd med lovkrav, vedtak eller faglige standarder, noe som kan føre til alvorlige konsekvenser for brukerne.

Dette vil være uforsvarlige alternativer for kommunens fremtidige økonomi og tjenestekvalitet.

Rapporten viser samtidig at Andøy har et reelt handlingsrom. Et mer bærekraftig omsorgssystem forutsetter et aktivt lokalsamfunn og en tydeligere omsorgstrapp med tyngdepunkt på forebygging, tidlig innsats, rehabilitering og målrettet bruk av velferdsteknologi, slik at innbyggerne kan bo hjemme lengre og kanskje i et nytt hjem.

Dette innebærer:

- Konsentrasjon og samlokalisering av tjenester for å oppnå større og mer robuste fagmiljø
- Tydeligere skille mellom institusjon, heldøgnsbemannet bolig og hjemmetjenester
- Systematisk oppgavedeling og forventningsavklaring, også utenfor helsetjenesten
- Investering i kompetanse, heltid og digitalisering
- Aktiv rekruttering og bevaring av personell
- Utvikling av attraktive bo- og lokalmiljø som eldre ønsker flytte til slik at de kan ta del i og hjelpe hverandre i sine hverdager

Innbyggernes rolle tydeliggjøres også: Et bærekraftig tjenestetilbud forutsetter at egenmestring, bruk av hjelpemidler og lokalt fellesskap styrkes. Kommunen kan ikke alene bære hele omsorgsoppgaven, hele samfunnet med næringsliv og frivillighet må være med.

På bakgrunn av analysene konkluderes det med at strukturell omstilling – særlig gjennom samlokalisering, oppgavedeling, styrket forebygging og mer målrettet bruk av teknologi – ikke er valgfrie forbedringstiltak, men nødvendige forutsetninger for å kunne opprettholde et forsvarlig og bærekraftig tjenestetilbud fram mot 2030, 2040 og 2050.



2. INNLEDNING

2.1 Bakgrunn for oppdraget

Andøy kommune står overfor et langsiktig og sammensatt utfordringsbilde innen helse- og mestringstjenestene. Befolkningsnedgang gir fallende inntekter, samtidig som sterk aldring, mer komplekse helsetilstander og økende forventninger til kvalitet og tilgjengelighet øker behovet for tjenester. Kommunens økonomiplan (2025–2028) beskriver hvordan kombinasjonen av færre innbyggere og økende tjenestebehov krever tydelig prioritering og mer effektiv ressursforvaltning for å sikre bærekraftige tjenester.

Tjenestene er allerede under betydelig press. Belegget på institusjonsplasser har vært over 100% de siste årene, samtidig som Andøy har en høy andel mottakere av hjemmetjenester per 1 000 innbyggere. Økte kostnader til overtid, vikarbruk og håndtering av utskrivningsklare pasienter viser at kapasiteten i praksis er maksimalt utnyttet. Parallelt opplever kommunen vedvarende rekrutteringsutfordringer innen helsepersonell, i en situasjon der konkurransen om kompetanse øker nasjonalt.

Kommunens egne planer peker derfor på behov for dreining av tjenesteprofilen i tråd med en tydeligere omsorgstrapp, sterkere satsing på forebygging og helseteknologi, reduksjon av en fragmentert tjenestestruktur og mer systematisk kompetanseutvikling. Registrering på ROBEK-listen i 2024 forsterker behovet for strukturelle grep og økonomisk omstilling.

Andøy har samtidig betydelige styrker som gir et godt utgangspunkt for omstilling. Kommunen har fremtidstro, næringsvekst, pågående utbygging og modernisering av boligmassen, sterk frivillighet og en kultur preget av dugnadsånd og evne til å «brette opp ermene». Mange innbyggere klarer seg godt selv, og lokalsamfunnet kjennetegnes av høy grad av omsorg og gjensidig støtte, særlig i sør.

Samtidig må de økonomiske og helsefaglige utfordringene håndteres nå. Erfaring og nasjonale utredninger viser at bærekraftige helse- og omsorgstjenester forutsetter felles erkjennelse av realiteter og begrensninger, tydelig prioritering og godt samarbeid på tvers av sektorer. Gode kommunale tjenester er også en forutsetning for attraktivitet og befolkningsutvikling. På disse områdene har Andøy både et forbedringspotensial og et solid fundament å bygge videre på.

På denne bakgrunn ble dette kunnskapsgrunnlaget bestilt for å gi et faktabasert og helhetlig beslutningsgrunnlag for videre organisering, prioritering og utvikling av helse- og mestringstjenestene i Andøy.

2.2 Mandat og avgrensning

Oppdraget fra Andøy kommune har vært å utarbeide et kunnskapsgrunnlag som kan danne et faglig og strategisk beslutningsgrunnlag for videre utvikling av helse- og mestringstjenestene. Analysen skal gi kommunen et tydelig grunnlag for å vurdere framtidig organisering, tjenestestruktur og ressursbruk i lys av demografisk utvikling, bemanningssituasjon og økonomiske rammer.

Som del av oppdraget er det derfor utviklet tre scenarioer for utviklingen av tjenestene frem mot 2030, 2040 og 2050. Scenarioene illustrerer konsekvensene av ulike strategiske veivalg og synliggjør hvilke strukturelle grep som er nødvendige for å sikre forsvarlige og bærekraftige tjenester.

Formålet med kunnskapsgrunnlaget er å:

- Beskrive dagens situasjon innen helse- og mestringstjenestene med utgangspunkt i faktiske data og sammenligning med andre kommuner
- Analysere framtidig utvikling i behov, ressursgrunnlag og rammebetingelser
- Skissere tre ulike scenarioer mot 2030, 2040 og 2050
- Synliggjøre konsekvenser av ulike veivalg
- Gi en anbefaling om samlokalisering
- Gi et solid beslutningsgrunnlag for videre plan- og budsjettarbeid

Arbeidet er avgrenset til Helse- og mestring sine tjenester:

- Enhet forebyggende helse- og legetjenester: Legetjeneste, helsestasjon og jordmor, fysio- og ergoterapitjeneste, psykisk helse og rus.
- Enhet pleie og omsorg: Sykehjem, hjemmetjeneste og miljøarbeidertjenesten.

Rapporten fokuserer på de største tjenestene i pleie og omsorg og tilbudet til eldre.

2.3 Metodisk tilnærming

Oppdraget ble utført i perioden november 2025 til mars 2026.

Rapporten bygger på:

- Dokumentanalyse av kommunale styringsdokumenter, økonomiplaner, forvaltningsrevisjoner, rapport fra Telemarksforskning, tidligere masteroppgaver m.m. som ble delt av arbeidsgruppen i Andøy.
- Kvantitative data fra SSB, KOSTRA, Framsikt, KS-modeller, NPR, Helsedirektoratet, Statsforvalteren, Kommunebarometeret m.m.
- Kvalitative innspill fra intervjuer og feltsamtaler med ansatte, ledere, politikere, eldreråd og innbyggere.
- Arbeidsverksted og folkemøter gjennomført i Andøy januar 2026 med gruppearbeid knyttet til oppgavedeling, organisering og samlokalisering.

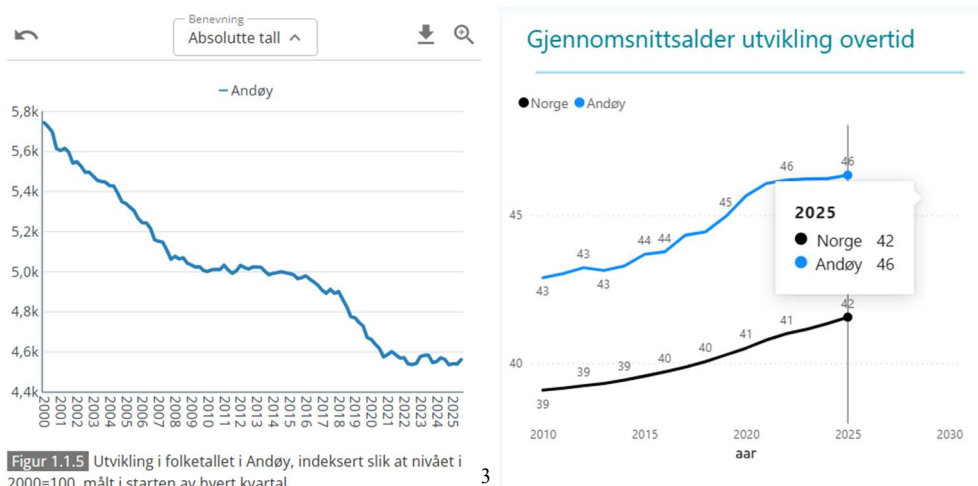
Samlet mener vi dette gir et godt grunnlag for å gjøre vurderinger i den videre prosessen.

Analysen baserer seg på tilgjengelige data fra nasjonale registre og kommunens egne systemer. Gjennom arbeidet fant man at det er et behov for å videreutvikle registreringspraksis for å sikre enda mer presise styringsdata i det videre omstillingsarbeidet.

3. DEMOGRAFI

3.1 Historisk demografi

Folketallet i Andøy har gått ned over flere år og Andøys befolkning blir stadig eldre.



Gjennomsnittsalderen blant bosatte 25.02.2026 var 46,3 år⁴, noe som betegnes som høyt.

Det har vært en utflating i befolkningsnedgangen og gjennomsnittsalderen siste årene, mye grunnet bosetting av flyktninger. Antall bosatte flyktninger er vist i tabellen under.

År	2022	2023	2024	2025	2026
Flyktninger bosatt	74	64	48	30	25

Samlet har det ført til en positiv nettoinnflytting fra 2022 (se SSB tabell lengre ned), men likevel ikke nok til å gi befolkningsvekst grunnet fødselsunderskuddet⁵.

Fødselsunderskuddet er forventet å øke videre da fødselstallene går ned og alderen opp⁶.

Endringer i befolkningen



³ Telemarksforskning: [Regional analyse](#)

⁴ [Aldrende befolkning og lavere sysselsetting i mange småkommuner – SSB](#)

⁵ SSB: [06913: Endringer i kommuner, fylker og hele landets befolkning \(K\) 1951-2025](#)

⁶ SSB [06913: Endringer i kommuner, fylker og hele landets befolkning \(K\) 1951-2025](#)

⁷ [Arealbruk i kommunene – SSB](#)

	K_1871 Andøy						
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Befolkning 1. januar	4 771	4 663	4 588	4 572	4 577	4 553	4 542
Levendefødte	36	34	46	36	37	35	32
Døde	52	57	54	62	68	54	69
Fødselsoverskudd	-16	-23	-8	-26	-31	-19	-37
Innflyttinger	192	200	266	285	248	248	223
Utflyttinger	286	254	274	255	240	241	203
Nettoinnflytting	-94	-54	-8	30	8	7	20
Folketilvekst	-108	-75	-16	5	-24	-11	-17

SSB 06913. Befolkningstall per 25.02.26 var 4 525.

3.2 Geografiske demografiforskjeller

Andøy har et spredt bosettingsmønster fordelt på flere steder. Befolkningstygdepunktet er på Andenes, etterfulgt av Bleik. Befolkningsfordelingen nord - sør er ca. 3:1.

I Andøy kommune bor det per 2. kvartal 2025	Antall som bor i tettstedet Andenes per 1. januar 2025	Antall som bor i tettstedet Bleik per 1. januar 2025
4 562 personer	2 482 personer	443 personer

Andelen 67+ utgjør 24,6% av befolkningen i Andøy. Det er lavere enn Bø og Lødingen, men høyere enn Sortland og Øksnes. 11,5% har utenlandsk statsborgerskap⁸, noe som er lavere enn Øksnes (17,1%), men høyere Sortland (10,2%).

Aldersfordelingen per 1.1.26⁹ var ulik i grunnkretsene. Alle, unntatt Andenes 3, har høyere andel 67+ enn snittet for Norge (16,5%). Høyest andel har Stave-Skogvoll (50%), Stokland (42,9%) og Skjolde (41,9%). Videre er andelen 67+ høyere i sør (26,4%) enn i nord (24%).

I tabellen under er stedene med høyere andel enn Andøys 67+ andel (24,6%) gradert markert. Det er også satt inn piler for å illustrere endring fra 2024. Det har skjedd en generasjonsutskifting på flere steder.

Grunnkrets: Bosatte i antall og andel (%)	Totalt	67+	Andel	0-19	Andel
Andenes 1 (Sykehjem, omsorgsboliger)	↓ 334	↓ 91	↓ 27,2	↓ 54	↓ 16,2
Andenes 2	→ 244	→ 52	↓ 20,6	↓ 61	↓ 24,1
Andenes 3	↓ 354	↑ 58	↑ 16,4	↓ 72	↓ 20,3
Andenes 4 (Andenes skole + vgs)	↓ 447	↓ 74	↓ 16,6	↓ 105	↓ 23,5
Andenes 5	↓ 272	↓ 76	↓ 27,9	↓ 50	↑ 18,4

⁸ Thomas Brinkhoff: City Population [Andøy \(Municipality, Nordland, Norway\) - Population Statistics, Charts, Map and Location](#)

⁹ SSB 04362.

Andenes 6	↑ 250	↑ 54	↑ 21,6	↑ 40	↑ 16,0
Andenes 7	↓ 391	↑ 87	↑ 22,3	↓ 84	↓ 21,5
Andenes 8	↓ 151	↑ 46	↑ 30,5	↓ 31	↓ 20,5
Bleik (montessoriskole)	↓ 441	115	↑ 26,1	↓ 92	20,9
Fiskenes- Skarstein	131	↓ 41	↓ 31,3	↑ 18	↑ 13,7
Breivik-Ramså	↓ 50	↓ 19	↑ 38,0	↓ 6	↓ 12,0
Stave-Skogvoll	↑ 44	→ 22	↓ 50,0	↓ 4	↓ 9,1
Saura-Kvalnesberget	→ 88	↑ 30	↑ 34,1	↓ 5	↓ 5,7
Dverberg	↑ 40	↑ 13	↑ 32,5	↑ 6	↑ 15,0
Nordmela	↑ 100	↓ 22	↓ 22,0	↓ 16	↓ 16,0
Delsum Hjemmetjenesten Nord	↓ 3337	↓ 800	↑ 24,0	↓ 644	↓ 19,3
Myre (Dahletun)	↓ 191	↓ 73	↓ 38,2	↑ 26	13,6
Sellevoll	↑ 37	↑ 15	↑ 40,5	↓ 0	↓ 0
Fjellgårdene-Ånes-Åbru	↓ 64	↓ 12	↓ 18,8	↑ 10	↑ 15,6
Nøss	↓ 31	↓ 10	↓ 32,3	↓ 3	↓ 9,7
Bøgard	↓ 39	↓ 11	↑ 28,2	↑ 6	↑ 15,4
Åse (montessoriskole, sykehjem)	↓ 267	↓ 71	→ 26,6	↓ 52	↓ 19,5
Bjørnskinn	↑ 77	↑ 13	↑ 16,9	↑ 22	↓ 28,6
Risøyhamn (skole)	↑ 196	↓ 33	↓ 16,8	↑ 44	↑ 22,4
Åkenes	→ 12	↓ 0	↓ 0	↓ 0	↓ 0
Stokland	↑ 21	↑ 9	↑ 42,9	→ 0	→ 0
Skjolde	↓ 31	↓ 13	↓ 41,9	→ 3	↑ 9,7
Buksnesfjord-Lovik	↑ 85	↑ 22	↓ 25,9	↑ 10	↑ 11,8
Forfjord-Medby-Fornes	↑ 126	↑ 29	↑ 23,0	→ 20	↓ 15,9
Delsum Hjemmetjenesten Sør	↓ 1177	↓ 311	↓ 26,4	↓ 196	↓ 16,7
Total Sum	↓ 4514	↓ 1111	↓ 24,6	↓ 840	↓ 18,6

Samtaler med informanter og befolkningsframskrivinger per grunnkrets (matematisk av KSK) viser at sentraliseringstendens er som ellers i landet. Det blir vesentlig færre på de minste stedene i Andøy (<180 innbyggere) og noe mer frafall i sør enn nord.

Demografien til befolkningen per 25.2.2026 så slik ut¹⁰:

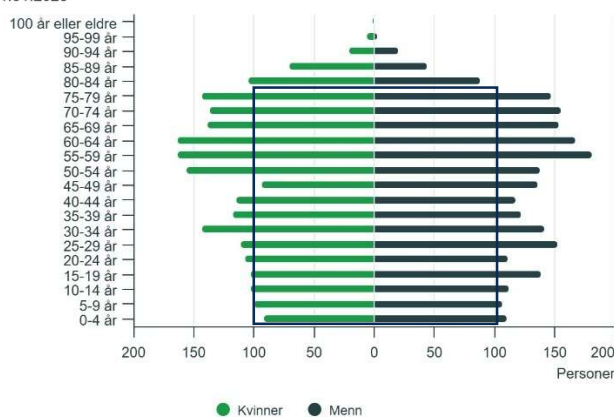
År	0–17 år	18–49 år	50–66 år	67–79 år	80–89 år	90+ år	Sum
2025	776	1 561	1 082	763	308	52	4562
2026	770	1 589	1 061	745	308	52	4525

Under ses befolkningstrær for Andøy i 2025 og fremskrevet til 2050. De er dessverre noe vanskelig å sammenligne da de er i ny og gammel SSB versjon. For å tydeliggjøre det noe har vi lagt på en boks som markerer 100 personer på x-aksen og y opptil 80 år.

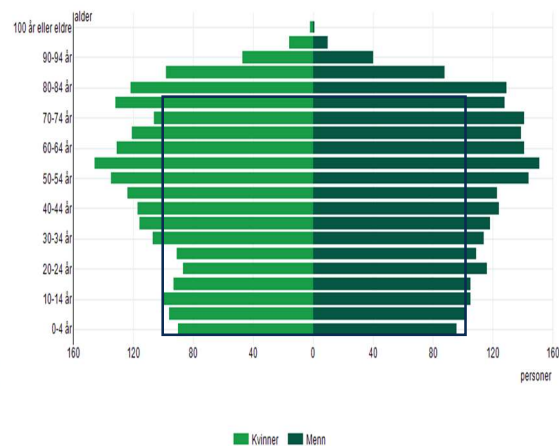
¹⁰ SSB [07459: Alders- og kjønnsfordeling i kommuner, fylker og hele landets befolkning \(K\) 1986-2025](#)

Aldersfordeling for innbyggerne i kommunen

1.01.2025



Kilde: Befolkning, Statistisk sentralbyrå



Kilde: Statistisk sentralbyrå

KSK legger til grunn at sammensetningen av den godt voksne/eldre befolkningen vil være relativt stabil uavhengig av flyttemønsteret ellers i befolkningen.

3.3 Befolkningsframskriving til 2050: Flere trenger hjelp, færre i yrkesaktiv alder

Andøy har visjonen 8060 som indikerer antall personer man ønsker å nå. Det innebærer ca. 3500 flere innbyggere enn i dag. Ifølge SSB (MMMM) er det kun 40 steder hvor det forventes en økning på mer enn 3500 innbyggere frem til 2050. Disse stedene er, eller er nært knyttet til, de største byene i Norge. Høyeste prosentvise vekst er forventet til 35-40%. Slik ser befolkningsframskrivingen ut for andre steder:

2024-2050	Tromsø	Bodø	Harstad	Nordland ¹¹	Nord-Norge ¹¹
SSB (MMMM)	+ 6278	+ 2715	- 738	- 3800	+4400

Om Andøy skulle få den høyeste veksten i Norge innen 2050, dvs. + 40%, ville det utgjort en økning på 1825 innbyggere fra dagens 4562 innbyggere til 6387.

KSK håper på flere yrkesaktiv fremover i Andøy, men velger å legge oss på et nøkternt nivå ,og så går det bedre, enn å være for optimistisk og risikere større problem senere.

Befolkningsframskrivninger¹² viser en videre negativ befolkningsutvikling med en videre økning i gjennomsnittlig alder og færre yrkesaktive per ikke-yrkesaktiv.

I middelalternativet til SSB forventes en befolkningsnedgang på 5,5% til 4301 personer i 2050¹³. Telemarksforskning (TMF) estimerer enda større befolkningsnedgang fra -29,15% (lav attraktivitet) til -10,11% (høy attraktivitet). TMF sitt nøytralt alternativ er 3.589.

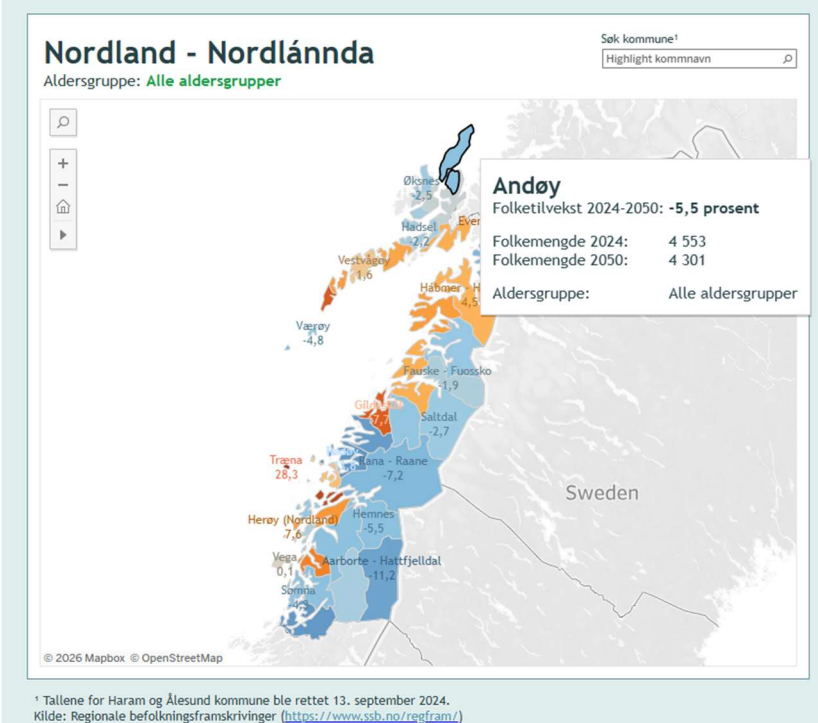
KSK velger å legge SSB sitt MMMM-alternativ til grunn.

¹¹ [Tall: Nye prognoser for befolkningen i 2050 – hva har endret seg? - Kunnskapsbanken](#)

¹² [KommuneProfilen. Kommunefakta med statistikk og nøkkeltall om befolkning, innvandrere og befolkningens struktur og utvikling i kommuner og regioner. Basert på statistikk fra SSB](#)

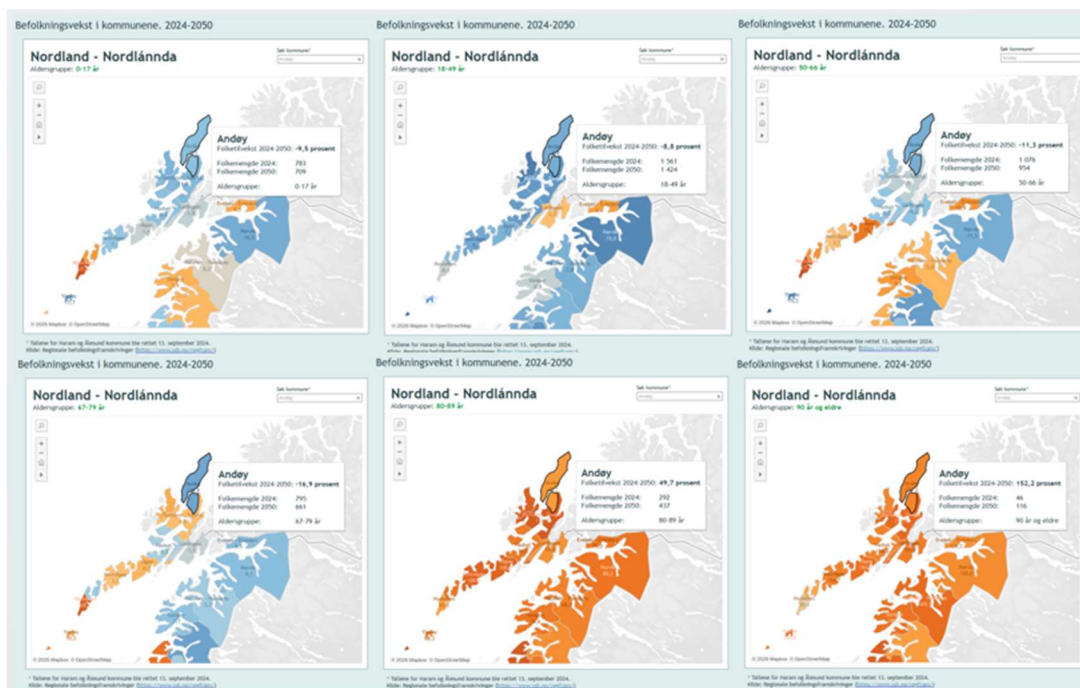
¹³ [Regionale befolkningsframskrivninger 2020-2050](#)

Befolkningsvekst i kommunene. 2024-2050



14

I SSB sitt middelalternativ forventes en nedgang (blått) i aldersgruppene 0-79 år og en økning (rødt) i 80+ frem mot 2050.



15

¹⁴ Visualisering av befolkningsframskrivninger for kommunene – SSB

¹⁵ <https://www.ssb.no/befolkning/befolkningsframskrivninger/statistikk/regionale-befolkningsframskrivninger/artikler/visualisering-av-befolkningsframskrivninger-for-kommunene>

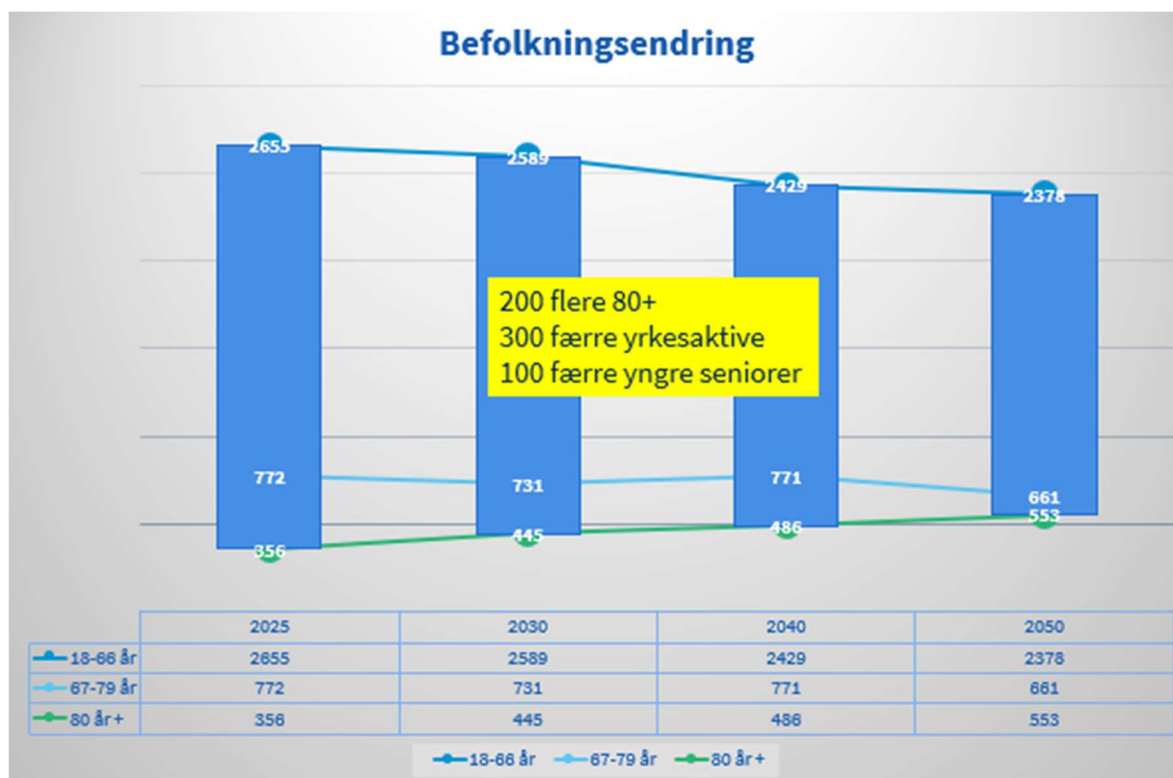
I tall ser det da slik ut per 1.1¹⁶..:

Alder	2024	2025	2030	2040	2050	2024>2050	Prosent endring
0-17 år	783	779	751	727	709	-74	-9,5
18-49 år	1561	1567	1578	1541	1424	-137	-8,8
50-66 år	1076	1088	1011	888	954	-122	-11,3
67-79 år	795	772	731	771	661	-134	-16,9
80-89 år	292	307	379	374	437	+145	+49,7
90 år +	46	49	66	112	116	+70	+152,2
Sum	4553	4562	4516	4413	4301	-252	-5,5

I 2050 vil:

- 553 personer (12,9%) være over 80 år, mot 365 personer (7,8%) i 2025.
- 2378 personer (55,3%) være i yrkesaktiv alder (18-66 år), mot 2655 pers (58,2%) i 2025.

Dette er vist i figuren under.

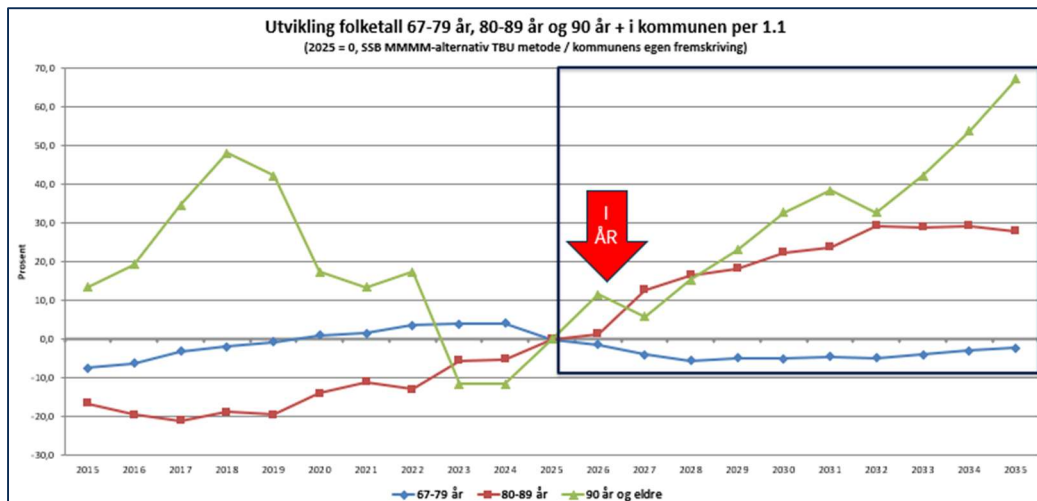


Flere eldre kombinert med færre i yrkesaktiv alder vil gi et økt press på de ansatte i tjenestene, dersom ikke vesentlige grep tas. For selv om det har vært og kan bli en videre positiv utvikling i privat sektor, betyr ikke det umiddelbart flere hender i det offentlige.

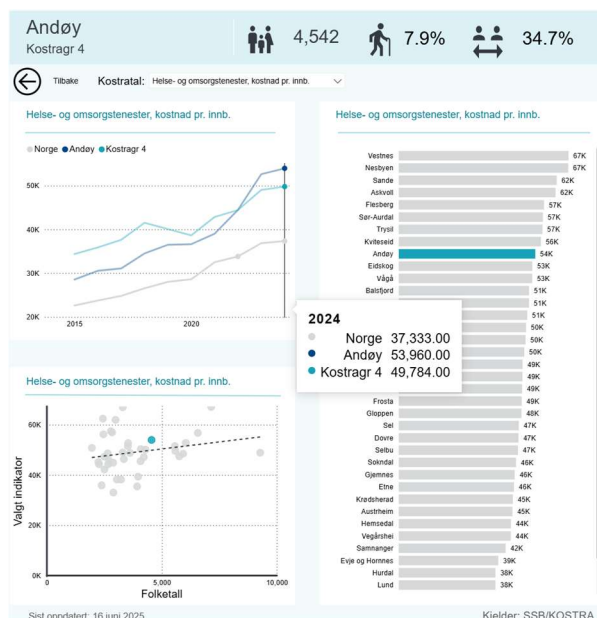
¹⁶ Disse 2025 tallene fra kartene er litt annerledes enn tidligere da de ikke har tatt med seg oppdateringen.

Fremover forventes derfor færre yrkesaktive, færre spreke eldre (typisk frivillige) og en mer heterogen brukergruppe med færre og eldre nære familiemedlemmer. En ekstra utfordring i små kommuner som Andøy er at få personer må bekle flere av rollene.

Økningen i andelen 80+, grunnet etterkrigskullene, vil starte allerede nå i 2026.



Det vil gi et betydelig økt press på omsorgstjenestene og øke utgiftsbehovet da 80+ er alderen som fører til økt bruk av helse- og omsorgstjenester. Det er forventet en total utgiftsøkning i pleie og omsorg på 33 mill. frem til 2035 (KS-demografimodell), og Andøy bruker allerede mer på helse- og omsorgstjenester per innbygger enn andre (se under).



Flere kommuner opplever nå tre pensjonistgenerasjoner samtidig og 80-åringene som må ta vare på 100-åringene. Dagens tjenester bidrar til å utjevne sosiale forskjeller knyttet til pårørende, men det er ikke sikkert det kan være slik fremover¹⁷. Som en informant sa: «Ikke alle har pårørende, noen andre må da hjelpe de i større grad, men det er ikke alle som har som gjør det - og da går det utover livskvaliteten». Vi må gjøre som Kongen sa: «Hver og en

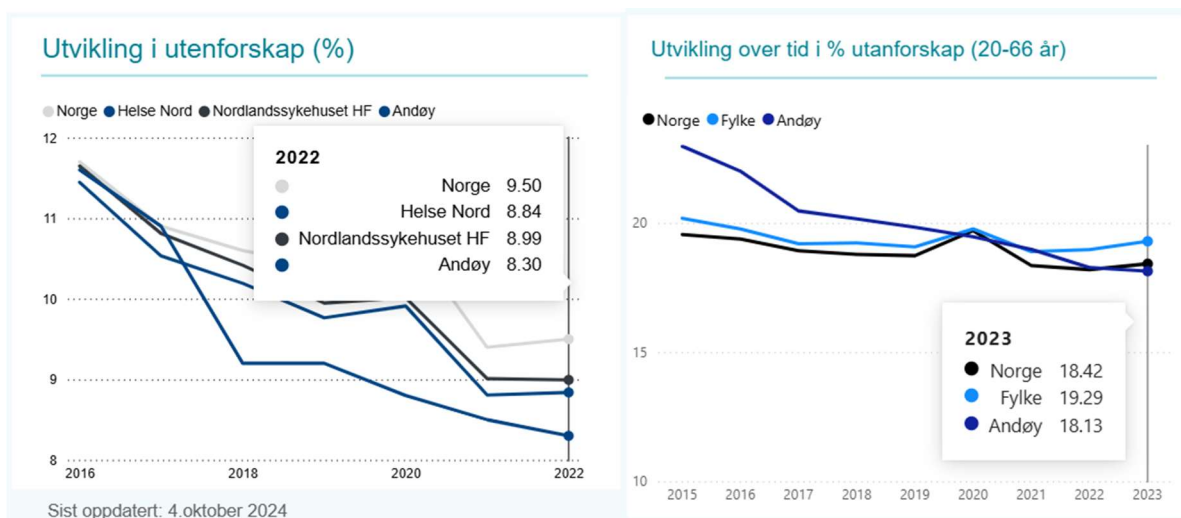
¹⁷ Michael 2024; 21: 39–51, doi:10.5617/michael.10950

betyr noe og vi har behov for akkurat deg». Vi må bry oss om hverandre, uavhengig av om vi er familie.

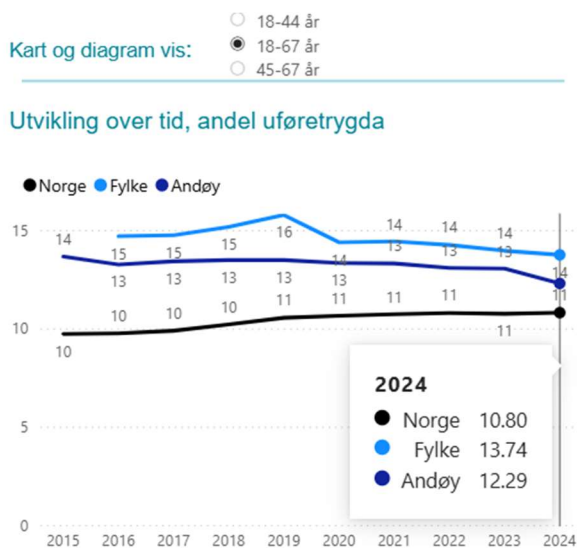
Utenforskap

Nasjonalt snakkes det mye om utenforskap og særlig blant unge. Andøy har ikke en høyere forekomst på utenforskap sammenlignet med landsgjennomsnittet. Tvert imot indikerer prosentvise andeler at kommunen ligger noe lavere. Det må imidlertid tas høyde for at utenforskap kan oppleves og fremstå som mer synlig i små lokalsamfunn, selv når den relative andelen er lav.

Under vises grafer for ungt utenforskap (15-29 år) og utenforskap i voksen alder (20-66) frem til 2023. Vi har ikke funnet tall etter det. Selv om Andøy ligger lavere er det trolig et potensiale blant disse personene hva gjelder arbeidskraft og engasjering, som kan forebygge større tjenestebehov på sikt.



Andel uføre, voksne med alvorlige psykisk lidelser og voksne med flere kroniske lidelser skiller seg heller ikke ut. Det er vanlig i Norge at andelen uføre er høyere i distriktene hvor arbeidsmarkedet er mindre.



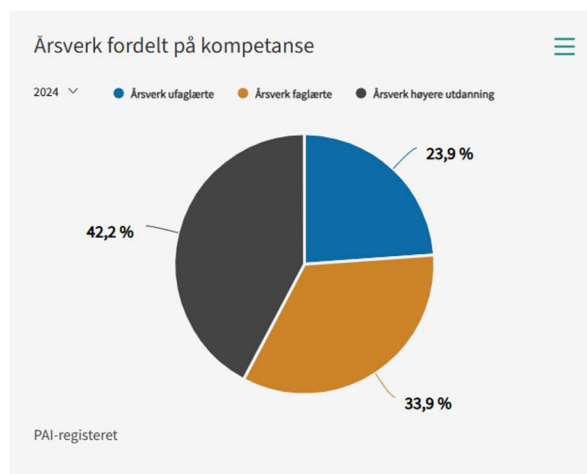
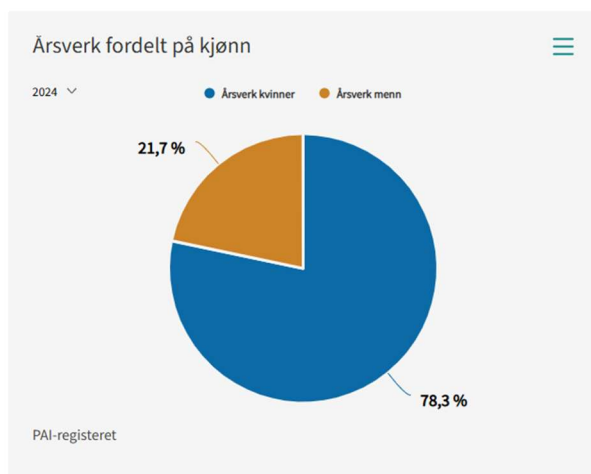
4. PERSONELL



18

4.1 Helsefaglige ansatte historisk og fremover

Historisk (2008-2024) har antall ansatte sykepleiere og hjelpepleiere/ helsefagarbeidere/ omsorgsarbeidere vært relativt stabilt. Hjelpepleier og omsorgsarbeider er tidligere titler som fra 2009 er erstattet med helsefagarbeider. I det videre brukes helsefagarbeider om alle disse tre titlene.



Historisk (2008-2024) har antall årsverk fra 2008 til 2024 vært svakt økende for sykepleiere (2ÅV/år), svakt nedadgående for vernepleiere og relativt stabilt for helsefagarbeidere. Fremskrives antall årsverk videre matematisk med excel (uten å ta høyde for den demografiske endringen og brukernes faktiske, og trolig økte, behov), vil det være behov for

¹⁸ Figur fra KS debatthefte 2025

10 flere årsverk sykepleiere i 2040 enn i dag, og 18 flere i 2050, dvs. 47% økning fra dagens 38. Mens det fra 2040 vil mangle vernepleiere, dersom ikke tiltak gjøres.

	2008-2024		Fremskrevet matematisk	
	Sykepleiere	Helsefagarbeidere	2040	2050
Antall ansatte	Gj.s. 43 stk	Gj.. 92 stk		
Antall årsverk	Gj.s. 35,4 stk	Gj.s. 66,0 stk	+ 10	+18
	= 82,3% st.	= 71,7% stilling		

Statsforvalterens beregning av arbeidskraft fremover baserer seg på 2019 tall og samme dekningsgrad og standard på tjenestene som nasjonalt¹⁹. Tall for Andøy manglet og ble derfor anslått, noe som gir usikkerhet i deres framskrivninger. Vi ser f.eks. at deres anslag på ÅV i 2030 (201) er lavere enn dagens. Altså har ansettelsestakten i Andøy gått vesentlig opp siste årene. Ifølge deres beregning vil det være behov for ca. 8 flere årsverk i institusjon og hjemmetjenesten per 10 år fremover, noe som samstemmer med vår framskrivning basert på dagens praksis.

Faktiske og planlagte årsverk i Andøy (2024-2026) står under. Dersom det fortsetter slik fremover vil det kreve 230 ÅV i 2030, 251 ÅV i 2040 og 282 ÅV i 2050, noe som er vesentlig over KSK og Statsforvalterens beregninger. KSK mener derfor det må nedjusteres, som vist i andre halvdel av tabellen under:

Faktisk og planlagt bemanning			KSKs anbefaling for årsverk fremover		
2024	2025	2026	2035	2040	2050
202,76	204,9	208,86	215	220	230

Andøy står ovenfor store utfordringer med tanke på å ha nok og kompetent personell, særlig i offentlig sektor hvor nedgangen i antall arbeidsplasser har vært markant siste 20 år (-36,2%), ifølge Telemarksforskning.

Bemanningsøkningen som historisk har vært i helsetjenesten i Andøy, særlig blant sykepleiere, vil trolig ikke kunne fortsette. Mangelen på helsepersonell er til stede allerede i dag og det vil bli enda verre, særlig for sykepleiere og helsefagarbeidere i kommunale omsorgstjenester fremover. Vi må derfor tilrettelegge for å bruke deres tid og kompetanse best mulig, og legge opp tjenestene slik at det krever færrest mulig ansatte, særlig med helsekompetanse.

Andøy har jobbet med oppgavedeling siden 2023. Oppgavedeling «nedover» med utvidet rekruttering og bruk av helsefagarbeidere kan redusere opplevd sykepleiermangel betydelig (NOU 2023:4). Ifølge informantene er det et potensiale for dette i Andøy da man har erfart at helsefagarbeidere får mer ansvar andre steder i Norge. Asker kommune har f.eks. ikke ansatt sykepleiere i en heldøgnsomsorgsenhet på mange år og de opplever å ha for mange sykepleiere (personlig meddelelse), etter å ha jobbet med sykepleieteam og oppgavefordeling. Samtidig viser en annen undersøkelse at der sykepleierandelen er høy tåles det flere brukere per ansatt på vakt enn der sykepleierandelen er lav (Vista Analyse, 2022). Det er derfor

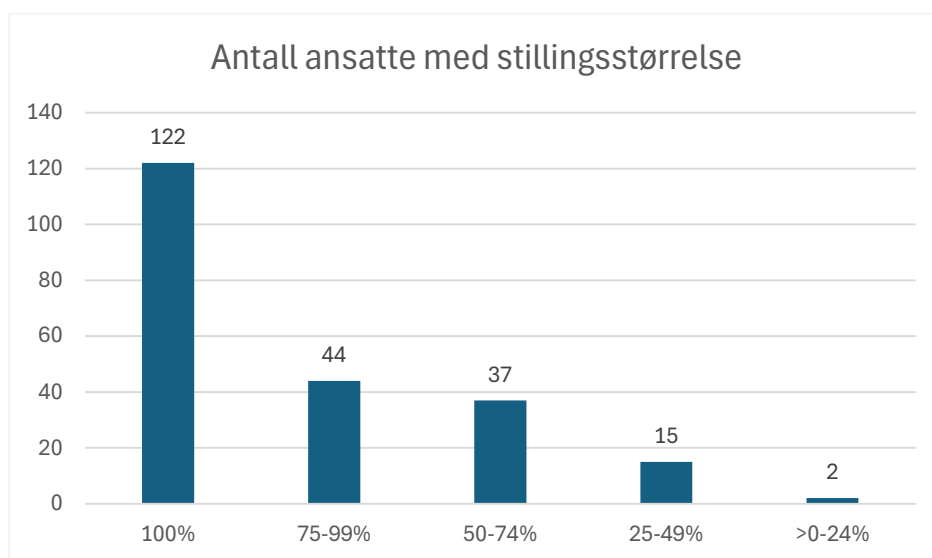
¹⁹ [Statsforvalteren | Selvbetjeningsløsning for datavarehuset](#)

vesentlig å finne den optimale kompetansebalansen gitt de ansatte man har og sette sammen gode fagteam.

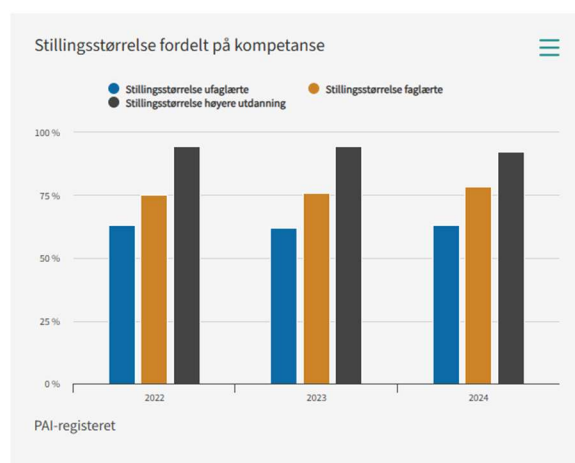
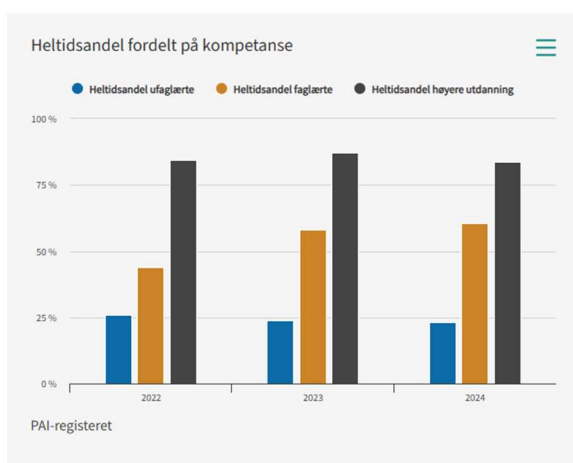
Anbefaling: Andøy bør tilstrebe, som andre kommuner, å holde antall årsverk stabilt eller økningen på et minimum. Helsepersonellkommisjonen anbefaler 9 % vekst mot 2040, dvs. ca. 1 ÅV/år for Andøy. Samtidig bør antall ansatte gå ned og gjennomsnittlig stillingsstørrelse opp. Samlet kan det føre til en utflating av driftsutgiftene.

4.1.1 Stillingsstørrelse: Potensiale for å øke heltidsandelen

Gjennomsnittlig stillingsstørrelse i helse og mestring var i 2025 for kvinner 86 % og menn 82,5 %. Det er flest heltidsansatte (55%, N=122), men også en betydelig andel (45%) i deltidstillinger (N=98).



I 2024 var det høyest heltidsandel blant de med høyere utdanning (83,9%), etterfulgt av faglærte (60,4%), mens det var lavest blant ufaglærte (23,1%)²⁰. Sammenlignet med Ibestad (til høyre i figuren under) har Andøy et potensial å ta ut ved å øke heltidsandelen for alle i helse og omsorg, særlig blant de som jobber turnus (figur under). Kommunen arbeider



²⁰ [Statistikk om kommuneansatte - Hjem](#)

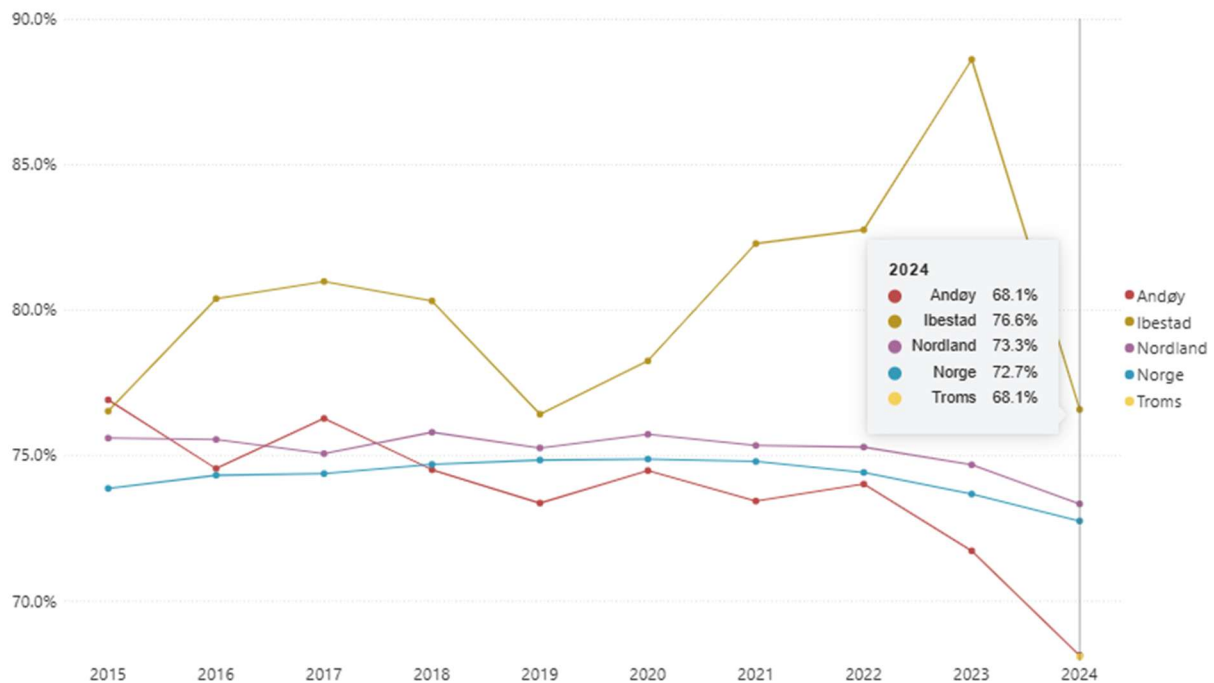
systematisk med å øke heltidsandelen allerede. Ansatte som ønsker høyere stillingsprosent får tilbud om dette, og turnusene optimaliseres fortløpende.



Andelen brukerrettede årsverk med helsekompetanse var i 2024 i Andøy 68,1%, noe som var lavere enn kostragruppen og landet (72,7%), og det har falt de siste årene²¹. Dette trenger ikke bety dårligere kvalitet/kompetanse for brukeren. Det kan bety at man har lykket med bedre oppgavedeling og tatt i bruk flere personer med ulik kompetanse i andre deler av tjenesten (f.eks. i ledelse og velferdsteknologi).

Valgt indikator: Årsverk med fagutdanning i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

• Andel brukerrettede årsverk med helsefaglig utdanning i kommunal omsorgstjeneste



4.1.2 Turnover: Potensiale for å redusere turnover

I Norge henger turnover sammen med alder i en U-form, det er høyest for de yngste og de eldste (> 60 år)²². Turnover er høyest innen helse/pleie/omsorg (14,5%) og har holdt seg stabilt siste tre år i Norge. Det er videre høyest for ufaglærte som assistent og pleiemedarbeider, kontra faglærte (helsefagarbeider 10,8% og sykepleier 12,5%). Ifølge Vista Analyse (2022²³) oppleves turnover verst i Nordland.

²¹ Helsedirektoratets [dashbord](#) for nasjonale kvalitetsindikatorer for kommunale helse- og omsorgstjenester.

²² KS: [Analyse om turnover for 2025](#)

²³ [Vista analyse rapport 2022-12 tapere og vinnere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.pdf](#)

I Andøy er turnover høyere enn i Norge og det har økt i helse/pleie/omsorg siste tre år²⁴. Høye tall skyldes i stor grad naturlig avgang (pensjonering) og utskiftninger i lederstillinger. Organisasjonen har vært gjennom en krevende strukturell endring fra to- til trenivåmodell.

Høyest turnover i Andøy (2024) var på ufaglærte (24,3%), dernest faglærte (15,9%) og høyere utdanning (10,2%).

Turnover Andøy	2022-2023	2023-2024	2024-2025	Øksnes	Norge
Helse/pleie/omsorg	11,2 %	15,4 %	16,9 %	15,4%	14,5 %

16,9 % turnover på 220 ansatte tilsvarer 37 personer som slutter hvert år.

Sammenlignet med Ibestad har Andøy et potensiale å ta ut på å redusere turnover. Ibestad har turnover på 5,2-5,5% på sine faglærte/høyere utdanning.



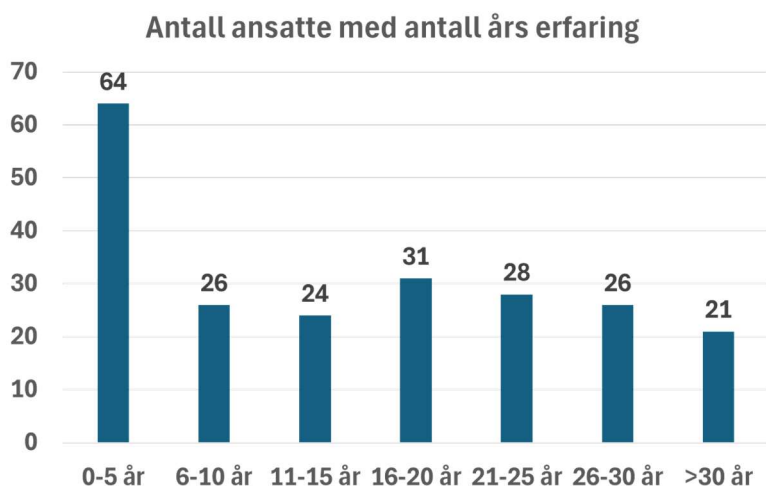
Turnover utgjør en kostnad, både økonomisk og for arbeidsmiljøet. Selv moderate forbedringer her har stor effekt, fordi høy turnover gir:

- Mer opplæring og «ikke-produktiv tid»
- Hyppigere bruk av vikarer
- Økt belastning på erfarne ansatte (som igjen driver fravær og turnover)

4.1.3 Mange pensjonister snart gir et bemanningsgap innen 10 år

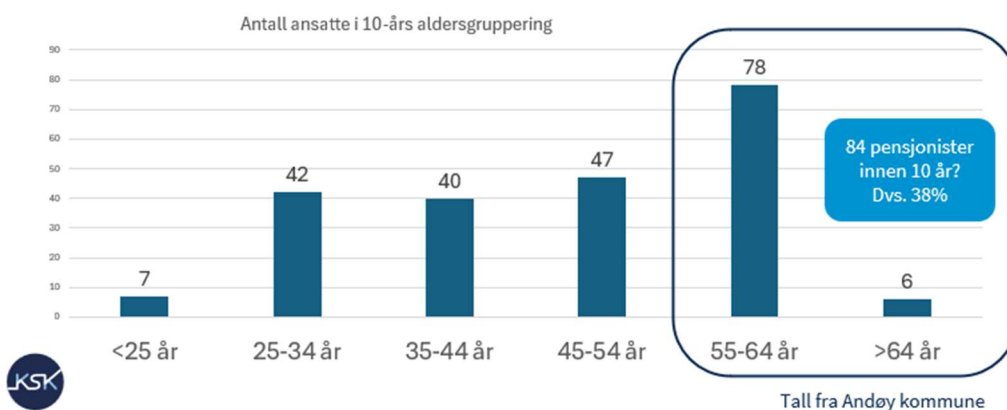
Andøy har mange ansatte med lang erfaring i helse og mestring. 71% (N=156) har jobbet i mer enn 6 år. Gjennomsnittlig antall års erfaring er 16 år hos kvinner og 9,4 år hos menn.

²⁴ KS: [Turnoverstatistikk](#)



Alderssammensetningen har endret seg vesentlig siste 10 år. For 10 år siden var det flest i alderen 40-54 år, nå er 55+ i overtall, etterfulgt av 15-39 år (SSB 07940). Gjennomsnittsalderen blant sysselsatte har gått oppover og vil fortsette å gjøre det fremover.

Følgelig er det også mange ansatte som nærmer seg pensjonistalder, og innen 10 år (2035) vil 84 personer (38%) ha passert denne, gitt at særaldersgrensen er 65 år og den gjennomsnittlige avgangsalderen i Andøy er 63,2 år. **Andøy vil altså trolig ha 84 personer færre kombinert med et økt behov for flere ansatte innen 2035.**



For Andøy vil det derfor være vesentlig å gjøre tiltak for å beholde flest mulig lengst mulig i jobb, både fordi det trengs ansatte fremover og fordi disse personene selv utgjør en del av forebyggingspotensialet. Videre har disse en trygghet og kompetanse som yngre kan ha behov for å nyte godt av i f.eks. mentor/fadderordninger (Fafø, 2023²⁵), særlig for de som ikke kan godt nok norsk enda.

Tiltak for å holde eldre i jobb lengst mulig er blant annet mer fritid, (redusert) fysisk og psykisk arbeidsbelastning, lønn (f.eks. pensjonistlønn²⁶), arbeidsoppgaver, verdsetting og bruk av kompetanse og tilpasset arbeidstid (Oslo Economics, 2023²⁷). Som en av informantene sa: «Vi har mange eldre ansatte. Vi må gjøre det lettere for dem å stå i jobb lengre. Vi må avlaste og hjelpe hverandre, ikke være så krevende, men konstruktivt bidra».

²⁵ Fafø 2023: Seniorer i pleie og omsorg [Faktaflak-01-pleie-og-omsorg.pdf](#)

²⁶ [Sykepleiere kan få høyere pensjonistlønn fra 1. januar](#)

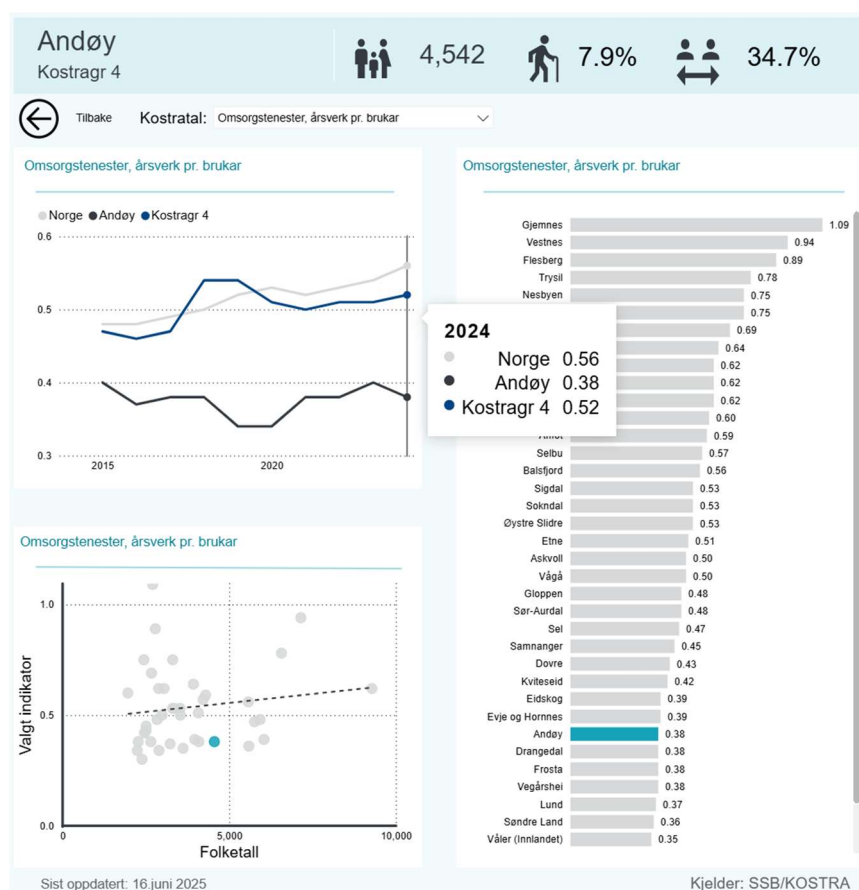
²⁷ Oslo Economics, 2023 [Hva motiverer eldre arbeidstakere i helse- og omsorgstjenesten til å stå lenger i jobb?](#)

4.2 Arbeidsbelastning og sykefravær

Arbeidsbelastning på ansatte er allerede høy og det er vesentlig å ta grep mens Andøy enda har personell, før det er for sent. Det kommer til å bli flere eldre, flere med demens, økt kompleksitet og færre ansatte per pasient/flere brukere per ansatt. Strekker man strikken for langt kan det føre til ansattflukt, slik man har sett andre steder.

En dårlig bemannet tjeneste (f.eks. alene på vakt) gir økt belastning, høyere turnover og lavere avgangsalder (helsepersonellkommissjonen). Derimot kan flere på vakt, oppgavedeling og fokus på kjerneoppgaver gjøre arbeidet mer spennende, øke trivsel og motivasjon – og derigjennom rekruttering.

I forvaltningsrevisjon utført av Deloitte i Andøy i mars 2024 kom det frem at det var 18 faste ansatte på Andøy sykehjem, mot en vaktplan som skulle tilsi 32 ansatte hvis alt skulle vært dekt. Det er da derfor forståelig at ansatte beskriver belastningen i perioder som så høy at terskelen for egenmelding går ned, særlig i forsterkede/ressurskrevende boliger. Som den ene sier: «Hvorfor skal jeg berge helsevesenet? Blir mye på de få, får ikke ferie». Etter denne revisjonen er det gjort vesentlige endringer i organiseringen for å bedre situasjonen og vi har resultater av dette har allerede vist seg i 2026 (se lengre ned).



Andøy har per i dag færre årsverk per bruker i omsorgstjenestene enn kostragr. 4 og landet (se figur over). Det kan derfor være aktuelt å spørre seg om en økt grunnbemanning kunne bedret arbeidsbelastningen og redusert sykefraværet, vikarbruk og overtid. Flere kommuner, som Andøy, bruker vikarer for å imøtekomme underdekningen, med tilhørende kostnad.

Økt grunnbemanning er allerede forsøkt/forsøkes på, men det er utfordrende å få til grunnet rekrutteringsproblemer. Vi anbefaler derfor tiltak for å redusere antall brukere og lokasjoner.

Sykefraværet i helse og mestring i Andøy har vært høyt (9,55 %), særlig på enkelte enheter (16,48 - 23,86 %). I 2025 mistet Andøy 4.106,6 dagsverk tilsvarende ca. 18 årsverk i sykefravær. Dette betyr at nær 1 av 10 planlagte dagsverk i helse- og mestringstjenestene ble ikke levert i 2025 og at flere måtte dekkes opp på annet vis. I 2024 Andøy hadde ca. 12 millioner i utgifter til overtid og vikarbruk.

Det er gjort vesentlige grep siste året for å bedre dette. Vikarbyrå ble avvirket våren 2025. Dagens vikarbruk består utelukkende av interne ansatte som benyttes på tvers av avdelinger. Systematisk nærværarbeid i samarbeid med BHT er gjennomført og sykefraværprosjektet vurderes som en suksess. Ved lokasjoner med historisk høyt fravær har man sett en reduksjon fra 20 % i januar 2025 til 6 % i januar 2026. Dette prosjektet danner nå malen for kommunens systematiske arbeid med nærvær og sykefraværsoppfølging. Dette bør videreføres for å redusere belastningen på personell, redusere behovet for vikar/overtid og bidra til bedre miljø og fleksibilitet i tjenesten. Det er grunn til å tro at større fagmiljø, mer samlokalisering og mer robuste turnuser kan ytterligere bidra i så måte.

Personalet er den viktigste ressursen. De må ha en levelig arbeidsbelastning, få tilført kompetanse, få mulighet til å utvikle seg og oppleve en hverdag som gir tilhørighet, mening og mestring. Lykkes man med det kan det føre til redusert sykefravær, at flere blir stående i jobb lengre og at nye får lyst til å komme til. Lavt sykefravær, lite deltid og lave turnover gir bedre tjenestekvalitet.

Selv en moderat reduksjon på 2 prosentpoeng samlet vil tilsvare rundt 860–900 flere leverte dagsverk per år, tilsvarende 4–5 årsverk i økt tilgjengelig kapasitet.

4.3 Rekruttering

NAVs bedriftsundersøkelse for 2025²⁸ avdekker at Troms og Nordland er de fylkene som i størst grad *ikke* lykkes med å få tak i ansatte (figur under). Det er og vil bli størst mangel på arbeidskraft innen helse, pleie og omsorg, hvilket vil gjøre det utfordrende å sørge for gode pleie- og omsorgstjenester i distriktskommuner (NOU 2020: 15²⁹). I en slik situasjon kan kommuner komme til å by over hverandre, men det er ikke ønskelig ifølge en informant: «Vi må tenke regionsvis på folk og kompetanse, ikke drive med kannibalisme».

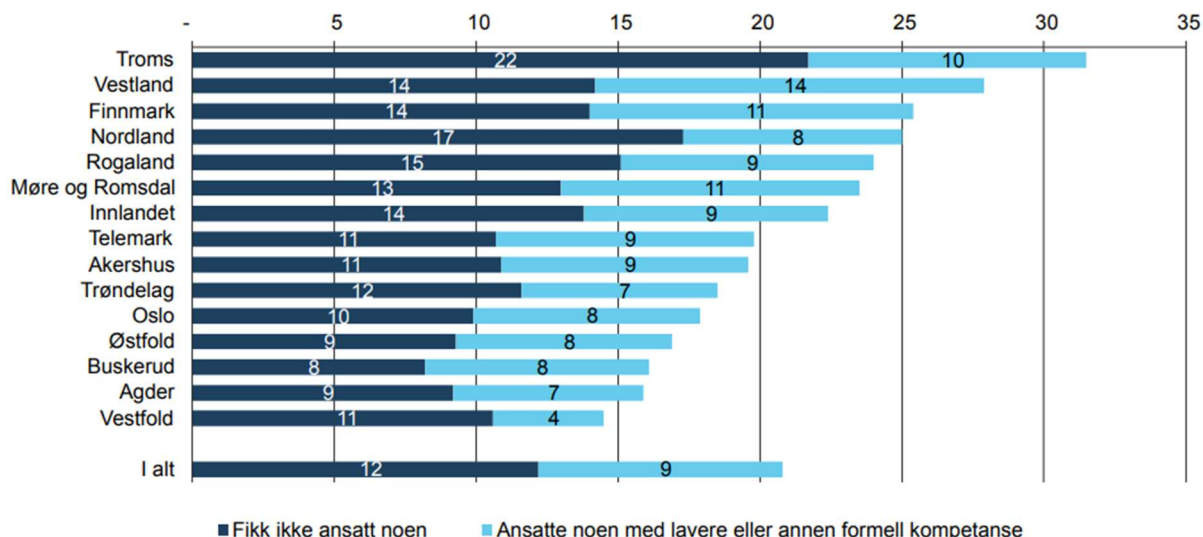
Rekruttering fra egne rekker/innbyggere blir derfor viktig. Som informantene sa: «Vi må bli flinkere til å gi ungdom en sjanse og rekruttere de inn. Det har vi gjort på sommeren og det har vært kjempe suksess!», også de som ikke er helsepersonell; «Vi må bruke flere uten utdanning. Det kan være inngangsporten til mange». For å lykkes er det vesentlig med tilhørighet til noe mer: «De unge er opptatt av fagmiljø, fritidstilbud og mulighet til utvikling».

²⁸ NAVs bedriftsundersøkelse 2025: <https://kudos.dfo.no/documents/402505/files/48225.pdf>

²⁹ [NOU 2020: 15 - regjeringen.no](#)

Dette vil være i tråd med Statsforvalterens beregning av arbeidskrafts behov fremover som tilsier at en større andel av de i yrkesaktiv alder (20-66 år) må jobbe i helse³⁰.

Figur 1. Virksomheter som ikke har lyktes i å rekruttere, eller har måttet ansette noen med lavere eller annen formell kompetanse enn de søkte etter, etter fylke. Prosent



Kilde: Navs bedriftsundersøkelse (2025)

Helse og mestring har lyktes med å rekruttere og utdanne flere helsearbeidere siste årene i samarbeid med Voksenopplæringen og integrering.

Andøy har også lyktes med å rekruttere noen fra Spania siste årene. De har blitt godt verdsatt og har gjort en god jobb, men det har vært noen språkutfordringer samt kortere varighet enn andre ansatte. Arbeidsinnvandring er vesentlig for mange kommuner, selv om Helsepersonellkommissjonen ikke anbefaler import av helsepersonell fra utlandet.

Informantene ønsket ikke å bli en pendlerkommune: «Bekymret for å bli en kommune der folk pendler, at vi ikke bruker de tilbudene vi har. Må bli flinkere til å by på oss selv og vise frem det vi får til – for vi får til masse!»

De avgjørende faktorene vil være: 1) Økt utdanning av egne helsearbeidere, 2) Økt innsats for å beholde og (gjen)rekruttere helsepersonell og 3) Fortsatt arbeidsinnvandring. For selv om man skulle lykkes med en friskere aldring og økt sosial omsorg vil det neppe gjøre opp for mangelen på pårørende og/eller redusere behovet for tjenester (bare utsette det)³¹.

Anbefaling: Fokuser på å beholde, utvikle og rekruttere i egne rekker.

³⁰ Statsforvalteren | Selvbetjeningsløsning for datavarehuset

³¹ Kan friskere aldring og økt familieomsorg veie opp for lavere tilgang på offentlige helse- og omsorgstjenester?. (2024). Michael, 21(1). <https://doi.org/10.5617/michael.10950>

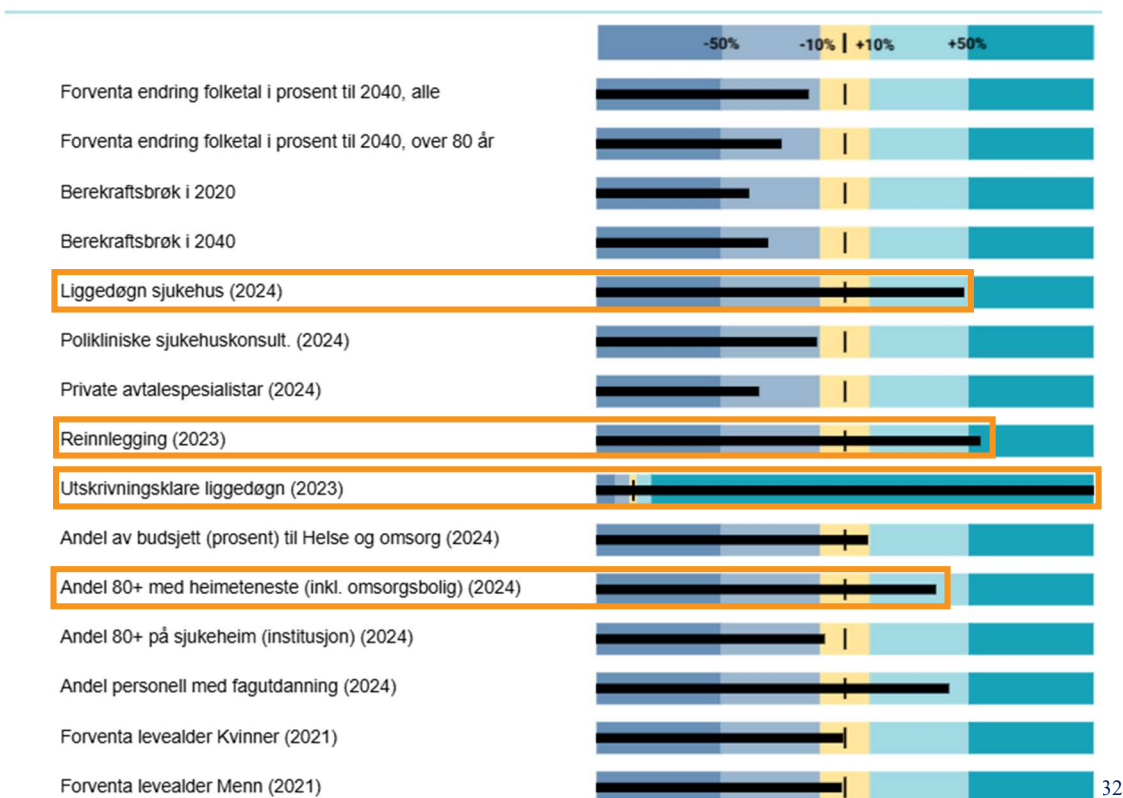
5. TJENESTEPROFIL: HJEMMETJENESTE OG INSTITUSJON

Sammendrag: Høy bruk av institusjons- og hjemmetjenester

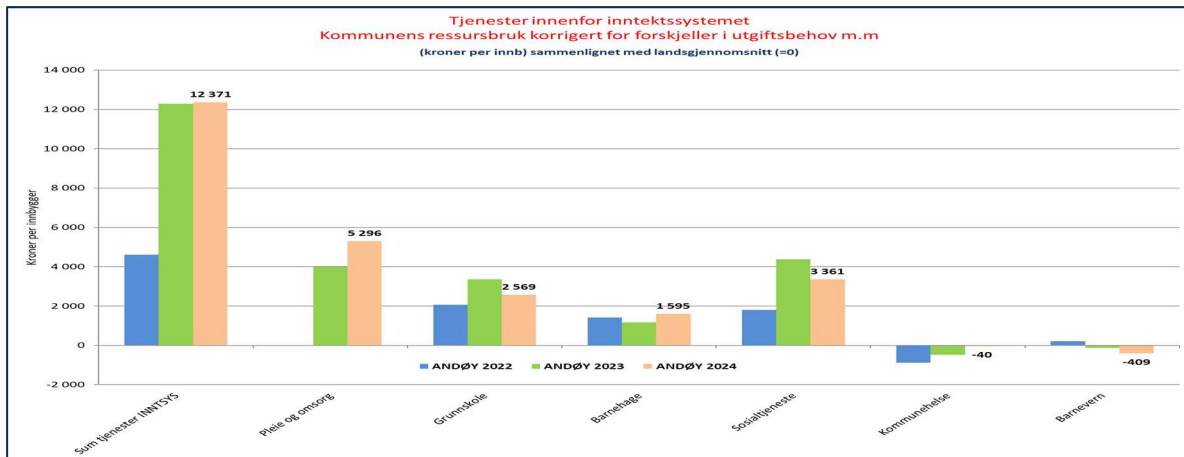
Andøy har betydelig høyere andeler brukere av hjemmetjenester for alle aldersgruppene (0-66 år, 67-79 år og 80 år+), høyt sykehjemsbelegg (over 100 %) og lav institusjonsdekning. Dette bidrar trolig til flere liggedøgn og reinnleggelser i sykehus.

Samhandlingsbarometeret (2024) viser at Andøy ligger vesentlig over landsgjennomsnittet på liggedøgn, reinnleggelser og andel 80+ med hjemmetjenester (inkludert omsorgsbolig), samtidig som kostnadene per innbygger er høye.

Nøkkeltal samanlikna med Norge



Figuren under viser hvordan de store tjenestene prioriteres, dvs. tjenestenes ressursbruk korrigert for forskjeller i avskrivninger, pensjon, arbeidsgiveravgift og objektivt utgiftsbehov. Figuren viser at Andøy bruker 5.296 kroner mer per innbygger i 2024 på pleie og omsorg enn landsgjennomsnittet, noe som tilsvarer 24,1 mill. kr.



Noe av det som koster mest er årsverk og Andøy har flere årsverk i helse/omsorg per 10.000 innbygger enn Kostragr. 4 og landet. Noe som kanskje er naturlig gitt at det er flere eldre og flere får tjenester.

Avtalte årsverk innen omsorgstjenestene per 10.000 innbyggere ³³

	2020	2021	2022	2023	2024	Omregnet til 4562 innb.
Andøy	372,8	386,9	386,3	415,4	409,6	= 187 (2024)
Gj.s. landet	360,32	362,6	363,13	367,79	373,36	= 170 (2024)



5.1 Hjemmetjenester

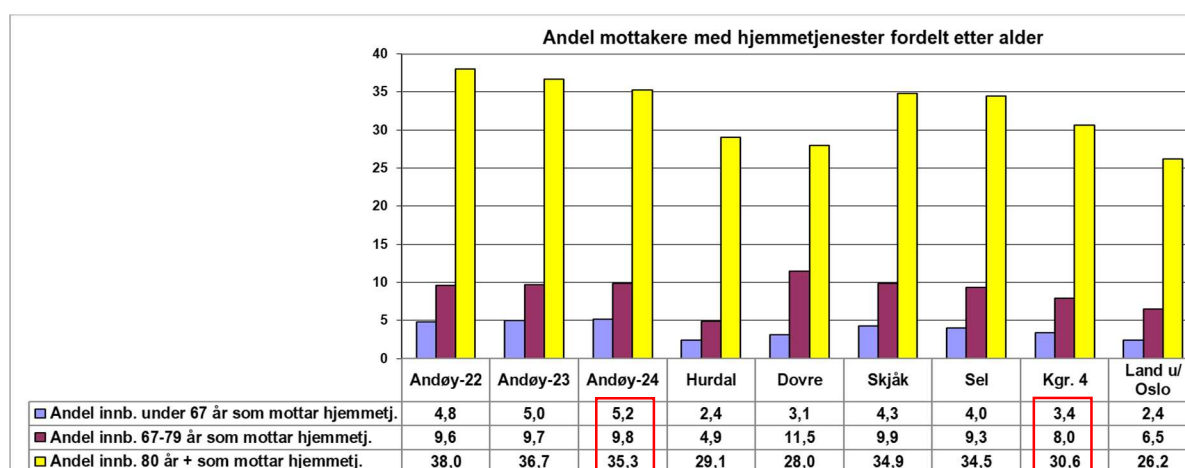
Tjenesteprofil – lav terskel og høy belastning

I en tjenesteprofilanalyse er det avgjørende å skille mellom:

- Hvor mange som får tjenester (mottakerandel)
- Hvor mye tjeneste hver mottaker får (timer per uke)
- Hvilke oppgaver som utføres av helsefaglig personell, og hvilke som kan løses på andre måter

Høy mottakerandel i hjemmetjenesten

Figuren under viser andel mottakere av hjemmetjenester i tre ulike aldersgrupper. Med hjemmetjenester menes følgende IPLOS-tjenester: 1 Praktisk bistand - daglige gjøremål, 2 Praktisk bistand - opplæring - daglige gjøremål, 3 Praktisk bistand - brukerstyrt personlig assistanse BPA, 7 Avlastning - utenfor institusjon, 11 Omsorgstønad, 15 Helsetjenester i hjemmet. Miljøtjenesten inngår i alt dette. Datakilde: Helsedirektoratets IPLOS-KPR-register.

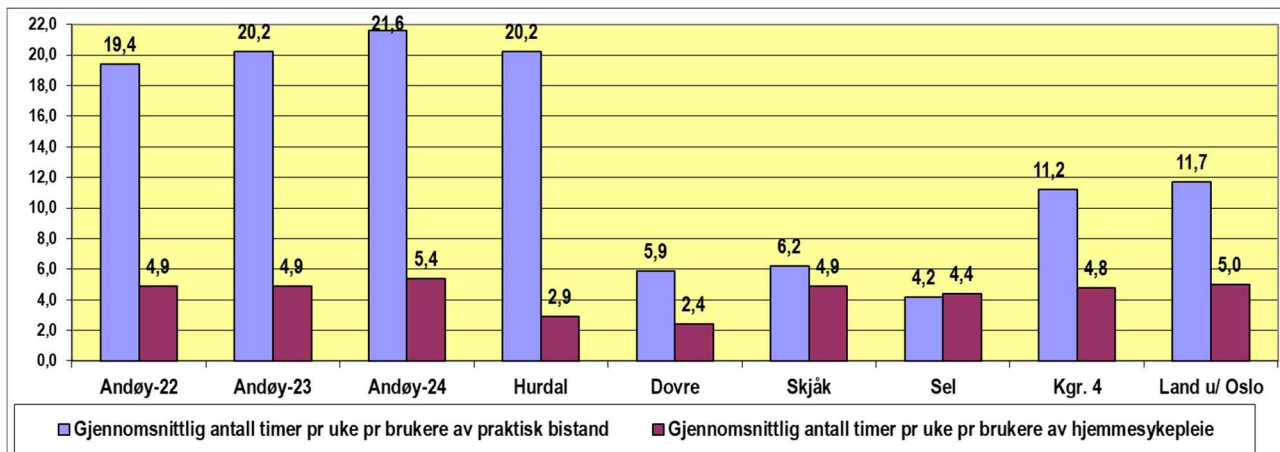


Figuren over viser at Andøy har, sammenliknet med KOSTRAgr. 4, en meget høy andel mottakere i aldersgruppen 0-66 år (5,2%), litt høyere andel mottakere i aldersgruppen 67-79 år (9,8%) og en høyere andel mottakere i aldersgruppen 80 år+ (35,5%).

Figuren viser dermed at Andøy har flere brukere med hjemmetjenester enn det som er gjennomsnittet for KOSTRAgruppe 4. Det kan indikere at kommunen har en «lav terskel» for å tildele hjemmetjenester og betyr at kommunen må levere tjenester til flere personer parallelt – også når bemanning og økonomi er presset.

I praksis fører det til at omfanget av hjemmetjeneste som kan gis i ytterstedene begrenses til 1-2x/dag og lite kveld/helg, og at det tidvis innføres høyere omsorgsnivå enn nødvendig for å imøtekomme behovet (f.eks. flytter bruker inn på sykehjem).

Figuren under viser hvor mange timer i gjennomsnitt hver bruker får av utvalgte hjemmetjenester pr uke:



Vi ser av figuren at Andøy (5,4t) ligger litt over KOSTRAgruppe 4 (4,8t) når det gjelder timer til hjemmesykepleie, men nesten dobbelt så høyt (21,6 vs 11,2t) når det gjelder timer til praktisk bistand (tjenestetype 1, 2 og 3). Det er også vesentlig høyere enn nærliggende kommuner:

2024	Andøy	Øksnes	Evenes	Sortland	Landet u/o	Kostragr.4
Praktisk bistand, gj.s./uke	21,6	10,6	7,1	4,9	11,7	11,2

I drift betyr dette at en større del av kommunens helsefaglige kapasitet brukes på daglige gjøremål og praktiske oppgaver. Det er ukjent for oss om det tas betalt for praktisk bistand slik det kan gjøres, men vi har indikasjoner på at dette ikke gjøres fullt ut. Således er det trolig også et økonomisk potensial her som bør ses på.

Hva dette betyr for prioritering:

- Når praktisk bistand ligger nær 2x nivået i sammenliknbare kommuner, er det et tydelig signal om at det finnes et betydelig potensial for omstilling via oppgavedeling (ikke nødvendigvis «kutt i tjenester», men å flytte praktiske oppgaver bort fra helsefaglig personell og ut i andre sektorer).
- Det gjør også at en strengere forventningsavklaring (tilrettelegging i hjemmet, hjelpemidler, teknologiske løsninger) vil ha større effekt i Andøy enn i kommuner som allerede har et lavere nivå.
- Det er forståelig at innbyggerne velger kommunen fremfor private eller frivillige aktører når det ikke alltid tas betalt for de tjenestene som faktisk gis. Kommunen bør i større grad samarbeide med og fremme andre relevante aktører.

Av erfaring fra andre kommuner, og enkelte utsagn i Andøy, kan det være manglende samsvar mellom oppgitte timer hjemmetjeneste og praktisk bistand (vedtak) og faktisk timer gitt i gjennomføring, dette bør vurderes gjennomgått.

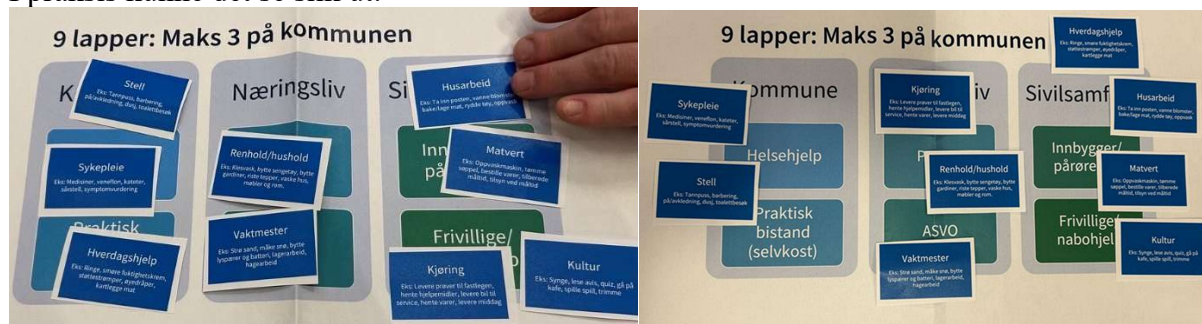
Anbefaling: Andøy bør redusere praktisk bistand tilsvarende nivået i andre kommuner, ta betalt for de tjenestene som gis og samarbeide mer med private og frivillige aktører.

På folkemøtet skulle innbyggerne fordele ni oppgaver på tre sektorer. Resultatet er vist under. Det fremkommer tydelig hvordan de mener fordelingen bør være: Helsetjenesten i kommunen bør ta ansvar for sykepleie, stell og hverdagshjelp, næringslivet bør ta renhold, vaktmester og

kjøring og sivilsamfunnet kan ta kultur, matvert og husarbeid. Det var totalt 9 bord. Antallet indikerer hvor mange som valgte de ulike alternativene (mangler 1 bord).

Kommune	Næringsliv	Delt næring/frivillig	Sivilsamfunn
Sykepleie 8 Stell 8 Hverdagshjelp 6 Kjøring 1	Renhold 7 Vaktmester 6 Kjøring 4 Matvert 2 Husarbeid 1	Husarbeid 2 Kjøring 1 Vaktmester 1 Renhold 1	Kultur 8 Matvert 6 Husarbeid 4 Kjøring 1 Hverdagshjelp 1

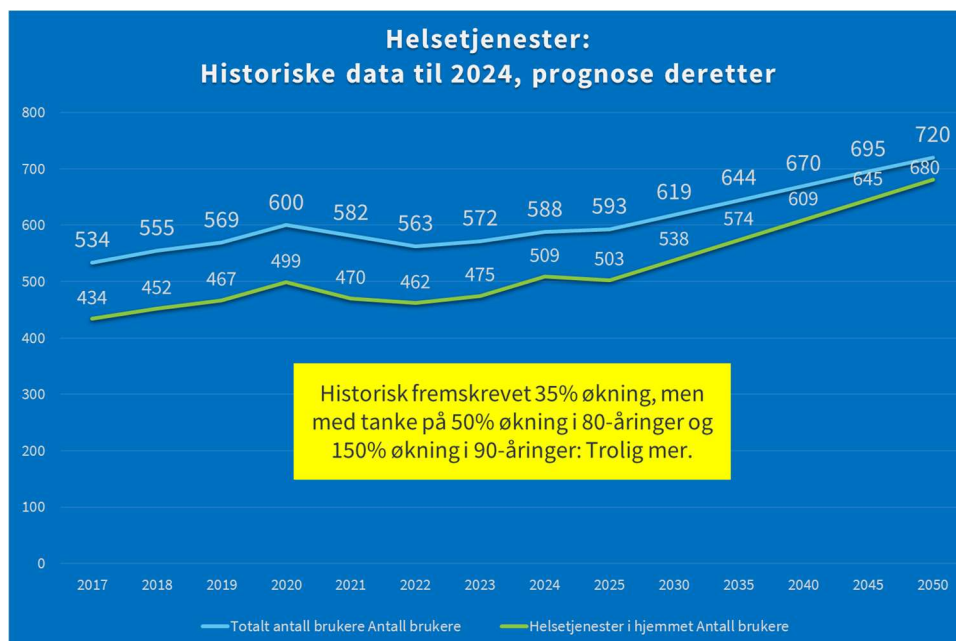
I praksis kunne det se slik ut:



5.1.1 Flere mottakere fremover, helsepersonell kan ikke gjøre alt

Dersom vi legger historiske data fra Andøy til grunn fra 2017 til 2024³⁴, og fremskriver disse matematisk, viser tallene at Andøy kan forvente 35 % økning i antall brukere av kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester, og 57 % økning i antall brukere av helsetjenester i hjemmet (figur under).

Tatt i betraktning at det blir en økning på 50 % 80-åringere og 150 % 90-åringere, vil antall brukere trolig øke mer enn det historien tilsier – dersom dagens tildelingspraksis videreføres og ikke vesentlige tiltak gjøres for å begrense antall brukere og tjenester fremover.



³⁴ [Antall brukere av kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester - FHI Statistikk](#)

Hvis vi derimot legger SSBs befolkningsframskriving for Andøy til grunn og kombinerer den med nasjonal tildelingspraksis ville det for Andøy kunne sett slik ut (tabell under), som samsvarer med Statsforvalterens beregning av tjenestebehov fremover for Andøy³⁵:

Alder	Tj.m. ³⁶	2024	2025	2030	2040	2050
0-17	1,90 %	14,9	14,8	14,3	13,8	13,5
18-49	3,70 %	57,8	58,0	58,4	57,0	52,7
50-66	4,60 %	49,5	50,0	46,5	40,8	43,9
SUM 0-66		122,1	122,8	119,2	111,7	110,0
67-79	12,50 %	99,4	96,5	91,4	96,4	82,6
80-89	42,70 %	124,7	131,1	161,8	159,7	186,6
90+	87,10 %	40,1	42,7	57,5	97,6	101,0
SUM 80+		164,8	173,8	219,3	257,3	287,6
SUM		386,3	393,1	429,9	465,3	480,3

Hadde Andøy hatt samme tildelingspraksis per aldersgruppe som nasjonalt³⁷ ville det vært 386 tjenestemottakere i 2024, mot de 588 som var. I 2050 ville det vært 480 tjenestemottakere mot de 720 som nå kan forventes - hvis dagens praksis videreføres.

Helt konkret bør det derfor ses på hvordan antall tjenestemottaker kan reduseres nærmere nasjonal standard og om noen av tjenestene, som praktisk bistand til daglige gjøremål og matombringing, kan ordnes av innbyggerne selv eller leveres av noen utenfor helsetjenesten og/eller uten helsefaglig utdanning. Potensielt antall brukere av disse tjenestene er 20% (det anses sannsynlig at det er de samme personene som mottar begge tjenestene):

2024	Totalt	Praktisk bistand, daglige gjøremål	Matombringing
Antall brukere	588	122 (20,1%)	118 (20%)

20 % færre brukere i 2040 i dagens praksis vil utgjøre 134 personer (N=670), noe ville tilsvart at totalnivået på antall brukere ble 536 brukere, altså færre enn dagens nivå. Tilsvarende ville tallet i 2050 blitt 576 brukere. Dersom en slik omlegging gjøres, kan man altså sikte mot en stabilisering av dagens nivå.

Som den ene informant sa: «Vi må ta mer ansvar for å ta vare på de gamle. Kan ikke forvente at kommunen skal ordne alt. Jeg kunne kjøpt noen av de praktiske tjenestene».

Dette vil være i tråd med Helsepersonellkommissjonen som anbefaler styrking av næringslivet og bruk av arbeidskraft i andre sektorer for å finansiere velferden og styrke beredskapen (NOU 2023:4). Som den ene ansatte sa: «Vi måker mye snø og kjører mat. Jeg savner en ambulerende vaktmestertjeneste som kan passe på, måke trappa, gjøre enkel praktisk bistand og kjøre ut mat i helg og helligdager».

En tidligere kartlegging i Andøy (Deloitte, 2024) har funnet ut at 43,8 % av de ansatte hadde oppgaver de mente andre yrkesgrupper kunne gjort f.eks. kjøkken, vasking, stell, aktivisering og tilsyn. Tilsvarende har man også funnet i andre kommuner. I Nordre Follo fant man at inntil 54 % av oppgavene kunne gjøres av ufaglærte, og i en annen undersøkelse kom det frem

³⁵ [Statsforvalteren | Selvbetjeningsløsning for datavarehuset](#)

³⁶ [Tjenestemottakere og befolkning - Helsedirektoratet](#)

³⁷ [Tjenestemottakere og befolkning - Helsedirektoratet](#)

at 70 % var enig i at de bruker for mye tid på oppgaver som kunne vært gjort av ansatte med lavere kompetanse (Vista Analyse, 2022). Samme undersøkelse viste også at sykepleiere som har tilgang til støtteressurser som renhold, vaktmesteroppgaver og administrative oppgaver, vurderer ressursbruken mer hensiktsmessig. Flere kommuner har f.eks. opprettet nye stillinger for ikke-faglærte³⁸ og begynt å ansette egne matverter, inkludere vekstbedriften i oppgaveløsning i institusjon og administrere frivillige matkjørere.

Anbefaling: Andøy bør fortsette med oppgavekartlegging, aktivt kutte ut enkelte oppgaver og se på hvilke som kan gjøres av andre. Det bør også vurderes nye typer ansettelser som er rimeligere og lettere å få tak i enn helsepersonell.

Flere samtaler peker på behovet for å tydeliggjøre inngangskriterier for praktisk bistand og hjemmehjelp. Eksempler som går igjen, er:

- Forventninger om å ta vare på egen helse og alliere seg med andre. F.eks. være aktiv, gjøre naboavtaler og ha GPS-klokke/app som varsler (f.eks. for soner eller faller).
- Forventning om at egen bolig er tilrettelagt f.eks. har oppvaskmaskin, robot-støvsuger og ulike hjelpemidler (håndtak, regulerbar stol/seng, dørlås osv.) og/eller at andre boalternativer er vurdert.
- Forventninger om at man bruker private tjenester (post/pakkehenting, snømåking, rengjøring) og får varer levert hjem (matvarer, apotekvarer).
- Forventninger om at man bruker frivillige tjenester f.eks. følgetjeneste og andre offentlige tilbud først (f.eks. tt-kort, taxi, skolebuss).
- Klare grenser for hva som er helsehjelp og hva som er praktisk bistand.

Manglende forventningsavklaring bidrar til høyt volum av tjenester med lav helsegevinst, som trolig kunne vært gitt av andre enn helsepersonell.

Det er mange år siden kommunens kriterier for tjenestetildeling sist ble behandlet av kommunestyret. Kommunalsjefene i Vesteråsregionen utreder for tiden en felles interkommunal modell for tjenestekontor og vedtakstjenester mellom Andøy, Øksnes, Bø og Sortland. Arbeidet forventes ferdigstilt i 2026 med mål om å redusere sårbarhet, sikre mer likeverdige prioriteringer og styrke fagmiljøene. Her vil det arbeides med universell utforming med tanke på tjenestetildeling.

Data fra organisasjonsdatabasen³⁹ tyder på at Andøy har mindre interkommunalt samarbeid enn andre. På en skala fra 0 til 1 skårer Andøy 0,21. Hvilket ikke er mye lavere enn Øksnes, Hurdal og Sortland (0,25), men likevel lavere enn kostragruppen (0,5). Vi støtter Andøys pågående prosess og oppfordrer til mer interkommunalt samarbeid på flere områder.

Kommune	Interkommunalt samarbeid	Skår ift. KOSTRA-gruppe	KOSTRA-gruppe
Andøy	0,21	-0,07	04

Anbefaling: Andøy bør aktivt informere innbyggerne om hvilke forventninger de har til dem og hvilke muligheter innbyggerne har for å ta aktive og forebyggende grep selv. Mer interkommunalt samarbeid på flere områder bør også vurderes.

³⁸ [Nye stillinger for ikke-faglærte i pleie- og omsorgstjenestene | Fafo-rapport 2025:08](#)

³⁹ Legard, S., Danielsen, O. A., Kårtvedt, L., Monkerud, L. C.; Tvedt, K. (2025). [Organisasjonsdatabasen 2024](#) (kommunal organisering) (Versjon 1) [Datasett]. Sikt - Kunnskapssektorens tjenesteleverandør. <https://doi.org/10.18712/NSD-NSD3279-V1>

5.1.2 Transport og ressursbruk

Andøys spredte bosettingsstruktur gir utfordringer knyttet til transport, responstid og effektiv ressursbruk. Tidvis kan også veiene være stengt grunnet dårlig vær, noe som kan føre til enda lengre omkjøring og/eller man må holde redusert fart grunnet mye elg.

I intervjuene kom det frem en god del om kjøring som indikerte at det var ønskelig å redusere kjøretiden for de ansatte og lage nye ordninger slik at pasienttilbudet ble bedre: «*Det verste vi gjør er at arbeiderne sitter mye i bil*» og «*Vi blir friskere hvis vi kommer oss ut, men kjøretiden tar tiden fra selve aktivitetstilbudet, så da blir det ikke aktuelt. Kunne vi løst kjøringen på annen måte så flere kunne blitt hentet og fått være med?*». Nye idéer dukket også opp som «*Kan noen av hjemmetjenestene gis på dagtilbudet på Åse?*». I intervjuer og på arbeidsverksted kom det også frem mangel på kommunale tjenestebiler i hjemmetjenesten, særlig i nord hvor det er større mulighet for oppgavedeling.

Kartlegging i hjemmetjenesten sør har vist at de bruker ca. 6,5 time på kjøring på fire ansatte, noe som tilsvarer 98 min/ansatt. Hvis vi ser dette opp imot en rapport fra Helsedirektoratet⁴⁰, som forventet at reisetid i hjemmesykepleien i Andøy ville utgjøre 35%, og en tabell fra Aust-Agder Revisjon IKS⁴¹, ser vi at kjøretiden i Andøy ikke utgjør mer enn litt over 20 %. Det tilsvarende reisetiden i mer sentrale strøk i Norge. Andre kommuner har som mål å redusere kjøretiden til under 25%, dette virker allerede oppnådd i Andøy.

Tabell 17. Helsedirektoratets beregning av reisetid i hjemmesykepleien

	Andel reisetid	Antall kommuner	Kjennetegn ved kommune
Reisetid gruppe 1	20 %	326	Reisetid under 10 min til k.senter
Reisetid gruppe 2	27,5 %	58	Reisetid over 10 min til k.senter, under 15 km til sonesenter
Reisetid gruppe 3	35 %	34	Reisetid over 10 min til k.senter, mellom 15 og 25 km til sonesenter
Reisetid gruppe 4	40 %	10	Reisetid over 15 min til k.senter, mellom 25 og 32 km til sonesenter

Arbeidsdag	20%	27,5%	35%	40%
7 timer	84 min	115 min	147 min	168 min
7,5 time	90 min	124 min	158 min	180 min

I tallene over er ikke uforutsette ting som dårlig føre, stengte veier, behov for å hente ekstra utstyr, måke, koste biler, fylle drivstoff osv. inkludert. Så på enkelte dager kan kjøretiden være høyere. Videre kan den relativt sett lave kjøretiden i Andøy skyldes at man allerede har innskrenket hvor mye hjemmetjenester man gir lengst ut i distriktet og at man i sør har avtaler om at nabohjelp kan utløses dersom trygghetsalarmen går. Det er ukjent om det er tilsvarende i nord.

Selv om det relativt sett brukes lite tid på kjøring går det likevel på bekostning av direkte brukerrettet tid og kapasitet i tjenesten. Dersom Andøy skulle få en nedgang i antall ansatte, tilsvarende andre distriktskommuner, kan man ikke se bort fra at man må innskrenke tilbudet om hjemmetjenester ytterligere og avgrense det vesentlig og til noen få angitte soner.

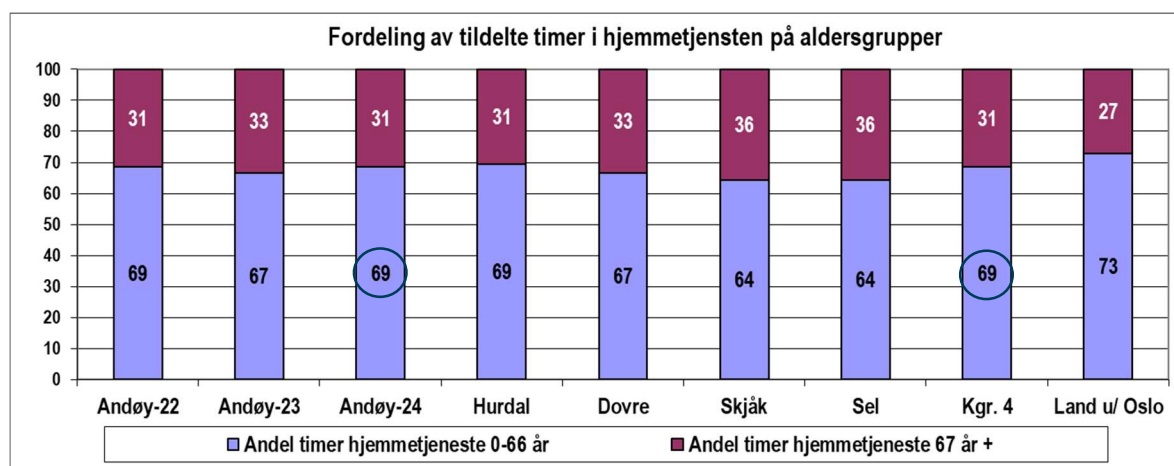
⁴⁰ [Statlig finansiering av omsorgstjenester 2019-2022](#)

⁴¹ <https://www.sk-revisjon.no/wp-content/uploads/2023/03/17.pdf>

Det pågår i 2026 en omstilling i måten det arbeides på i hjemmetjenesten og det er for tidlig å si noe om det faktiske behovet for kjøretøy, særlig dersom man får til å redusere hvor mange som får hjemmetjeneste og/eller praktisk bistand. Videre kan ansatte starte dagen hjemmefra (f.eks. i Forfjord), dersom det er riktig kompetanse til rett pasient og det ikke trengs medisiner eller annet som ikke skal oppbevares i privat bil og hjem.

5.1.3 Mest timer til yngre omsorg 0-66 år

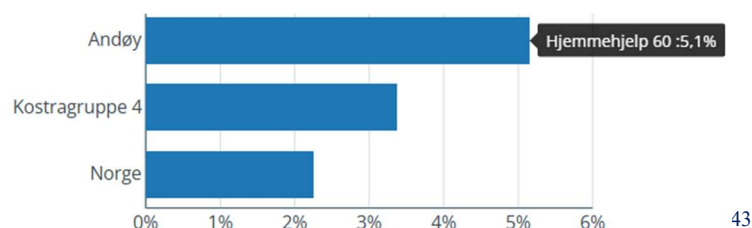
Den prosentvise fordelingen av timer mellom yngre 0-66 år (69%) og eldre 67 år+ (31%) er den samme andelen som KOSTRA gruppe 4.



Det til tross for at andelen brukere 0-66 år (46,6%) av hjemmetjenesten i 2024 var lavere enn kostragr. 4 (50,1%) og landet u/Oslo (48,1%)⁴². Det kunne tydet på at det er færre brukere som får flere timer pga høyere bistandsbehov, men Andøy gir hjemmetjenester til flere 0-66 år enn nabokommunene og færre timer i uken. At det gis færre timer er forståelig gitt at brukerne har mindre bistandsbehov (se tabell under), men det er uklart hvorfor det er så mange som får.

2024 – Antall/andel	Andøy	Øksnes	Evenes	Sortland	Landet u/o	K.gr.4
Brukere 0-66 år	176	154	27	218		
Gj.s.t/uke hj.t. 0-66	9,0	13,7	12,6	11,0	14,7	13,3
Omfat. bi.behov	18/10,2%	21/13,6%	-	55/25,2%		
Middels bi.behov	28	42	12	49		
Noe bi.behov	92	82	8	105		

Det er altså en svært høy andel av befolkningen 0-66 år (5,1%) som får hjemmehjelp og det er flere enn kostragruppen (3,4%) og landet u/Oslo (2,5%).



⁴² [Statsforvalteren | Selvbetjeningsløsning for datavarehuset](#)

⁴³ [Kostra analyse](#)

5.1.4 Omsorgsboliger som «skjult institusjon»

Et sentralt funn er at flere av kommunens omsorgsboliger i praksis fungerer som institusjon.

Tross at Andøy har færre med omfattende bistandsbehov 0-66 år, har de altså like mange timer i prosent som andre kommuner. Det antas at flere av timene gis i bolig. Andøy har 18 personer 0-66 år med omfattende bistandsbehov, og 19 heldøgns plasser til aldersgruppen.

Dette vises også i Framsikt hvor det fremgår et vesentlig teoretisk potensial⁴⁴ for å redusere 257 Hjemmetjeneste bofellesskap til fordel for å øke 258 ambulerende virksomhet noe.

2024 – prosent	Andøy	Øksnes	Evenes	Sortland	Landet u/o	Kostragr.4
Netto driftsutg. 257 bofellesskap justert for utgiftsbehov	10,9	9,2	7,9	7,1	8,5	7,1

Når miljøarbeidertjenestens boliger er spredt ut på tre ulike steder er det vanskelig å få til delt bemanning på tvers av brukere og boliger, som i andre kommuner gir vesentlige effektivitetsgevinster. Vi støtter Andøy i at det vil være lurt å gå ned i antall lokalisasjoner⁴⁵ og avhende flere lokaler for å få en mer økonomisk bærekraftig tjeneste. Særlig mtp at det forventes en nedgang i antall brukere 0-66 år frem mot 2050. Alternativt bør det vurderes å omgjøre miljøboliger til eldreboliger (f.eks. på Åse) for å imøtekomme økningen i den aldersgruppen.

Samlokalisering i miljøtjenesten er juridisk utfordrende. Statsforvalteren har påpekt at økonomi ikke er gyldig grunnlag for flytting, da tjenester skal leveres der brukeren bor. Kommunen jobber derfor aktiv med *frivillighet* som hovedstrategi. Dette gjøres ved å legge til rette for tjenester i private boliger og ved å oppfordre til frivillig flytting for å samle miljøtjenesten på en faglig forsvarlig måte.

Andøy har nylig (02.02.26) iverksatt ambulerende nattevaktjeneste under hjemmetjenesten for å sikre 24-timers beredskap i hele kommunen. Det er en viktig forutsetning for å kunne tilby mer hjemmebaserte tjenester og effektiv bruk av personell på tvers.

Anbefaling: Andøy bør redusere andelen av befolkningen som får hjemmetjenester i både eldre og yngre omsorg, samt samlokalisere flere brukere for mer effektiv drift.

5.2 Institusjon og heldøgns omsorg

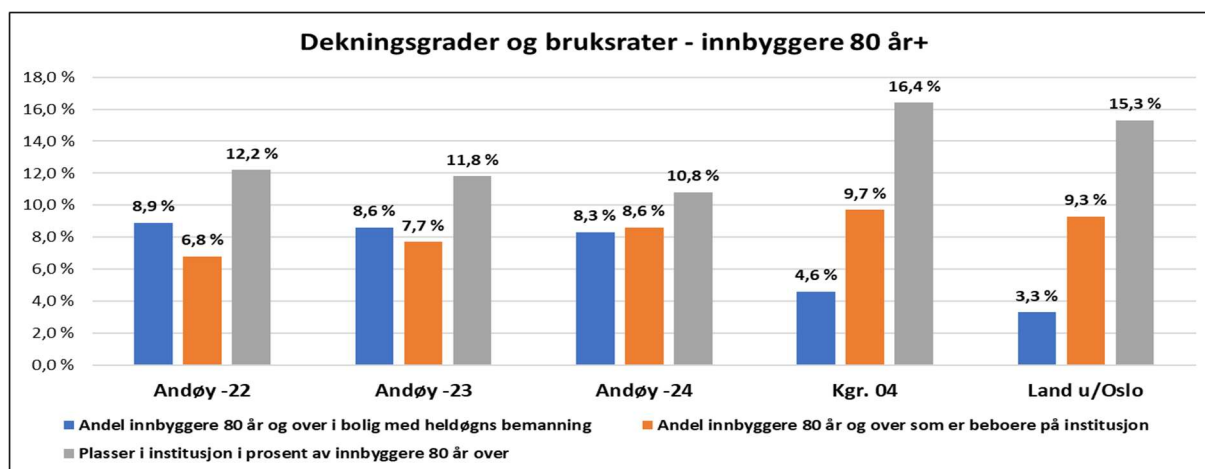
Institusjonsplasser og heldøgns omsorg – struktur og kapasitetsutnyttelse Lav dekningsgrad institusjon og mange heldøgnsbemannede boliger

Andøy har valgt en tjenesteprofil med relativt **lav institusjonsdekning** (10,8 % institusjonsplasser per innbygger 80+ i 2024) og relativt **høy andel 80+ i boliger med heldøgnsbemanning** (8,3 %), som samlet gir en «presset» og lite fleksibel institusjonskapasitet.

⁴⁴ Viser 32,2 millioner, men det er en del avvik på føring på enkelte kommuner.

⁴⁵ [Politiske spørsmål og svar](#)

Figuren under viser andeler av innbyggere 80 år+ i boliger med heldøgns bemanning, som er beboere på institusjon og hvor mange institusjonsplasser kommunen har i fht. aldersgruppen 80 år.



De blå søylene viser at Andøy har 8,3% av innbyggere over 80 år i boliger med heldøgns omsorg. Dette er nesten en dobbelt så høy andel som KOSTRAGRUPPEN. Andelen ventes å øke ytterligere når nye leiligheter i Andenes står ferdig høsten 2026. De oransje søylene viser %-andelen innbyggere over 80 år som er beboere på institusjon. Andøy har en andel på 8,6% i 2024 og dette er en litt lavere andel enn KOSTRAGRUPPE 4 (9,7%). De grå søylene viser institusjonsplasser i % av innbyggere 80 år+. Andøy har 10,8% og dette er en mye lavere andel enn KOSTRAGRUPPE 4 (16,4%). Dette betyr en lavere tilgjengelighet til institusjonsplasser enn KOSTRAGRUPPE 4, men det bør sees i sammenheng med at Andøy har en mye høyere tilgjengelighet til boliger med heldøgns omsorg.

2024	Andøy	Øksnes	Evenes	Sortland	Landet u/o	Kostragr.4
Plasser inst./80+	10,8	18,4	21,3	15,2	15,3	16,4

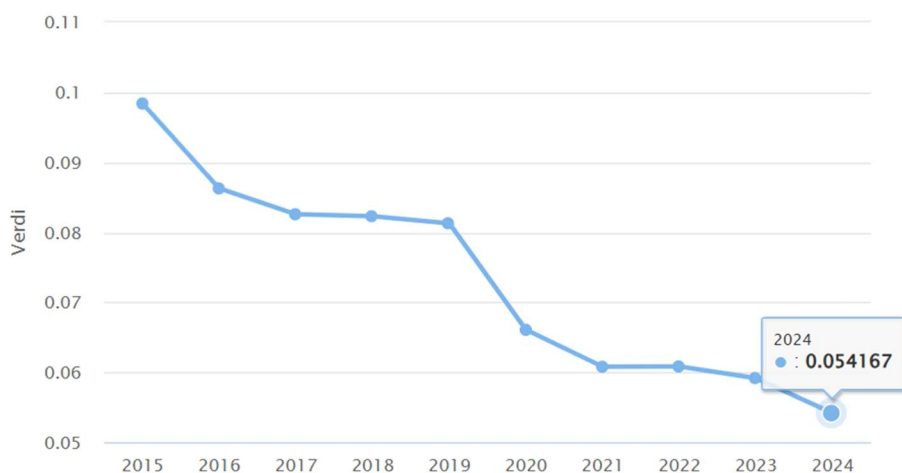
Hva betyr dette samlet? Andøy har altså en struktur hvor man i mindre grad «løser» heldøgns omsorg gjennom institusjon, og i større grad gjennom bemannede boliger. Dette kan være en god strategi – men bare dersom:

1. Omsorgsboligene faktisk fungerer som et tydelig mellomnivå (og ikke som «skjult institusjon» uten tilpasset ressurs- og kompetanseplan).
2. Institusjonskapasiteten har nok elastisitet til å håndtere topper, korttidsbehov og avlastning.
3. Institusjonsplassene ikke benyttes av brukere med lavere omsorgsnivå som kunne bodd i heldøgns boliger.

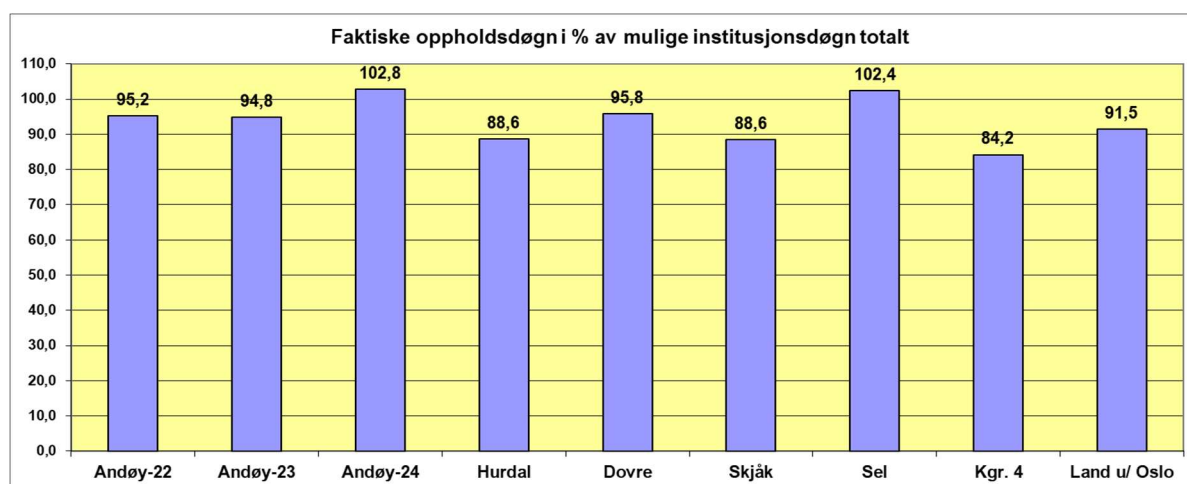
Kapasitetspress og (manglende) flyt i tjenestene

Antall institusjonsplasser per innbygger over 80 år i Andøy har ifølge Statsforvalteren⁴⁶ gått jevnt nedover siden 2015. I 2024 var det halvert fra 2015 (0,05), godt under kostragruppen (0,072) og landet uten Oslo (0,073). Dette er forståelig gitt at andelen innbyggere over 80 år i samme periode har økt fra 6,2 til 7,9 % i Andøy, noe som er sterkere økning enn andre steder (2024 tall: kostragr. 5,54% og landet u/oslo 5,05%).

⁴⁶ [Statsforvalteren | Selvbetjeningsløsning for datavarehuset](#)



Færre plasser per innbygger betyr høyere terskel for å få plass. Skulle Andøy hatt like mange institusjonsplasser som kostragruppen (16,4%) eller landet (15,3%) ville det tilsvart henholdsvis 59 og 55 plasser, mot dagens 39. Øksnes har 2 sykehjem med 51 plasser. Figuren under viser faktiske oppholdsdøgn i % av mulige institusjonsdøgn totalt basert på de 39 innrapporterte sykehjemsplassene i Andøy i 2024. 17 av disse er satt av til demente.



Figuren over viser at Andøy har hatt en meget høy kapasitetsutnyttelse de tre siste årene, og i perioder hatt overbelegg. Det trekkes også frem i kommunens økonomiplan 2025-2028 som beskriver overfylte sykehjem med mer enn 100 % belegg.

Hva betyr «høyt belegg» i praksis?

- Vedvarende høyt press på institusjon (lite buffer): Når institusjonene allerede ligger tett opp mot full kapasitetsutnyttelse over tid (dvs. nær 100 % av mulige institusjonsdøgn), blir systemet lite elastisk.
- Press på korttidsplasser og avlastning: Når en kommune har en lavere institusjonsdekning øker sannsynligheten for at belegget blir kronisk høyt – og at korttids- og avlastningsfunksjoner «spises opp» av langtidsbehov. Dette vil også påvirke pårørende som igjen kan gå ut over deres fungering på sikt.
- I slike situasjoner betyr selv små topper (for eksempel vintertopper, økt infeksjonspress eller utskrivninger fra sykehus) at kommunen må bruke «reservekapasitet» som egentlig er ment for korttid, avlastning og fleksible løsninger.

- Når belegg går over 100 % («overbelegg») må kommunen i praksis improvisere med rom/tilleggssenger, utsette planlagte korttidsopphold eller flytte brukere mellom nivåer raskere enn faglig ønskelig.
- Det fører til at pasienter må bli liggende på sykehus (overliggerdøgn).
- At omsorgsboliger får stadig tyngre pasienter, uten at kompetansekrav eller tid per bruker er justert, noe som skaper en uholdbar arbeidshverdag og økt risiko for feil.

Flere av informantene vi snakket med ga tydelig uttrykk for at det var flere brukere som fikk et høyere omsorgsnivå enn de egentlig hadde behov for, og at det dermed er et potensiale for bedre og riktigere bruk av plassene om man flyttet litt rundt på brukerne.

Anbefaling: Vurder behovet for å øke antall institusjonsplasser etter at nye omsorgsboliger er tatt i bruk og det er «ryddet» slik at brukerne kommer på riktig nivå.

5.2.1 Overliggerdøgn

Overliggerdøgn innebærer at pasienter blir liggende i institusjon eller sykehus lengre enn nødvendig, ofte på grunn av manglende kapasitet eller manglende egnet tilbud videre i omsorgstrappen i kommunen. Utskrivningsklare pasienter er i hovedsak 80 år +.

I Helse Nord er flest døgn er knyttet til psykisk helsevern, tett fulgt av ortopedi og geriatri, og hoveddiagnosen med flest overliggerdøgn i 2024 var lårbensbrudd⁴⁷. Andøy har et snitt på 12 hoftebrudd per år siste tre år (2022-2024), som er på nivå med Norge for øvrig⁴⁸. Ifølge fallbarometeret⁴⁹ utgjør dette en kostnad for Andøy kommune på ca. 4,375 millioner/år.

Overliggerdøgn koster kommunen kr. 5981 per døgn til Nordlandssykehuset (NLSH). Andøy har redusert antall slike døgn siste årene, men det er fortsatt svært høyt tall og det utgjør en vesentlig kostnad for kommunen. Det jobbes med å redusere dette ytterligere blant annet ved å se på samarbeid med andre kommuner.

	2022	2023	2024	2025
Døgn antall	775	925	707	569
Kostnad sum	4 100 148 kr	5 083 130 kr	4 050 225 kr	3 403 189 kr
Avtale med Bø om sykehjem	310 døgn 1 054 000kr			
Merknad	(eks. Juli)	(eks. Juni/juli)	(eks. Juni/juli)	(eks. Juni)

De fleste kommuner i Norge har mindre enn 25 utskrivningsklare døgn per 1000 innbygger⁵⁰. Andøy hadde 125 per 1000 i 2025.

⁴⁷ [styresak-132-2025-virksomhetsrapport-for-november-2025.pdf](#)

⁴⁸ [Sykehusinnlagte, somatikk, treårige tall - FHI Statistikk](#)

⁴⁹ <https://fallbarometer.no/kommune/#andoy>

⁵⁰ [styresak-132-2025-virksomhetsrapport-for-november-2025.pdf](#)

I 2025 ser man en stor økning i overliggerdøgn i Helse Nord⁵¹ og Vesterålen, og i Narvik begrunnes dette med bemanningsutfordringer⁵². Så selv om Andøy har redusert overliggerdøgn vesentlig siste årene, er det fortsatt meget høyt og en fare for at det kan øke igjen fremover, særlig med tanke på økningen i antall eldre. Medianalderen for hoftebrudd er 83 år, flest skjer i hjem.

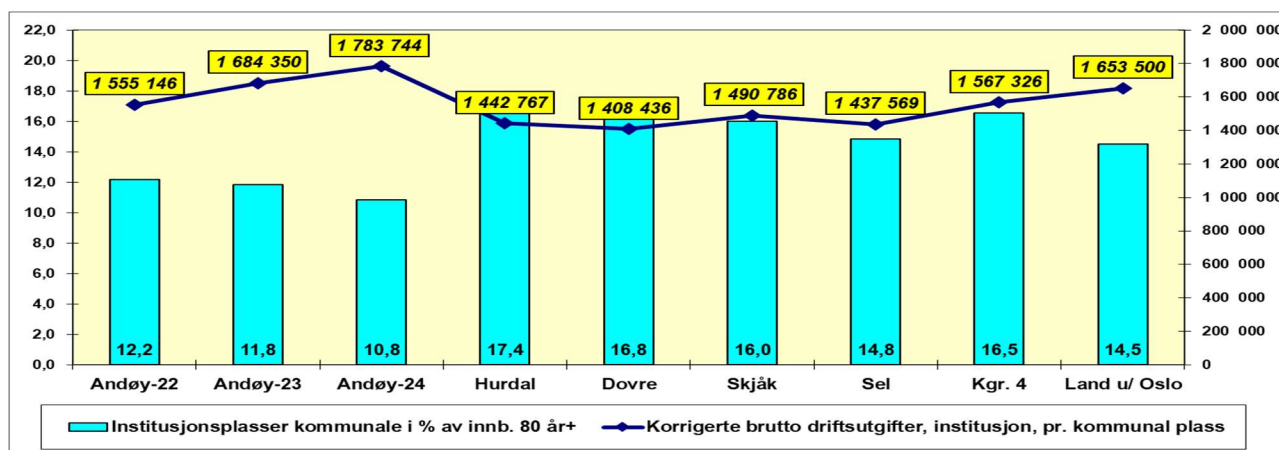
Bedre dekning av korttidsplasser, kortere listelengde hos fastlegene (717) og fastleger nær hjemmesykepleie og andre kommunale tjenestetilbud kan redusere overliggerdøgn (Ottertad, 2017⁵³). Det samme kan bedre kartlegging, bedre rutiner, kortere opphold på korttidsavdeling og riktigere plassering gjøre⁵⁴. Kommunale øyeblikkelig hjelp tilbud (ØHD⁵⁵) kan også redusere både utskrivningsklare pasienter, akuttinnleggelse og bruken av ambulanse og pasientreiser⁵⁶. Andøy har allerede iverksatt tiltak med ambulerende nattevakt 24/7 for å bedre imøtekomme denne utfordringen.

	Andøy	Øksnes	Sortland	Landet
Korttidsplasser	12	7	18 inkl. KAD og palliasjon	
Andel korttidsopphold av institusjonsdøgn totalt	18,15%			17,92%

Ifølge Helsedirektoratet⁵⁷ har «både beboerne på sykehjem og brukerne av hjemmetjenester et stadig større bistandsbehov», og lovverk sier at kommuner skal korrigere virksomheten for å sikre rasjonell og effektiv forvaltning. Andøy bør derfor tilpasse tjenestene deretter ved å samlokalisere høyere kompetanse på færre steder og til de som trenger det mest. Trolig vil det også bli behov for flere plasser til lindrende/palliasjon (kreft) fremover.

Utgifter per plass

Figuren under viser tilgjengelighet og hvor mye en institusjonsplass koster:



⁵¹ [Helse Nord slår alarm om utskrivningsklare pasienter](#)

⁵² [Kraftig økning av overliggerdøgn: Flere sykepleiere sluttet eller byttet arbeidssted samtidig](#)

⁵³ [Hvorfor har små kommuner færre overliggere? | Sykepleien](#)

⁵⁴ [Aurskog-Høland kommune - Sparer penger på god pasientflyt](#)

⁵⁵ ØHD: Kommunale døgnplasser for øyeblikkelig hjelp som er lovpålagt fra 2016. Krever daglig tilsynslege og sykepleiere døgnet rundt. Normalt opphold 1-3 døgn. Tilsvarer KAD, men ØHD er offisiell betegnelse.

⁵⁶ [sak-105---sykestuesenger-i-nord-troms.pdf](#)

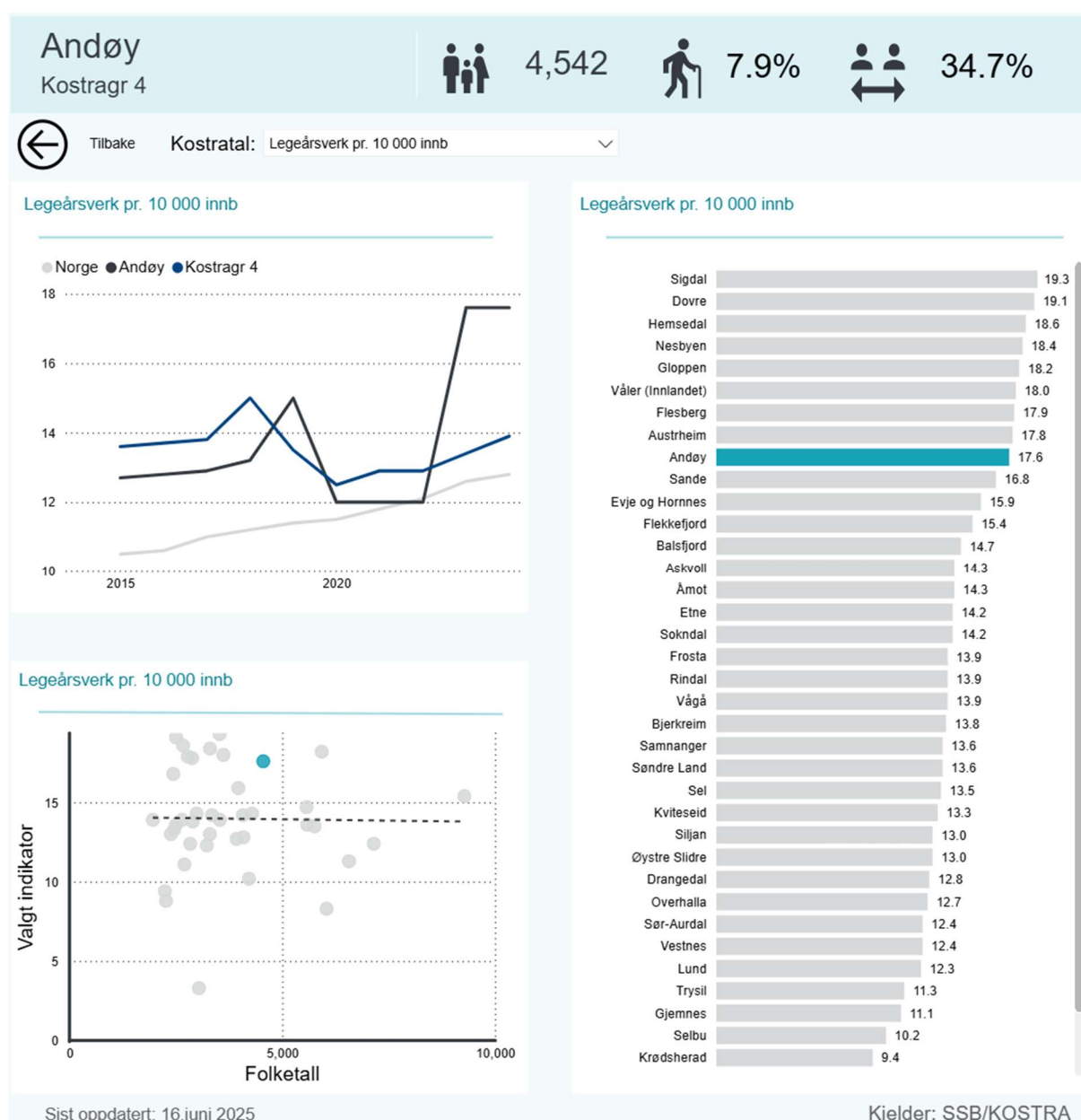
⁵⁷ [Sykehjem og hjemmetjenesten i Norge – SSB, 2025](#)

Figuren viser at Andøy har relativt få institusjonsplasser og høye utgifter pr plass sammenliknet med KOSTRAGruppe 4. Kostnaden per plass blir høyere når det er få plasser å dele kostnadene på, og de som bor der trolig har høyere bistands- og dermed bemanningsbehov. Videre har Andøy kjente driftssårbarhetskostnader (overtid, vikar, fravær) og et relativt nytt sykehjem, som medfører høyere avskrivningskostnader.

5.2.2 Legetjenesten og medisinsk faglig tyngde

Andøy har to legekontor, et i Risøyhamn og et i Andenes, som er samorganisert. Det er full legedekning, kortere listelengde, ledige plasser på lister og mulig å få legetime på dagen. Slik var det ikke før 2023, og slik er det ikke ellers i Norge nå. Mer om legetjenesten lengre ned.

2024 – Lege	Andøy	Øksnes	Evenes	Sortland	Landet u/o	Kostragr.4
Gj.s. listelengde	625	659	-	694	937	777
ÅV/10.000 innb.	15,4	19,4			10,8	10,9

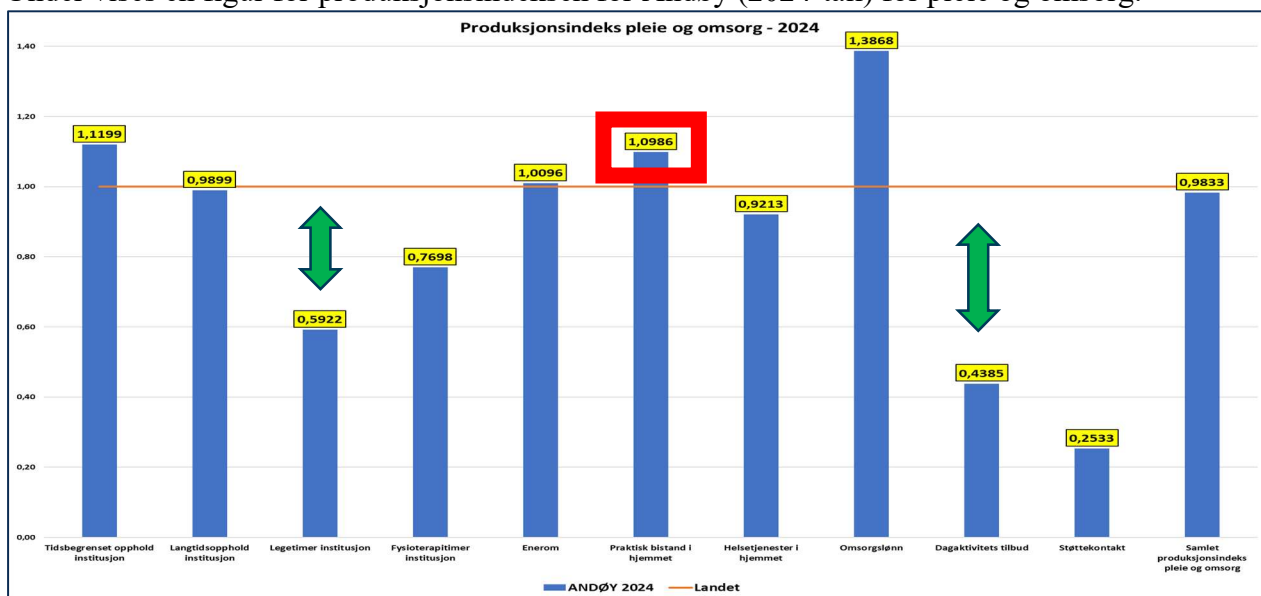


5.3 Modell for relativ effektivitet

Status for produksjon, ressursbruk og relativ effektivitet for Andøy

KS har utviklet en modell sammenstiller produksjon med ressursbruk på de største tjenesteområdene og så ledes kan vise i hvilken grad en kommune driver «effektivt». Produksjonen beregnes ift. behovskorrigerede nivåer dvs. hvor man tar hensyn til både demografi og utgiftsbehovet (delkostnadsnøkler i inntektssystemet). Det behovskorrigerede nivået, som tilsvarer landsgjennomsnittet, har en indeks på 1. Det betyr at en kommune som har høyere produksjonsindeks enn 1 har høyere produksjon enn landssnittet (behovskorrigert), og tilsvarende betyr en indeks under 1 lavere produksjon.

Under vises en figur for produksjonsindeksen for Andøy (2024-tall) for pleie og omsorg:



Figuren over viser at Andøy har lavere «produksjon» på seks av totalt 10 indikatorer, og at samlet produksjon er marginalt under landssnittet. Det ses her et potensiale for å øke antall legetimer i institusjon og dagaktivitetstilbud, og redusere praktisk bistand i hjemmet. Omsorgslønn og korttid i institusjon er også høy, men dette er ønskede tjenester som kan utsette/kompensere behov for dyrere tjenester. Støttekontakt er lavest.

Legetimer sykehjem per beboer per uke er lavere enn sammenligningskommuner:

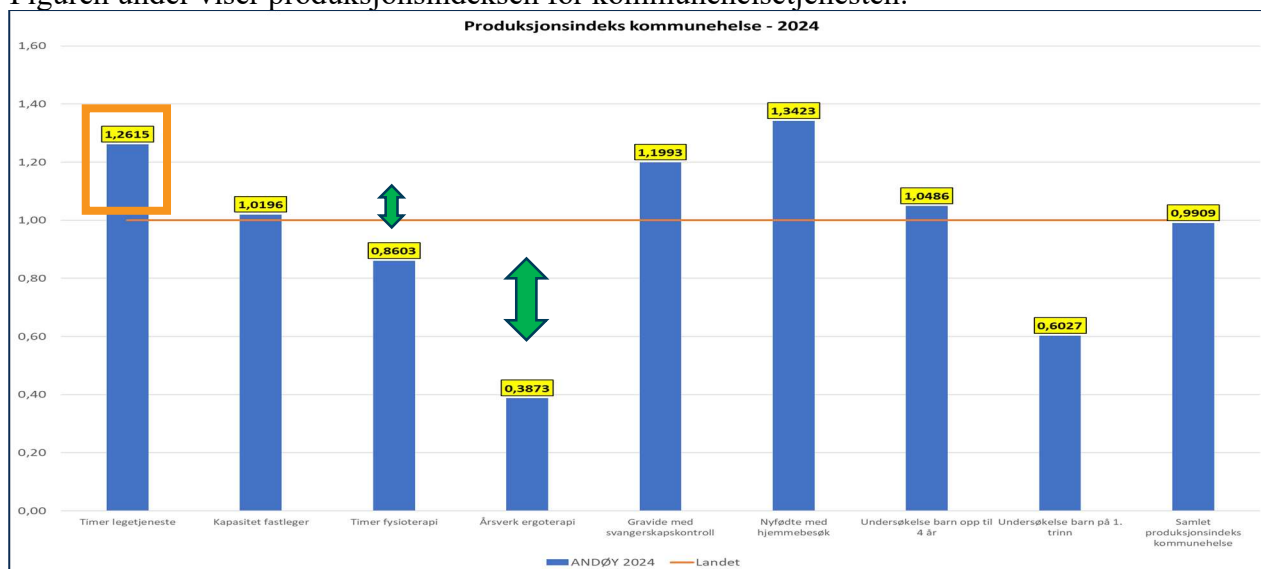
2024	Andøy	Øksnes	Evenes	Sortland	Landet u/o	Kostragr.4
Antall timer	0,37	0,42	0,39	0,49	0,70	0,54
I minutter	22,2					

Det er grunn til å tro at flere legetimer i sykehjem kan:

- Styrke kontinuitet og medisinsk kvalitet i institusjon og omsorgsboliger
- Redusere unødige innleggelses
- Bidra til å holde pasienter lavere i omsorgstrappen

Andøy vil trolig være mer robust dersom legetjenesten kobles tettere til institusjon/ omsorgsbolig, og dersom infrastrukturen legger til rette for «tørrskodd» samlokalisering og rask tilgang. Det kan gi bedre beslutninger tidligere i forløpet og gi trygghet for andre ansatte at medisinsk kompetanse er nært og raskt tilgjengelig, særlig i krisesituasjoner.

Figuren under viser produksjonsindeksen for kommunehelsetjenesten:



Figuren over viser at Andøy har høyere «produksjon» på fem av totalt åtte indikatorer, men at samlet produksjon er marginalt under landssnittet. Vi ser også potensiale for å øke fysioterapitimer og ergoterapeutårsverk (som kan redusere tjenestebehov og bruk av annet helsepersonell) samt en høyere produksjon av legetjeneste. Sistnevnte «overproduksjon» av legetimer kan med fordel ses opp mot «underproduksjonen» av legetimer i institusjon i bildet over. Det virker å være et potensial for annen organisering f.eks. at en 50 % legestilling knyttes til sykehjem, KAD⁵⁸ og omsorgsboliger, hvis Andøy ønsker samme dekningsgrad som Øksnes.

2024	Andøy	Øksnes	Evenes	Sortland	Landet u/o	Kostragr.4
ÅV fysio per. 10.000 ⁵⁹	7,5	12,7	9,5	11,3	7,8	8,7
ÅV lege i inst./10.000	0	1,1		0,9	1,0	0,9

Modell for relativ effektivitet

Modellen kombinerer så produksjon med ressursbruk for å fremstille kommunens relative effektivitet på de store tjenestene. Ressursbruk som presenteres i modellen tar utgangspunkt i kommunens brutto driftsutgifter ekskl. avskrivninger på de ulike tjenesteområdene.

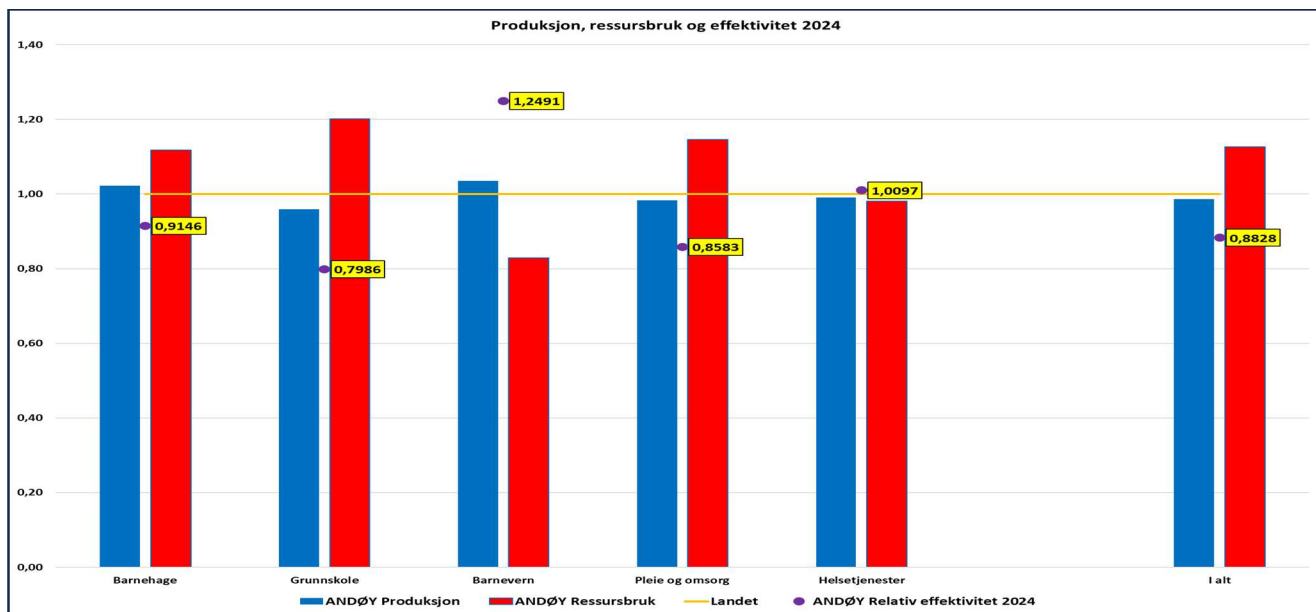
Ressursbruken måles mot et landsgjennomsnitt korrigert for:

- Kommunens objektive utgiftsbehov, der delkostnadsnøkklene i inntektssystemet for 2024 er benyttet som mål for objektivt utgiftsbehov
- Forskjeller i pensjon og arbeidsgiveravgift

Den relative effektivitetsindikatoren som presenteres i modellen tilsvarende dermed forholdstallet mellom produksjonsindeks og ressursbruk. Landsgjennomsnittets behovskorrigerede relative effektivitet har en indeks på 1. Dette betyr at en kommune hvor indeks for relative effektivitet er høyere enn 1 har høyere relativ effektivitet enn landssnittet, og tilsvarende betyr en indeks under 1 lavere relativ effektivitet.

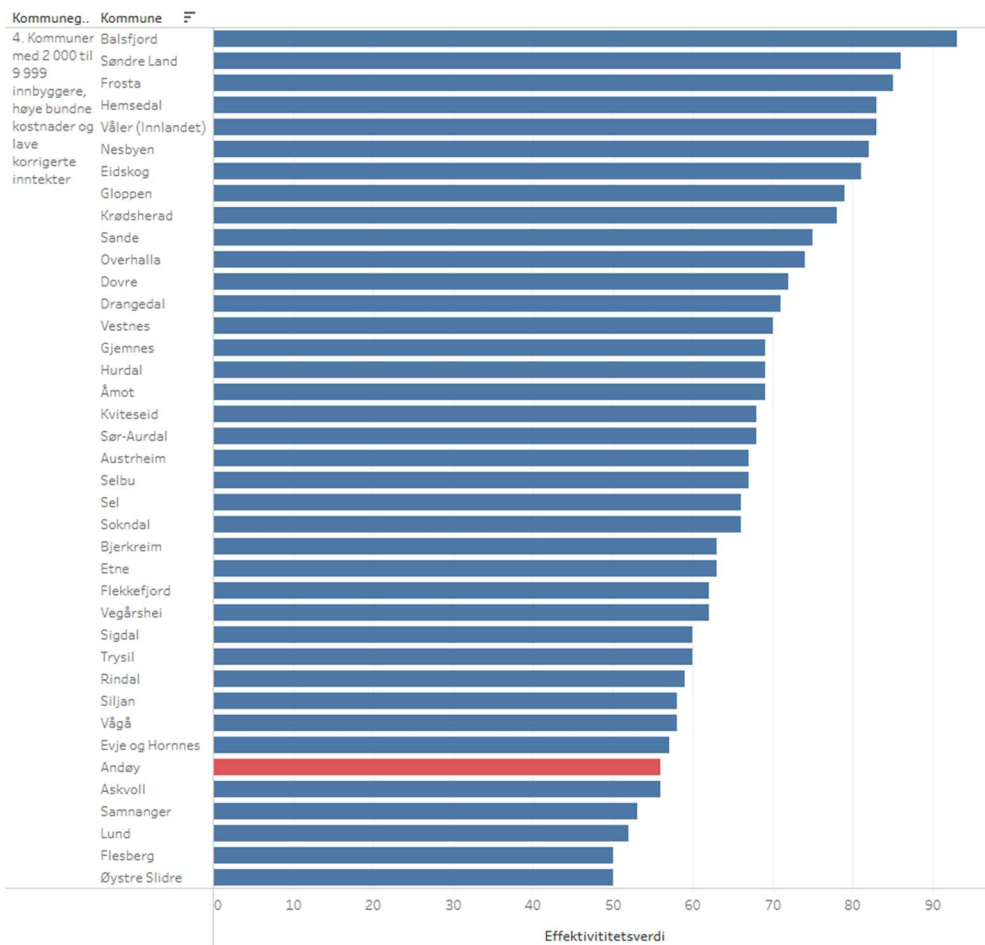
⁵⁸ KAD: Kommunal akutt døgnenhet/plass. Et kommunalt tilbud for stabile pasienter som trenger akutt behandling/observasjon og/eller utredning. Samme som ØHD.

⁵⁹ Tallene på fysio åv per 10.000 innb. spriker. Samhandlingsbarometeret gir: Andøy-9,5, Kgr.4-11,4, Norge-9,6.



Figuren over viser at Andøy kommune har en lav relativ effektivitet (0,8583) innenfor pleie og omsorg sammenliknet med landssnittet. Forklaringer til dette er at Andøy bruker objektivt mye ressurser for å «produsere» middels mye (timer/døgn) i pleie og omsorg. Sett i forhold til andre i kostragr. 4 har Andøy mye å hente på effektivitet i pleie og omsorg.

**Resultater 2023 for kommuner i samme kommunegruppe som Andøy.
Pleie og omsorg**



Framskrivning av behov for pleie og omsorgstjenester

I arbeidet med å lage et kunnskapsgrunnlag for utviklingen av tjenesteområdet for helse og mestring i Andøy kommune vil en simulering av behovet for framtidige pleie og omsorgstjenester være sentralt. Framtidig behov vil være påvirket av mange faktorer som i sum kan være vanskelig å innarbeide inn i en enkel, presis og eksakt modell. Likevel kan bruk av modeller være et godt bidrag for få en pekepinn om hvordan framtidig behov kan bli, og ikke minst kan bruk av modeller bidra til refleksjon, dialog og mer konkrete drøftinger om hva som kan være mulige løsninger – gitt de ulike utviklingstrekkene.

I dette avsnittet vil vi presentere en modell utarbeidet av Helseøkonomisk analyse AS på oppdrag fra KS. Verktøyet beregner det forventede behovet for kommunale pleie- og omsorgstjenester fram mot 2050 for hver kommune i Norge.

Verktøyet presenterer framskrivninger for:

- Antall mottakere av helsetjenester i hjemmet
- Antall mottakere av heldøgns omsorg
- Antall innbyggere med demens
- Befolkningsutvikling fordelt på aldersgrupper

Vi har valgt å bruke verktøyet for å simulere 3 ulike scenarier for behovet for heldøgns omsorgsplasser (institusjonsplasser og heldøgnsbemannede boliger) og behovet for helsetjenester i hjemmet (tjenestetypen 15). Vi har vurdert endringene for brukere i aldersgruppen 0-66 år som minimale og har derfor kun framskrevet behovet for pleie og omsorgstjenester for aldersgruppen 67år+.

Modellen gir muligheter for å velge ulike framskrivningsalternativer for befolkningen og vi har lagt til grunn SSBs MMMM-alternativ (middels fruktbarhet, levealder, innenlandsk flytting og innvandring).

Modellen gir oss også muligheter til å justere for endring i levealder og endring i fremtidig tjenestebehov. Levealdersjustering er vanlig å bruke, og f.eks. i forhold til fremtidig pensjonsberegninger så er det vanlig å legge til grunn 0,1 år økt levealder pr år. Vi har valgt å bruke en moderat reduksjon, dvs. 0,05 som betyr at en 80-åring om 20 år har samme tjenestebehov som en 79-åring i dag. Noe av årsaken til at vi legger oss på moderat reduksjon er at Andøy allerede har eldreovervekt og selv om prognoser tilsier at helsetilstanden blant eldre vil bli bedre er det unntatt aldersgruppen over 90 år, der sykdomsbyrden er antatt å bli forverret fram til 2050⁶⁰. Det økte antallet demenstilfeller vil også bli en særlig stor utfordring.

Reduksjon av framtidig behov for heldøgns omsorg

Modellen gir også mulighet til å «justere» framtidig behov for heldøgns omsorg hvis f.eks. kommunen har konkrete planer om tiltak (som f.eks. velferdsteknologi, forebygging mm.) som legger til rette for at brukerne kan være lenger hjemme og så ledes redusere behovet for heldøgns omsorg. Vi har valgt å vise framskrivninger basert på 3 alternativer; ingen endring i behov, 0,2% årlig reduksjon i tjenestebehov som betyr 5% reduksjon fram mot 2050 og 0,4% årlig reduksjon i tjenestebehov som betyr 10% reduksjon fram mot 2050. I simuleringene med reduksjon i framtidig behov for heldøgns omsorg så vil dette medføre flere brukere med helsetjenester i hjemmet noe vi viser til slutt i dette avsnittet.

⁶⁰ SSB, Barstad og Hammersland, 2025: [eldrebefolkningen-na-og-i-framtiden](#)

Simulering av alternativer for behov for heldøgns omsorg 67 år+

0-alternativet:

- SSBs MMMM-alternativ
- 0,05% endring i aldring
- Ingen reduksjon i tjenestebehov

0 – Alternativet	2030	2040	2050
Akkumulert endring fra 2025	+ 15	+ 36	+ 44
Behov for held.omsorg inkl. netto 26 nye leiligheter høst-26	- 11	+ 10	+ 18

I 0-alternativet anslås det at Andøy kan få en overkapasitet med 11 heldøgns omsorgsplasser i 2030, men en underkapasitet med 10 plasser i 2040 og 18 plasser i 2050.

1-alternativet:

- SSBs MMMM-alternativ
- 0,05% endring i aldring
- 0,2% reduksjon i tjenestebehov, dvs. 5% frem mot år 2050

1 Alternativet	2030	2040	2050
Akkumulert endring fra 2025	+ 14	+ 32	+ 38
Behov for held.omsorg inkl. netto 26 nye leiligheter høst-26	- 12	+ 6	+ 12

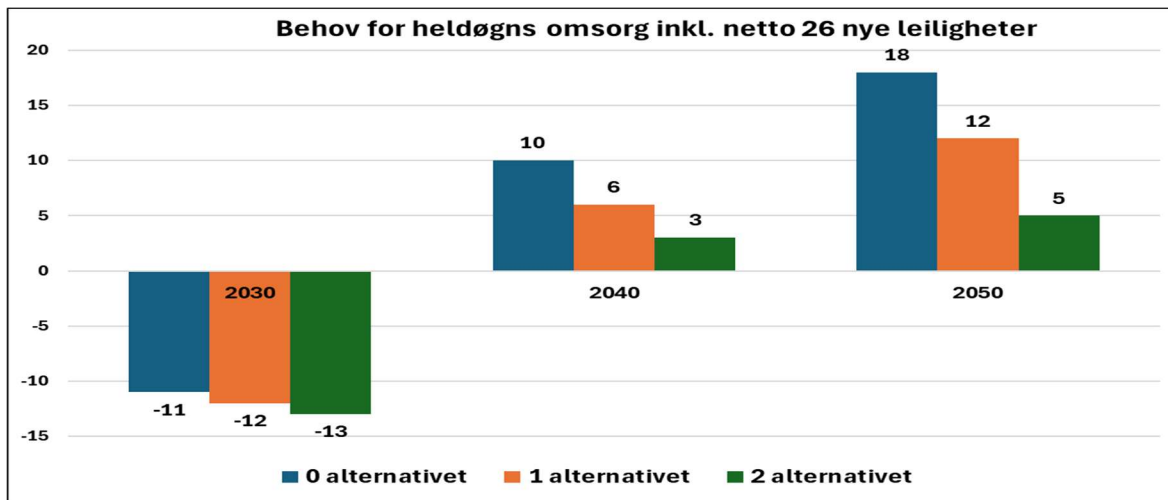
I 1-alternativet anslås det at Andøy kan få en overkapasitet med 12 heldøgns omsorgsplasser i 2030, men en underkapasitet med 6 plasser i 2040 og 12 plasser i 2050.

2-alternativet:

- SSBs MMMM-alternativ
- 0,05% endring i aldring
- 0,4% reduksjon i tjenestebehov, dvs. 10% frem mot år 2050

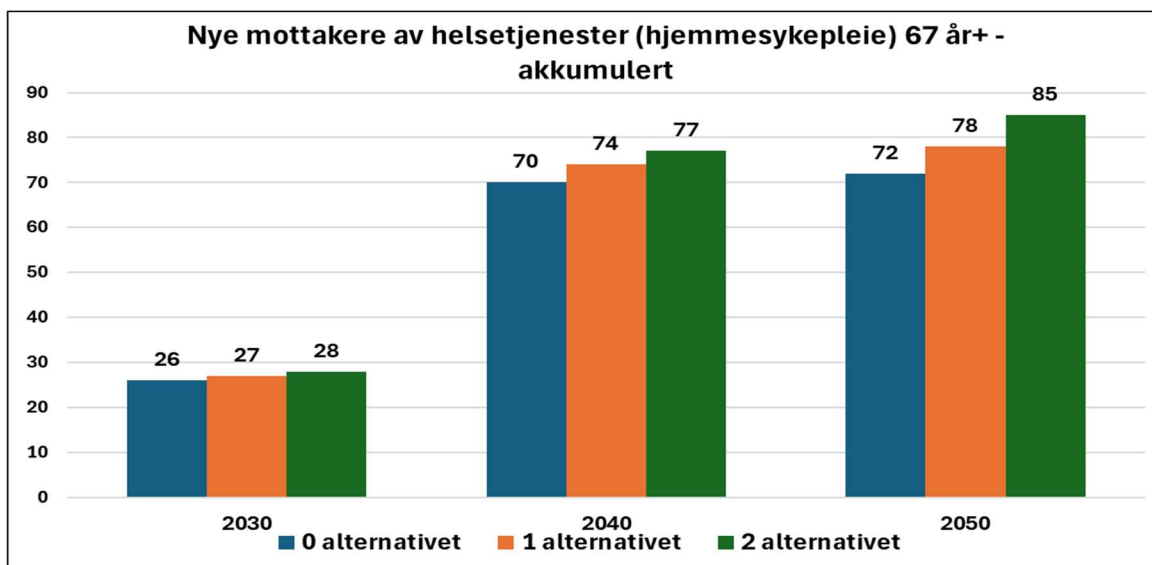
2 Alternativet	2030	2040	2050
Akkumulert endring fra 2025	+ 13	+ 29	+ 31
Behov for held.omsorg inkl. netto 26 nye leiligheter høst-26	- 13	+ 3	+ 5

I 2-alternativet anslås det at Andøy kan få en overkapasitet med 13 heldøgns omsorgsplasser i 2030, men en underkapasitet med 3 plasser i 2040 og 5 plasser i 2050.



Figuren over viser alle 3 alternativene oppsummert. Vi ser altså at dersom Andøy klarer å gjøre vesentlige grep tilsvarende alternativ 2 for å redusere behovet for heldøgnsomsorg, og i tillegg f.eks. omgjør noen yngreboliger til eldreboliger, så kan det samlet sett være nok heldøgns plasser til å dekke behovet.

Endring i behovet for helsetjenester:



I alternativene 1 og 2, hvor vi legger inn en forventning om en reduksjon i tjenestebehov, så vil dette medføre at flere vil trenge hjemmetjenester (hjemmesykepleie). Figuren over viser endring i antall mottakere av hjemmetjenester (hjemmesykepleie) i de tre ulike alternativene, og vi ser at i alternativ 1 anslås antall mottakere å være om lag 8% høyere i alternativ 1 og 18% høyere i alternativ 2 enn i 0-alternativet.

Det vesentlige her er å se den store økningen fra 2030 til 2040 som samsvarer med når den største økningen i demens vil komme (5.4.2). Så selv om det ikke trengs flere heldøgns plasser i alternativ 2, vil det trolig kreve andre boligtiltak og mer bemanning enn i dagens tjenester.

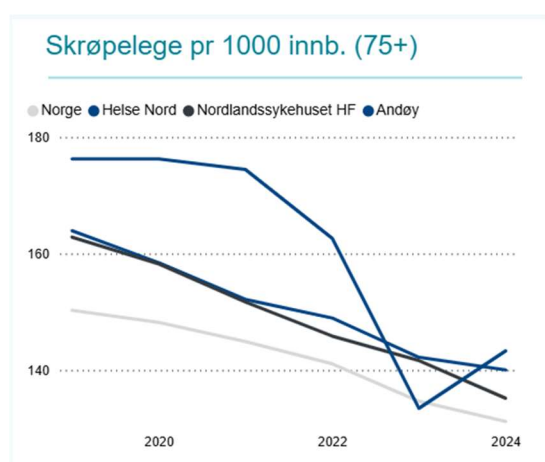
5.4 Flere med økt behov fremover, som kan forebygges

5.4.1 Flere skrøpelige eldre

Andøy har en naturlig økning i andelen skrøpelige eldre (75+) per 1000 innbyggere⁶¹ siste to år. I 2024 utgjorde det for Andøy 143,31/1000 dvs. 207 personer hvorav 117 var definert som noe skrøpelig. Denne siste gruppen er mest egnet for forebyggende tiltak.

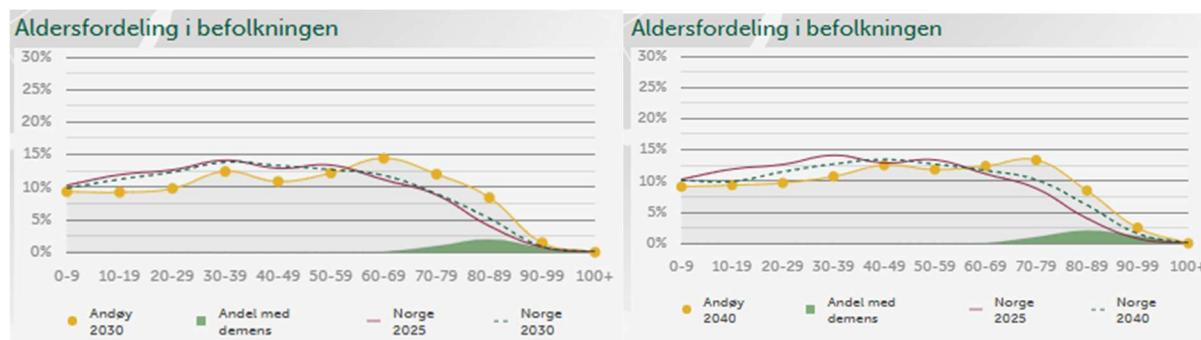
Hvis man aktiviserer de over 80 år (N = 308, 80-89 år) i tråd med anbefalingene i et livsløpsperspektiv kan Andøy teoretisk spare følgende ifølge Helsedirektoratets kalkulator⁶²:

Antall personer	Alder	Endring aktivitetsnivå	Redusert kostnad
308	80+	Inaktiv til aktiv	8,32 mill./år



5.4.2 Flere med demens

Flere eldre gir høyere andel med demens og økte hjelpebehov. En særlig økning ses fra 2030 til 2040. Ifølge demenskartet.no⁶³ kan det forventes 40% flere med demens enn i dag.



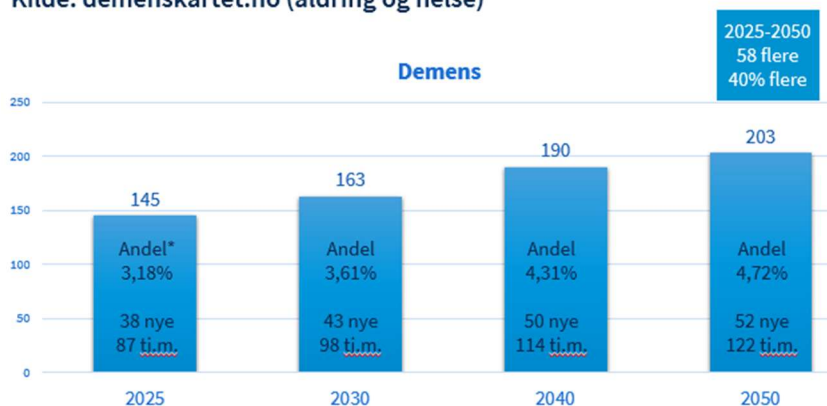
⁶¹ [Skrøpelege eldre - Samhandlingsbarometeret](#)

⁶² [Samfunnsøkonomiske kostnader av fysisk inaktivitet – kalkulator - Helsedirektoratet](#)

⁶³ <https://demenskartet.no/#1871>

Flere med demens (tall 2024, fremskrevet)

Kilde: demenskartet.no (aldring og helse)



*Andel av befolkningen

DEMENSKARTET - Demenskartet

Søylene i figuren over er supplert med tall fra Helsedirektoratet⁶⁴ av KSK. Helsedirektoratet viser at ca. 60% av de med demens mottar tjenester og at ca. 70 % av dagens beboere (30 pers.) i institusjon i Andøy har demens. Nasjonalt anslås det at fire av fem over 80 år i sykehjem har en grad av demens⁶⁵. Kilijordheimen har 17 plasser til personer med demens, så trolig merkes mangelen på demensplasser allerede.

Andøy	2023	2024	Andel
Totalt antall tj.mottakere ⁶⁶	467	487	
Antall med demens totalt		89	2% av innbyggerne
Antall tj.m. med demens	48 (10,3%)	57	11,7% av alle tj.m.
Antall tj.m. i institusjon		43	
Antall tj.m. i inst. m/dem.		30	69,8% av tj.m. i inst.

Med tanke på hvor mange som allerede har og kommer til å få demens fremover bør Andøy se på mulighetene for å øke denne kapasiteten vesentlig. Per i dag er ca. 1 av 3 med demens i institusjon. Dersom det skulle bli 122 slike brukere i 2050 vil det muligens kreve 67 institusjonsplasser, og desto høyere antall årsverk (estimert til 86 ÅV utfra dagens bemanning med 22 ÅV på 17 plasser), med mindre gode grep tas nå.

Demens kan forebygges. I 2050 er det forventet at 203 personer vil ha demens i Andøy. Ifølge nasjonale studier (FHI/WHO, 2026⁶⁷) kan opptil 45 % av demenstilfeller forebygges ved å modifisere risikofaktorer som fysisk inaktivitet, ensomhet, hørselstap, røyking og høyt blodtrykk. For Andøy kan det bety et teoretisk forebyggingspotensial på 91 personer, som kan dempe veksten i tjenestebehov på lang sikt, hvis man begynner nå. Skulle man lykkes kan det redusere antall personer med demens til 112 (203-91), antall tjenestemottakere til 67 og antall i institusjon til 37 (1 av 3) i 2050.

⁶⁴ [Styringsinformasjon for kommunene om personer med demens - Helsedirektoratet](#)

⁶⁵ Kommunebarometeret Andøy 2025

⁶⁶ Dataavvik: Antall tjenestemottakere på Helsedirektoratet sin side og [FHI/KPR](#) avviker. Hos sistnevnte er totalt antall brukere slik: 2023: 572, 2024: 588. Prosentandelen vil derfor avvike tilsvarende.

⁶⁷ [Halvparten av norske demenstilfeller kan i teorien knyttes til risikofaktorer vi kan påvirke - FHI](#)

Videre kan flere bo lengre hjemme med demens dersom velferdsteknologi tas i bruk (f.eks. sensor, gps, dørlås), boligen er tilrettelagt (f.eks. trygghetsboliger⁶⁸), og de har flere folk rundt seg (f.eks. en trygghetsvert i boligen og de bor i et demensvennlig samfunn). Demens inntreffer vanligvis i 70-80 årene.

De samme risikofaktorene kan også føre til andre kroniske sykdommer, med tilhørende kostnader. Forebygging av dem og demens er særlig avhengig av: Sosial deltakelse, fysisk aktivitet og lavterskel møteplasser.

Forebygging med fysisk aktivitet kan gi en økonomisk «gevinst». Andelen inaktive i den eldre befolkningen er vanligvis 25%, og andelen delvis aktiv 36%⁶⁹. Hvis man aktiviserer dem (N = 1845 personer, 50-79 år) i tråd med anbefalingene i et livsløpsperspektiv kan Andøy teoretisk spare følgende ifølge Helsedirektoratets kalkulator:

Antall personer	Alder	Endring aktivitetsnivå	Redusert kostnad
461 (25%)	50+	Inaktiv til aktiv	5,76 mill./år
664 (36%)	50+	Delvis aktiv til aktiv	3,52 mill./år

Hva betyr dette for tjenestene?

Selv en delvis realisering av dette potensialet (f.eks. redusere demens med 10–20 %) vil ha stor effekt på:

- behov for heldøgns omsorg
- press på hjemmetjenester
- pårørendebelastning

Fremover må pårørende engasjeres mer, også på distanse, og innbyggerne må engasjeres i hverandre, til dette trengs det trolig å tas i bruk teknologiske løsninger.

Helseteknologi

Bruk av digital hjemmeoppfølging (DHO) er godt i gang flere steder i Norge med gode resultater. 92% av brukerne rapporterer at de enten er svært fornøyde eller fornøyde i en nasjonal brukerundersøkelse⁷⁰. Videre fører det til at flere brukere kan følges opp av færre ansatte og mindre tid går til kjøring og besøk i hjemmene (OEC, 2022). Enkelte steder tester de også ut droner for å frakte medisiner, blodprøver, tester og mat, samt kunne gi raskere respons ved utløst trygghetsalarm⁷¹. Selv om personell kan frigis ved slik teknologi og f.eks. innføring av multidoser⁷², vil det fortsatt være behov for sosial kontakt.

Som en informant sa: «Det gjør noe med deg selv også når du kan hjelpe til, du blir glad selv og det gir deg mye å gjøre noe bra for andre. Ingenting som er artigere enn å gå til de eldre med en overraskelse. Jeg tror de eldre er klar for teknologien. Særlig når du kan prate med barnebarn via *facetime* osv».

⁶⁸ **Regjeringen:** En trygghetsbolig er en selvstendig husholdning, som gir en god ramme for å leve et selvhjulpent liv, samtidig som en gjennom felles oppholdsarealer og trygghetsvert gis sosiale og fysiske tilbud. En trygghetsbolig vurderes å ha positive effekter både for den enkelte og for kommunene.

⁶⁹ FHI [Fysisk inaktivitet - voksne \(indikator 7\) - FHI](#)

⁷⁰ Kudos Helsedirektoratet 2022-2024 [47729.pdf](#)

⁷¹ Trysil ([Sykepleien, 2025](#)) og rapport av [Sintef, 2025](#)

⁷² Reduserte tidsbruk med over 60% [Sykepleien](#)

Andøy er i gang med et prosjekt om digital hjemmeoppfølging i samarbeid med Bodø. Kommunen har tatt i bruk multidose, skiftet ut trykkghealsarmer og byttet responscenter samt implementert ny elektronisk pasientjournal. Videre arbeides det med kartlegging av ytterligere teknologiske løsninger.

Bredbånd skal bygges ut til alle boliger i Andøy innen 2030⁷³. Per nå har alle bredbånd i tettbygde strøk i Andøy, men kun 62,7% i spredtbygde strøk kan få 1 Gbit/s eller mer⁷⁴. Bredbåndsutbygging krever lokal medfinansiering, hvilket kan være utfordrende gitt ROBEK-statusen.

Helseteknologi krever ikke bredbånd, men er avhengig av stabil og sikker kommunikasjon/forbindelse. Skal innbyggere bli boende hjemme og helseteknologi tas i bruk fullt ut bør bredbåndsutbygging prioriteres i distriktene.

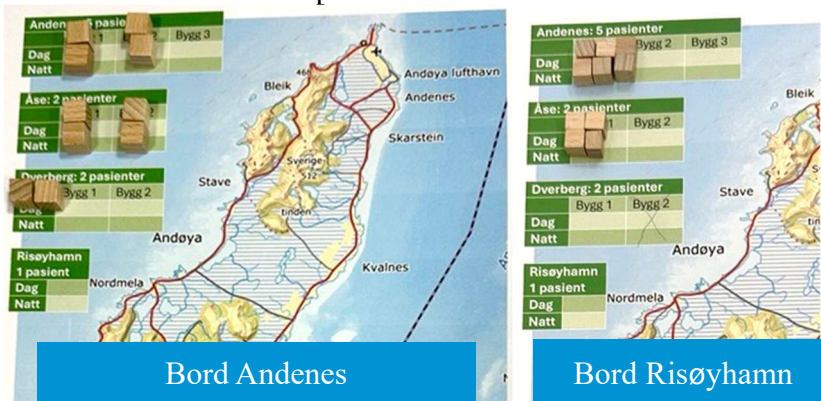
Anbefaling: Andøy bør ta grep nå for å forebygge demens og andre kroniske sykdommer på sikt. Velferdsteknologi bør tas i bruk og det bør ses på muligheten for å tilby/bygge trykkghealsboliger/bofelleskap og utvide antall demensplasser.

5.5 Samlokalisering

Den viktigste driveren bak behovet for samlokalisering er det forventede bemanningsgapet frem mot 2035. Med en slik utvikling vil det være svært krevende å opprettholde mange små og geografisk spredte fagmiljøer. Samlokalisering av tjenester er derfor et sentralt virkemiddel for å sikre robuste fagmiljøer og effektiv ressursutnyttelse.

Befolkningsgrunnlaget nå og i fremtiden bør påvirke fremtidig tjenestelokaliserings og bemanning. Det vil fortsatt være spredt befolkning i nord og sør i et 3:1 forhold, med noe høyere andel eldre i sør. Det vil derfor være behov for tilbud begge steder også videre.

I folkemøtene utfordret vi innbyggerne til å fordele ansatte ut på lokasjoner, gitt de forutsetningene at det kommer til å bli færre ansatte fremover per bruker og at ansatte ønsker å jobbe sammen (dvs. aldri være alene på vakt). Premissene som ble gitt var at det var 10 ansatte (klosser) som skulle prioriteres ut på 16 vakter på fire steder. Resultatet ble i gjennomsnitt 5 ansatte i Andenes, 4 ansatte på Åse og 1 på Dverberg (dvs. ikke døgntilbud). Deres svar kunne eksempelvis se slik ut:



⁷³ [Bredbåndsstrategi 2024 - 2027 - Andøy Kommune](#)

⁷⁴ [Bredbåndsdekning - Nkom](#)

I intervjuer og på folkemøtene kom det også frem at noen mente personalet på Åse og hjemmetjenesten sør (på Dverberg) burde samlokaliseres på Åse. Geografisk er Å (Åbruveien) midtpunkt mellom nord og sør, så geografisk sett ligger begge dagens hjemmetjenestebaser på nordre halvdel av Andøy i dag.

En tidligere masteroppgave (Aline de Jong, 2023) kom frem til at det ville være umulig å betjene tre steder fra 2040, grunnet økningen i pasienter i sør, og anslo at man kunne spare 53,6 min/dag ved å velge Åse fremfor Dverberg. Fra KSKs side vil vi påpeke at denne oppgaven bare tok utgangspunkt i hjemmetjenesten, og at fordelene ved å samlokalisere bemanningen på Åse trolig vil være mye mer enn bare kjøretid.

Samlokalisering og organisering av tjenester

Målet med en samlokalisering av helse- og mestringsstjenestene er å redusere antall lokasjoner, effektivisere ressursbruk, styrke tverrfaglighet og skape lærende miljøer. Det kan vurderes tre scenarioer for fremtidig organisering:

0. Desentralisert modell: Fortsetter dagens spredde struktur, men med økt digital samhandling. Dette alternativet vurderes minst bærekraftig da det krever mer bemanning (trolig høyt vikarbruk), mer kjøring og høye kostnader.
1. Samlokalisering i to hovedenheter med en satellitt:
 1. Åse: Samlokalisere og samorganisere sykehjem, KAD, palliasjon, hjemmetjeneste, demensplasser og lege. Dverberg endres til å bli et dagtilbud, et opptrenings-/rehabiliteringssted (se aktive lokalsamfunn), evt. med hjemme-tjeneste. Fordelene er mer robust bemanning og bedre kompetansedeling.
 2. Andenes.
2. Full sentralisering: En full sentralisering (Andenes) uten andre lokale tjenestesteder og møteplasser vil trolig kunne føre til økt ensomhet, passivitet og hjelpebehov, samt mer kjøretid og mindre brukerrettet tid.

Ut fra demografi, rekrutteringsutfordringer og økonomi anbefaler KSK alternativ 1 som er å samlokalisere majoriteten av tjenestene på to steder for å redusere transporttid, øke kontinuiteten og frigjøre kapasitet.

I intervjuene kom det frem at det viktigste for innbyggerne var de ansatte i resepsjonen, ikke hvor legekantoret var. Altså at de ansatte hadde tid til enkelte: «*Det handler om innstilling, holdning og kultur, at du føler deg sett, ivare tatt og velkommen som den du er. At de har tid, snakker til deg og tar deg imot. Det er det viktigste, ikke stedet det befinner seg*».

Flere ansatte på færre steder vil kunne føre til at de ansatte kan ta seg tid, noe som oppleves som økt kvalitet for brukere og pårørende.

Anbefaling: Samlokalisere bemanningen på færre steder (Andenes og Åse), og samorganisere hjemmetjenesten og institusjon geografisk deretter.

6. AKTIVE LOKALSAMFUNN SOM FOREBYGGINGSGREP

For å nå minimumsvekst i brukerbehov, og tilhørende ansattbehov, er det vesentlig å starte forebygging og tjenestebegrensning tidlig, fra 55 års alder. Det er vesentlig at så mange som mulig får en friskere aldring og blir «20 år yngre» målt i forbruk av helsetjenester frem mot 2040⁷⁵. Dette er faktisk mulig dersom flere blir mer fysisk og sosialt aktiv, og står i jobb lengst mulig.

En Harvardstudie⁷⁶ på lykke og helse viser at gode relasjoner er det viktigste for et langt og sunt liv, det reduserer ensomhet og forebygger demens. Vi trenger sosial trening og gode relasjoner gjør det lettere å ha god fysisk helse og oppleve mer mening (f.eks. gjennom arbeid eller frivillighet). Gode relasjoner i 50-årene kan predikere fysisk helse i 80-årene. Dessverre er det ikke alle eldre som bor hjemme i Andøy i dag som får delta så mye i det sosiale livet som de ønsker. Det kan og bør gjøres noe med i et forebyggingsperspektiv.

Forebygging er ikke et enkeltstående tiltak, men **en bevisst strukturering av tjenester, møteplasser og lokalsamfunn** slik at innbyggerne kan mestre hverdagen lengst mulig med minst mulig behov for kommunale tjenester. Hvor folk bor, og hvor tjenester og møteplasser er lokalisert, er avgjørende for om forebygging faktisk skjer i praksis. Lykkes man med forebygging kan det føre til mindre utgifter senere.

Som en informant sa: Vi har en eldre kraft, en sølvøkonomi!

«Mange kan og vil jobbe. Det er en enorm ressurs som må tas vare på. De kan mye praktisk og historisk som f.eks. kan brukes mot barn/unge. Vi kan også lage en stab som kan besøke og følge opp andre eldre. Vi kan koble de opp mot vaktrommet. Vi må stille opp for hverandre og gjøre noe sammen, så vi får en verdig alderdom. Lage mat, kjenne lukta, spise og gjøre ting sammen. Lage arenaer der vi kan jobbe sammen på steder der flere får være med, også beboere må få være med i «driften». Få liv i gangene. Vi må prate sammen, vi har ikke råd til å la være. Samarbeider vi mer kan vi søke på flere midler.»

På bakgrunn av dette peker KSK på et behov for å tydeligere skille mellom:

- **Tjenesteleveranse** (som bør samles i få robuste fagmiljø på Åse og Andenes)
- **Aktive lokalsamfunn med forebyggende og sosiale møteplasser**

Helsetjenesteleveranser bør samles på to steder som nevnt tidligere, mens det bør satses på **flere aktive lokale møteplasser og bosteder** hvor det finnes både skole/barnehage, butikk, kafe/spisested og treningsrom innenfor en radius på 300 meter koblet til:

- frivillighet
- lavterskel aktivitetstilbud (f.eks. kulturaktiviteter, basseng)
- forebyggende helse (f.eks. fysioterapi og fallforebygging).

Slike steder med generasjonsmøter og muligheter for fysisk og sosial aktivitet kan virke helsefremmende.

I KSK sin kartlegging sammen med innbyggere har vi kommet frem til at dette kan gjelde **Andenes, Risøyhamn, Dverberg og Bleik**. Disse stedene har varierte tilbud innenfor nevnte gåavstand, hvor det faktisk også er mulig å gå med tanke på trafikksikkerhet.

⁷⁵ Michael 2024; 21: 39–51, doi:10.5617/michael.10950

⁷⁶ The Harvard Study of Adult Development

I folkemøtet delte en innbygger en erfaring fra et annet land (USA), hvor det var slik at ulike bosteder var forbeholdt til ulike aldre. Hun syntes det virket som en god løsning og forslo at kanskje det burde være slik også i Andøy fremover.

Andøys næringsplan⁷⁷ «Andøy 8060» peker på Risøyhamn og Andenes som sentrum for sør- og nord-Andøy, samt betydningen av fortetting og mer kompakte samfunn «*hvor offentlige investering kan utnyttes samlet og mer effektivt*». KSK anser Risøyhamn og Andenes som egnede steder for å bygge livsløpsboliger med fellesarealer som kan benyttes av både unge (f.eks. elever/studenter) og (yngre) eldre. Gjerne med felles forpliktelser som byttetjenester på tvers av generasjonene. Dersom slik gjøres må det legges til rette for at også de med dårlig økonomi og som ikke har mulighet til å tilpasse egen bolig kan få leie seg inn. Hvis ikke kan dårlig bolig og ensomhet føre til dårligere livskvalitet, større hjelpebehov og tidligere behov for omsorgsbolig og/eller sykehjem.

Som to informanter sa: «*En attraktiv bolig er ikke nok. Må ha et fellesareal, en mulighet til å få sosial gevinst av naboer*» og den andre «*Jeg flyttet i voksen alder innad på Andøy. Ingen har invitert meg inn på noe*».

Hva betyr dette i praksis?

- Ikke døgnbemannede helsebygg på Dverberg, men ulike aktivitetsrom og sambruk med skole, kulturhus og/eller grendehus (frivillighet). F.eks. trygghetsboliger.
- Tydelig kobling til hjemmetjenestebase i nord (Andenes) og sør (Åse).
- Bygging av nye boliger (Risøyhamn/Andenes) med fellesareal og forventninger om at de som bor der skal ta ansvar ovenfor hverandre og organisere aktiviteter, slik at de blir mer fysiske og sosialt aktive, som vist andre steder⁷⁸.
- Behov for en kommunal rolle som kan løse tverrgående frivillighet og stimulere til aktive lokalsamfunn og samarbeid på tvers av det offentlige, private og frivillige.

Mulige scenarioer

- Scenario 0: Eldre bor som i dag og flytter ikke til de angitte tettstedene. Noen tar aktivt grep og tilpasser boligen til endrede behov og allierer seg med andre slik at de kan klare seg selv lengre. Andre har ikke mulighet til det og kommunen får ikke kapasitet til å gi hjemmetjenester som i dag, de vil da måtte flytte inn i kommunale tilbud tidligere (= økt press på kommunen).
- Scenario 1: Flere eldre tilpasser boligen og/eller flytter til de angitte tettstedene og tar aktive grep for å bli mer aktiv både fysisk og sosialt.
- Scenario 2: Alle som bor utenfor angitte steder og eller i uhensiktsmessige boliger flytter før de får behov, enten til de angitte tettstedene eller ut av kommunen og alle blir aktive som anbefalt.

Som to informanter sa: «*Det er 23 hus på Risøyhamn hvor det kun bor 1 person, disse boligene kunne vært frigjort til yngre om man bygde leiligheter for eldre*» og en annen sa «*En del av de som flytta inn på helsesenteret gjorde det ikke på grunn av pleiebehov, men fordi de var ensomme (altså det sosiale)*».

⁷⁷ [Program for næringsutvikling i Andøy 2024-2027](#)

⁷⁸ [Aktiv aldring i praksis: Kan felles bomiljø for eldre utsette demens og fysisk forfall? | Senter for alders- og sykehjemsmedisin | UiB](#)

7. SCENARIOANALYSE – veivalg mot 2030, 2040 og 2050

Vi vil i det følgende slå sammen de ulike alternativene vi hittil har skissert for å skape en felles oversikt over de ulike veivalgene og konsekvensene av dem, på kort 2030, mellomlang 2040 og lang sikt 2050.

Alternative scenarioer er som følger:

- 0: Fortsetter som i dag og viderefører dagens struktur. Analysen viser historisk framskrivning.
- 1: Gjennomfører noen og delvis justeringer; 10% omstilling og reduksjon i tjenestemottakere.
- 2: Gjennomfører planlagt og helhetlig omstilling. Innskrenke tildeling mot nasjonal praksis og investere og iverksette flere forebyggende tiltak. 20% omstilling og reduksjon i tjenestemottakere.

Hvert scenario vurderes eksplisitt opp mot:

- Tjenestebehov: Utvikling i behov (aldersstruktur og tjenestemottakere)
- Bemanningsbehov: Tilgang på personell og forventet bortfall
- Struktur: Organisering, (sam)lokalisering og bygg
- Kvalitet og robusthet

Scenarioene illustrerer ulike utviklingsbaner. Analysen viser tydelig at scenario 0 og 1 ikke gir en bærekraftig utvikling av tjenestene. Scenario 2 representerer derfor det anbefalte strategiske veivalget.

Felles for alle er at det forventes en reduksjon i antall årsverk på 84 personer neste 10 år (innen 2035). Seks av dem innen 2030. Deretter 47 pensjonister innen 2045 og 40 innen 2050. Det er uklart hvilken stillingsprosent de ulike har, så 70% er lagt til grunn for å regne i årsverk. Planlagt antall årsverk for 2026 settes som utgangspunkt (209 ÅV) før dette trekkes fra.

Antall brukere per ansatt i gjennomsnitt i Norge i institusjon/heldøgn er 2,9-3,6 på dagvakt og 3,4-4,5 på helg (Vista Analyse, 2022). Det vil være ønskelig å holde seg under 3,5 for å ha en overkommelig ansattbelastning gitt dagens oppgaveløsning.

7.1 Scenario 0 – Videreføring av dagens struktur ("stå i ro")

Dagens organisering, lokalisering og tjenesteprofil videreføres i hovedsak uendret. Det gjøres ingen større strukturelle grep utover løpende driftstilpasninger.

Kjennetegn ved scenario 0:

- Tjenestetildeling foregår videre slik det historisk har vært gjort og bemanningsbehovet øker med tilsvarende ratio som i 2024 (1 tjenestemottaker = 0,3448 ÅV)
- Tjenestene forblir spredt på mange lokasjoner (Risøyhamn, Åse, Dverberg og Andenes)
- Omsorgsboliger fortsetter å fungere institusjonsnært uten tydelig avgrensning
- Oppgavedeling og helseteknologi tas i liten grad ut i praksis
- Rekruttering som anbefalt på 1ÅV/år
- Forebygging iverksettes ikke systematisk så antall tjenestemottakere med demens øker til 122 i 2050 som krever 67 heldøgns plasser og 87 ÅV.

	2030	2035	2040	2050
Tjenestemottakere	619	644	670	720
Bemanningsbehov (ÅV)	213	222	231	248
Tilgjengelig bemanning (ÅV)	183	159	145	122
Bemanningsgap (mangler ÅV)	- 30	- 63	- 85	-125
Mottakere/tilgjengelig ÅV	3,4	4,0	4,6	5,9
Heldøgns plasser	+11	(est. +0,5)	-10	-18

Konsekvenser over tid:

- Økende gap mellom behov og tilgjengelig personell allerede i 2030
- Høy arbeidsbelastning særlig fra 2035
- Vedvarende høyt sykefravær og økt bruk av vikarer/overtid
- Økende risiko for tjenestesvikt og brudd i pasientforløp
- Korttidsplasser brukes til langtidsplasser
- Overliggerdøgn og reinnleggelser øker

Scenario 0 innebærer i praksis en gradvis utvikling mot økende bemanningsmangel, økt bruk av overtid og redusert tjenestekvalitet. Over tid vil dette innebære betydelig risiko for tjenestesvikt. I dette scenarioet vil Andøy ikke ha tilstrekkelig bemanning til å møte behovene allerede i 2030. Scenarioet vurderes som ikke bærekraftig og tjenestesvikt som reell risiko.

7.2 Scenario 1 – Begrensede justeringer, «omstille litt»

Andøy gjennomfører enkelte forbedringstiltak, men uten en helhetlig omstilling av struktur og lokalisering.

Kjennetegn ved scenario 1:

- Tydeligere forventningsavklaring og oppgavedeling: Flere innbyggere ordner ting selv, som praktisk bistand og matutlevering, og tar ansvar for å bli mer aktiv og tilpasse boligen sin. Det tilsvarer en 10% reduksjon i antall tjenestemottakere.
 - 1 færre hoftebrudd per år; 365.000 kr/år spart.
- Helseteknologi innføres delvis, men det endrer ikke ratioen (tj.m/åv).
- Beholde: Man får noen til å stå litt lengre i jobb (1år/åv)
- Rekruttering går som forventet på 1ÅV/år
- Begrenset samlokalisering: Tjenestene i Risøyhamn (lege) flyttes til Åse (utekontor) og 50% stilling tilknyttes sykehjemmet m.m., det gir bedre kvalitet (flere timer lege/beboer), færre (re)innleggelser og mer trygghet for de ansatte.
- Omfordeling: Det «ryddes» litt i rekkene slik at flere kommer på riktigere nivå.
- Forebygging iverksettes noe så antall tjenestemottakere med demens reduseres til 110 i 2050, som krever 61 heldøgns plasser og 79 ÅV.
- Bemanningen per tjenestemottaker holdes som før (1 tj.mottaker = 0,3448 ÅV)

	2030	2035	2040	2050
Tjenestemottakere (-10%)	557	580	603	648
Bemanningsbehov (ÅV)	192	200	208	223
Tilgjengelig bemanning (ÅV)	187	168	160	146
Bemanningsgap	- 5	- 32	- 48	- 77
Mottakere/tilgjengelig ÅV	3,0	3,45	3,77	4,42
Heldøgns plasser	+ 12	(est.+3)	- 6	- 12

Konsekvenser over tid:

- Noe demping av kapasitetsgapet fram mot 2035
- Etter 2030 vokser gapet raskere enn effekten av tiltakene og mer drastiske grep som å legge ned Dverberg må til pga mangel på folk, samtidig som det egentlig er behov for mange flere institusjonsplasser fra dagens nivå.
- Presset på bemanningen øker igjen fra 2035

Scenario 1 kan gi midlertidig stabilisering, men vurderes ikke som tilstrekkelig for å møte utviklingen fram mot 2040 og 2050.

7.3 Scenario 2 – Planlagt og helhetlig omstilling

Andøy gjennomfører en målrettet og koordinert omstilling av helse- og mestrings-tjenestene. I dette scenarioet legges det til grunn en vridning i omsorgstrappen der forebygging, hverdagsmestring og helseteknologi gjør at flere innbyggere kan klare seg med mindre omfattende tjenester. Dette innebærer at flere mottar tjenester på et lavere nivå i tjenestetrappen og av flere aktører enn i dag.

Kjennetegn ved scenario 2:

- Systematisk oppgavedeling og forventningsavklaring bidrar til å redusere antall som mottar *helsetjenester* mot nasjonale tall og antall tjenestemottakere reduseres med 20% ved at oppgaver kuttes ut og private og frivillige tilbud brukes mer systematisk først.
- I samarbeid med NAV inkluderes andre typer arbeidstakere i tjenestene som tar oppgaver som ikke krever helsepersonell, f.eks. matvert, at vekstbedriften ordner bilene i hverdagen og tar lagerarbeid på institusjonen, og unge/frivillige måker snø før hjemmetjenesten kommer eller bidrar med å tilrettelegge for digital hjemmetjeneste.
- Forebyggende: Flere innbyggere blir mer fysisk og sosialt aktiv og gjør aktive grep for å bo i en egnet bolig lengre, både på egenhånd og med god støtte av frivillighet, næringslivet (nye boliger) og flere fysio- og ergoterapeuter. Det reduserer sykdomsgraden (f.eks. demens og skrøpeligheit) og senker antall lårhalsbrudd og overliggerdøgn betraktelig.
 - 3 færre hoftebrudd per år, ca. 1.mill/år spart.
- Dagtilbudet utvides til flere ved hjelp av frivillige og ungdommer som aktiviserer.
 - Antall tj.m. med demens reduseres til 97 som krever 54 HDO og 70 ÅV.
- Helseteknologi tas i bruk fullt ut med digitalt responscenter. Det reduserer kjøring med 3% (= ca. 6 ÅV), øker tilstedeværelsen og opplevd kvalitet og reduserer bemanningsratioen per tjenestemottaker gradvis til 0,254 i 2050. Flere ansatte kan nå jobbe i institusjon og kapasiteten der kan økes (se lengre ned).
- Bemanning: Flere blir stående i jobb lengre da de tilbys f.eks. mentorstillinger (1åv/år) og yngre jobber større stillinger som gir bedre arbeidsmiljø og opplevd kvalitet for brukerne. Turnover og sykefravær går ned. Det frigir 4-5 ÅV per år og reduserer vikarbruk og overtid (= 12 mill. spart/år).
- Samlokalisering av tjenester i robuste fagmiljø på Åse og Andenes reduserer kjøring, øker bemanningen i institusjon og øker tilstedeværende brukerrettet tid (økt kvalitet).
 - Tjenestene i Risøyhamn (lege) flyttes til Åse (utekontor) og 50% stilling tilknyttes sykehjemmet m.m., det gir bedre kvalitet (flere timer lege/beboer), færre (re)innleggelses og mer trygghet for de ansatte.
- Samlokalisering av brukere på rett nivå: Det er et tydelig skille mellom institusjon, HDO og hjemmetjenester og alle brukerne er på rett og lavest mulig nivå (LEON).

- Brukere er samlokalisert i færrest mulig bygg/steder slik at bemanning kan brukes på tvers og lokaler/plasser kan frigis til andre (f.eks. yngreboliger til eldre).
- Rekruttering bedres grunnet mer attraktivt arbeidssted (2åv/år)
- Det vurderes mer interkommunalt samarbeid og etter hvert (2050) om deler av hjemmetjenesten sør (Forfjord) kan dekkes av Sortland hvis behov.
- Dverberg opprettholdes, men omgjøres til et tydelig rehabiliteringssted uten fast døgnbemanning, kun aktivisering (fysio m.m.), dagtilbud og hjemmetjeneste.

	2030	2035	2040	2050
Tjenestemottakere (-20%)	495	515	536	576
Bemanningsbehov (ÅV)	170	168	160	146
Tilgjengelig bemanning (ÅV)	191	177	174	170
Bemanningsgap	+21	+9	+14	+24
Mottakere/tilgjengelig ÅV	2,6	2,9	3,0	3,4
Heldøgns plasser	+13	(est. +5)	- 3	- 5

Konsekvenser over tid:

- Betydelig frigjøring av kapasitet
- Mulighet for bemanningsmessig balanse
- «Overskudd» av bemanning som kan brukes for å dekke mer kompleksitet, flere i siste fase av livet og/eller flere institusjonsplasser/nytt bygg (se under).

Andøy kan lukke gapet mellom framtidig behov og personelltilgang, men bare dersom kommunen frigjør flere årsverk gjennom struktur, teknologi og heltid, og samtidig klarer å rekruttere og beholde netto 3 nye medarbeidere per år over tid. Scenario 2 er det eneste bærekraftige alternativet på sikt.

7.3.2 Investering i nye omsorgsboliger tilknyttet Åse sykehjem

I samtaler har det kommet frem at det vurderes en mulig etablering av nye omsorgsboliger i tilknytning til Åse sykehjem.

Disse vurderingene må sees i direkte sammenheng med scenarioanalysen og bemanningsmodellen. Analysen viser at Andøy ikke primært har et kapasitetsproblem i antall plasser, men et **bemannings- og robusthetsproblem kombinert med at veldig mange får tjenester på feil sted i omsorgstrappen**. Nye bygg uten samtidig strukturendring og bemanningsgrunnlag vil derfor øke risikoen for:

- ytterligere fragmentering
- høyere bemanningsbehov per plass
- økt driftskostnad

Hvis-så-vurdering av bygg og investeringer

Hvis Andøy velger å...	Så innebærer det...	Bemanningsmessig konsekvens
Bygge nye omsorgsboliger før struktur er avklart	Økt kapasitet uten endret flyt	Økt behov for personell som ikke er tilgjengelig
Ombygge / omdefinere eksisterende bygg	Bedre utnyttelse av dagens kapasitet	Mulighet for bemanningsmessig balanse
Samlokalisere tjenester før nye bygg	Større fagmiljø og lavere sårbarhet	Frigjøring av kapasitet
Utsette bygg til etter 2030	Beslutninger tas med bedre datagrunnlag	Redusert risiko for feilinvestering

Anbefaling

På bakgrunn av analysene anbefales det at:

- Det **ikke** fattes endelige vedtak om nye omsorgsboliger før andre tiltak er gjort og utviklingstrenden er sett
- Eventuelle investeringer i bygg fases inn etter 2030, og vurderes opp mot faktisk bemanningssituasjon, slik at bygg kan stå klar til det er behov (per nå i 2035).

Dette sikrer at investeringer bidrar til bærekraft – ikke til økt strukturell risiko.

8. OPPSUMMERING

Andøy står overfor en todelt strukturell utfordring:

1. Et betydelig fall i tilgjengelig bemanning de neste 10–15 årene, og
2. En kraftig økning i antall eldre, særlig etter 2035.

Utfordringene skyldes ikke manglende innsats eller vilje, men at dagens tjenestestruktur og organisering ikke lenger er tilpasset den demografiske og bemanningsmessige utviklingen kommunen står overfor. Dette er i tråd med nasjonale føringer (Kommuneproposisjonen 2026), som presiserer at kommunene må tilpasse struktur og drift til endrede rammebetingelser.

Analysene dokumenterer at:

- Andøy har høy ressursinnsats per innbygger sammenliknet med landsgjennomsnittet og KOSTRA-gruppen.
- Tjenestene er samtidig sårbare, fragmenterte og lite elastiske.
- Institusjonsbelegget har vært over 100 %, samtidig som andelen hjemmeboende med tjenester er høy.
- Framtidig behov øker særlig etter 2035, drevet av vekst i gruppene 80+ og demens, samtidig som mange ansatte går av med pensjon.

Scenarioanalysen viser tydelig at:

- Scenario 0 (videreføring av dagens struktur) ikke er bærekraftig.
- Scenario 1 (begrensede justeringer) kan gi midlertidig stabilisering, men vil ikke være tilstrekkelig på lengre sikt.
- Scenario 2 (planlagt og helhetlig omstilling) er den eneste realistiske veien for å opprettholde forsvarlige og bærekraftige tjenester.

Analysen peker tydelig på at scenario 2 – planlagt og helhetlig omstilling – er det anbefalte strategiske veivalget for Andøy kommune. De andre to scenarioene kan føre til tjenestesvikt.

Andøy kan oppnå bemanningsmessig balanse dersom strukturelle og forebyggende grep tas tidlig, slik at kapasitet frigjøres og rekruttering og stabilisering lykkes.

Hovedgrepene som peker seg ut i analysen er:

- Dreining mot forebygging, rehabilitering og tidlig innsats
- Tydeligere omsorgstrapp og riktigere bruk av nivåer
- Samlokalisering og reduksjon av fragmentert drift
- Systematisk bruk av helseteknologi
- Aktiv politikk for å beholde og rekruttere personell

Utfordringen er ikke om kommunen skal omstille – men hvordan og hvor raskt.

9. ANBEFALINGER TIL VIDERE PROSESS

Beslutninger som må tas i 2026–2027

Analysen viser at perioden 2026–2027 er avgjørende. Beslutningene i denne perioden vil i praksis avgjøre hvilket scenario Andøy beveger seg mot.

Følgende vedtak og avklaringer bør prioriteres:

1. Prinsippvedtak om struktur og lokalisering

- Avklare hvilke tjenester som skal samlokaliseres i nord og sør.
- Ta stilling til hvilke bygg som skal videreutvikles, omdefineres eller fases ut.
- Konkret vurdere:
 - Flytting av legetjenesten fra Risøyhamn til Åse (utekontor)
 - Flytting av hjemmetjeneste fra Dverberg til Åse
 - Reduksjon i antall små driftsenheter

2. Vedtak om tydelig omsorgstrapp og tjenesteprofil

- Fastsette tydelig grense mellom institusjon, HDO og hjemmetjenester.
- Vedta klare kriterier for tildeling og forventningsavklaring.
- Sikre at laveste effektive omsorgsnivå (LEON) legges til grunn.
- Systematisk samarbeid med, og aktiv bruk av, andre utenfor helsetjenesten.

3. Forpliktende plan for frigjøring av kapasitet

- Innføre systematisk oppgavedeling i og utenfor helsetjenesten.
- Implementere helseteknologi som del av drift, ikke prosjekt.
- Øke heltidsandel der dette er realistisk.
- Styrke forebygging og aktivisering (f.eks. økt satsing på ungdom, fysioterapi, ergoterapi, dagaktivitetstilbud og tverrsektorielt samarbeid).
- Gjennomgå vedtak og praksis og sikre at det stemmer overens.

4. Strategi for å beholde og rekruttere personell

- Tiltak for å redusere turnover og forlenge yrkeskarrierer.
- Systematisk rekruttering av egne ungdommer.
- Målrettet ekstern rekruttering.
- Samarbeid med utdanningsinstitusjoner og region.

5. Avklaring av investeringsstrategi

- Avklare om det kan bygges nye typer boliger i samarbeid med andre.
- Vurdere bemanningskonsekvenser eksplisitt før nye bygg vedtas.
- Sikre at investeringer understøtter valgt struktur.
- Unngå å øke kapasitet uten at bemanningsgrunnlaget er dokumentert.

Videre arbeid

Det anbefales at kommunen:

- Utarbeider en konkret handlingsplan for scenario 2
- Følger utviklingen årlig gjennom faste nøkkeltall (bemanning, sykefravær, tjenestemottakere, plassbelegg)

10. VEDLEGG – oversikt over plasser

Enhet	Plassering	Tjenestetype	Plasser
Andøy sykehjem	Åse	Sykehjem	24
Kiiljordheimen	Andenes	Sykehjem for pers. med demens	17
Andenes helse og omsorgssenter (fases ut)	Andenes	Omsorgsboliger HDO	- 22
Andenes helse og omsorgssenter (nytt bygg inn)	Andenes	Omsorgsboliger HDO	48
Dahletun	Dverberg	Omsorgsboliger HDO	17
Kildebakken (9 omsorgsboliger)	Åse	Miljøarb.tjenesten HDO	9
Kristinabakken (6 leiligheter)	Andenes	Miljøarb.tjenesten HDO	6
Leiteveien 12 (4 omsorgsboliger)	Åse	Miljøarb.tjenesten HDO	4
Skolegata 22 (18 leiligheter)	Andenes	Ubemannet omsorgsbolig	18

Totalt HDO: 49 Andenes, 37 Åse og 17 Dverberg (+ 18 ubemannet Andenes).

Tjenestetype	Plasser
Sykehjemsplasser (39 lang/korttids + 1 KAD+ 1 avlastning)	41
Omsorgsboliger HDO (til eldre)	43
Omsorgsboliger HDO (til yngre)	19
Totalt	103