



Helse- og velferdsplan 2018–2027

Drangedal kommune

AUDUN THORSTENSEN, ERIK MAGNUSSEN OG ANJA HJELSETH

TF-rapport nr. 431

2018

Tittel: Helse- og velferdsplan 2018-2027
Undertittel: Drangedal kommune
TF-rapport nr: 431
Forfatter(e): Audun Thorstensen, Erik Magnussen og Anja Hjelseth
Dato: 24. mai 2018
ISBN: 978-82-336-0134-8
ISSN: 1501-9918
Pris: 190,- (Kan lastes ned gratis fra www.telemarksforskning.no)
Framsidedfoto: Istockfoto.com
Prosjekt: Helse- og velferdsplan for Drangedal kommune
Prosjektnr.: 20180100
Prosjektleder: Audun Thorstensen
Oppdragsgiver(e): Drangedal kommune

Spørsmål om denne rapporten kan rettes til:

Telemarksforskning
Postboks 4
3833 Bø i Telemark
Tlf: +47 35 06 15 00
www.telemarksforskning.no

Resymé:

Telemarksforskning har på oppdrag fra Drangedal kommune utarbeidet ny helse- og velferdsplan for kommunen. Planen har et tidsperspektiv fra 2018–2027.

Forord

På oppdrag fra Drangedal kommune har Telemarksforsking utarbeidet ny helse- og velferdsplan for kommunen. Planen har et tidsperspektiv fra 2018–2027 og omhandler tjenester som institusjon, hjemmebaserte tjenester, kjøkken, dagtilbud til ulike grupper, psykisk helse og rus, legetjenesten, fysioterapi, ergoterapi, rehabilitering/habilitering, BPA, helsestasjon, legevakt og KAD.

Arbeidet med planen har foregått fra januar 2018 til mai 2018. Audun Thorstensen og Anja Hjelseth har vært prosjektledere, mens Erik Magnussen har bidratt som prosjektmedarbeider.

Vår kontaktperson i Drangedal kommune har vært kommunalsjef Hilde Molberg som vi vil takke for et godt samarbeid i prosjektperioden. Vi vil også takke alle som har stilt opp på intervjuer og deltatt på workshop.

Bø, 24. mai 2018

Audun Thorstensen

Prosjektleder

Innhold

1. Innledning.....	9
1.1 Mandat og metode	9
1.2 Avgrensning av planarbeidet	9
1.3 Styringsdokumenter	10
1.3.1 Kommunale styringsdokumenter	10
1.3.2 Fylkeskommunale styringsdokumenter	13
1.3.3 Statlige styringsdokumenter	14
1.4 Mål for planarbeidet	17
2. Utviklingstrekk for Drangedal kommune	19
2.1 Befolkningsutvikling	19
2.1.1 Befolkningsutvikling etter 2000.....	19
2.1.2 Befolkningsframskrivninger fram til 2040	20
2.2 Helseprofil	23
2.2.1 Folkehelseprofil	23
2.2.2 Ungdata-undersøkelsen	24
3. Økonomiske rammebetingelser og ressursbruk	26
3.1 Økonomiske rammebetingelser	26
3.2 Finans og prioritering.....	27
3.3 KOSTRA- og effektivitetsanalyse 2017	30
3.3.1 Netto driftsutgifter og mer-/mindreutgifter fordelt på aktuelle KOSTRA-funksjoner på pleie og omsorg og kommunehelse, 2017	31
3.4 Sentrale økonomiske nøkkeltall helse og omsorg i Drangedal	31
4. Tjenesteområdene – status, utfordringer og tiltak.....	33
4.1 Dagens organisering av helse- og velferdstjenestene i Drangedal	33
4.1.1 Tjenesteprofil pleie og omsorg.....	34
4.1.2 Utfordringer	35
4.1.3 Tiltak	35

4.2	Tjenestekontoret.....	36
4.2.1	Status	36
4.2.2	Utfordringer	36
4.2.3	Tiltak	36
4.3	Sykehjem.....	36
4.3.1	Status	36
4.3.2	Utfordringer	37
4.3.3	Tiltak	38
4.4	FH-boligene	39
4.4.1	Status	39
4.4.2	Utfordringer	40
4.4.3	Tiltak	40
4.5	Hjemmetjenesten.....	40
4.5.1	Status	40
4.5.2	Utfordringer	42
4.5.3	Tiltak	43
4.6	Hjemmehjelp, brukerstyrt personlig assistent (BPA) og ressurskrevende brukere	43
4.6.1	Status	43
4.6.2	Utfordringer	43
4.6.3	Tiltak	44
4.7	Demensomsorgen.....	44
4.7.1	Status	44
4.7.2	Utfordringer	44
4.7.3	Tiltak	45
4.8	Kjøkken.....	45
4.8.1	Status	45
4.8.2	Utfordringer og tiltak	45
4.8.3	Tiltak	45
4.9	Legetjenesten	45

4.9.1	Status	45
4.9.2	Utfordringer	47
4.9.3	Tiltak	47
4.10	Familiens hus	47
4.10.1	Status	47
4.10.2	Utfordringer	50
4.10.3	Tiltak	51
4.11	Fysioterapi, ergoterapi, frisklivssentralen og rehabiliteringsteam	51
4.11.1	Status	51
4.11.2	Utfordringer	52
4.11.3	Tiltak	52
4.12	Nav-sosialtjenesten	52
4.12.1	Status	52
4.12.2	Utfordringer	52
4.12.3	Tiltak	53
4.13	Velferdsteknologi	53
4.13.1	Status	53
4.13.2	Utfordringer	53
4.13.3	Tiltak	54
4.14	Aktivitetstilbud og frivillig innsats	54
4.15	Rekruttering og kompetanse	54
4.15.1	Kompetanse	54
4.15.2	Framtidig behov for kommunale årsverk	55
4.16	Brukermedvirkning	56
4.16.1	Tiltak	56
5.	Vurdering av fremtidig boligbehov	57
5.1	Boligpreferanser og kvaliteter ved stedet	57
5.1.1	Boligpreferanser	57
5.1.2	Kvaliteter ved stedet	58

5.2	Nasjonale mål for det boligsosiale arbeidet	58
5.3	Mulige tiltak for å kartlegge og ivareta fremtidig boligbehov.....	59
5.3.1	Husbankens virkemidler	60
5.3.2	Tilvisningsavtaler og grunnlån	60
5.3.3	Hamarøymodellen – samarbeid med privat aktør	61
5.4	Boligarbeidet i Drangedal kommune.....	62
5.4.1	Boligkontoret	62
5.4.2	Utfordringer og boligbehov i Drangedal.....	63
5.4.3	Institusjonsplasser og behov for heldøgns omsorgsplasser	64
5.4.4	Demografikostnader fram til 2040.....	66
5.4.5	Tiltak bolig.....	68
	Referanser.....	70
6.	Vedlegg	72
6.1	Innspill fra workshop om ny helse- og velferdsplan for Drangedal kommune, 12.04.18	72
6.2	Velferdsteknologi – tiltaksplan	78
6.3	Folkehelseprofil	79
6.4	Ungdataundersøkelsen – resultater.....	80
6.5	Økonomiske rammebetingelser.....	81
6.5.1	Korrigerte frie inntekter 2017	81
6.5.2	Utgiftsutjevningen 2017	81
6.5.3	Utgiftsbehov 2017, fordelt på delkostnadsområder	82
6.6	Ansikt-til-ansikt-tid i hjemmesykepleien	85
6.6.1	Om ATA-tid	85
6.6.2	Årsaker til at ATA-tiden varierer mellom kommuner	85
6.6.3	Om gjennomføringen i Drangedal.....	85
6.6.4	Resultater	86

1. Innledning

Telemarksforskning fikk i januar 2018 oppdraget med å skrive en helse- og velferdsplan for Drangedal kommune. Som en del av planen skulle også boligbehovet framover for Drangedal kommune vurderes, samt at det skulle måles ansikt-til-ansikt-tid i hjemmesykepleien.

1.1 Mandat og metode

Formålet med prosjektet er at Telemarksforskning skal bistå Drangedal kommune med å utarbeide helse- og velferdsplan og føre planen i pennen. Arbeidet skal gjøres i samarbeid med kommunen, blant annet gjennom bruk av intervjuer, workshop og deling av utkast til tekst for kvalitetssikring.

Arbeidet har basert seg på følgende problemstillinger:

- Hva er status for og omfanget av helse- og omsorgstjenestene i dag? Er det tilbud som mangler?
- Hvor godt/effektivt brukes ressursene på helse og omsorg sett i forhold til behov og inntektsnivå i Drangedal kommune?
- Hvilke føringer legger ulike styringsdokumenter på helse- og omsorgstjenestene framover?
- Hvilket behov vil Drangedal kommune ha for helse- og omsorgstjenester i framtiden?
- Hvilke endringer av dagens helse- og omsorgstjenester i Drangedal kommune må gjøres for å tilpasse seg behovet i framtiden?
- Hvilke konkrete nye tiltak bør innføres?

Som grunnlag for arbeidet har vi fått tilsendt dokumenter fra Drangedal kommune, som har inngått i en dokumentanalyse. Telemarksforskning har også brukt statistikk som befolkningsutvikling og KOSTRA-data i analysene.

Det er gjennomført til sammen 16 person- og/eller gruppeintervjuer med alle enhetslederne innenfor helse og velferd i kommunen, kommuneoverlege, fastleger, tillitsvalgte, boligkontoret og teknisk avdeling.

12. april ble det gjennomført en workshop med ca. 35 deltagere fra helse og velferd, brukergrupper, politikere og tillitsvalgte. Temaet for workshopen var fordeler og ulemper ved dagens tjenester, mål for helse- og velferdstjenestene og muligheter og trusler for framtidens helse- og velferdstjeneste i Drangedal. Resultatene fra workshopen er vedlagt denne planen og finnes under delkapittel 7.1.

1.2 Avgrensning av planarbeidet

Dette er en helse- og velferdsplan i tråd med organiseringen av tjenestene i Drangedal kommune. I praksis er det først og fremst helse- og omsorgstjenester som er en del av planen, og følgende tjenestoområder er inkludert:

- Sykehjem: Langtid, korttid/rehabilitering, demens
- Kjøkken
- Hjemmebaserte tjenester (eldre, funksjonshemmede, PU, omsorgsboliger)
- Dagtilbud ulike grupper
- Psykisk helse og rus

- Legetjeneste
- Fysioterapi, ergoterapi, rehabilitering/habilitering
- BPA
- Helsestasjon – helsestasjon for småbarn, skolehelsetjeneste, helsestasjon for ungdom, jordmor.
- Legevakt og KAD (interkommunalt samarbeid)

Helse- og velferdsplanen har et tidsperspektiv fra 2018 til 2027.

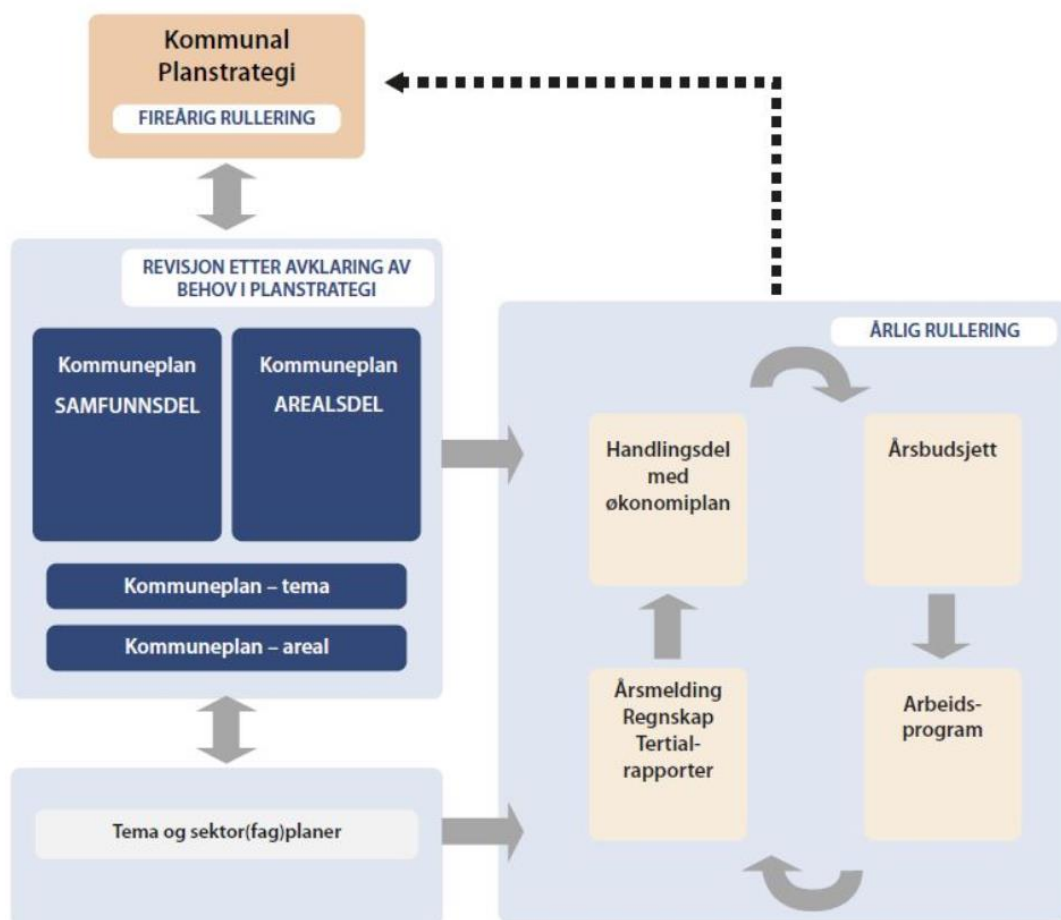
1.3 Styringsdokumenter

Både kommunale, regionale og statlige styringsdokumenter legger føringer for arbeidet med en ny kommunedelplan for helse og velferd. I det følgende gir vi en oversikt over de mest relevante.

1.3.1 Kommunale styringsdokumenter

Det er viktig at planverket i kommunen henger sammen. Figur 1 viser oversikten over plansystemet i Drangedal kommune. Nasjonale og regionale føringer og planverk legger føringer for arbeidet i kommunen, og hvert fjerde år skal kommunen vedta en planstrategi. Kommuneplanen med arealdel og samfunnsdel er det overordnede plandokumentet. Videre har kommunen ulike kommunedelplaner/temaplaner. *Helse- og velferdsplan for Drangedal kommune* er således en temaplan på dette «trimmet» i plansystemet. Videre følges

kommuneplanen og kommunedelplanene opp i økonomiplanen (4-årig handlingsprogram) og årsbudsjett. Årlig rapporterer kommunen på oppfølging gjennom årsmeldingen.



Figur 1 Det kommunale plansystemet i Drangedal kommune¹

Kommunal planstrategi 2016-2020

Helse- og velferdsplan for Drangedal kommune svarer ut følgende bestilling, nedfelt i handlingsplanen til planstrategien:

«Temaplan for helse, sosial og omsorg er en strategisk temaplan, et overordnet styringsdokument som beskriver veivalg for å møte utfordringene Drangedal kommune har på disse områdene. Arbeidet med en helse-, sosial- og omsorgsplan skal prioriteres».

¹ Kilde: Kommunal planstrategi for Drangedal kommune 2016-2020

Kommuneplanens samfunnsdel 2015–2026

I kommuneplanens samfunnsdel er visjonen for Drangedal nedfelt: «*En åpen og inkluderende bygd*». Planen er videre bygd opp med ulike tema/samfunnsområder, strategier og handlingsprogram, der folkehelse er et av temaene. Målet for Drangedal på dette feltet er at:

«*Alle skal oppleve Drangedal kommune som en god kommune å leve i, også når det gjelder helse og livskvalitet*».

Hovedfokus for denne planen vil være å gi en oversikt over status, utfordringer og helsefremmende og forebyggende tiltak innen de kommunale helse- og velferdstjenestene i Drangedal kommune. Samtidig er disse tjenestene en viktig del av det helhetlige folkehelsearbeidet i kommunen, og planen må derfor ses som en sentral del av kommunens plansystem på området.

Drangedal kommune er i ferd med å rullere samfunnsdelen av kommuneplanen.

Re-/Habiliteringsplan 2018–2022

For å følge opp den nasjonale opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering har Drangedal kommune utarbeidet *Re-/Habiliteringsplan 2018–2022*. Målsettingen er å bevare eller bedre menneskers mulighet for deltagelse i eget liv. Fokus skal endres fra reparasjon til forebygging. Rehabilitering skal settes inn tidlig og etter mindre funksjonsfall, og på den måten sette mennesker i stand til igjen å ta ansvar for sitt eget liv. Målgruppene er alle som får nedsatt funksjon, og som har behov for sammensatte, planlagte og koordinerte tiltak for å nå eller å vedlikeholde sitt optimale fysiske, sansemessige, intellektuelle, psykiske og sosiale funksjonsnivå, uavhengig av diagnose og alder. Dessuten vil pårørende i mange tilfeller også være med i målgruppen, særlig der det dreier seg om barn.

Velferdsteknologisk handlingsplan 2017–2020

Drangedal kommune har vedtatt å ta i bruk nye virkemidler for å møte morgendagens utfordringer for helse- og velferdstjenestene. *Velferdsteknologisk handlingsplan 2017–2020* er førende for kommunens strategiske satsing på velferdsteknologi i årene fremover. Målsettingen er at kommunens innbyggere, ved hjelp av teknologiske hjelpemidler, skal kunne bo lengre hjemme og ikke minst oppleve trygghet og større egenmestring i hverdagen, der de bor. I tillegg skal satsingen bidra til å:

- Styrke brukerinnflytelsen og bedre samspillet med pårørende, frivillige og lokalsamfunnet.
- Forebygge og utsette behov for kompenserende tjenester, og bidra til at brukerne opprettholder eller gjenvinner sin funksjonsevne og selvstendighet.
- Styrke lederkompetansen og fagutviklingen, sikre stor faglig bredde og tilstrekkelig, kompetent og stabil bemanning.
- Gi rom for kunnskapsbasert praksis og etisk refleksjon.

Tiltaksdelen i velferdsteknologisk handlingsplan er lagt ved denne planen og finnes under delkapittel 7.2.

Budsjett og økonomiplan 2018–2021

Drangedal kommune har i *Budsjett og økonomiplan 2018–2021* en målsetting om at sektor for helse og velferd skal bestrebe seg på å levere tjenester som:

- Er virkningsfulle
- Er trygge og sikre
- Involverer brukere og gir dem innflytelse
- Er samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Øvrige relevante kommunale planer og retningslinjer for kommunens forebyggende og (folke)helsefremmende arbeid:

- Kommunedelplan for idrett og fysisk aktivitet
- Handlingsplan mot mobbing Drangedal 10-årige skole
- Boligsosial handlingsplan 2015–2020
- Alkoholpolitiske retningslinjer for salg og skjenking av alkohol i Drangedal kommune 2016–2020

Disse planene har vi ikke beskrevet nærmere her.

1.3.2 Fylkeskommunale styringsdokumenter

Regional plan for folkehelse i Telemark 2018–2030

Visjonen i *Bærekraftige Telemark* (Regional planstrategi 2016–2020) om å skape et bærekraftig Telemark skal være en rettesnor for samfunnsutviklingen i fylket. Bærekraftig utvikling skjer gjennom å fremme bærekraftige sosiale forhold, bærekraftig økonomi og bærekraftig miljø. Alt dette er viktig i fylkets folkehelsearbeid.

Telemarkingene har i all hovedsak god helse og sunne levevaner. Levealderen har aldri vært så høy som i dag. Men selv om alle grupper i samfunnet har fått bedre helse de siste åra, har helsegevinsten vært størst for telemarkinger med lang utdanning og høy inntekt. Personer med høyere utdanning lever i snitt sju år lenger enn personer med kun grunnskole.

Levekårsundersøkelsen «Ung i Telemark 2015» viser at ungdom fra familier med høy sosioøkonomisk status er mer fornøyd med helsa si og har sunnere helsevaner enn ungdommer fra familier med lavere sosioøkonomisk status².

Sosiale forskjeller i helse og helsevaner er derfor definert som den største folkehelseutfordringen i Telemark. *Regional plan for folkehelse i Telemark 2018–2030*, forankret i ovennevnte planstrategi, har derfor følgende hovedmål:

1. **Forbedrede levekår** for befolkningen skal skapes gjennom å iverksette tiltak for å utjevne sosial ulikhet og hindre at dårlige levekår går i arv
2. **Forbedret psykisk og fysisk helse** ved å prioritere strategier og tiltak som bidrar til en trygg oppvekst, et aktivt og deltakende voksenliv og alderdom

² <https://www.telemark.no/Vaare-tjenester/Folkehelse/Ung-i-Telemark>

I planen legges generasjonsperspektivet til grunn gjennom fire satsingsområder for å møte fylkets folkehelseutfordringer:

1. Kunnskapsbasert og systematisk folkehelsearbeid
2. Helsefremmende oppvekst
3. Helsefremmende voksenliv
4. Samfunnsutvikling for en aktiv alderdom

Folkehelse er et stort og bredt fagfelt. Denne planen danner en felles plattform for prioriteringer og avgjørelser i folkehelsearbeidet og skal gjøre det enklere å organisere arbeidet hos de ulike folkehelseaktørene i fylket. Ikke minst er planen forpliktende for kommunal planlegging og virksomhet i regionen.

Programfylke for folkehelsearbeid

Våren 2018 fikk Telemark fylkeskommune innvilget en søknad til Helsedirektoratet om å bli programfylke for folkehelsearbeid.³ Det vil si at Telemark fylkeskommune får 30 millioner kroner til folkehelse tiltak de neste seks årene. Midlene skal ikke brukes i fylkeskommunen, men kanaliseres videre til folkehelse tiltak i kommunene i Telemark. Tiltakene som iverksettes, er rettet spesielt mot barn og unges psykiske helse, rusforebygging og utjevning av sosial ulikhet i helse. Tanken er at kommunene, med sin oversikt over helsetilstanden i befolkningen, lettere vet hvor skoen trykker. Program for folkehelsearbeid er ikke en ordinær tilskuddsordning, men en invitasjon og tillitserklæring til kommunene om å sette inn gode tiltak på nettopp disse feltene. Fylkeskommunen skal bistå kommunene i arbeidet, tilrettelegge for kunnskapsdeling og fordele midlene i fylket. Kommuner som ønsker tilskudd, kan søke om tilskudd for en periode på tre år.

Øvrige planer og strategier

I tillegg til det ovennevnte berører og underbygger målene i *Regional plan for oppvekst og kompetanse 2016–2020*, *ATP Telemark 2015–2025* og *ATP Grenland 2014–2025* folkehelsearbeidet i Telemark. Disse målene er:

- Færre unge skal bli uføretrygdet
- Barn og unge skal ha et sunnere kosthold
- Mer fysisk aktivitet blant barn og unge
- Bedre psykososialt oppvekstmiljø
- Bedre gjennomføring i videregående opplæring
- Bedre læringsutbytte i grunnskole og videregående opplæring – og dermed økt gjennomføring
- Økt fokus på minoritetsspråklige
- Bærekraft skal skapes ved å velge areal- og transportløsninger som fremmer miljøvennlig transport, trafiksikkerhet, god folkehelse og god samfunnsøkonomi.

1.3.3 Statlige styringsdokumenter

Drangedal kommunes helse- og velferdstjenester leveres etter *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*. For helse- og omsorgsfeltet er det en rekke statlige styringsdokumenter som er relevante for denne helse- og velferdsplanen. De mest sentrale er stortingsmeldingen om samhandlingsreformen, Omsorg 2020, stortingsmeldingen om framtidens primærhelsetjeneste og demensplan 2020. Disse dokumentene er kort

³ <https://www.telemark.no/Aktuelt/2018/Millioner-til-folkehelse-tiltak-i-Telemark>

redegjort for nedenfor. I tillegg er det listet opp en rekke andre dokumenter som legger føringer for de kommunale helse- og velferdstjenestene. Helse- og omsorgsdepartementet oppsummerer i forbindelse med samhandlingsreformen helse- og omsorgspolitikken med følgende punkter:⁴

- Forebygge framfor bare å reparere
- Tidlig innsats
- Få ulike ledd i helsetjenesten til å jobbe bedre sammen
- Flytte tjenester nærmere der folk bor
- Flere oppgaver til kommunene og økonomiske rammer til å utføre dem
- Samle spesialiserte fagmiljøer som er sterke nok
- Sterkere brukermedvirkning

Meld. St. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid* la grunnlaget for endret tenkning knyttet til helse- og velferdstjenestene i kommunene. Med samhandlingsreformen vektlegges forebygging og tidlig innsats. Flere oppgaver ble overført fra spesialisthelsetjenesten og ut til kommunene, og det ble innført plikt for kommuner og sykehus til å samarbeide mer. Samhandlingsreformen har økt fokus på folkehelse. Fra 1.1.2016 ble øyeblikkelig hjelp døgntilbud en lovpålagt oppgave for somatiske pasienter i kommunene. Fra 1.1.2017 gjaldt dette også pasienter med psykisk helse- og rusproblemer. Hensikten med øyeblikkelig hjelp døgntilbudet er å unngå innleggelser i spesialisthelsetjenesten når det ikke er ønskelig eller nødvendig ut fra en helhetlig medisinsk og psykososial vurdering.⁵

Omsorg 2020 er regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020, og den legger vekt på økt kapasitet og kompetanse i helse- og omsorgssektoren. Det legges opp til at staten skal ta et større økonomisk ansvar for å sikre at kommunene bygger ut tilstrekkelig kapasitet og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten. *Omsorg 2020* har fem hovedsatsingsområder:

1. Sammen med bruker, pasient og pårørende. I dette ligger blant annet økt brukermedvirkning både når det gjelder eksisterende tjenester og utvikling av nye.
2. En faglig sterk helse- og omsorgstjeneste. I dette ligger blant annet faglig omstilling med endret og høyere kompetanse, nye arbeidsmetoder og nye faglige tilnærminger, samt faglig og strategisk lederskap.
3. Moderne lokaler og boformer. I dette ligger utbygging og modernisering av et mangfold av boformer.
4. Den nye hjemmetjenesten. I dette ligger sterkere utbygging av hjemmetjenesten og tidlig innsats for at folk kan bo hjemme lengst mulig.
5. Fornyelse og innovasjon. I dette ligger det å ta i bruk ny teknologi og faglige metoder og støtte lokalt innovasjonsarbeid.

Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* har fokus på helheten i helse- og omsorgstjenesten, og det settes opp tre satsingsområder:

1. Økt kompetanse, hvor det blant annet lovfestes en liste over profesjoner som kommunene må ha, og alle allmennleger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal være spesialister eller under spesialisering i allmennmedisin.
2. Bedre ledelse, hvor det blant annet skal etableres en lederutdanning i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

⁴ <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse-og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen-i-kortversjon1/id650137/>

⁵ <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen/oyeblikkelig-hjelp-dogntilbud-i-kommunen>

3. Teamorganisering, hvor det blant annet skal stimuleres til samlokalisering av helse- og omsorgstjenester i kommunene.

I tillegg er det i stortingsmeldingen lagt ekstra vekt på eldreomsorg og psykisk helse og rus. Blant annet vises det til kravet om at alle kommuner har lovfestet plikt til psykologkompetanse fra 1.1.2020. Det vises også til den kommunale døgnplikten til øyeblikkelig hjelp som ble innført også for psykisk helse og rus-området fra 1.1.2017, og at det skulle legges fram en ny opptrappingsplan for rus.

Opptrappingsplanen for rusfeltet (Prop. 15 S, 2015-16) konkretiserer satsingen på rus og psykiatri. Her vises det til samhandlingsreformen og intensjonen om at kommunene skal ta et større ansvar for behandling og oppfølging av pasienter innen rus og psykisk helse. Planen peker på at behovet for samhandling er spesielt stort for disse gruppene, og at boliger er en forutsetning for å få til slik samordning (s. 57). I planen varsles det også om innføring av en betalingsplikt for kommunene for utskrivningsklare pasienter på rus- og psykiatriområdet. Formålet med den kommunale betalingsplikten er å stimulere kommunene til bedre samhandling og til at flere brukere får bolig eller individuelt tilpasset ettervernstilbud. Et råd til kommunene er derfor at de bygger opp nødvendig kapasitet i forkant av at en slik ordning innføres.

Demensplan 2020 – et mer demensvennlig samfunn er regjeringens plan og tiltak for å bedre det kommunale helse- og omsorgstjenestetilbudet til personer med demenssykdom og deres pårørende. *Demensplan 2020* har seks strategier:

1. Selvbestemmelse, involvering og deltakelse
2. Forebygging – det som er bra for hjertet er bra for hjernen
3. Diagnose til rett tid og tett oppfølging etter diagnose
4. Aktivitet, mestring og avlastning
5. Pasientforløp med systematisk oppfølging og tilpassede tjenestetilbud
6. Forskning, kunnskap og kompetanse

Det mest kjente tiltaket er nok lovfesting av en plikt for kommunene til å tilby dagtilbud for demente fra 1.1.2020. Ved hjelp av stimuleringsmidler over statsbudsjettet har antall dagaktivitetstilbud økt i kommunesektoren de siste årene. Oppsummert kan en si at demensplanen legger opp til tre hovedsaker: Økt dagaktivitetstilbud, flere tilpassede boliger og økt kunnskap og kompetanse.

Under følger en liste over aktuelle statlige styringsdokumenter for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Listen er ikke uttømmende. Det finnes også en rekke veiledere på mange av områdene.

Stortingsmeldinger:

- Samhandlingsreformen og dokumenter knyttet til denne. Meld. St. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid
- Meld. St. 29 (2012-2013) *Morgendagens omsorg – Omsorgsplan 2020*
- Meld. St. 45 (2012-2013) *Frihet og likeverd – om mennesker med utviklingshemming*
- Meld. St. 19 (2014-2015) *Folkehelsemeldingen – mestring og muligheter*
- Meld. St. 26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*

Nasjonale strategier/opptrappingsplaner/NOU:

- Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet (2015-2020)
- Nasjonal helse- og omsorgsplan (2015)

- Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering, HOD (2017-2019)
- Opptrappingsplan for rusfeltet, HOD (2016-2020)
- Demensplan 2020 – et mer demensvennlig samfunn
- NOU 2011: 1 Innovasjon i omsorg

Lover:

- Folkehelseloven
- Lov om helse- og omsorgstjenestene i kommunene

1.4 Mål for planarbeidet

Loverket legger føringer for hva som skal gjøres i helse- og omsorgstjenesten. Loven om kommunale helse- og omsorgstjenester har følgende formål:

1. Forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjons-
evne
2. Fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og
forebygge sosiale problemer
3. Sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilvæ-
relse i fellesskap med andre
4. Sikre kvalitet i tjenestetilbudet og et likeverdig tjenestetilbud
5. Sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, samt sikre at tilbudet
er tilpasset den enkeltes behov
6. Sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet
7. Bidra til at ressursene utnyttes best mulig

Fra workshopen:

Tilpasset tjenestetilbud:

- Sømløse, fleksible og individuelle tjenester
- Involvere brukere og pårørende
- Koordinerte kommunale tjenester

Kan lage mål i tråd med nasjonal helse- og omsorgspolitik:

- Forebygge framfor bare å reparere
- Tidlig innsats
- Få ulike ledd i helsetjenesten til å jobbe bedre sammen
- Økonomiske rammer til å utføre de oppgavene som kommunene blir pålagt
- Samle spesialiserte fagmiljøer som er sterke nok
- Sterkere brukermedvirkning

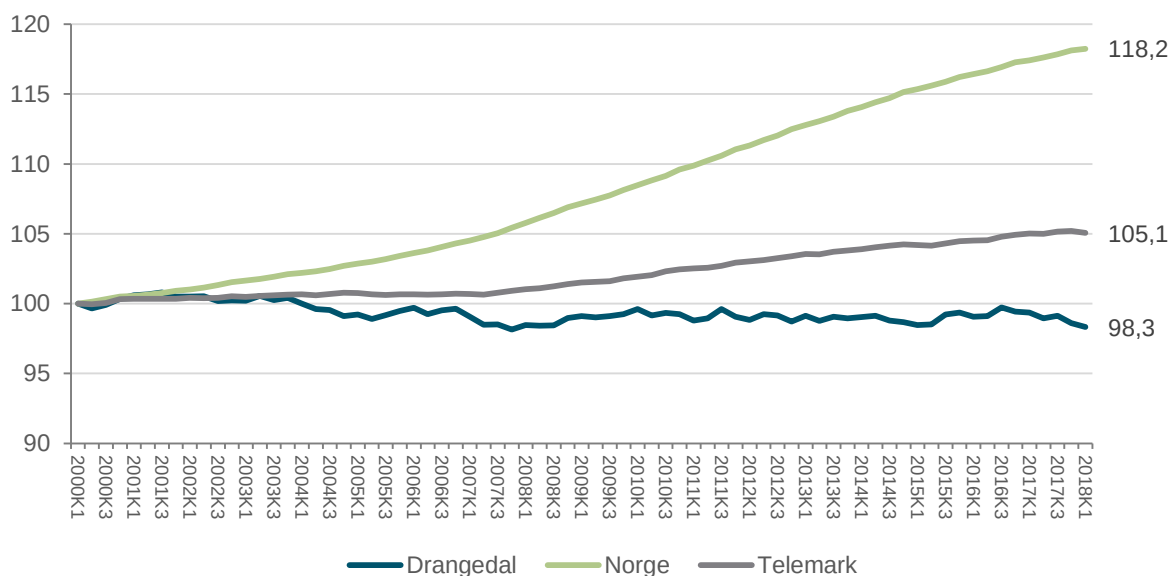
2. Utviklingstrekk for Drangedal kommune

I dette kapitlet er sentrale utviklingstrekk for Drangedal kommune samlet. Det er redegjort nærmere for befolkningsutvikling fra 2000 og fram til i dag, samt prognoser for befolkningsutvikling framover. Vi har også sett på helseprofilen til Drangedal.

2.1 Befolkningsutvikling

2.1.1 Befolkningsutvikling etter 2000

Figuren under viser befolkningsutviklingen siden år 2000 for Drangedal, fylket og landet. Folketallet i Drangedal har endret seg lite siden år 2000. Som det fremgår av figuren, har Drangedal hatt en langt svakere befolkningsutvikling enn landet som helhet, men også svakere enn Telemark fylke. Fra år 2000 til 2018 har Drangedal hatt en befolkningsnedgang på 1,7 prosent (nedgang på 70 personer), mens det på landsbasis har vært en vekst på 18,2 prosent. Telemark har hatt en befolkningsvekst på 5,1 prosent.



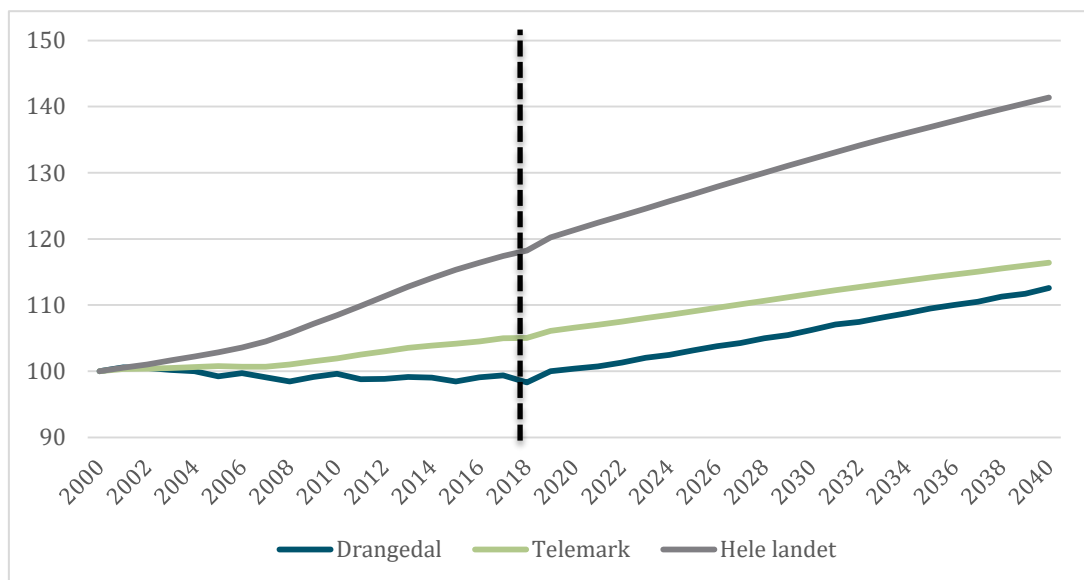
Figur 2 Befolkningsutvikling 2000–2018. Drangedal, Telemark og hele landet. Indeksert slik at nivået i 2000=100.
Kilde: SSB

2.1.2 Befolkningsframskrivninger fram til 2040

Siste befolkningsframskriving fra SSB ble publisert i juni 2016, og er basert på registrert folketall per 1. januar 2016. Kommunevis tall er tilgjengelige fram til 2040. Oppstillingene under bygger på SSBs mellomalternativ («4M»), som står for mellomnivået for fruktbarhet, levealder, innenlands mobilitet og netto innvandring, og blir sett på som det mest realistiske alternativet.⁶

Oppdaterte befolkningsframskrivninger publiseres av SSB i juni 2018. Siden de gjeldende prognosene er snart to år gamle, har SSB selv sagt at innvandring- og fruktbarhetstallene i prognosene er blitt kraftig overvurdert. Når det gjelder de eldste aldersgruppene, har dette mindre å si, og vi har ikke grunnlag for å bruke noe annet. Men vi vil anbefale at Drangedal kommune gjør en oppdatering av befolkningsframskrivingene når nye prognoser foreligger i juni. Spesielt i forbindelse utarbeidelse med helse- og velferdsplanen og eventuelle vedtak om ombygging/nybygg, anbefaler vi at en venter på de siste oppdaterte tallene.

Fra 2018 til 2040 foreskriver SSB en befolkningsvekst for Drangedal på 14,5 prosent, eller 596 personer. Til sammenligning er det forventet en vekst for fylket og landet på hhv. 10,8 prosent og 19,6 prosent. I figuren under er faktisk utvikling fra 2000 til 2018 videreført med SSBs framskrivninger fra 2019–2040.



Figur 3 Befolkningsutvikling fra 2000–2018, videreført med SSBs framskrivninger fra 2019–2040. Drangedal, Telemark og hele landet. Indeksert slik at nivået i 2000=100. Kilde: SSB (alternativ «4M»).

I oppstillingene under er det brukt tilnærmet samme aldersfordeling som inntektssystemet opererer med. Dette gir et godt grunnlag for å kunne se et potensielt press på tjenestetilbudet og for å få en korrekt dimensjonering av tjenestene.

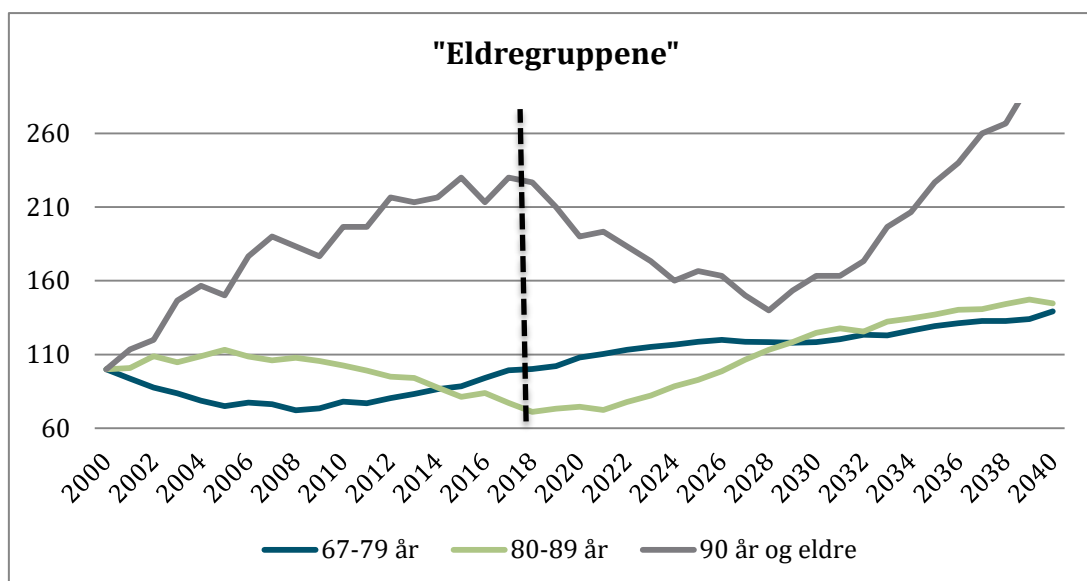
Tabell 1 Prosentandel av befolkningen i ulike aldersgrupper pr 1.1.2018. Kilde: SSB.

	Drangedal	Telemark	Hele landet
0–5 år	5,6	6,0	6,8
6–15 år	12,0	11,5	12,0

⁶ Prognosene i denne rapporten tar utgangspunkt i registrert folketall per 1.1.18.

16-66 år	63,4	64,9	66,3
67-79 år	13,3	12,7	10,6
80-89 år	4,1	3,9	3,4
90 år og eldre	1,7	1,0	0,8
0-66 år	81,0	82,4	85,2
67 år og eldre	19,0	17,6	14,8

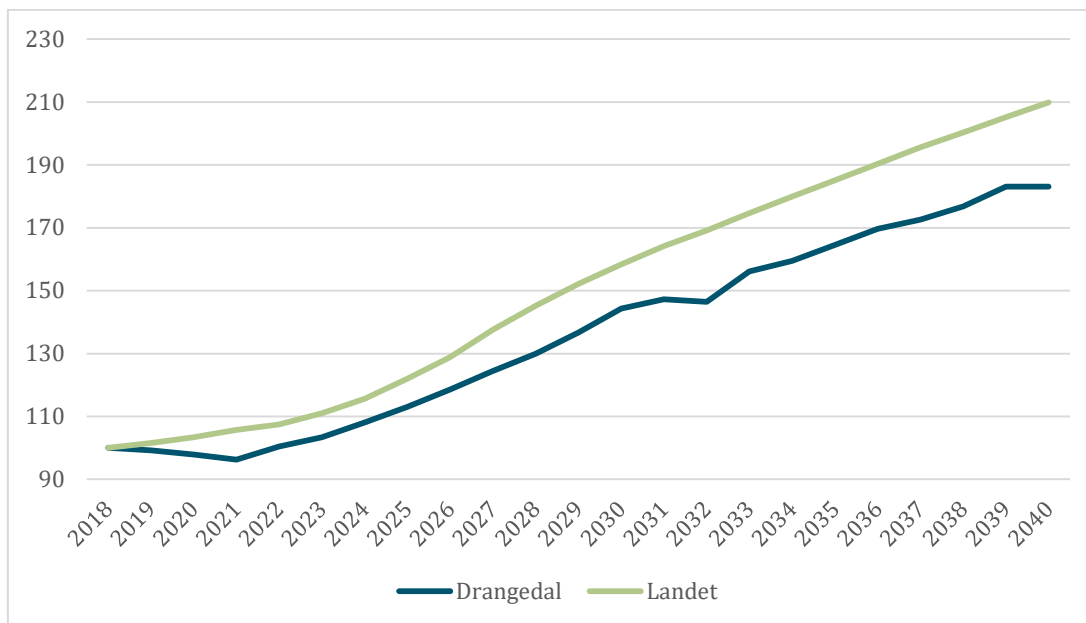
Drangedal har generelt en eldre befolkning enn landsgjennomsnittet. Andelen eldre over 67 år utgjorde 19,0 prosent av befolkningen 1.1.2018. Tilsvarende andel for fylket og landet var hhv. 17,6 prosent og 14,8 prosent.



Figur 4 Befolkningsutvikling 2000-2017, videreført med SSBs framskrivninger 2018-2040 (alt «4M»). 67-79 år, 80-89 år og 90 år og eldre. Drangedal kommune. Indeksert slik at nivået i 2000=100. Kilde: SSB.

I figuren over ser vi faktisk utvikling i aldersgruppene over 67 år fra 2000 til 2018, videreført med SSBs framskrivninger fra 2018-2040. Ifølge SSB vil antall personer over 67 år øke i årene fram mot 2040. Det er ventet sterkest vekst i aldersgruppen 80-89 år.

Figuren nedenfor viser utviklingen i aldersgruppen over 80 år for Drangedal og landsgjennomsnittet fra 2018 til 2040.



Figur 5 Utvikling aldersgruppen 80 år og eldre 2018-2040. Drangedal og landet. Indeksert slik at nivået i 2018=100. Kilde SSB (alt M).

På landsbasis er eldrebølgen anslått å slå inn for fullt på begynnelsen av 2020-tallet. Figuren viser at SSB foreskriver en vekst i aldersgruppen over 80 år på om lag 83 prosent for Drangedal og om lag 110 prosent for hele landet i denne perioden.

Oppstillingen under viser antall personer i ulike aldersgrupper i 2000 og 2018, videreført med SSBs framskrivinger (alternativ «4M») i 2025 og 2040. Tabellen viser at det er forventet nedgang i antall personer i de yngste aldersgruppene i Drangedal, og vekst i de øvrige.

Tabell 2 Antall personer i ulike aldersgrupper 2000 og 2018. SSBs framskrivingsalternativ «4M» i 2025 og 2040. Drangedal kommune. Kilde: SSB.

	2000	2018	2025	2040
0-5 år	284	231	237	247
6-15 år	504	492	463	478
16-66 år	2 577	2 601	2 691	2 783
67-79 år	545	546	647	759
80-89 år	235	167	218	340
90 år og eldre	30	68	50	94
Totalt	4 175	4 105	4 306	4 701

Tabellen under viser aldersfordeling i prosent for Drangedal, Telemark og landet i 2018 og framskrevet til 2025 og 2040.

Tabell 3 Aldersfordeling 2018, 2025 og 2040. Prosent. Drangedal, Telemark og landet. Kilde: SSB alt. «4M».

	2018			2025			2040		
	Drangedal	Tele- mark	Hele landet	Drangedal	Tele- mark	Hele lan- det	Drangedal	Tele- mark	Hele landet
0–5 år	5,6	6	6,8	5,5	6,0	7,0	5,3	5,7	6,5
6–15 år	12,0	11,5	12,0	10,8	10,9	11,4	10,2	10,6	11,1
16–66 år	63,4	64,9	66,3	62,5	63,1	65,1	59,2	59,7	62,3
67–79 år	13,3	12,7	10,6	15	14,2	11,7	16,1	15	12,8
80–89 år	4,1	3,9	3,4	5,1	4,7	3,9	7,2	7,1	5,8
90 år og eldre	1,7	1,0	0,8	1,2	1,0	0,9	2,0	1,9	1,6
0–66 år	81,0	82,4	85,1	78,8	80,1	83,5	74,6	76	79,8
67 år og eldre	19,0	17,6	14,8	21,2	19,9	16,5	25,4	24	20,2

2.2 Helseprofil

I arbeidet med helse- og velferdsplan for Drangedal kommune er det nyttig å ta et blikk på helseprofilen i kommunen. I det følgende har vi sett nærmere på Folkehelseinstituttets folkehelseprofil for Drangedal kommune i 2017 og ungdomsundersøkelsen som ble gjennomført i Drangedal i 2015.

2.2.1 Folkehelseprofil

Folkehelseinstituttet gir årlig ut folkehelseprofiler for alle landets kommuner. Disse er ment som et bidrag til kommunenes arbeid med å skaffe seg oversikt over helsetilstanden i befolkningen og faktorer som påvirker denne.

Statistikkbanken inneholder en rekke indikatorer, men de sentrale trekkene er delt inn i følgende temaområder: Befolkning, levekår, miljø, skole, levevaner og helse og sykdom. Vi har sett nærmere på indikatorene som er bedre og dårligere enn landsgjennomsnittet for Drangedal.⁷

Indikatorer som er bedre enn landsnittet:

- Antibiotikabruken er lavere, målt etter antall utleveringer av antibiotika på resept per 1000 innbyggere
- Andel med type 2-diabetes (legemiddelbrukere) er lavere

Indikatorer som er svakere enn landssnittet:

- Andelen barn (0–17 år) som bor i husholdninger med lav inntekt, er høyere
- Andelen 5.-klassinger som er på laveste mestringsnivå i lesing og regning er høyere
- Andel barn som trives på skolen (10. klasse) er lavere
- Andel uføretrygdde i alderen 18–44 år er høyere

⁷ <http://khp.fhi.no/PDFVindu.aspx?Nr=0817&sp=1&PDFaar=2017>

- Andel av befolkningen i kontakt med primærhelsetjenesten med psykiske symptomer og lidelser er høyere

Indikatorer omtrent som landssnittet:

- Andelen som bor alene i aldersgruppen 45 år og eldre
- Andelen ungdomsskoleelever som oppgir at de er litt eller svært fornøyd med lokalmiljøet
- Andelen ungdomsskoleelever som oppgir at de har minst én fortrolig venn
- Frafallet i videregående skole
- Andelen ungdomsskoleelever som oppgir at de er lite fysisk aktive
- Andelen med overvekt inkludert fedme
- Andelen ungdomsskoleelever som oppgir at de er fornøyd med helsa

Et samlet folkehelsebarometer for Drangedal kommune er lagt ved denne planen og finnes under delkapitel 7.3.

2.2.2 Ungdata-undersøkelsen

Ungdata-undersøkelsen gjennomføres i kommuner over hele landet for å kartlegge ulike forhold blant ungdom. Ny ungdata-undersøkelse for Telemark gjennomføres våren 2018, men resultatene er ikke klare per mai 2018. Funnene under er fra undersøkelsen fra 2015, blant ungdomsskoleelevene ved Drangedal 10-årige skole.⁸ På neste side er de mest relevante funnene med tanke på helse- og velferdsplanen oppsummert. Alle svarene er oppgitt som andel i prosent.

Tobakk og rus

Ingen av ungdommene i Drangedal oppgir å ha prøvd hasj de siste 12 månedene, men 3 prosent oppgir å ha fått tilbud. Det er en lavere andel enn landet som helhet. Henholdsvis fire og ni prosent oppgir at de røyker og snuser ukentlig, andelen som snuser er fire prosent høyere enn i landet som helhet. 13 prosent oppgir å ha vært beruset av alkohol de siste 12 månedene, mot 15 prosent på landsbasis.

Helse og trivsel

I kategorien helse og trivsel skiller elevene i Drangedal seg fra landssnittet ved at en høyere andel oppgir å ha følt kjennetegn på depresjon den siste uken, og at færre trener ukentlig. Andelen som oppgir å være plaget av ensomhet eller opplever daglige helseplager er så vidt lavere enn i landet som helhet.

Fritid

Ungdommen i Drangedal er i noe mindre grad aktiv i fritidsorganisasjoner, men bruker samtidig mindre tid foran skjermen eller foran en datamaskin enn landssnittet. Andelen som oppgir å ha hatt lønna ekstrajobb, eller at de tilbringer minst to kvelder i uka sammen med venner, er omtrent som på landssnittet.

Skole og framtid

Andelen som svarer at de trives på skolen, er omtrent som på landssnittet. Andelen som oppgir å daglig bruke 30 minutter eller mer på lekser og oppgir at de bruker helgene til skolearbeid, er vesentlig lavere i Drangedal enn i landet som helhet. 52 prosent av elevene i Drangedal tror de vil ta høyere utdanning, mot 67 prosent i landet som helhet. Andelen som tror de vil ta fagbrev, er betraktelig høyere blant elevene i Drangedal enn i resten av landet.

⁸ <http://www.ungdata.no/Fylker-og-kommuner/Telemark/Drangedal>

Lokalmiljøet

Sammenliknet med ungdommen i landet som helhet oppgir ungdommen i Drangedal i større grad at de er fornøyd med lokalmiljøet, de opplever å ha et trygt nærområde og at kulturtilbudet er godt. På den annen side er andelen som oppgir at det er bra tilgang på idrettsanlegg, og at kollektivtilbudet er godt, noe lavere enn i resten av landet. Andelen som mener det er nok lokaler for å treffe andre unge i kommunen, er lik for Drangedal og resten av landet.

En samlet oversikt over de sentrale resultatene i Ungdataundersøkelsen fra 2015 er lagt ved denne planen og finnes under delkapittel 7.4.

3. Økonomiske rammebetingelser og ressursbruk

3.1 Økonomiske rammebetingelser

Drangedal kan defineres som en middelinntektskommune. I KOSTRA er kommunen plassert i kommune-gruppe 2, dvs. små kommuner med middels bundne kostnader per innbygger og middels frie disponible inntekter. Inntektsnivået (målt som korrigerte frie inntekter) lå 2 prosent under landsgjennomsnittet i 2017. Drangedal fikk beregnet et samlet utgiftsbehov i inntektssystemet på ca. 16 prosent over landsgjennomsnittet i 2017. På pleie og omsorg fikk kommunen beregnet et utgiftsbehov tilsvarende om lag 38 prosent over landsgjennomsnittet.⁹ De økonomiske rammebetingelsene vil naturligvis være styrende for det tjenestetilbudet kommunen kan levere til innbyggerne. Tabellen under viser hvilke faktorer som påvirker delkostnadsnøkkelen for pleie og omsorg generelt og i Drangedal.

Tabell 4 Utslag på delkostnadsnøkkelen for pleie og omsorg 2017. Drangedal kommune. Kilde: KMD, beregninger ved TF.¹⁰

Kriterier	Vekter	Utgiftsbehovsindeks	Bidrag kostnadsindeks
Innbyggere 066 år	0,1426	0,9486	-0,7 %
Innbyggere 67-79 år	0,1099	1,2366	2,6 %
Innbyggere 80-89 år	0,2021	1,3613	7,3 %
Innbyggere over 90 år	0,1066	1,8946	9,5 %
PU 16 år og over	0,1403	1,3840	5,4 %
Ikke-gifte 67 år og over	0,1311	1,3652	4,8 %
Standardisert antall døde	0,1311	1,0917	1,2 %
Sonekriteriet	0,0111	3,2364	2,5 %
Nabokriteriet	0,0111	2,6287	1,8 %
Basiskriteriet	0,0141	3,5696	3,6 %
Kostnadsindeks	1,0000	1,3800	38,0 %

Av tabellen ser vi hvilke kriterier som påvirker utgiftsbehovet på pleie og omsorg i forhold til landsgjennomsnittet. Alderssammensetningen (andel eldre) trekker samlet sett opp utgiftsbehovet med om lag 18,7 prosentpoeng, mens øvrige kriterier trekker opp utgiftsbehovet med om lag 19,3 prosentpoeng. Med andre ord får Drangedal beregnet et høyere utgiftsbehov enn gjennomsnittskommunen på bakgrunn av befolknings-sammensetningen, geografi og kommunestørrelse.

⁹ I vedlegg er vist dokumentasjon av utvikling i delkostnadsindekser og utgiftsutjevningstilskudd/trekk i inntektssystemet fra 2016 til 2018. I 2017 er behovet på pleie og omsorg antatt å ligge rundt 2,3 prosent over landsgjennomsnittet.

¹⁰ Dagens kostnadsnøkkel for pleie- og omsorgstjenester bygger i hovedsak på analyser utført av Borgeutvalget. Dagens delkostnadsnøkkel for pleie og omsorg ble tatt i bruk fra og med tilskuddsfordelingen for 2011. I delkostnadsnøkkelen inngår alderskriterier med en vekt på 56 prosent, andre etterspørselsfaktorer enn alder (psykisk utviklingshemmede, ikke gifte eldre og dødelighet) med en vekt på 40 prosent og kostnadsfaktorer (bosettingsmønster og kommunestørrelse) med en vekt på knappe 4 prosent.

Under er også vist utslag på delkostnadsnøkkelen for kommunehelse. Tabellen viser at Drangedal fikk beregnet et utgiftsbehov på kommunehelse på om lag 31 prosent over landsgjennomsnittet i 2017. Alderssammensetningen gir et bidrag til samleindeksen på 6,1 prosent, mens øvrige kriterier (reiseavstand og kommunestørrelse) trekker opp utgiftsbehovet med rundt 25 prosent.

Tabell 5 Utslag på delkostnadsnøkkelen for kommunehelse 2017. Drangedal kommune. Kilde: KMD, beregninger ved TF.

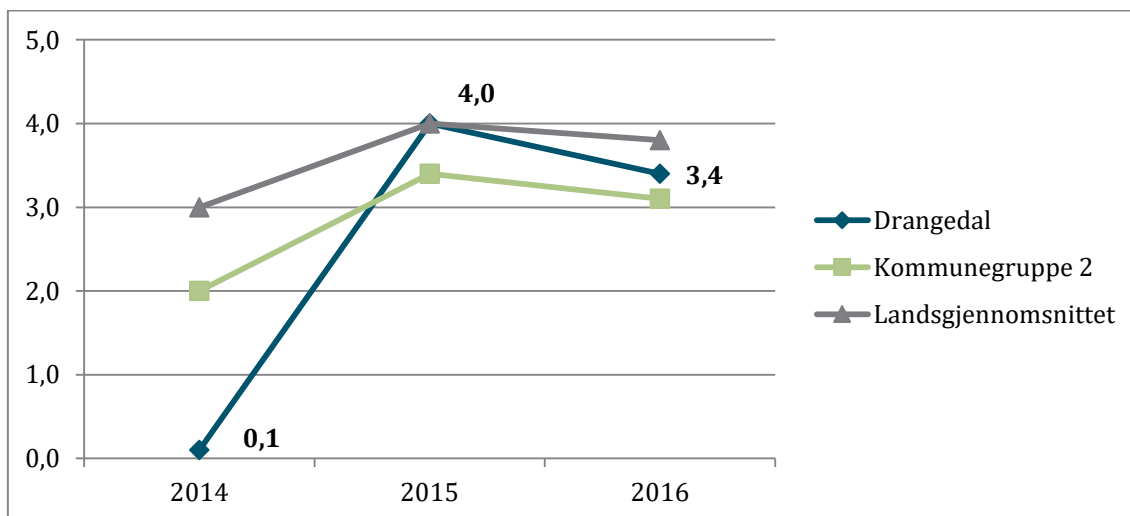
Kriterier	Vekter	Utgiftsbehovsindeks	Bidrag kostnadsindeks
Innbyggere 0–22 år	0,2863	0,9591	-1,2 %
Innbyggere 23–66 år	0,3062	0,9435	-1,7 %
Innbyggere 67 år og over	0,2961	1,3043	9,0 %
Sonekriteriet	0,0289	3,2364	6,5 %
Nabokriteriet	0,0289	2,6287	4,7 %
Basiskriteriet	0,0536	3,5696	13,8 %
Kostnadsindeks	1,0000	1,3105	31,1 %

3.2 Finans og prioritering

Netto driftsresultat blir blant annet brukt av Det tekniske beregningsutvalg for kommunal økonomi (TBU) som en hovedindikator for økonomisk balanse i kommunesektoren.

TBU har tidligere gjort beregninger som indikerer at netto driftsresultatet over tid bør ligge på om lag 3 prosent av driftsinntektene for at kommuner og fylkeskommuner skal sitte igjen med tilstrekkelige midler til avsetninger og investeringer. Fra og med 2014 skal momskompensasjon knyttet til investeringer føres i investeringsregnskapet, ikke i driftsregnskapet som tidligere. TBU anbefaler derfor at nivået på netto driftsresultat for kommunesektoren som helhet bør nedjusteres til 2 prosent av inntektene. For kommunene isolert sett er nivået 1,75 prosent.

Som det framgår av figuren under, hadde Drangedal i 2017 et netto driftsresultat på 3,4 prosent.



Tabellen under viser andre sentrale finansielle nøkkeltall for Drangedal kommune hentet fra KOSTRA (konsern).

Tabell 6 Sentrale finansielle nøkkeltall. I prosent av brutto driftsinntekter 2015-2017. Kilde: KOSTRA (Konsern)

	Drangedal			K-gr. 2	Landet
	2015	2016	2017	2017	2017
Brutto driftsresultat	-0,4	2,7	-5,4	2,4	3,2
Netto driftsresultat	0,1	4,0	3,4	3,1	3,8
Finansutgifter	6,8	6,3	6,0	4,0	4,0
Disposisjonsfond	2,1	2,1	5,1	8,0	9,5
Netto lånegjeld	128,8	120,9	116,5	76,5	78,2

Det er klare sammenhenger mellom de ulike nøkkeltallene. Dersom kommunen klarer å forholde seg til et gitt mål på netto driftsresultat, vil dette gi muligheter for å nå målet om en økonomisk buffer i form av et gitt nivå på disposisjonsfondet. Nivået på finansutgifter og lånebelastning (netto lånegjeld) er også tett knyttet sammen. Dersom kommunen klarer å holde nede nivået på lånegjelden, vil også rente og avdragsbelastningen (finansutgifter) bli lavere.

Tabellen under viser andel av totale netto driftsutgifter på sentrale tjenestoområder.

Tabell 7 Andel av totale netto driftsutgifter på sentrale tjenestoområder. Kilde: KOSTRA, beregninger ved TF

	Drammedal			K gr. 2	Hele landet
	2015	2016	2017	2017	2017
Administrasjon og styring	6,4	8,1	8,4	9,9	7,4
Barnhage	10,7	11,1	10,2	11,5	14,5
Grunnskole	22,6	24,7	23,6	23,5	23,0
Kommunehelse	4,7	5,2	4,6	5,5	4,5
Pleie og omsorg	31,9	31,9	28,4	32,6	29,8
Sosialtjeneste *	6,4	7,9	6,9	4,5	6,5
Barnevern	2,9	2,2	2,9	3,5	3,8
Sum sentrale tjenestoområder	85,6	91,1	85,0	91,0	89,5
VARF	0,5	0,7	2,8	-0,2	-0,4
Fys.planl./kult.minne/natur/nærmiljø	1,4	1,3	1,4	1,1	1,2
Kultur	3,4	3,7	3,9	3,4	4,0
Kirke	1,5	1,6	1,5	1,5	1,1
Samferdsel	2,2	2,1	2,3	2,2	1,5
Bolig	0,3	-0,5	0,6	-0,4	0,2
Næring	0,9	1,1	1,3	0,2	0,0
Brann- og ulykkesvern	0,9	1,3	1,2	1,5	1,4
Interkommunale samarbeid (§ 27-samarbeid)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tjenester utenfor ordinært kommunalt ansvarsområde	0,4	0,4	0,6	0,1	0,3

Drammedal hadde i 2017 en noe lavere andel ressursbruk (netto driftsutgifter/egenfinansiering) på de sentrale tjenestoområdene som inngår i inntektssystemet enn landsgjennomsnittet.

På administrasjon, grunnskole, kommunehelse og sosialtjeneste var andel ressursbruk høyere enn landsgjennomsnittet. På områdene barnhage, pleie og omsorg og barnevern var andel ressursbruk lavere enn landsgjennomsnittet.

I disse tallene er det ikke korrigert for forskjeller i utgiftsbehov mellom kommunene, men det vil vi gjøre under for å sammenligne mer reelt.

3.3 KOSTRA- og effektivitetsanalyse 2017

Vi har utarbeidet en KOSTRA- og effektivitetsanalyse som skal illustrere hvordan kommunens ressursbruk på sentrale tjenesteområder harmoniserer med kommunens økonomiske rammebetingelser, dvs. vi tar hensyn til både beregnet utgiftsbehov og reelt inntektsnivå (målt som korrigerte frie inntekter).¹¹

Våre beregninger viser at Drangedal kommune, på de sentrale tjenesteområdene som inngår i inntektssystemet, hadde merutgifter i forhold til landsgjennomsnittet på ca. 45 mill. kr i 2017. I forhold til kommunens «normerte utgiftsbehov» er det beregnet merutgifter på rundt 11 mill. kr. Dette er hensyntatt kriteriene og vektene i inntektssystemet. Etter justering for et nivå på korrigerte frie inntekter på 98 prosent av landsgjennomsnittet (tilsvarende om lag 4,5 mill. kr) har vi beregnet et samlet merforbruk på 15,8 mill. kr.¹²

På pleie og omsorg finner vi at kommunen hadde merutgifter på rundt 16 mill. kr i forhold til landsgjennomsnittet i 2017. Etter justering for et beregnet utgiftsbehov tilsvarende 38 prosent over landsgjennomsnittet og et inntektsnivå 2 prosent under landsgjennomsnittlig nivå (dvs. rundt 1,5 mill. kr på PLO) har vi beregnet et samlet *mindreforbruk på 9,7 mill. kr.*

På kommunehelse har vi beregnet et merforbruk sammenlignet med normert og inntektsjustert nivå på 0,3 mill. kr i 2017.

Tabell 8 Ressursbruk/prioritering sett i sammenheng med beregnet utgiftsbehov. Drangedal 2017. Kilde: KOSTRA/KMD, beregninger ved Telemarksforsking.

	Beregnet utgiftsbehov 2017	Netto driftsutgifter 2017 (kr per innb.)			Mer-/mindreutgift Drangedal (mill. kr) sammenlignet med		
		Drangedal	Landsgjennomsnitt	Drangedal "Normert nivå"	Landsgjennomsnittet	"Normert nivå"	"Normert og inntektsjustert nivå"
Barnehage	0,8400	7 531	8 360	7 022	-3,4	2,1	2,8
Administrasjon	1,2326	6 223	4 255	5 245	8,1	4,0	4,4
Landbruk	2,6989	259	103	278	0,6	-0,1	-0,1
Grunnskole	1,1169	16 902	12 999	14 518	16,0	9,8	11,0
Pleie og omsorg	1,3800	20 998	17 201	23 738	15,6	-11,2	-9,7
Kommunehelse	1,3105	3 431	2 603	3 411	3,4	0,1	0,3
Barnevern	0,9307	2 121	2 189	2 037	-0,3	0,3	0,5
Sosialtjeneste	0,8849	3 774	2 522	2 232	5,1	6,3	6,6
Sum	1,1630				45,2	11,3	15,8

¹¹ Vi vil imidlertid presisere at et slikt beregnet utgiftsnivå generelt ikke må oppfattes som en slags fasit på et «riktig» nivå. Beregningene er mer en illustrasjon på hvordan kommunen faktisk har tilpasset seg et forbruksnivå på de aktuelle tjenesteområdene i sum - sammenlignet med hva utgiftsbehovet (ifølge kriteriene i inntektssystemet) og de reelle, frie inntektene ideelt sett skulle tilsi. Dessuten skal det nevnes at frie inntekter ikke omfatter for eksempel utbytteinntekter og annen finansavkastning, og at kriteriene i inntektssystemet ikke inkluderer alle tjenesteområder.

¹² (-11,3+4,5)

3.3.1 Netto driftsutgifter og mer-/mindreutgifter fordelt på aktuelle KOSTRA-funksjoner på pleie og omsorg og kommunehelse, 2017

I tabellen under har vi også beregnet mer-/mindreutgifter i forhold til landsgjennomsnittet og «normert nivå» på den enkelte KOSTRA-funksjon på pleie og omsorg og kommunehelse.

På pleie og omsorg får kommunen beregnet et mindreforbruk i forhold til «normert og inntektsjustert nivå» på ca. 9,7 mill. kr. Vi finner at kommunen hadde et mindreforbruk på F253 institusjon på 8,3 mill. kr og F254 hjemmetjeneste på 1,5 mill. kr. På F261 institusjonslokaler hadde kommunen et merforbruk på 0,2 mill. kr.

Tabell 9 Mer-/mindreforbruk i mill. kr. Pleie og omsorg, Drangedal kommune 2017. Kilde: SSB/KMD/beregninger ved TF

	Landsgjen- nom-snittet	«Normert nivå»	«Normert og inntektsjustert nivå»
Pleie og omsorg (F234, 253, 254 og 261)	15,6	-11,2	-9,7
234 Aktivisering eldre og funksjonshemmede	1,3	-0,2	-0,1
253 Pleie, omsorg, hjelp i institusjon	1,6	-8,8	-8,3
254 Pleie, omsorg, hjelp i hjemmet	11,2	-2,3	-1,5
261 Botilbud i institusjon	1,5	0,1	0,2

På kommunehelse får kommunen beregnet et merforbruk i forhold til «normert og inntektsjustert nivå» på ca. 0,3 mill. kr. Vi finner at kommunen hadde et merforbruk på F241 Diagnose, behandling, rehabilitering på 2,6 mill. kr og et mindreforbruk på F232 Forebygging - skole- og helsestasjonstjeneste F233 Forebygging arbeid, helse og sosial på hhv. 1,6 mill. kr og 0,7 mill. kr.

Tabell 10 Mer-/mindreforbruk i mill. kr. Kommunehelse, Drangedal kommune 2017. Kilde: SSB/KMD/beregninger ved TF

	Landsgjen- nom-snittet	«Normert nivå»	«Normert og inntektsjustert nivå»
Kommunehelse (F232, 233 og 241)	3,4	0,1	0,3
232 Forebygging - skole- og helsestasjonstjeneste	-0,8	-1,6	-1,6
233 Forebyggende arbeid, helse og sosial	-0,5	-0,7	-0,7
241 Diagnose, behandling, rehabilitering	4,7	2,4	2,6

Oppsummert kan vi si at Drangedal får beregnet et høyere utgiftsbehov på pleie og omsorg enn landsgjennomsnittet - dvs. med om lag 38 prosent i 2017. Våre beregninger viser at Drangedal kommune samlet sett har et lavere utgiftsnivå på pleie og omsorg enn det de økonomiske rammebetingelsene skulle tilsi. Analysene over viser at kommunen har mindreforbruk på både hjemmebaserte tjenester og institusjon. Det vil slik sett ligge et effektiviseringspotensiale ved å vri ressurs

3.4 Sentrale økonomiske nøkkeltall helse og omsorg i Drangedal

Tabellen nedenfor viser sentrale økonomiske nøkkeltall for helse og omsorg i Drangedal.

Drangedal hadde høyere kostnader til pleie og omsorg og kommunehelse målt pr innbygger enn landsgjennomsnittet, men noe lavere enn sammenlignbare kommuner i 2017.

Tabellen under viser økonomiske nøkkeltall for pleie og omsorg. Kommunen hadde lavere enhetskostnader på pleie og omsorg målt per tjenestemottaker enn både landsgjennomsnittet og sammenlignbare kommuner. Enhetskostnaden per mottaker av hjemmetjenester var noe høyere enn landsgjennomsnittet og sammenlignbare kommuner, mens enhetskostnaden per institusjonsplass var noe lavere enn landsgjennomsnittet og sammenlignbare kommuner.

Tabell 11 Økonomiske nøkkeltall pleie og omsorg, i kr. Kilde: SSB

	Drangedal			K-gr. 2	Landet
	2015	2016	2017	2017	2017
Netto driftsutgifter PLO i kr per innb.	20 328	20 145	20 998	21 586	17 201
Netto driftsutgifter PLO i kr pr. innb. 80 år og over	322 126	334 248	366 800	382 649	408 941
Netto driftsutgifter PLO i kr pr. innb. 67 år og over	108 624	105 641	110 369	113 304	115 841
Netto driftsutgifter kommunehelse i kr per innb.	2 984	3 291	3 431	3 615	2 603
Netto driftsutg til forebygging, helsestasjons- og skolehelsetj. I kr pr. innb 0-5 år	5 211	5 717	7 442	11 425	9 064
Netto driftsutg til forebygging, helsestasjons- og skolehelsetj. I kr pr. innb 0-20 år	1 271	1 400	1 719	2 848	2 475
Enhetskostnad per tjenestemottaker PLO (kr)	332 364	332 062	376 234	389 099	417 152
Enhetskostnad per mottaker av hjemmetjenester PLO (kr)	230 565	225 317	256 496	234 536	254 707
Enhetskostnad per institusjonsplass (kr)	880 175	979 892	960 854	1 057 562	1 144 930
Utgifter (kr) per oppholdsdøgn i institusjon	2 978	3 076	3 191	3 315	3 396

Tabellen under viser økonomiske nøkkeltall for kommunehelse. Netto driftsutgifter til kommunehelse per innbygger var noe lavere enn sammenlignbare kommuner i 2017, men høyere enn landssnittet. Utgiftene til helsestasjon og forebyggende arbeid er lavere enn landssnittet, mens utgifter til diagnose, behandling og rehabilitering per innbygger er høyere.

Tabell 12 Økonomiske nøkkeltall kommunehelse, i kr. Kilde: SSB

	Drangedal			K-gr. 2	Landet
	2015	2016	2017	2017	2017
Netto driftsutg kommunehelse pr. innbygger	2 984	3 291	3 431	3 615	2 603
Netto driftsutg til forebygging, helsestasjons- og skolehelsetj. pr. innb 0-5 år	5 211	5 717	7 442	11 425	9 064
Netto driftsutg til forebygging, helsestasjons- og skolehelsetj. pr. innb 0-20 år	1 271	1 400	1 719	2 848	2 475
Netto driftsutgifter til forebyggende arbeid, helse pr. innbygger	68	195	80	162	193
Netto driftsutg til diagnose, behandling og rehabilitering pr. innbygger	2 606	2 750	2 932	2 755	1 789

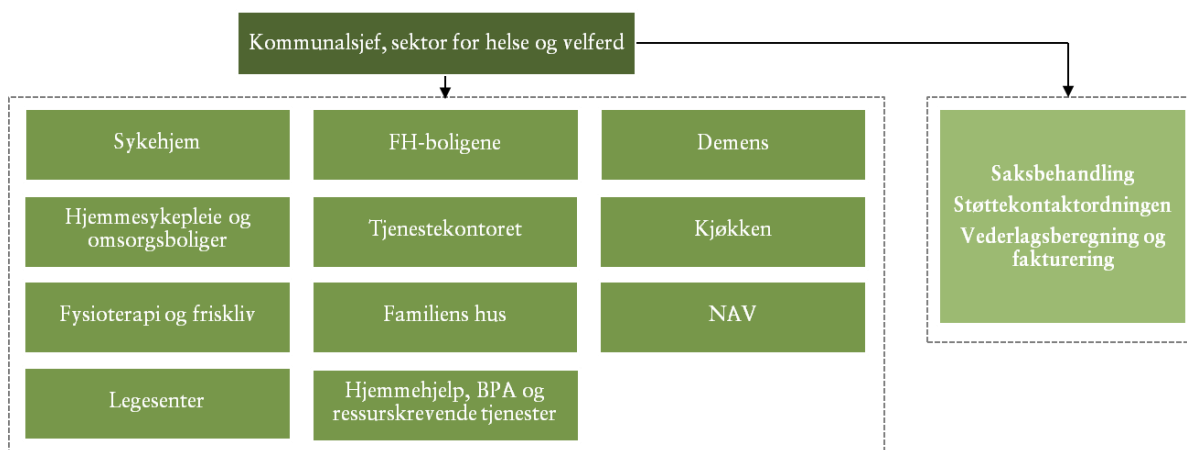
4. Tjenesteområdene – status, utfordringer og tiltak

I dette kapitlet beskrives de ulike helse- og velferdstjenestene i Drangedal kommune per i dag, utfordringer for morgendagens helse- og velferdstjenester samt mulige kommunale tiltak for å møte disse utfordringene på en god måte. Beskrivelsene er basert på både statistiske data, beskrivelser gitt av ledere i de enkelte avdelingene og informasjon som kom fram i workshopen.

4.1 Dagens organisering av helse- og velferdstjenestene i Drangedal

Organisasjonskartet under viser organiseringen av sektor for helse og velferd i Drangedal kommune per mai 2018. Sektoren består av sykehjemstjenesten og demensomsorgen, hjemmesykepleie og omsorgsboliger, boliger for personer med funksjonshemninger (FH-boligene), tjenestekontoret, kjøkkentjenesten, fysioterapi og friskliv (inkluderer ergoterapi og rehabilitering-/habiliteringstjenesten), Familiens hus (som omfatter helsestasjons- og skolehelsetjeneste, jordmortjeneste, boliger for enslige mindreårige flyktninger, psykiatritjeneste og rusomsorg), NAV Drangedal, legetjenesten samt hjemmehjelp, brukerstyrt personlig assistent og ressurskrevende tjenester. Til enheten hører også merkantile tjenester og oppfølging av støttekontaktene i kommunen.

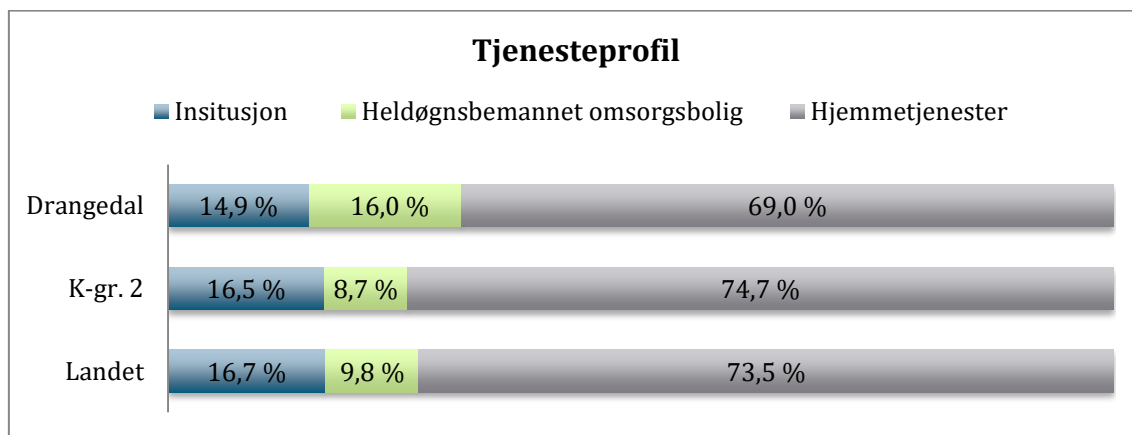
Barnevernstjenesten, legevakt og kommunal akutt døgnenhet (KAD-tilbudet) er organisert gjennom interkommunale samarbeid med Kragerø kommune, lokalisert til Kragerø. Drangedal har også felles kommuneoverlege med Kragerø. Denne ligger under kommunalsjefen for helse og velferd, men er ikke en del av ledergruppen.



Figur 6 Organisasjonskart, sektor for helse og velferd i Drangedal kommune

4.1.1 Tjenesteprofil pleie og omsorg

Ifølge tall fra KOSTRA hadde Drangedal kommune 268 mottakere av pleie – og omsorgstjenester per 31.12.17. Figuren nedenfor viser hvordan tjenestemottakerne fordeler seg på de ulike tjenesteproduktene institusjon, heldøgnsbemannede omsorgsboliger og ordinære hjemmetjenester. I figuren sammenlignes tilbudet i Drangedal med tilsvarende tall for kommunegruppe 2 og landet i alt.¹³



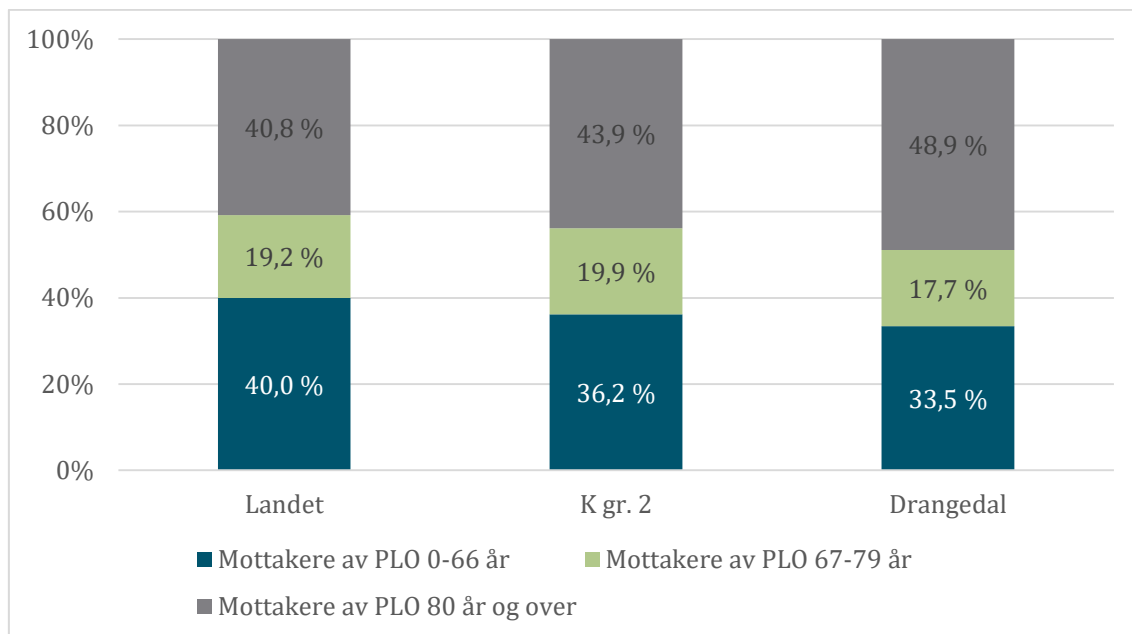
Figur 7 Andel brukere av ulike tjenesteprodukter i Drangedal, kommunegruppe 2 og landet per 31.12.17. Kilde: KOSTRA

Andelen institusjonsbeboere i Drangedal (15 prosent) er noe lavere enn landet for øvrig. Andelen beboere i heldøgns bemannet omsorgsbolig (16 prosent) er en del høyere enn landet og sammenlignbare kommuner. Andelen mottakere av ordinære hjemmetjenester (69 prosent), altså hjemmesykepleie og praktisk bistand, er noe lavere enn landsgjennomsnittet og sammenlignbare kommuner.

Samlet sett viser dette at tjenestemottakerne i Drangedal befinner seg på et høyere omsorgsnivå enn landsgjennomsnittet og sammenlignbare kommuner.

Drangedal skiller seg noe ut fra landet for øvrig når det gjelder tjenestemottakernes alderssammensetning. Andelen tjenestemottakere 0–66 år er lavere enn landsgjennomsnittet, tilsvarende er andelen mottakere i aldersgruppen 80 år og eldre noe høyere enn landet for øvrig. Andel mottakere i aldersgruppen 67–79 år er noe lavere enn landsgjennomsnittet.

¹³ Det er generelt store variasjoner i hvordan kommunene setter sammen tjenestetilbudet. I hovedsak består dagens omsorgstjenester av sykehjem og aldershjem, omsorgsboliger med og uten heldøgns bemanning, samt hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Av disse regnes sykehjem og aldershjem som institusjonsbaserte tjenester, mens omsorgsboliger og hjemmetjenester defineres som hjemmebaserte tjenester.



Figur 8 Andel tjenestemottakere på pleie og omsorg fordelt på aldersgrupper 2017. Drangedal, kommunegruppe 2 og landet per 31.12.17. Kilde: KOSTRA

Tall fra KOSTRA viser at Drangedal hadde 89 tjenestemottakere under 66 år i 2017, noe som utgjør 33,5 prosent av alle tjenestemottakere. Alle disse mottar hjemmetjenester, enten privat eller i bolig til pleie- og omsorgsformål. Antall yngre tjenestemottakere per 1000 innbyggere er 27, noe som er på nivå med sammenlignbare kommuner (28) og betydelig høyere enn landsgjennomsnittet (21).

4.1.2 utfordringer

Dagens organisering er en tradisjonell organisering av pleie- og omsorgstjenestene i en norsk kommune. I en liten kommune er det begrenset hvor fagspesifikke avdelinger man kan ha. Framtidens omsorgstjenester vil innebære kommunale tilbud av mer omfattende og sammensatt karakter enn det vi har sett til nå, og fordrer langt mer fleksibel og tverrfaglig samarbeid.

4.1.3 Tiltak

- Skape en innovativ organisasjonsform/samarbeidskultur, som tar utgangspunkt i pasienten/brukerens behov.
- Legge til rette for etablering av kompetansegrupper og ressursteam.
- Politisk forankret tjenestebeskrivelser for kjernetjenestene i helse og velferd.

4.2 Tjenestekontoret

4.2.1 Status

Tjenestekontoret i Drangedal kommune foretar saksbehandling og tildeling av kommunale helse- og velferdstjenester og har en sentral rolle i koordinering og samhandling av tjenestebehov mellom avdelingene. I samråd med søker og søkers pårørende, og ofte ved hjemmebesøk, kartlegger tjenestekontoret både behov for og ønske om hjelp og tjenester. Tjenestekontoret har ansvar for å informere om de ulike tjenestetilbud kommunen har, både lovpålagte og kommunalt initierte tilbud, og samhandler tett med øvrige helseinstanser som sykehus, fastlege, NAV m.fl. Tjenestekontoret deltar i kommunens ambulante boligteam, møter jevnlig rehabiliteringsteamet og Boligforum.

Tjenestekontoret har tre ansatte fordelt på 3 årsverk, er lokalisert på kommunehuset og er åpent på dagtid fra 8.00–15.00 mandag til fredag.

4.2.2 utfordringer

Tjenestekontoret har eksistert i Drangedal kommune i 10 år og fungerer godt. De ansatte har høy kompetanse, og flere av dem har ledererfaring. Det vil også i framtidens helse- og omsorgstjeneste være behov for koordinering av tjenestetilbud og ordninger for å sikre at innbyggerne får de tjenester de har krav på. Tjenestekontoret bør derfor videreføres. En kan vurdere om det er hensiktsmessig med annen kompetanse enn sykepleierkompetanse inn i tjenesten.

4.2.3 Tiltak

- Saksbehandle søknader i tråd med vedtatte tjenestebeskrivelser og herunder balansere behov, lovkrav og tilgjengelige ressurser
- Økt fokus på tjenestekontoret som koordinerende enhet
- Oppfylle lovkravet knyttet til Individuell Plan, der IP er det naturlige samhandlingsverktøyet for brukere med sammensatte og langvarige behov

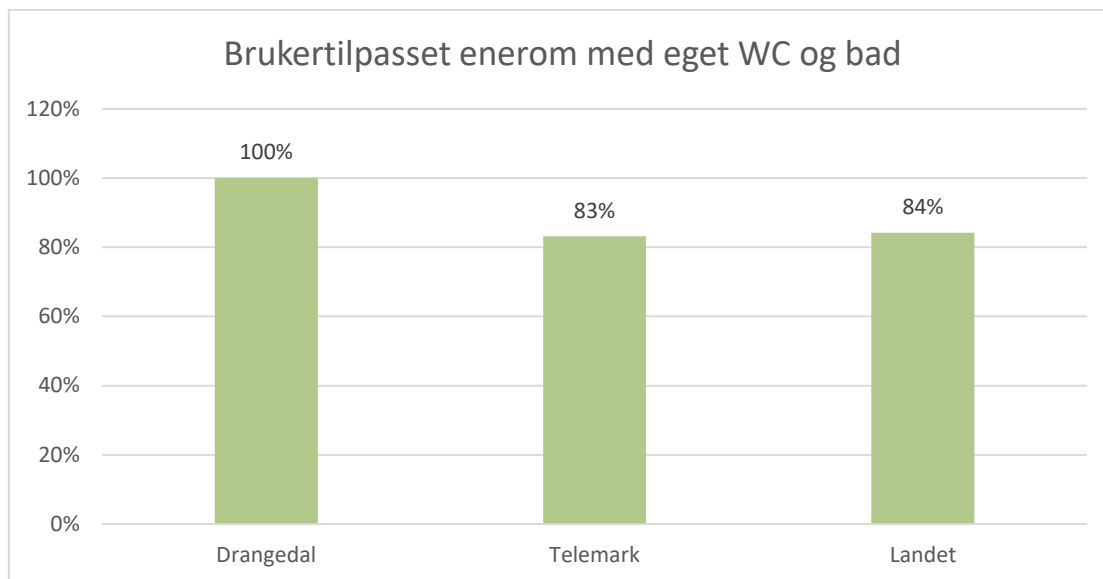
4.3 Sykehjem

4.3.1 Status

Drangedal sykehjem tilbyr korttidsopphold, avlastningsopphold og langtidsopphold. Sykehjemmet har 32 plasser. Fire av disse holdes stengt på grunn av økonomi, men åpnes ved behov. Plassene fordeles fleksibelt mellom korttids- og langtidsopphold, avhengig av behov. Våren 2018 har sykehjemmet 25 brukere på langtidsopphold, tre på korttidsopphold (inkluderer avlastning).

Sykehjemmet er lokalisert i sentrum. Lokaltetene beskrives som bra, og alle rom er enerom med egne bad. Figuren under viser også at 100 prosent av rommene i institusjon er enerom med eget WC og bad. Det er en høyere andel enn både kommunene samlet i Telemark og landssnittet.

Figur 9 Andel rom i helse- og omsorgsinstitusjoner som er brukertilpasset enerom med eget WC og bad. Kilde: SSB/beregninger gjort av Telemarksforskning



Skjermet enhet for demente ligger ikke i samme bygg som resten av sykehjemmet men er samlokalisert med Lauvåsen bofellesskap for demente. Les mer om dette under delkapittel 4.7 om demensomsorgen.

Sykehjemstjenesten er organisert med en leder for sykehjemmet og fagleder ved hver av de to avdelingene. Faglederne har omtrent 10 prosent administrasjon som går til faglederoppgaver, turnusplanlegging, innkalling av vikarer og GAT. Samlet på sykehjemmet er det om lag 45 ansatte totalt fordelt på 31 årsverk.

Brukerundersøkelse gjennomført i desember 2015 viste at brukere og pårørende føler seg godt ivaretatt med tanke på behandling, omsorg og måten de blir møtt av personalet. Brukermedvirkning ivaretas ved at pasientenes individuelle behov og ønsker så langt som mulig blir ivaretatt gjennom flere kanaler. Pasientene har to primærkontakter og pårørendemøter tilbys regelmessig.

Sykehjemmet samarbeider særlig med tjenstekontoret, legekantor, hjemmetjenesten og fysioterapeut og ergoterapeut.

4.3.2 Utfordringer

Aktivitetstilbud og en-til-en-tid

Sykehjemmet samarbeider med Røde Kors, Frikirken, lokale musikkubber, barnekor, barnehagen og Den Kulturelle Spaserstokken om aktiviteter, underholdning og besøk. Sykehjemmet får likevel tilbakemeldinger om at det er ønskelig med flere aktivitets-, underholdnings- og kulturtilbud, og da kanskje særlig aktiviteter og samtaleid mellom personalet og beboerne en-til-en. Det er lite ressurser til i dag. Det er også utfordrende å etablere gode pasientaktiviteter på grunn av store variasjoner i pasientenes helsetilstand, og en må huske på at det er de sykeste som bor på sykehjem. Sykehjemmet har ikke egen aktivitør, og det er også en utfordring at en mangler en «storstue» for større arrangementer.

Behov for flere sykehjemsplasser

Drangedal har tilstrekkelig med sykehjemsplasser til å møte dagens behov. Det har de siste årene vært en sterk økning i pasienter som trenger korttidsplasser. Dette er pasienter med komplekse sykdomstilstander som tidligere ble behandlet på sykehus, korte rehabiliteringsopphold og opphold for pasienter som trenger lindrende behandling og omsorg. Pasienter legges også direkte inn fra hjemmet for kartlegging. Det har også vært en økning i avlastningsopphold for hjemmeboende.

Korttidspasientene håndteres på en forsvarlig og god måte i dag, delvis fordi presset på langtidsplasser har vært relativt lav. Behovet for langtidsplasser vil imidlertid trolig øke i årene fremover. Da vil behovet for både flere sykehjemsplasser, enten i form av plasser i bokollektiv eller på sykehjemmet, og mer personell melde seg. I kapittel 5 om boligbehov i Drangedal i framtiden har vi sett nærmere på behov for institusjons- og heldøgnsbemannede boliger i framtiden.

Grunnbemannning

I arbeidet med planen er det flere som peker på at grunnbemanningen på sykehjemmet er knapp. Dersom det skjer noe utfordrende eller en får inn pasienter med mer komplekse behov, er det behov for å bemanne opp ekstra. Dette kommer også fram som innspill i workshopen. En er også bekymret for rekrutteringen både av sykepleiere og helsefagarbeidere framover. Drangedal kommune har i sin kompetanseplan mål om at det skal være 50 prosent sykepleiere og 50 prosent helsefagarbeidere på sykehjemmet innen 2020. Per 2018 ligger en an til å nå dette målet på sykehjemmet.

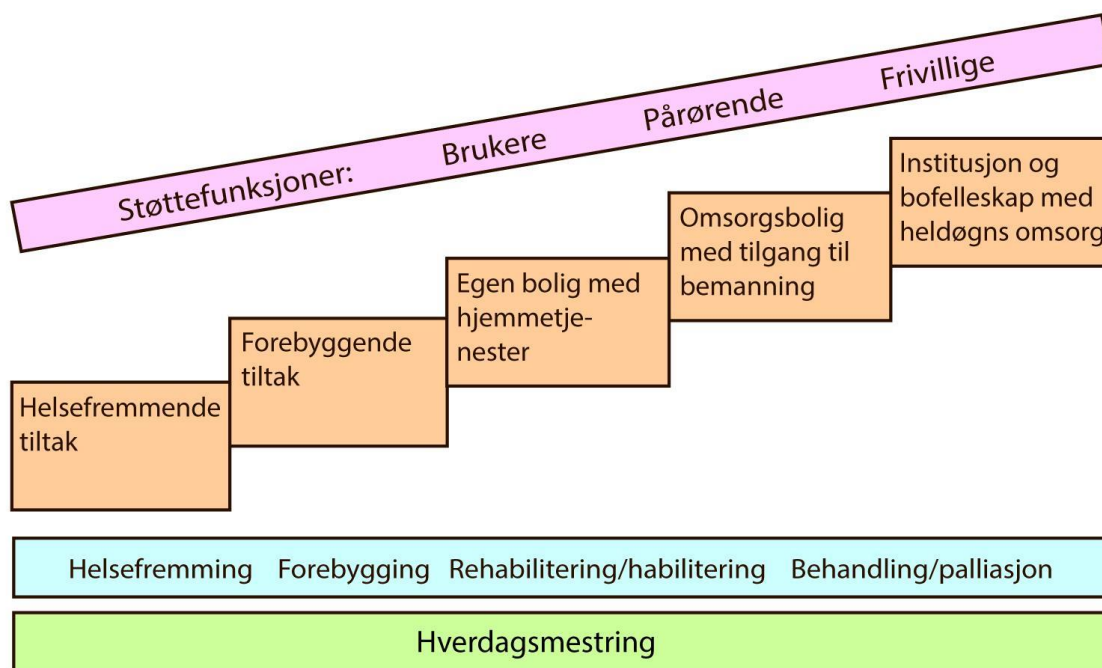
4.3.3 Tiltak

- Følge opp kompetanseplanen om 50 prosent sykepleiere og 50 prosent helsefagarbeidere innen 2020.
- Vurdere aktivitetstilbud i forbindelse med utbygging? Aktivitetssenter for eldre?
- God tilgang på korttidsplasser/avlastning for å forebygge behovet for langtidsplasser
- Antall heldøgnsbemannede omsorgsboliger/institusjonsplasser – fokus i neste kapittel
- Arbeide for at sykeheimen skal bli livsgledeshjem www.livsgledeforeldre.no/vart-arbeid/sykehjem/

For å møte økningen i antall eldre har den nasjonale helse- og omsorgspolitikken lagt opp til en politikk hvor en i større grad bygger opp hjemmebaserte tjenester slik at innbyggerne kan bo lengst mulig i eget hjem. Det er etablert en praksis i kommunene for å tenke tjenestetilbud etter det såkalte BEON-prinsippet (Beste Effektive OmsorgsNivå).¹⁴ Av BEON-prinsippet følger tanken om å organisere og utvikle tjenestetilbudet etter omsorgstrappen der det antas at brukere med høy egen mestringsevne tilbys tjenester lavest i omsorgstrappen, og at brukeren vil ledes oppover i omsorgstrappen etter hvert som mestringsnivået avtar pga. alder eller økt funksjonshemming. Under følger en figur av omsorgstrappen illustrert av Frøya kommune.¹⁵

¹⁴ <https://www.telemarksforsking.no/publikasjoner/filer/2188.pdf>

¹⁵ <https://www.froya.kommune.no/tjenester/helse-og-omsorg/prosjekt-morgendagens-omsorg/>



Figur 10 Illustrasjon av omsorgstrappa. Kilde: Frøya kommune

Helsefremmende og forebyggende tiltak av ulike slag er det mest effektive på et tidlig stadium av omsorgsbehovet. Dette kan være informasjon/rådgivning men også ambulerende service (vaktmester, mat, mv.) og trygghetsalarm.

For mer permanente omsorgstjenester kan en legge til grunn praktisk bistand, dagsentre, arbeids- og aktivitetstilbud for funksjonshemmede, bofellesskap for funksjonshemmede og heldøgnsbemannede boliger. I første omgang i egen bolig med bruk av hjemmetjenester, senere i omsorgsbolig med tilgang på bemanning.

Det øverste trinnet i omsorgstrappa er institusjonsbaserte tjenester, herunder sykehjemsplasser.

4.4 FH-boligene

4.4.1 Status

FH-Boligene er et bofellesskap beregnet for mennesker med funksjonshemning og utviklingshemning med ulike tjenestebehov. Bofellesskapet ligger like ved Drangedal sykehjem og har 14 leiligheter og en avlastningsleilighet. Avlastningsleiligheten brukes hovedsakelig for barn før de flytter hjemmefra. Bofellesskapet har i tillegg trimrom, to store stuer for fellesaktiviteter og tilgang på uteområder.

Hver beboer har en primærkontakt som samarbeider med fagansvarlig vernepleier og teamledere i utarbeidelsen av målrettede tjenestebeskrivelser for alle tjenester som gis fra personalet i boligen. Bofellesskapet er bemannet hele døgnet, med både våken og sovende nattevakt.

Til sammen består tjenesten av 21,4 årsverk.

4.4.2 Utfordringer

Grunnbemanningen i tjenesten beskrives som bra, men sammensetningen av kompetanse er utfordrende. Det hadde vært ønskelig med en høyere andel vernepleiere, og man forsøker å motivere helsefagarbeidere til å ta videreutdanning.

Det er også ønskelig med mulighet og kapasitet til å tilby beboerne litt flere aktiviteter, enten felles eller en-til-en.

Det er krevende å angi et nøyaktig behov for denne tjenesten framover, men gjennomsnittlig levealder for denne gruppen har økt, og det vil alltid være noen innbyggere som har behov for disse tjenestene.

Når det gjelder samarbeid med andre, så kunne en spesielt hatt et bedre samarbeid med psykiatritjenesten i spesialisthelsetjenesten. I dag oppleves samarbeidet som veldig kortvarig, og en skulle gjerne hatt mer kunnskap om hva som finnes av tilbud på sykehuset, samt i ambulante team.

4.4.3 Tiltak

- Vurdere om tjenesten bør ha hovedansvar for miljøarbeidertjenester i sektor
- Forsterket rolle i habiliteringsarbeidet i kommunen
- Mer tilrettelagte tilbud – aktivitetstilbud mot egenbetaling.

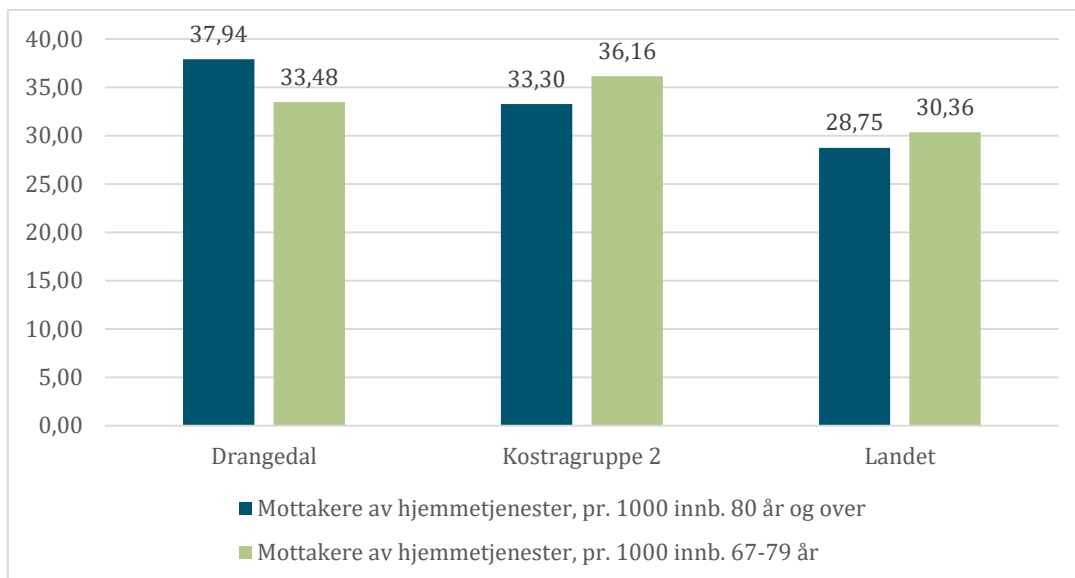
4.5 Hjemmetjenesten

4.5.1 Status

Hjemmesykepleien

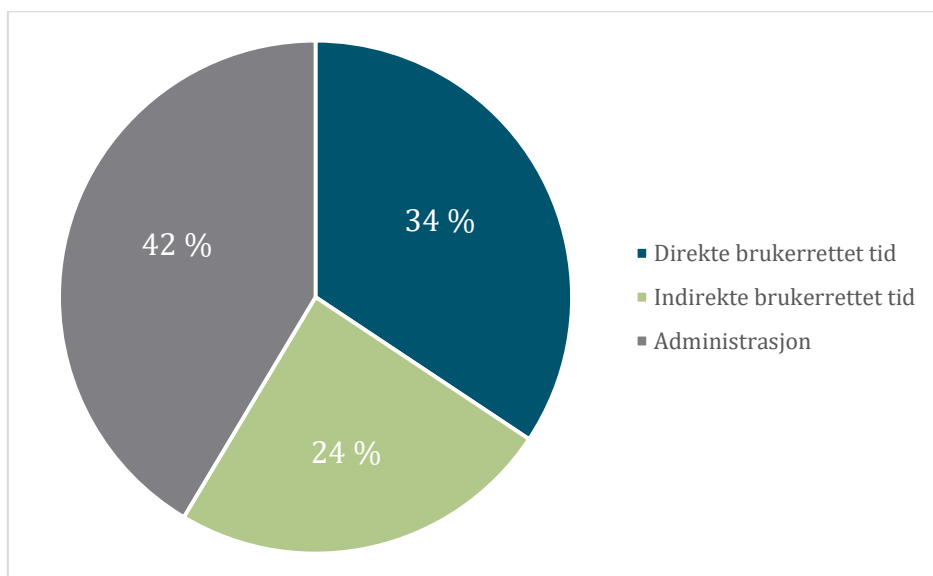
Helsehjelp i hjemmet er et tilbud for de som trenger behandling, pleie og omsorg for å kunne mestre å bo i eget hjem så lenge som mulig. Det arbeides forebyggende for å unngå ytterligere forverring av funksjonsnivået. Helsehjelpen skal bidra til at brukeren får ivaretatt sine grunnleggende behov for mat, hygiene, søvn, sosiale behov og aktivitet.

Figuren under viser at andelen mottakere av hjemmetjenester i aldersgruppen over 80 år er høyere i Drangedal enn både blant sammenlignbare kommuner og landet som helhet. For aldersgruppen 67–79 år er bildet litt annerledes. Her er andelen hjemmehjelpsmottakere noe lavere enn sammenlignbare kommuner, men også her ligger Drangedal høyere enn landet som helhet.



Figur 11 Andel mottakere av hjemmetjenester, ulike aldersgrupper. 2017. Kilde: KOSTRA

I forbindelse med utarbeidelsen av denne helse- og velferdsplanen ble det gjennomført en måling av tidsbruk i hjemmesykepleien. Hensikten var å måle direkte brukerrettet tid (ansikt-til-ansikt-tid), indirekte brukerrettet tid og tid til administrasjon. Kakediagrammet under viser hvordan dette fordeler seg i Drangedal kommune. Som figuren viser, utgjorde direkte brukerrettet tid, altså ansikt-til-ansikt-tid med brukerne, en andel på 34 prosent av den totale tiden. Videre utgjorde andelen tid til indirekte brukerrettet tid og administrasjon henholdsvis 24 og 42 prosent. Vi har sammenlignet resultatene med resultater i andre kommuner og finner at de i Drangedal ikke avviker vesentlig. Men Drangedal er blant kommunene med høyest indirekte brukertid, noe som indikerer at det brukes mye tid til kjøring i tjenesten. Dette henger blant annet sammen med geografi og kompetansesammensetning i hjemmesykepleien.



Figur 12 Oppsummering av brukerrettet tid, indirekte brukerrettet tid og administrasjon i Drangedal kommune. Tall i prosent.

Vi viser til delkapittel 7.6 i vedlegget for ytterligere analyser av resultatene.

Bofellesskap

Drangedal kommune har to bofellesskap særskilt tilrettelagt for eldre og andre med funksjonsnedsettelse og hjelpebehov: Gudbrandsvei og Neslandstunet. Målet er at bofellesskapet bidrar til større egenmestring. Bofellesskapene har til sammen 28 leiligheter, fordelt på 14 leiligheter hvert sted, med tilhørende fellesrom. Bofellesskapene har heldøgns bemanning, men ved Neslandstun er det sovende nattevakt slik at det er hjemmesykepleien som bemanner dette bofellesskapet på nattestid.

Dagsenter for eldre

Dagsenteret er et tilbud for eldre to dager per uke med fokus på sosialt samvær, ernæring og trening – tilpasset brukernes egne behov. En opplever stor pågang fra eldre som ønsker plass.

Kapasitet og organisering

Til sammen er det 52 ansatte i hjemmesykepleien fordelt på 26,6 årsverk. 18,2 årsverk er på hjemmesykepleien og 8,4 årsverk på bokollektivene. Leder for hjemmesykepleien har personalansvar for alle ansatte, men det er fagsykepleiere i bokollektivene som tar seg av medarbeidersamtaler for de ansatte der. I bokollektivene er det også en driftsansvarlig hjelpepleier som tar seg av det daglige rundt innleie av vakter og så videre.

4.5.2 Utfordringer

Grunnbemanning

Generelt beskrives grunnbemanningen i hjemmesykepleien som lav, og at de ansatte har høy arbeidsmengde. Det er for eksempel ikke kapasitet i tjenesten til å ta unna trygghetsalarmer, dette fører til overtid. Kompetansen hos de ansatte er god.

Sykepleierandel

En annen utfordring er at sykepleierandelen er for lav. I turnusen har en sykepleier på vakt på dagtid og kveldstid, men ikke på natt. Ved fravær og sykdom erstattes sykepleier med helsefagarbeider/assistent. Generelt oppleves det som for lite med én sykepleier på vakt, siden det er store avstander og behovet for sykepleierkompetanse ofte vil være på flere lister til samme tid. Utfordringen blir større ved fravær, så det hender oppdrag må vente en dag til sykepleier igjen er på jobb. Kommunen har et mål om at sykepleierandelen skal være 40 prosent i hjemmesykepleien, men den ligger nærmere 25 prosent.

Det er en politisk målsetting at eldre skal kunne bo hjemme lenger, og det vil kreve mer av hjemmesykepleietjenesten. Allerede nå merker man i Drangedal at en møter mer komplekse og medisinske utfordringer enn tidligere. Det krever både bedre kapasitet og kompetanse. Samarbeidet mellom hjemmesykepleien og rehabiliteringsteamet beskrives som bra, og at dette er avgjørende for at flere kan bo hjemme lenger.

Hyttekommune

Kommuner har plikt til å yte helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg i kommunen, uavhengig av hvor de er bosatt. Drangedal er en kommune som satser mye på hytteutbygging, og stadig flere hytteeiere bruker mer tid på hytta. Ikke minst når de blir pensjonister. De fleste hyttekommuner med vinteraktiviteter merker økt trykk på legevakt i ferieperioder på vinteren, men også behovet for omsorgstjenester kan øke framover. Drangedal kommune har allerede i enkelte tilfeller opplevd at hyttebeboere tar med

seg vedtak fra egen hjemkommune, som Drangedal kommune må følge opp mens hyttebeboeren bor på hytta i Drangedal. Per 2018 finnes det ikke noen refusjonsordning for utgifter til slike tjenester.

4.5.3 Tiltak

- Bygge ut hjemmesykepleien i tråd med befolkningsutviklingen.
- Øke sykepleierandelen i tråd med egne planer.
- Eldre leiligheter i sentrum – fokus i neste kapittel.
- Velferdsteknologi frigjør tid til å hjelpe de som trenger det mest.
- Vurdere tiltak for å øke direkte brukertid (ATA-tid) i hjemmetjenesten.

4.6 Hjemmehjelp, brukerstyrt personlig assistent (BPA) og ressurskrevende brukere

4.6.1 Status

Avdelingen omfatter hjemmehjelp og praktisk bistand, brukerstyrt personlig assistent (BPA) og oppfølging av særskilt ressurskrevende brukere. Avdelingen har en bemanning på 8,4 årsverk.

Hjemmehjelp og praktisk bistand omfatter hjelp i hjemmet og annen hjelp til personer med et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller andre årsaker. Tjenestekontoret gjennomfører vurderingsbesøk sammen med bruker og avgjør hvor mye tid og hvilken type hjelp den enkelte bruker skal ha. Stort sett dreier det seg om hjelp til dagliglivets praktiske gjøremål i hjemmet. Målsettingen er at flest mulig skal ha muligheten til å leve et verdig liv, også de med ulike utfordringer, og at de som ønsker, kan bo hjemme lengst mulig.

Brukerstyrt personlig assistent er en alternativ måte å organisere personlig assistanse, beregnet på personer med store og sammensatte behov. Ordningen fungerer slik at tjenestemottakeren (brukeren) selv organiserer arbeidet til assistentene som yter bistand.

4.6.2 Utfordringer

Bemanningen til hjemmehjelp og ressurskrevende pasienter er stabil, hvilket er bra for brukerne av denne typen tjenester. Når det gjelder hjemmehjelp, har antall personer med vedtak om tilbud økt de siste årene, uten at bemanningen er oppjustert. Grunnbemanningen i hjemmehjelpen oppleves som knapp, og det er mye bruk av ekstravakter. For BPA kan det være krevende å rekruttere.

Andelen eldre vil øke, levealderen er høy, og mange vil bo lenge hjemme. Det er med andre ord sannsynlig at behovet for hjemmehjelp vil fortsette å øke i årene som kommer, noe som vil kreve tilpasninger i bemanningen. En satsing på hjemmehjelpstjenesten vil bidra til å avlaste det fremtidige presset på institusjonsplasser og mer krevende tjenester.

Stort sett er det ufaglært bemanning i hjemmehjelpen, tjenestene krever ikke formell kompetanse. Drangedal kommune forsøker å legge til rette for at brukerne får besøk av den samme ansatte. Fordelen er at de er

kjent i huset, og de som bor der kjenner den ansatte. Det er også et mål at ansatte har oppdrag i nærheten av hverandre så en begrenser reisetida.

4.6.3 Tiltak

- Sikre hjemmehjelp til de med sammensatte behov.
- Tilrettelegge for servicefunksjon.
- Redusere hjemmehjelp som forebyggende tiltak.
- Pådriver for vaskehjelp

4.7 Demensomsorgen

4.7.1 Status

Lauvåsen, som ligger like ved Drangedal sykehjem, består av to avdelinger – Lauvåsen bofelleskap og Lauvåsen skjermet avdeling for demente. Lauvåsen bofelleskap tilbyr boliger spesielt tilrettelagt, både innendørs og utendørs, for demente. Her regnes beboerne som hjemmeboende. Lauvåsen har til sammen 14 plasser, 7 på «hver side». Plassene på Lauvåsen brukes fleksibelt mellom institusjon og omsorgsbolig etter behov. Per 2018 er 11 plasser institusjonshjemla, og 3 plasser er botilbud.

Lauvåsen er bemannet hele døgnet, med to personer på dag- og kveldstid på «hver» side, og én nattevakt. I tillegg bistår hvilende nattevakt ved bolig for funksjonshemmede ved behov. Beboerne ved de to avdelingene er noe sammen om aktiviteter og underholdning, men stort sett er de hver for seg. Bofellesskapet har en bemanning på 12,8 årsverk. Men dette er forutsatt at ikke alle rommene brukes, og det er kun 1 ansatt på jobb på dag og kveld i boligdelen. Våren 2018 er bemanningen på om lag 19 årsverk siden bofellesskapet er fullt.

Personalet ved bofellesskapet samarbeider med sykehjemmet, hjemmesykepleien, bolig for funksjonshemmede, legetjeneste, tjenestekontoret og vaktmestertjenesten. Dersom beboerne ved Lauvåsen blir somatisk syke, flyttes de til sykehjemmet. I tillegg holder prest andakt om lag en gang i måneden, og bofellesskapet har jevnlig besøk fra Røde kors og lokale musikklag.

Drangedal har tilbud om dagtilbud for demente på Lauvåsen, per 2018 er det en bruker av dette tilbudet.

4.7.2 utfordringer

Fra 1.1.2020 blir det lovpålagt med dagtilbud for demente. Drangedal har dette tilbudet i dag, men det fungerer ikke optimalt. I dag deltar de på dagtilbud på de samme aktivitetene som de beboerne som bor fast på Lauvåsen, og det oppleves som lite gunstig at andre kommer inn i denne gruppa i kort tid. Det hadde vært ønskelig med et eget lokale for dagtilbud. En kan også forvente at behovet for dagtilbud vil øke i tråd med at befolkningen blir eldre.

Dersom antall langtidspasienter stiger, så vil en kunne få utfordringer med plasskapasitet. Behovet har variert noe gjennom de siste årene, men per 2018 er bofellesskapet fullt.

4.7.3 Tiltak

- Hukommelsesteam.
- Pårørendeskole.
- Nasjonalforeningen for folkehelse – demensvennlig samfunn. Aktivitetsvenn for personer med demenssykdom.
- Individuelt tilpasset dagtilbud.

4.8 Kjøkkenet

4.8.1 Status

Kjøkkentjenesten i Drangedal drives i kommunal regi. Kjøkkenet leverer mat til om lag 100 personer daglig, fordelt på institusjon, bokollektiv og hjemmetjeneste. Kjøkkenet er bemannet fem dager i uken fra mandag til fredag og leverer fersk både varmmat og tørrmat. I helgene må ansatte på sykehjem/boliger/hjemmesykepleien varme opp mat.

Drangedal har nylig lagt om måltidsrutinene ved at det er innført lunsj- og middagsservering senere på ettermiddagen. I helgene har en fortsatt rutine med middag midt på dagen og kakemåltid på ettermiddagen. Noe av hensikten med omleggingen er å redusere sukkerinntaket ved at kakemåltidet på ettermiddagen faller bort, samt å redusere tiden fra kveldsmat til frokost. Det er for tidlig å si noe om resultatene av omleggingen, men alle brukerne ble veid før omleggingen ble satt i gang.

Kjøkkenet samarbeider med Drangedal Produkter som står for ombringing/utkjøring av maten. Kjøkkenet har fire fast ansatte, fordelt på 3 årsverk.

4.8.2 Utfordringer og tiltak

Det er stadig økt fokus fra nasjonale myndigheter på kvaliteten på mat i institusjoner og til hjemmeboende, samt at måltidsrutinene skal legges om i tråd med det Drangedal har valgt å gjøre. Tilstrekkelig tilgang på god og næringsrik mat for brukere av ulike tjenester er et sentralt element i kommunens helhetlige helsearbeid. Det er derfor viktig at dimensjoneringen av kjøkkentjenesten følger utviklingen i de øvrige helse- og velferdstjenestene i årene som kommer.

4.8.3 Tiltak

- Videreføre kjøkkentjenesten i kommunal regi.

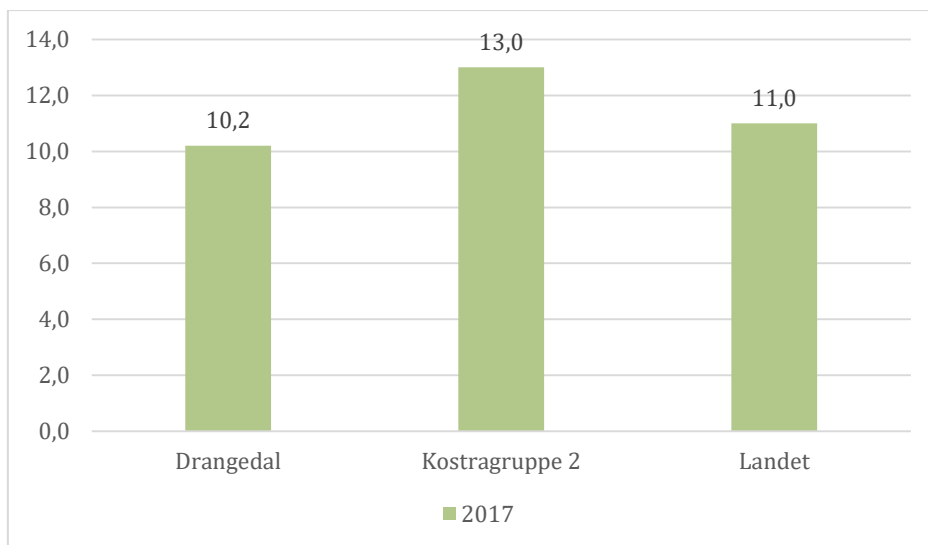
4.9 Legetjenesten

4.9.1 Status

Legekontor

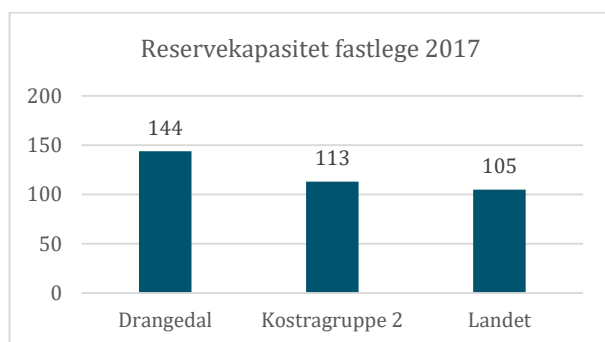
Drangedal legekontor er en del av Drangedal helsesenter, samlokalisert med helsestasjonen. Legekontoret har fire leger på fastlegeavtale hvor kommunal virksomhet utgjør 70 %, med fordeling 40 % sykehjem, 20 % helsestasjon og 10 % i institusjonsdelen i bofelleskapet for demente. I tillegg arbeider det tre helsesekretærer ved legesenteret, som håndterer laboratorietjenesten. Til sammen er det 3,7 årsverk ved legekontoret utenom fastlegene.

Dersom en tar utgangspunkt i antall legeårsverk, så er legedekningen i Drangedal noe lavere enn blant sammenlignbare kommuner og landet som helhet. Drangedal har 10,2 legeårsverk per 10 000 innbyggere, mens snittet for sammenlignbare kommuner er 13. For landet som helhet er snittet 11. Det kan imidlertid være noe variasjon i hvordan kommunene rapporterer inn legeårsverk.

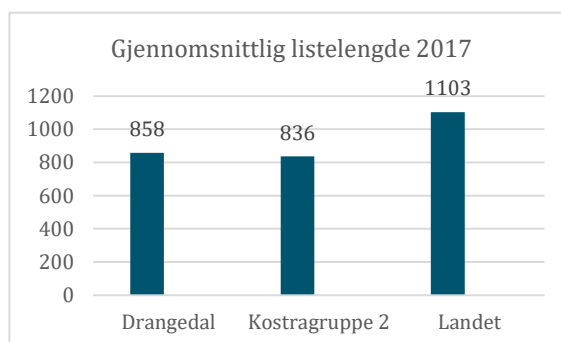


Figur 13 Legeårsverk per 10 000 innbyggere. Kilde: KOSTRA

Figurene under viser videre at kapasiteten til fastlegene i Drangedal er relativt god. Figuren til venstre angir fastlegenes reservekapasitet. Verdier over 100 tilsier ledig kapasitet, og som figuren viser har fastlegene i Drangedal ledige plasser på listene. Figuren til høyre viser at den gjennomsnittlige listelengden til fastlegene i Drangedal ligger langt under landsgjennomsnittet, omtrent på nivå med andre sammenlignbare kommuner. Dette skyldes en kombinasjon av god legedekning i kommunen, innbyggertall og at enkelte innbyggere har fastlege i annen kommune.



Figur 15 Reservekapasitet fastlege 2017



Figur 14 Gjennomsnittlig listelengde 2017

Legevakt og kommunal akutt døgnetenhet (KAD)

Drangedal og Kragerø kommuner har felles interkommunal legevakt og kommunal akutt døgnenhet, begge lokalisert i Kragerø kommune. Legevakten skal ta seg av akutt sykdom, skade eller forverring av sykdom som gjør at nødvendig undersøkelse og behandling ikke kan vente på kontakt med fastlege neste virkedag. Legevaktens telefon er bemannet med sykepleier hele døgnet, men i kontortiden er det legene ved legekontoret som betjener legevakten.

Tilbudet om kommunal akutt døgnenhet består av tre senger lokalisert på Marienlyst sykehjem i Kragerø, hvorav Drangedal disponerer én seng.

Drangedal og Kragerø kommuner har også felles kommuneoverlege som har 0,2 årsverk i Drangedal kommune.

4.9.2 utfordringer

Mer komplekse og sammensatte sykdommer blir pekt på som en utfordringer framover. Og oppfølging av kronikere spesielt.

Det er i gang et arbeid med utredning av ny legevakt i Skien, hvor Drangedal kommune deltar sammen med Skien, Siljan og Nome kommuner. Flere i Drangedal ønsker legevakt i Skien siden en ofte må til Skien for behandling på sykehuset uansett, og det slik sett er «tungvint» å reise til Kragerø først. Mange mener også at dagens ordning med KAD-seng er dyr sett i forhold til hvor mye den brukes.

4.9.3 Tiltak

- Tverrfaglig behandlings- og oppfølgingsteam.
- Oppfølging av kronikergruppene.
- Støtte opp under arbeidet med å ta i bruk helseovervåkning.

4.10 Familiens hus

4.10.1 Status

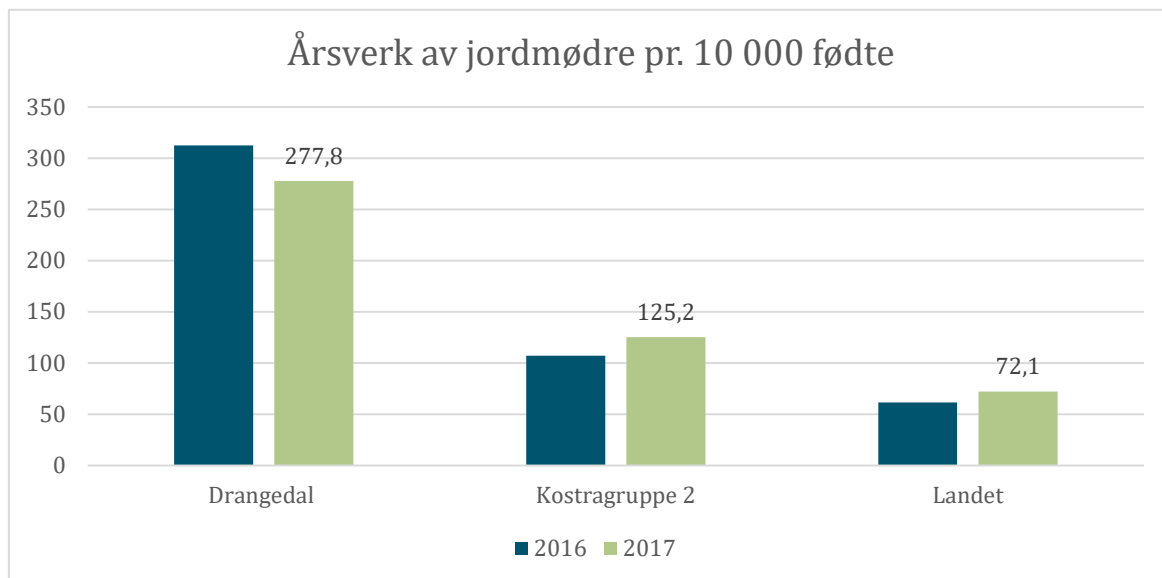
Familiens Hus har 16,4 årsverk og omfatter psykiatri og rusomsorg, helsestasjon og skolehelsetjeneste samt bolig for enslige mindreårige flyktninger.

Helsestasjon og skolehelsetjenesten

Helsestasjon for barn, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom er et lovpålagt helsetilbud til alle barn og unge 0–20 år, og til gravide som går til svangerskapskontroll i tilknytning til helsestasjon. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal være en lett tilgjengelig og gratis tjeneste, med fokus på helsefremming, forebygging og tidlig intervensjon. Målet med helsestasjons- og skolehelsetjenestene er å:

- Fremme psykisk og fysisk helse
- Fremme gode sosiale og miljømessige forhold
- Forebygge sykdommer og skader

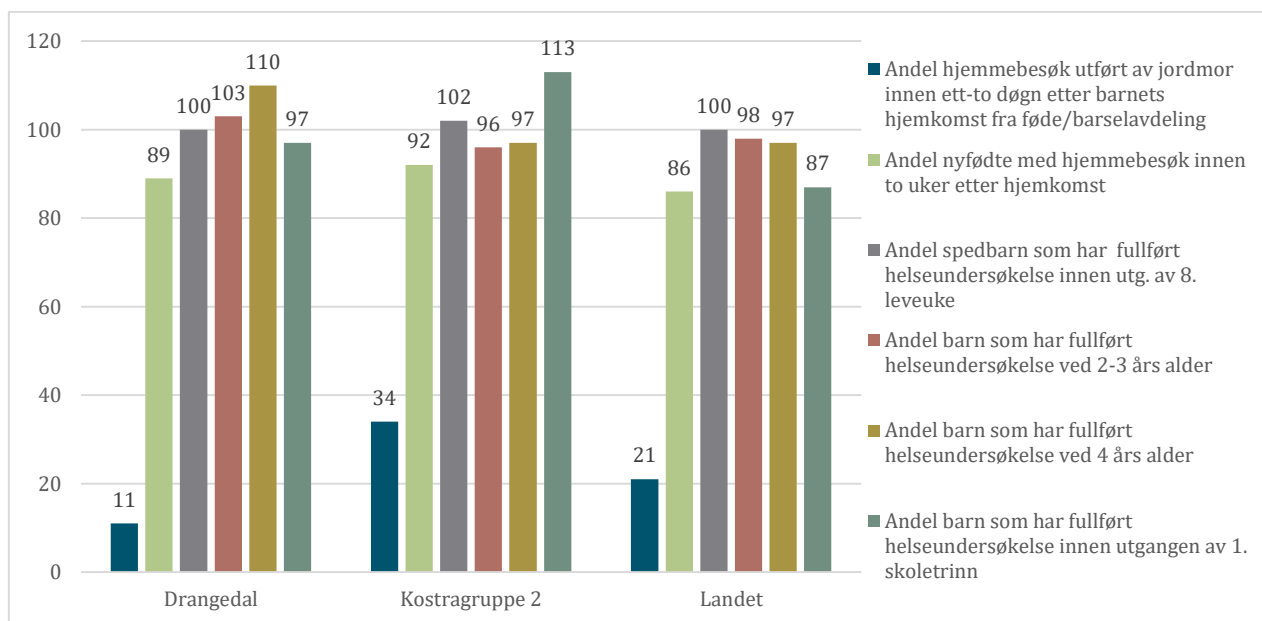
Helsestasjonen vil fra høsten 2018, være bemannet med 3,30 årsverk, inkludert jordmor, helsesøster, lege og miljøterapeut ved Drangedal 10-årige skole. Jordmorstillingen vil fra høsten 2018 utgjøre 40 prosent. Videre har helsestasjonen samarbeid med fysioterapeut og tannpleier. Helsesøster har faste tider og dager på skolene i kommunen. Figuren under viser årsverk av jordmødre per 10 000 fødte i 2016 og 2017. Kapasiteten i Drangedal er god sammenlignet med kommunene i KOSTRA-gruppe 2 og landssnittet.



Figur 16 Årsverk av jordmødre pr. 10 000 fødte. 2016 og 2017. Kilde: KOSTRA.

I 2014 innførte Drangedal kommune nye retningslinjer for barseloppfølging etter hjemkomst fra fødeavdeling. Jordmor har både svangerskapskontroll og barseloppfølging av mor og barn fra 2-3 dager etter hjemkomst. Deretter er det tilbud om hjemmebesøk av helsesøster etter 7-10 dager.

Som figur 6 viser, har Drangedal kommune tett oppfølging av barn, med kontroller i ulike aldre. Ifølge KOSTRA-tall var det 36 nyfødte i Drangedal i 2017. Samme år var andelen barn som hadde fått hjemmebesøk av jordmor innen 1-2 dager etter hjemkomst fra sykehus, elleve prosent. Andelen nyfødte med hjemmebesøk innen to uker etter hjemkomst var imidlertid på 89 prosent, og alle spedbarn hadde fullført helseundersøkelse innen åttende leveuke. Det samme gjelder senere helseundersøkelser, både ved 2-3 års alder og 4 års alder. Andelen barn som har fullført helseundersøkelsen innen utgangen av 1. skoletrinn, er 97 prosent. Det er lavere enn snittet for gruppen med sammenlignbare kommuner, men høyere enn landsgjennomsnittet.

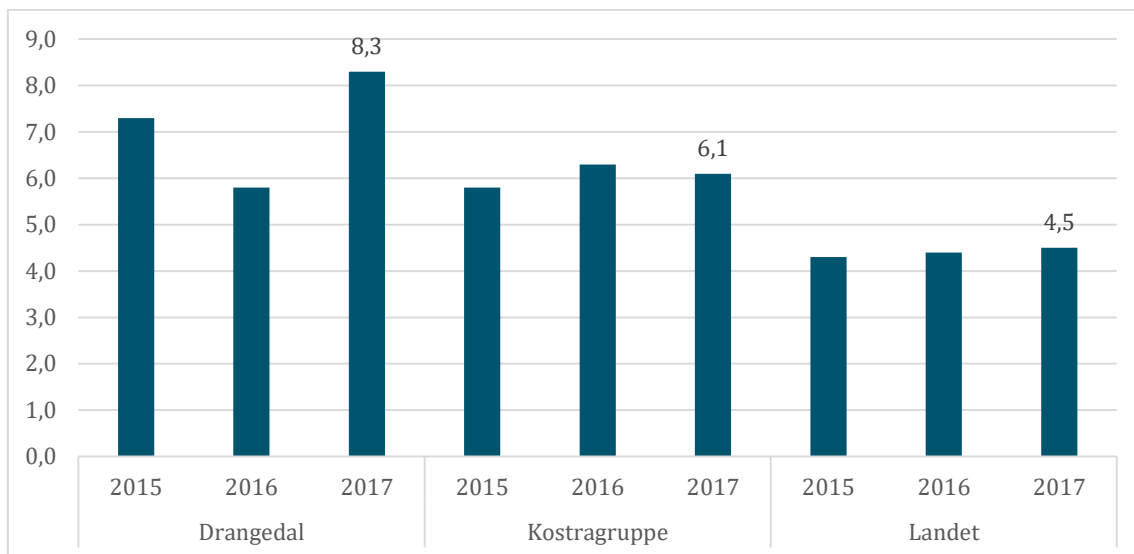


Figur 17 Andel nyfødte, spedbarn og barn som har fullført helseundersøkelse i ulike aldre. Kilde: KOSTRA

Psykisk helse og rusomsorg

Avdeling for psykiatri og rusomsorg har ti ansatte og gir tjenester til mennesker i Drangedal med funksjonssvikt som i hovedsak skyldes psykiske og/eller rusrelaterte lidelser. Avdelingen består av psykiatritjeneste og rusomsorg, dagsenter og Prosjekt Tippen. Avdelingen følger opp vedtak om praktisk bistand, har samtaler, og samarbeider med andre instanser og institusjoner. Dagsenteret for psykisk helse holder til i Helsehuset og er åpent to dager i uka. Prosjekt Tippen er et lavterskel tilbud til rusmisbrukere og psykiatribrukere som trenger oppfølging og kontakt, og er åpent på dagtid hver dag.

Figuren under viser årsverk av psykiatriske sykepleiere per 10 000 innbyggere i Drangedal fra 2014–2016 samt utviklingen for sammenlignbare kommuner og landet som helhet. Vi ser at Drangedal har en høyere dekning enn gruppen av sammenlignbare kommuner, og betydelig høyere dekning enn landet som helhet.



Figur 18 Årsverk psykiatriske sykepleiere per 10 000 innbyggere

4.10.2 utfordringer

Helsetasjon, skolehelsetjeneste og jordmor

Sårbar tjeneste – få ansatte.

Psykisk helse og rusomsorg

Drangedal har samlet ansvaret for psykisk helse og rusomsorg til samme avdeling. Det virker å være et godt grep. Dette er brukergrupper med komplekse, men gjerne liknende utfordringer. Kommunen har den siste tiårsperioden trappet opp arbeidet innenfor psykisk helse og rusomsorg. Både kapasiteten og tjenestetilbudet er utvidet. Dagtilbudet er et populært lavterskeltilbud og fyller hensikten for de som trenger kontakt og oppfølging.

I dag er det hjemmesykepleien som dekker brukernes behov på kvelds- og nattetid. Samtidig er det å ha en plass å bo, og ikke minst trygge rammer og hjelp til å mestre hverdagen – hele døgnet, viktig for disse brukergruppene.¹⁶ Videre har undersøkelser vist at rusmisbrukere ikke ønsker å bo i boliger samlet på ett sted, men i spredte boliger i ordinære bomiljøer for å få distanse til rusmiljøet.¹⁷ Drangedal kommune mangler i dag heldøgns-bemannede omsorgsboliger spesielt tilpasset de som sliter med rus og psykisk helse. Dette er en utfordring for de det gjelder, selv om det er få brukere med disse behovene i kommunen. Det oppleves også som en utfordring at psykisk helse og rusomsorg kun er en tjeneste på dagtid, og at en må forholde seg til mange andre personer ved behov på kveld, natt og helg.

Fra 1.1.2020 er alle kommuner pålagt å ha psykologkompetanse. Av annen kompetanse nevnes det at det er vanskelig å rekruttere sosionom.

¹⁶ <https://forskning.no/alkohol-og-narkotika-hus-og-hjem-velferdsstat/2013/02/trygg-bolig-gir-mindre-rus>

¹⁷ <https://forskning.no/alkohol-og-narkotika-sosiale-relasjoner/2013/12/rusbrukere-vil-ut-av-darlig-selskap>

4.10.3 Tiltak

- Rekruttere psykolog.
- Bruke tilbud om foreldreveiledning aktivt.
- Vurdere bemanningsplaner i psykisk helse og rusomsorg, som omfatter større deler av døgn og uke.

4.11 Fysioterapi, ergoterapi, frisklivssentralen og rehabiliteringsteam

4.11.1 Status

Fysioterapi- og ergoterapitjenesten, frisklivssentralen og rehabiliteringsteamet er samlokalisert, og samarbeider i tillegg tett med hjemmetjeneste og tjenestekontor. Avdelingen har 5 årsverk.

Rehabiliteringsteamet

Det tverrfaglige rehabiliteringsteamet består av psykiatrisk sykepleier, vernepleier og fysioterapeut. Teamet jobber både med psykisk og fysisk rehabilitering. Rehabiliteringstjenesten jobber direkte mot brukerne, men jobber også systematisk med både rutiner og instruksjoner for oppfølging og samarbeid med andre avdelinger i kommunen. Hjemmetjenesten og rehabiliteringsteamet har møte hver uke der de tar opp felles pasienter og pasienter som kommer hjem fra sykehus/sykehjem. Dette har ført til at pasientene ikke trenger hjemmesykepleien så lenge, og at pasientene blir flinkere til å klare seg selv.

Fysioterapi og ergoterapi

Ergoterapitjenesten gir opplæring og trening i dagliglivets aktiviteter til personer som på grunn av sykdom eller skade har redusert funksjonsevne. Tjenesten bidrar i tillegg med formidling og tilpasning av tekniske hjelpemidler for personer med funksjonsnedsettelse.

Fysioterapitjenesten har fokus på helsestasjon, skolehelsetjeneste, fysioterapi for barn og unge, fysioterapi for beboere på sykehjem og de med behov for hjemmebesøk, forebyggende grupper og hjelpemidler. I tillegg har kommunen driftsavtale med private fysioterapeuter som har ansvar for polikliniske pasienter.

Tabellen under viser at Drangedal kommune har en bedre dekningsgrad enn sammenlignbare kommuner i KOSTRA-gruppe 2 og landsgjennomsnittet når det kommer til fysioterapiårsverk. Kommunens ergoterapeutstilling er nyopprettet og fremkommer ikke i statistikken.

Tabell 13 Fysioterapi- og ergoterapiårsverk per 10 000 innbyggere, 2017. Kilde: KOSTRA

	Drangedal	KOSTRA-gruppe 2	Landet
Fysioterapiårsverk per 10 000 innbyggere, kommunehelsetjenesten	11,6	10,7	9,4
Årsverk av ergoterapeuter per 10 000 innbyggere		3,5	4,3

Frisklivssentralen

Frisklivssentralen gir, gjennom individuelle samtaler og gruppebaserte tilbud, støtte og hjelp til personer som ønsker å endre levevaner, enten det gjelder fysisk aktivitet, kosthold eller tobakk. Man trenger ikke å ha en diagnose eller være syk for å delta på frisklivssentralen. Frisklivssentralen er bemannet med fysioterapeut, ergoterapeut, ernæringsfysiolog, vernepleier og psykiatrisk sykepleier.

4.11.2 Utfordringer

Et sentralt element i den nasjonale helse- og omsorgspolitikken handler om å vri tjenestefokuset fra reparasjon til forebygging. Det innebærer både å fremme helse og forebygge sykdom, men også å støtte den enkeltes evne til mestring og ivareta egen omsorg. Stort sett har den enkelte ansvar for å ta vare på egen helse, men kommunen kan bidra til at forutsetningene legges til rette. I dette er tjenester som frisklivssentralen svært viktig.

Sårbar – små tjenester. Klarer man å beholde kompetansen?

4.11.3 Tiltak

- Styrking av koordinerende enhet i arbeidet med Individuell Plan.
- Økt fokus på arbeidet med IP og koordinator i hele kommunen.
- Rekruttering av kompetanse.
- Kartlegge ressursbruk i sykehjemmet.
- Bedre bruken av kompetanse på tvers av sektorer og avdelinger.
- Ta i bruk Frivilligsentralen.
- Ta i bruk funn/tiltak fra “Talenter for Framtida”.
- Utrede samarbeidsmuligheter for å bedre LMS-tilbudene.

4.12 Nav-sosialtjenesten

4.12.1 Status

NAV Drangedal har minimumsalternativet for sosiale tjenester i NAV, det vil si kvalifiseringsprogrammet, økonomisk sosialhjelp, midlertid bolig (akutt behov) og råd og veiledning. Det er til sammen 2,1 årsverk til kommunale oppgaver i NAV, fordelt på 3 ansatte. Siden høsten 2016 har det vært et eget kommunalt prosjekt i NAV, knyttet til tettere oppfølging og tiltak av langtids sosialhjelpsmottakere, unge og flyktninger. Drangedal er også en av kommunene som har høyere forekomst av unge uføre.

4.12.2 Utfordringer

Det er behov for å jobbe langsiktig og målrettet rundt gruppen langtids sosialhjelpsmottakere, og prosjektet som er i gang, begynner å finne sin form. Det må vurderes en overføring av prosjektet til ordinær drift i perioden. I forbindelse med plan for habilitering og rehabilitering, er det påpekt behov for tidlig og godt tverrfaglig samarbeid rundt brukere i målgruppen for habilitering, der NAV også vil være sentrale.

Ifølge KOSTRA og effektivitetsanalysen 2017, har sosialtjenesten et merforbruk på 6,6 mill. kr i sammenlignet med et «normert» og inntektsjustert nivå. Det er nødvendig å kartlegge grundigere hva som ligger i disse tallene, som er hentet ut fra funksjon 242, 243 og 281 i kommunens regnskap.

4.12.3 Tiltak

- Vurdere overføring av prosjekt ved NAV til ordinær drift.
- Forsterket rolle i habiliteringsarbeidet i kommunen.

4.13 Velferdsteknologi

4.13.1 Status

Velferdsteknologi handler om teknologisk assistanse der velferd leveres gjennom teknologi som brukes av og understøtter brukeren, i samspill med kommune eller pårørende.¹⁸ Drangedal kommune har tatt i bruk velferdsteknologi for ulike brukergrupper av helse- og velferdstjenester. Eksempler på slik teknologi er trygghetsalarmer, elektronisk komfyrvakt, fjernkontroll til åpning av inngangsdør eller til å slå av og på lys, epilepsialarm, GPS-sender, nettbrett med musikk spesialtilpasset demenspasienter, pasientvarslingssystemer, smarthus-teknologi i FH-boligene og elektronisk medisindispenser.

I 2017 vedtok Drangedal kommune *Velferdsteknologisk handlingsplan 2017-2020*. Handlingsplanen er førende for kommunens strategiske satsing på velferdsteknologi i årene fremover.

4.13.2 utfordringer

Drangedal kommune vil få store omsorgsutfordringer i årene framover. Kommunen får ansvar for flere og mer komplekse tjenestemottakere og brukernes ønsker og behov er i endring. Som et ledd i å møte disse utfordringene har kommunen som nevnt over trappet opp arbeidet med velferdsteknologi. Hovedmålet med *Velferdsteknologisk handlingsplan 2017-2020* er at kommunens innbyggere, ved hjelp av teknologiske hjelpemidler, skal kunne bo lenger hjemme, og ikke minst oppleve trygghet og større egenmestring i hverdagen, der de bor. I tillegg har kommunen definert følgende delmål:

- Styrke brukerinnflytelsen og bedre samspillet med pårørende, frivillige og lokalsamfunnet.
- Forebygge og utsette behov for kompenserende tjenester og bidra til at brukerne opprett-holder eller gjenvinner sin funksjonsevne og selvstendighet.
- Styrke lederkompetansen, fagutviklingen, stor faglig bredde og tilstrekkelig, kompetent og stabil bemanning.
- Gi rom for kunnskapsbasert praksis og etisk refleksjon.

Bruk av velferdsteknologi skal med andre ord ikke være et mål i seg selv, men det skal være et virkemiddel for å realisere viktige verdier for brukerne, slik at helse- og velferdstjenestene får større fleksibilitet og medarbeiderne kan brukes på de oppgavene der de trengs mest.

¹⁸ <https://www.sintef.no/velferdsteknologi2/>

4.13.3 Tiltak

Drangedal kommune har gjennom handlingsplanen lagt et solid strategisk grunnlag for det videre arbeidet med velferdsteknologi og foreslått en rekke tiltak. Tiltakene er fordelt på følgende tre kategorier (komplett tiltaksliste vedlagt i delkapittel 7.2):

1. Forebygge funksjonsnedsettelse og skade
2. Tilrettelegge for økt mestring for tjenestemottakere og tjenesteytere
3. Effektivisering og kvalitetsforbedring i pleie- og omsorgstjenestene

For å jobbe videre med satsingen på velferdsteknologi foreslås følgende fire organisatoriske og økonomiske grep:

1. Sette av personalressurser til å jobbe med velferdsteknologi
2. Opprette en tverrfaglig velferdsteknologigruppe
3. Sette av investeringsmidler til bruk på velferdsteknologi
4. Øke kunnskapen blant kommunens ansatte og innbyggere

4.14 Aktivitetstilbud og frivillig innsats

Opprettelse av frivillighetssentral – sørge for et godt forarbeid.

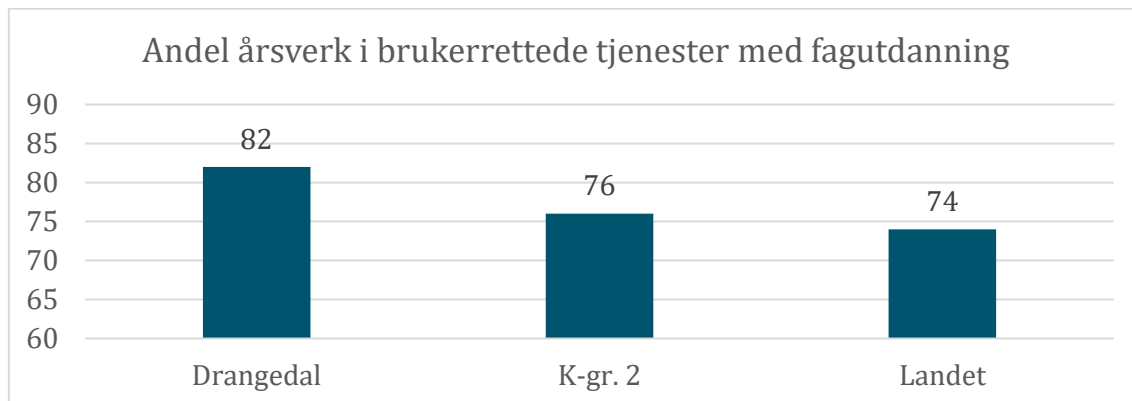
Ta i bruk Frivillighetssentralen som møteplass for å aktivisere hjemmeboende

4.15 Rekruttering og kompetanse

4.15.1 Kompetanse

Ifølge KOSTRA hadde Drangedal en høyere andel årsverk i brukerrettede tjenester med fagutdanning enn sammenlignbare kommuner og landet i 2017. Drangedal hadde en andel på 82, mens gjennomsnittet for KOSTRA-gruppe 2 og landet utgjorde hhv. 76 og 74.

Med brukerrettede tjenester menes arbeid utført av de som jobber direkte med mottakere av helse- og sosialtjenestene i kommunene, samt de som saksbehandler og fatter vedtak om helse- og sosialtjenester.



Figur 19 Andel årsverk i brukerrettede tjenester med fagutdanning. Kilde: KOSTRA

4.15.2 Framtidig behov for kommunale årsverk

Tabellen under viser antall personer i arbeidsfør alder i forhold til to ulike grupper av eldre i 2016, 2025 og 2040. Arbeidsfør alder er 20-66 år, mens de eldre aldersgruppene er 67 år og over, og 80 år og over. En reduksjon i forholdstallet mellom de to aldersgruppene betyr at det er færre innbyggere i yrkesaktiv alder per innbygger i den eldre aldersgruppen. Framskrivningene er basert på SSBs mellomalternativ.

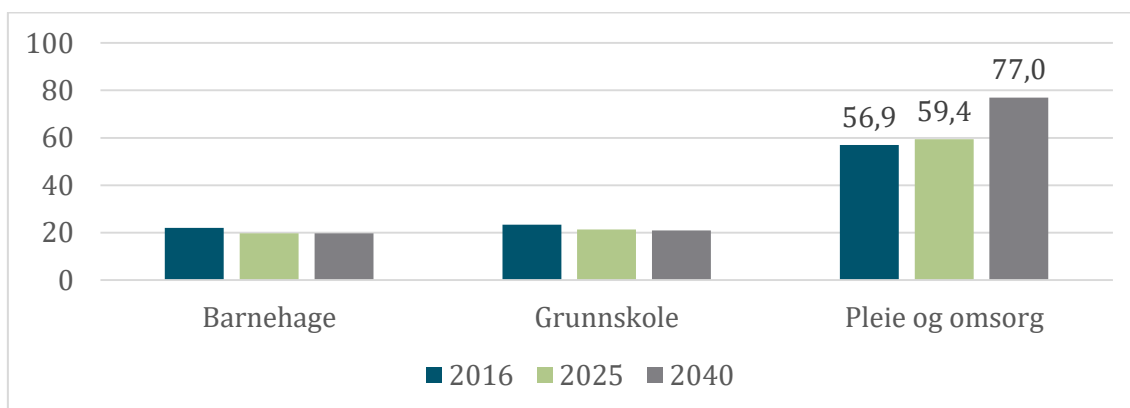
Tabell 14 Innbyggere 20-66 år i forhold til eldre innbyggere. Prosent. Drangedal kommune. Kilde: SSB

	2016	2025	2040
67 år og eldre	3,1	2,7	2,2
80 år og eldre	9,2	9,3	6,0

Antall eldre innbyggere i forhold til antall eldre 67 år og eldre og 80 år og eldre utgjør hhv. 3,1 og 9,2 i 2016. I 2040 er forholdstallet anslått å reduseres til hhv. 2,2 og 6,0.

Diagrammet under sier noe om behovet for årsverk i yrkesaktiv alder (20 – 66 år) per 1000 innbygger som må brukes innenfor tre ulike sektorer i 2016, 2025 og 2040. Ved å se på behovet per 1000 innbygger i alderen 20 – 66 år korrejerer man for forandringer som skyldes endringer i størrelsen på befolkningen. I beregningene er det tatt utgangspunkt i samme dekningsgrad og standard på tjenestene som i 2016.

Tjenestedataene er hentet fra KOSTRA. Framskrivningene er basert på SSBs mellomalternativ.



Figur 20 Anslått framtidig tjenestebehov per 1000 innb. 20-66 år. Drangedal kommune. Kilde: SSB/KOSTRA.

Diagrammet viser at behovet for årsverk på barnehage og grunnskole vil reduseres noe fram til 2025 og 2040. På pleie og omsorg vil behovet for årsverk øke kraftig i årene framover, spesielt fra 2025 til 2040. Dette må ses i lys av eldrebølgen som vil gjelde alle landets kommuner.

- Kompetanse, sykepleier, psykolog, logoped
- Rekruttering
- Heltid/deltid
- Videreutdanning og kurs

4.16 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning får stadig større fokus i helse- og velferdstjenestene. Brukere har rett til å medvirke, og tjenestene har plikt til å involvere brukeren. Samtidig har brukermedvirkning en egenverdi, en terapeutisk verdi, og det er et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene. Brukermedvirkning innebærer at brukeren betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår hans eller hennes problem.¹⁹

Det viktigste i møtet mellom bruker og hjelper er god kommunikasjon. Dette fordrer at begge er åpne og lydhøre for hverandre.

4.16.1 Tiltak

- Brukere i Drangedal kommune skal tas på alvor, bli behandlet med respekt, føle tillit og trygghet og få hjelp når behovet er der.
- Det skal utarbeides individuell plan der brukeren har rett på det. Planen skal gjenspeile brukerens behov, ønsker og mål.
- Brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal tilbys koordinator/fast kontaktperson.
- Drangedal kommune skal aktivt lytte til innspill om helse- og velferdstjenesten fra aktuelle brukerorganisasjoner.

¹⁹ <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/brukermedvirkning>

5. Vurdering av fremtidig boligbehov

Dette kapittelet innledes med en gjennomgang av generelle boligpreferanser blant ulike grupper i befolkningen, med et særskilt blikk på preferanser blant befolkningen i distriktskommuner. Deretter redegjør vi for nasjonale mål og satsingsområder for det boligsosiale arbeidet, og organiseringen av og oppgavene til boligkontoret i Drangedal kommune. Boligkontoret har et hovedansvar for oppfølgingen av det lokale boligsosiale arbeidet. Til slutt gjør vi rede for Husbankens virkemidler og ulike ordninger for å dekke boligbehovet til ulike grupper, med henvisning til gode eksempler fra andre kommuner.

5.1 Boligpreferanser og kvaliteter ved stedet

To ting står sentralt for folks valg av hvor de bosetter seg. Den første er trekk ved selve boligen, altså preferanser knyttet til boligtype. Den andre er kvaliteter ved stedet, slik som bomiljø og trekk ved nabolaget, tilgang til service-funksjoner, friluftsområder og kulturtilbud m.m.

5.1.1 Boligpreferanser

Boligpreferanser varierer mellom ulike aldersgrupper og livsfaser. I 2014 utga NIBR rapporten *Boligpreferanser i distriktene* (Ruud et. al., 2014).²⁰ Forskerne så på boligpreferansene blant tre ulike grupper; ungdom og unge barnefamilier i etableringsfasen, arbeidsinnvandrere og eldre (definert som de over 60).

Eneboligen står fremdeles sterkt som den foretrukne boligformen i distriktene, og da særlig blant *ungdom og unge barnefamilier*. En naturlig forklaring er at det først og fremst er eneboliger som har vært tilbudet i det lokale boligmarkedet, og at det er boformen folk er vant med – og som de unge har vokst opp med. Valget har stort sett stått mellom eldre eneboliger i eksisterende boligfelt eller å bygge selv. Tilgjengelige leiligheter har stort sett vært private utleieboliger i sokkeletasjer i eneboliger, noe som ikke anses som særlig gunstig eller attraktivt for unge familier i etableringsfasen. Selv om det begynte å skje ting også i distriktene, i form av flere nye sentrumsnære leiligheter, var det i liten grad de unge familiene som kjøpte disse.

Når det gjelder *arbeidsinnvandrene*, var det større variasjon i boligpreferansene enn blant de andre gruppene, primært på grunn av varierende arbeids- og stedstilknytning kommunen. De som ønsker å etablere seg med familien i kommunen, har imidlertid samme preferanser som de unge; de ønsker å kjøpe eneboliger.

Blant de over 60 er bildet annerledes. Flere ønsker å flytte til leiligheter nærmere sentrum. Dette kan trolig relateres til en mentalitetsendring i form av deres livsstil. Dagens eldre har bedre helse og lever lengre enn tidligere generasjoner. Med andre ord handler boligplanlegging for denne gruppen om mer enn å bare legge til rette for alderdommen. Mange er ressurssterke og kan bruke penger på «selvrealisering»; for eksempel reising eller å dyrke fritidsinteresser. Boligpreferansene handlet dermed om å kunne flytte nærmere de service- og kulturtilbudene stedet har og bruke dem aktivt, og slippe å bruke mye tid på stell av bolig og eiendom. Tiden skal frigjøres til å nyte (Ruud et. al., 2014, s. 7) – en tendens som trolig bare vil forsterkes i årene som kommer.

²⁰ <http://www.hioa.no/extension/hioa/design/hioa/images/nibr/files/2014-1.pdf>

5.1.2 Kvaliteter ved stedet

I valg av sted å bo er, som nevnt over, kvaliteter ved stedet minst like viktig som boligtype. Bomiljøet og nabolaget handler både om fysiske egenskaper ved selve boområdet, som nærhet til natur eller nærhet til funksjoner i sentrum. I tillegg handler det om det sosiale miljøet i nærområdet og i hvilken livsfase naboene befinner seg i. Eksempelvis vil tilgang til barnehage og skole være viktig for småbarnsfamilier, men også at det finnes andre i samme livssituasjon i nærområdet. Med dette på plass får barna gode lekekamerater, og foreldrene trygghet og relasjoner til andre i samme situasjon.

Andre viktige trekk ved stedet er beliggenhet og avstand til kommune-/stedssentra, et variert arbeidsmarked og gode tjeneste-, helse- og velferdstilbud samt gode kommunikasjoner. I tillegg fant forskerne at viktige stedstrekk, også i distriktene, er tilgang til kultur- og opplevelsestilbud, gode omgivelseskvaliteter og ikke minst et levende sentrum i form av uformelle, sosiale møteplasser som kaféer og spisesteder og handelstilbud. Oppsummert synes det blant de yngre å være en kombinasjon av *rurale* så vel som *urbane* kvaliteter som er forlokkende ved distriktene. Trekk som mindre stress, barnevennlige naturomgivelser med fred og ro og nære relasjoner til venner og familie er viktig. Men det betyr ikke at de ikke samtidig ønsker urbane kvaliteter. De ønsker både «i pose og sekk».

Urbane trekk er viktig også blant 60 +-generasjonen. En økende trend er som nevnt over ønsket om å flytte til sentralt beliggende leiligheter med nærhet til ulike tilbud. Samtidig verdsetter de også elementer av det mer tradisjonelle, slik som å beholde utsikten eller kort vei til naturen. De vil utvikle nye sosiale relasjoner og benytte seg av møtesteder, samtidig som de beholder noen av kvalitetene som gjerne kjennetegner områder med eneboliger. For «mer romslige» distriktskommuner finner forskerne ved NIBR at det her kan ligge et effektivitetspotensial ved at eldre flytter til mer sentralt beliggende boliger etter hvert som de får behov for kommunens hjemmetjenester (Ruud et al. 2014, s. 10). Det er avhengig av at kommunen klarer å utvikle konsepter som forener ønsker om både rurale kvaliteter som kort vei til naturen samtidig som kommunesentrene har et godt butikk-, service- og tjenestetilbud.

5.2 Nasjonale mål for det boligsosiale arbeidet

Rundt 150 000 personer regnes som vanskeligstilte på boligmarkedet i Norge i dag. Av disse mangler om lag 6200 et fast sted å bo. Gjennom den nasjonale strategien for boligsosialt arbeid, *Bolig for velferd (2014-2020)*, har Regjeringen fastsatt nasjonale mål og prioriterte innsatsområder for det boligsosiale arbeidet.²¹ Visjonen er at «*alle skal bo godt og trygt*», og nedenfor nevnes mål og innsatsområder skal bidra til at det boligsosiale arbeidet står på dagsorden i stat, kommune og hos samarbeidspartnere.

Tabell 15 Nasjonale mål og prioriterte innsatsområder i det nasjonale boligsosiale arbeidet. Kilde: Bolig for velferd 2014-2020

Nasjonale mål	Prioriterte innsatsområder
1. Alle skal ha et sted å bo	- Hjelp fra midlertidig til varig bolig - Hjelp til å skaffe en egnet bolig
2. Alle med behov for tjenester skal få hjelp til å mestre boforholdet	- Forhindrer utkastelser - Gi oppfølging og tjenester i hjemmet

²¹ https://www.regjeringen.no/no/tema/plan-bygg-og-eiendom/boligmarkedet/boligsosialt_arbeid/id516363/

3. Den offentlige innsatsen skal være helhetlig og effektiv	• Sikre god styring og målretting av arbeidet • Stimulere til nytenkning og sosial innovasjon • Planlegge for gode bomiljøer
---	--

Ut fra en forståelse av at boligen og bomiljøet er viktig for barn og unge, også for å forhindre at dårlige levekår går i arv, har Regjeringen i tillegg ønsket å forsterke innsatsen overfor barn og unge som ikke bor bra. Innsatsen har tre resultatmål:

- **Resultatmål 1:** Utleieboliger for barnefamilier skal være av god kvalitet og i et trygt bomiljø
- **Resultatmål 2:** Midlertidige botilbud skal bare unntaksvis benyttes av barnefamilier og unge, og slike opphold skal ikke være mer enn tre måneder
- **Resultatmål 3:** Bostedsløshet blant barnefamilier og unge skal forebygges og reduseres

5.3 Mulige tiltak for å kartlegge og ivareta fremtidig boligbehov

Som nevnt i avsnittet om boligpreferanser er lav omsetning av boliger, begrenset eller fraværende boligbygging, og et boligtilbud som ikke nødvendigvis samsvarer med behovene til grupper som unge, gamle og arbeidsinnvandrere, kjennetegn ved boligmarkedet i mange norske distriktskommuner. For eksempel synes det generelt å være et behov for ulike former for mer sentrumsnære leiligheter og mindre boliger, selv om eneboligen fortsatt dominerer som ønsket boform. Dette er trekk som også synes å være relevant for Drangedal kommune. Konsekvensene av en «mismatch» mellom tilbud og behov kan bli store – unge velger å flytte ut, mens arbeidstakere som har tilgang på jobb, ikke finner sted å bo.²²

Kommunen kan imidlertid gjennomføre boligpolitiske satsinger og gjennom det være en pådriver for økt boligbygging. Det handler om å ta initiativ og å føre en aktiv boligpolitikk. En aktiv bolig(sosial) politikk er dessuten god helse- og velferdspolitik. Tilgang på leiligheter tilpasset og tilrettelagt for ulike gruppers behov kan motvirke ensomhet og skape gode møteplasser, og ikke minst kan det minske et unødig stort press på de kommunale helse- og velferdsbudsjettene. Men hva kan kommunen foreta seg, mer konkret?

For det første er det viktig å ha en godt gjennomarbeidet plan som viser boligtilbud og fremtidig boligbehov. Flere undersøkelser viser at mange distriktskommuner har behov for slike oversikter.²³ Kommunen kan videre regulere tomter til småboliger, ta i bruk områdeplaner og investere i tomter og utearealer for å understøtte oppføring av private leiligheter.

For det andre kan markedsføringen av kommunens fortrinn og muligheter forsterkes. Det er mulig å etablere oversikter på kommunens hjemmesider over eksisterende og planlagte boliger av ulike typer samt tomter som er under regulering. I tråd med boligpreferansene til både unge voksne og eldre kan kommunen markedsføre både rurale og urbane kvaliteter ved kommunen. Forskning har vist at distriktskommuner gjerne har et ensidig fokus på rurale kvaliteter i sin markedsføring, men de aller fleste distriktskommuner har også urbane kvaliteter.

For det tredje har mange distriktskommuner et potensial i økt samarbeid mellom kommunen og det private næringsliv omkring boliger og eiendomsutvikling. Kommunen kan invitere eiendomsbesittere og private utbyggere til å drøfte muligheter for samarbeid og synliggjøre markedsmulighetene i kommunen. I tillegg

²² <http://www.hioa.no/eng/vitenogpraksis/Velferd-og-arbeidsliv/Tre-raad-til-distriktskommuner-som-vil-faa-fart-paa-boligbyggingen>

²³ <http://www.hioa.no/content/download/141017/4007033/file/Samfunnsvirkninger-av-boligpolitikk-NOVA-Rapport-3-17.pdf>

kan kommunen ta initiativ overfor ulike grupper av befolkningen for å kartlegge boligpreferansene deres, og diskutere hva kommunen kan bidra med for å imøtekomme behovene.

Til slutt handler det om samarbeid med nasjonale myndigheter, og ikke minst å ta i bruk Husbankens virkemidler, lære av andre kommuner og bruke modeller som har vist seg å fungere.

I de følgende avsnittene gjennomgås først relevante virkemidler i Husbanken. Deretter har vi sett på eksempler fra andre kommuner som har lyktes med grep i boligpolitikken.

5.3.1 Husbankens virkemidler

Husbanken har en rekke virkemidler for det boligsosiale arbeidet. Nedenfor oppsummeres de av virkemidlene som er særlig relevante for kommuner og private aktører med tanke på finansiering av boliger og leiligheter, enten i kommunal regi, i privat regi eller gjennom offentlig-privat samarbeid. Virkemidlene er en del av *Husbankens kommuneprogram 2016-2020*²⁴.

Tilskudd til utleieboliger skal bidra til flere egnede utleieboliger for vanskeligstilte på boligmarkedet. Husbanken kan gi tilskudd til kommuner, stiftelser og andre aktører som etablerer og utbedrer utleieboliger. For utleieboliger som er eid av andre aktører, skal kommunen ha tildelingsrett i minst 20 år.

Kompetansetilskudd til bærekraftig bolig- og byggkvalitet skal bidra til å heve kompetansen innenfor områdene miljøvennlige og universelt utformede boliger og bygg på attraktive steder. Tilskuddet retter seg i hovedsak mot kommuner, bransje og forsknings-, utviklings- og undervisningsmiljøer.

Grunnlån skal bidra til å fremme viktige boligkvaliteter som miljø og universell utforming i ny og eksisterende bebyggelse, skaffe boliger til vanskeligstilte og husstander i etableringsfasen, og sikre nødvendig boligforsyning i distriktene. Lånet skal bidra til å oppnå boligpolitiske målsettinger som ellers ikke vil bli oppnådd. Privatpersoner, utbyggere, boligbyggelag, borettslag, kommuner, fylkeskommuner og stiftelser kan søke om grunnlån.

Investeringsstilskudd til omsorgsboliger og sykehjem gis til kommuner og skal stimulere til å fornye og øke tilbudet av sykehjemsplasser og omsorgsboliger.

5.3.2 Tilvisningsavtaler og grunnlån

En ordning som for tiden har stort fokus hos Husbanken og norske kommuner, er såkalte tilvisningsavtaler, der private utbyggere gis grunnlån og tilskudd til å føre opp boliger til utleie, og kommunen har tilvisningsrett til et gitt antall av boligene.

Foreløpig er det stort sett større kommuner som har erfaringer med ordningen, men Husbanken registrerer nå en stor interesse fra andre, også mindre kommuner som ønsker å gjøre det samme. Et eksempel er Steigen kommune i Nordland, som våren 2018 er i gang med arbeidet.

Ringsaker kommuner

²⁴ <https://www.husbanken.no/boligsosialt-arbeid/kommuneprogram/>

Ringsaker kommune, som har omtrent 34 000 innbyggere, bruker tilvisningsavtaler som et aktivt boligsosialt virkemiddel.²⁵

Ved oppstart av prosjektet i 2015 hadde Ringsaker dårlig tilgang på utleieboliger, noe som medførte et stort press for kommunen, og mange søkte om kommunal bolig. For å møte et stadig voksende behov for utleieboliger og få på plass flere og større profesjonelle private utleiare satte kommunen et mål om å fremskaffe 150 nye utleieboliger innen utgangen av 2017.

I 2015 gikk kommunen ut med annonse i lokalavisen og søkte samarbeid med private utbyggere. Seks aktører meldte sin interesse, og alle inngikk tilvisningsavtaler med kommunen. Prosjektene gikk i stor grad ut på å bruke eksisterende bygningsmasse og å ruste opp sentrumsområdet.

Grunnlaget for tilvisningsavtalene i Ringsaker har vært at utbygger bygger nye boliger med grunnlansfinansiering fra Husbanken. Kommunen får tilvisningsrett på 40 % av boenhetene i hvert enkelt prosjekt.

Utleieboliger med tilvisningsavtaler har vist seg som et godt supplement til kommunens egne boliger. I eksempelet fra Ringsaker rapporteres det om flere gevinster ved å ta i bruk ordningen:

- Kommunen får tilgang til flere utleieboliger med god standard, godt bomiljø og et samarbeid med private profesjonelle aktører.
- Beboerne får gode og trygge boliger med et godt bomiljø.
- Større mangfold av utleieboliger.
- Utbygger får finansiert utleieboliger med Husbankens grunnlån. Dette er gunstige lån som kan ha avdragstid på inntil 50 år, og mulighet til å binde renta i inntil 20 år. Dette vil normalt gi utleier tilstrekkelige økonomiske betingelser og forutsigbarheten som er nødvendig i et utleieprosjekt.
- Et mer velfungerende og profesjonelt privat utleiemarked.
- Flere utbyggere «vil mer» - i tråd med kommunens strategi om vekst og utvikling.

Denne typen boligprosjekter, med en kombinasjon av både kommunalt disponerte og ordinære utleieboliger, er videre i tråd med moderne signaler for boliger til grupper som trenger bistand. Nemlig at boligene blir lokalisert spredt i ordinære og gode bomiljøer, istedenfor at boligene samles på ett sted eller får et mer institusjonsliknende preg.

5.3.3 Hamarøymodellen – samarbeid med privat aktør

Hamarøy er en liten kommune i Nordland fylke, med om lag 1800 innbyggere. Boligmarkedet i Hamarøy kommune var ganske typisk for en distriktkommune. Boligmarkedet var forholdsvis ensidig, med eldre eneboliger, det var lav boligomsetning og lave boligpriser, fraflyttede boliger ble brukt som fritidsboliger heller enn å bli solgt, og økonomisk risiko hindret nybygging. Samtidig var det stort behov for langt flere utleieboliger. Kommunen hadde også behov for flere boliger til sosiale formål, men ønsket ikke å eie og forvalte disse selv.

Nedgang i folketallet og negative medieoppslag bidro til at nybygg ble forbundet med risiko. Ingen ville bygge, tross stort boligbehov. Det ble forventet at kommunen skulle ta alt ansvar og risiko.

Hamarøymodellen er en modell for samarbeid mellom kommune, private aktører og Husbanken.²⁶ Grovt sett går modellen ut på at kommunen legger et tallfestet behov for boliger til vanskeligstilte ut på anbud.

²⁵ <https://www.veiviseren.no/forstaa-helheten/eksempler-og-erfaringer/utleieboliger-med-tilvisningsavtale-i-ringsaker>

²⁶ <https://www.veiviseren.no/forstaa-helheten/eksempler-og-erfaringer/hamarøymodellen-samarbeid-med-privat-aktor>

Kommunen forplikter seg til å leie boligene i ti år, med opsjon på ytterligere ti, og får tildelingsrett til boligene. I tillegg krever kommunen at utbygger leverer et tilsvarende antall boenheter til det ordinære boligmarkedet. Utbygger må selv disponere tomt innenfor definert sentrumsplan for å unngå press mot kommunen og lokalisering langt fra sentrum.

Kommunen går med dette god for boligbehovet, noe som gir private utbyggere anledning til å søke om tilskudd og lån fra Husbanken. Utbygger sikres leieinntekter i 20 år, og kan også søke om tilskudd på inntil 20 % av byggekostnadene til halvparten av boligene. Da tør de å komme på banen.

Mange av boligene er finansiert med Husbankens grunnlån, men utbygger velger selv finansieringsform. Boliger kommunen leier for sosiale formål, er kvalifisert for Husbankens ordinære tilskudd til utleieboliger.

Siden en gikk i gang med boligutbygging i Hamarøy fra 2010, har det per februar 2014 blitt bygget om lag 107 boenheter, noe som må sies å være et høyt tall i en kommune med såpass få innbyggere. Både kommunen, utbyggerne og Husbanken beskriver modellen som en suksess.

For Hamarøy kommune er det positivt at det finnes tilgjengelige boliger på det private markedet, slik at folk som får jobb, også kan bosette seg der. Dessuten får kommunen dekket sin forpliktelse til å skaffe bolig til vanskeligstilte grupper som trenger det. Det hele er organisert innenfor rammen av lov om offentlige anskaffelser, og alle kostnader knyttet til forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling av eiendommene ligger på utbygger. Kommunen oppnår dermed en annen stor gevinst; Hverken den kommunale eiendomsmassen eller driftskostnadene i de kommunale budsjettene øker.

For utbyggerne er tilskuddsordninger fra Husbanken en gunstig ordning som gjør det lønnsomt både å bygge boligene kommunen bestiller, men også boliger for det ordinære markedet. Lønnsomheten ligger altså i en kombinasjon av tilskuddsordningen og kommunen som langsiktig leietaker.

Suksessfaktorene i Hamarøymodellen har vært:

- En helhetlig boligplan som omfatter både det kommunale ansvarsområdet og det generelle tilbudet av boliger i kommunen, herunder kartlegging og analyse av tilbud og behov i det lokale boligmarkedet.
- Kommunen må invitere og legge til rette for samarbeid med private aktører om økt boligfremskaffelse.
- Boliger må etableres på sentrumsnære og attraktive tomteområder.
- Beslutningene må være forankret hos den politiske og administrative ledelse.

Hamarøy-modellen har skapt interesse blant kommuner rundt om i Norge. En rekke kommuner bruker den som metodikk for økt boligetablering. Samtidig har de gjerne videreutviklet sin egen variant, ettersom utfordringene i boligmarkedet og det boligsosiale arbeidet vil variere sterkt. Essensen er likevel hvordan kommunen kan få til et godt samarbeid med privat utbygger om boligfremskaffelse.

5.4 Boligarbeidet i Drangedal kommune

5.4.1 Boligkontoret

Kommunen har hovedansvaret for gjennomføringen av den statlige politikken, herunder ansvaret for å sikre vanskeligstilte bolig og oppfølgingstjenester. Det er en kjent utfordring at det boligsosiale fagområdet er sam-

mensatt og komplekst. Dersom kommunen skal lykkes med god boligsosial utførsel, forutsettes en hensiktsmessig organisering av det boligsosiale fagområdet og et godt samarbeid på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer i kommuneorganisasjonen.

Boligkontoret i Drangedal kommune har et hovedansvar for å sikre vanskeligstilte bolig og oppfølgingstjenester. Boligkontoret er organisert som et prosjekt under rådmannen, og er bemannet med to årsverk. Boligkontoret koordinerer det boligsosiale arbeidet i kommunen, og yter bistand til alle som er i målgruppen for disse tjenestene, uavhengig av om de bor i kommunal eller egen bolig. Blant tjenestene boligkontoret bistår med, er:

- Søknader på kommunale boliger og kartlegging av «boligkarriere».
- Boveiledning, bistand og veiledning til praktiske gjøremål, hverdagsøkonomi, aktivisering og sosialt liv.
- Bostøtte, startlån og tilskudd i Husbanken-regi.
- Kartlegging og plan for oppfølging av den enkelte bruker, herunder også behov for andre kommunale helse- og velferdstjenester.

Boligkontoret organiserer og drifter i tillegg Ambulant boligteam og Boligforum. Ambulant boligteam har ukentlige koordineringsmøter med de ulike aktørene i det boligsosiale arbeidet, mens Boligforum fatter vedtak på søknader om kommunale boliger, lån og tilskudd.

Ansvar for driften av de kommunale boligene, eks. vedlikehold og oppgraderinger, er det sektor for plan, eiendom og kommunalteknikk som har.

5.4.2 utfordringer og boligbehov i Drangedal

Boligstatistikken for 2017 offentliggjøres først i juli 2018. I tabellen ser vi ulike nøkkeltall for bolig for Drangedal kommune fra 2016. Statistikken viser at Drangedal kommune har en høyere andel kommunalt disponerte boliger²⁷ per 1000 innbyggere enn både sammenlignbare kommuner og landet. Andelen søkere som har fått avslag på kommunal bolig, er også betydelig lavere i Drangedal. Det indikerer at tilfanget og kapasiteten av kommunale boliger er god. Utgiftene per bolig er lavere en landssnittet, men noe høyere enn for sammenlignbare kommuner.

Tabell 16 Ulike nøkkeltall boligstatistikk Drangedal kommune, 2016. Kilde: Kostra

	Drangedal	KOSTRAGruppe 2	Landet
Kommunalt disponerte boliger per 1000 innbyggere	37	25	21
Andel søkere som har fått avslag på kommunal bolig	10	24	30
Andel nye søkere som har fått avslag på kommunal bolig	11	25	34
Brutto driftsutgifter per kommunalt disponerte bolig	53 889	47 121	60 313
Netto driftsutgifter til boligformål, i prosent av samlede netto driftsutgifter	-0,5	-0,3	0,1

Gjennom intervjuene i forbindelse med planen har det kommet fram at en har behov for flere leiligheter/boliger for eldre som ligger sentrumsnært, og leiligheter til førstegangsetablerere/unge i etableringsfasen.

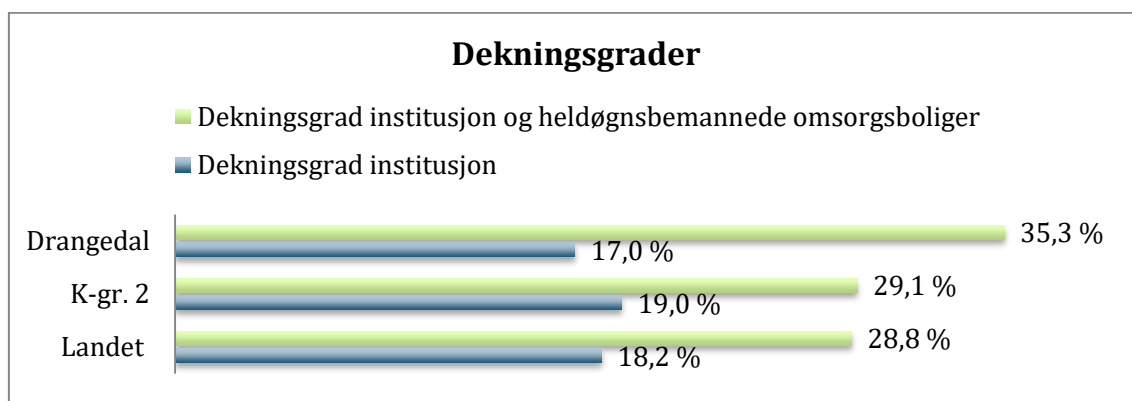
²⁷ Med kommunalt disponert bolig menes boliger kommunen disponerer for utleie gjennom inngåelse av en leiekontrakt, f.eks. omsorgsboliger, boliger til flyktninger, økonomisk vanskeligstilte med mer.

For begge er det viktig at leilighetene ikke er altfor dyre. Det at eldre ønsker å flytte i leilighet mer sentrumsnært, er i tråd med funnene til NIBR som kartla boligpreferanser i distriktskommuner. Videre ble det sagt at behovet for kommunale boliger til flytninger vil avta i årene framover siden Drangedal kommune er under en slik kommunestørrelse at de vil få tildelt flytninger for bosetting.

5.4.3 Institusjonsplasser og behov for heldøgns omsorgsplasser

Dagens dekningsgrad

Dersom vi summerer opp antall institusjonsplasser og omsorgsboliger med heldøgnsbemanning, og dividerer på antall personer over 80 år i kommunen, får vi et tall på dekningsgraden i kommunen. Figuren nedenfor viser dekningsgraden i Drangedal sammenlignet med den gjennomsnittlige dekningsgraden i kommune-gruppe 2 og på landsbasis.



Figur 21 Dekningsgrader for heldøgns pleie og omsorg. Drangedal, kommune-gruppe 2 og landet 2017. Kilde: KOSTRA.

Figuren viser at dekningsgraden for institusjon og heldøgnsbemannede omsorgsboliger ligger på 35 prosent. Totaltilbudet på heldøgns omsorg i forhold til befolkningen over 80 år er dermed høyere enn landsgjennomsnittet (29 prosent) og sammenlignbare kommuner (29 prosent). Dekningsgraden for institusjon isolert sett (17 prosent) er noe høyere enn landet for øvrig.

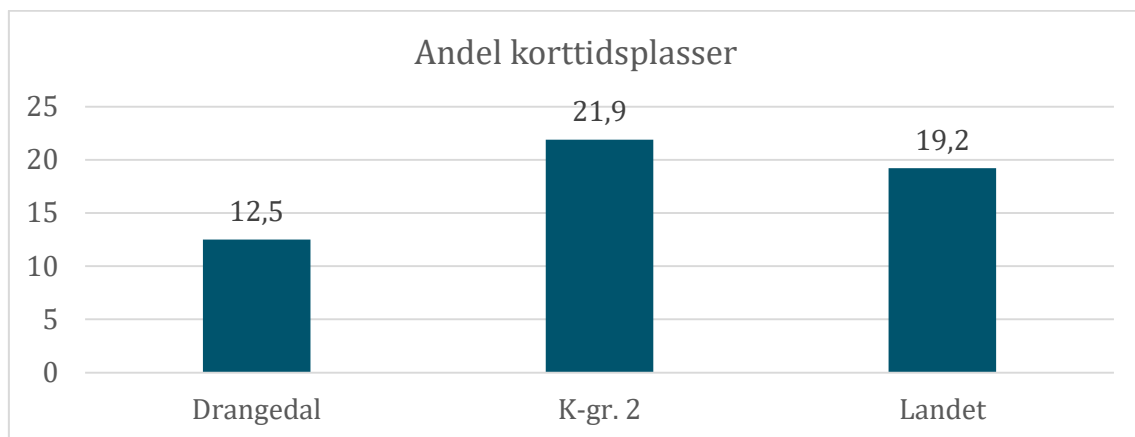
Dekningsgraden for heldøgns omsorg tar utgangspunkt i 40 institusjonsplasser (korrigert for utleie) og 43 beboere i bolig med heldøgnsbemanning per 31.12.17.

Mange kommuner har lenge gått ut fra et normtall på 25 prosent i dekning av sykehjem og heldøgnsbemannede omsorgsboliger relativt til antall eldre over 80 år. Tallet skriver seg fra Stortingsmelding nr. 50 (1996-1997) om Handlingsplan for eldreomsorgen, der det står at det er «lagt til grunn et behov for plasser med heldøgns pleie og omsorg i egnet bolig svarende til ca. 25 pst av befolkningen 80 år og eldre». Det blir understreket at dette er et anslag for behovsdekningen på landsbasis under forutsetning av godt utbygde hjemmetjenester og rimelig tilgang på tilrettelagte boliger. Det gjelder alle aldersgrupper enten heldøgns omsorg gis i sykehjem, omsorgsbolig eller eget hjem. De 25 prosentene må derfor tolkes som et antatt behov for heldøgns omsorg i kommunens totale pleie- og omsorgstilbud. En dekningsgrad på 25 prosent av de over 80 år er tenkt å ligge så mye over det reelle behovet for denne gruppen at det også er kapasitet til å dekke heldøgns omsorg for de under 80 år. Det faktiske behovet vil variere i kommunene, blant annet som følge av innbyggernes aldersfordeling og generelle helsetilstand. Samtidig kan den statlige normen eller minimumsstandarden fungere som en grei «rettesnor» for kommunal planlegging av nye mulige utbyggingsbehov.

I 2017 var altså dekningsgraden for heldøgns omsorg på landsbasis om lag 29 prosent av befolkningen over 80 år, og ligger dermed høyere enn da handlingsplanen for eldreomsorg ble satt i verk.

Ifølge opplysninger fra KOSTRA var 5 institusjonsplasser i Drangedal avsatt til tidsbegrenset opphold i 2017. Andelen korttidsplasser utgjorde dermed 12,5 prosent, noe som er lavere enn landsgjennomsnittet og sammenlignbare kommuner.

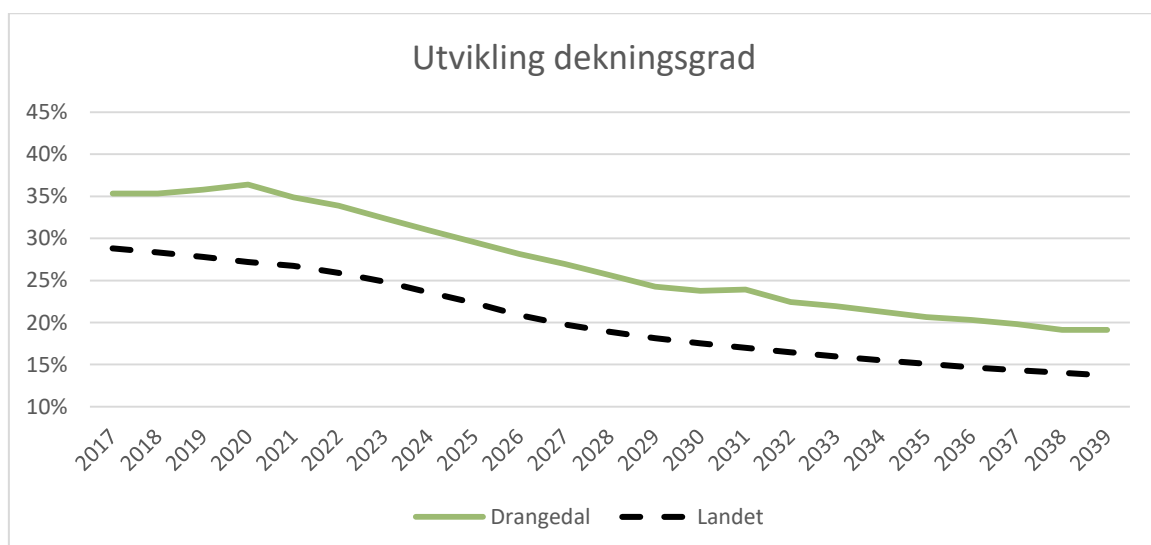
Det finnes ingen klare retningslinjer for hvor stor andel av sykehjemsplassene som bør avsettes til korttidsopphold, men i Stortingsmelding 25 (2005-2006) understrekes det at ca. 15 prosent av plassene i sykehjemmene bør benyttes til korttidsopphold.



Figur 22 Andel plasser i institusjon avsatt til tidsbegrenset opphold 2017. Kilde: KOSTRA

Framtidig behov for heldøgns omsorgsplasser

Dersom vi tar utgangspunkt i befolkningsframskrivingene fra SSB og dagens tilbud av omsorgsplasser, vil utviklingen i dekningsgrad se slik ut for Drangedal og landsgjennomsnittet fram til 2040:



Figur 23 Antall heldøgns omsorgsplasser i prosent av innbyggere over 80 år. 2017-2040. Drangedal og landsgjennomsnittet. Kilde: SSB alt. «4M».

Drangedal har en mindre kraftig økningen i andelen eldre over 80 år enn landssnittet. Men som vi har sett tidligere, har Drangedal en høyere andel i denne aldersgruppen allerede i dag.

Ifølge KOSTRA 2017 hadde Drangedal 83 heldøgns omsorgsplasser, dvs. en dekningsgrad på 35 prosent. Figuren over viser at antall heldøgns omsorgsplasser per innbygger over 80 år vil reduseres i årene framover som følge av befolkningsutviklingen. I 2040 vil dekningsgraden være på om lag 19 prosent, gitt dagens antall plasser og med utgangspunkt i prognosen for fremskrevet innbyggertall.

Dersom vi tar utgangspunkt i reelt antall disponible heldøgns omsorgsplasser (89) vil dekningsgraden utgjøre 38 prosent

Tabellen under viser (total-)behovet for heldøgns omsorgsplasser i Drangedal i årene framover ved bruk av ulike dekningsgrader.

Tabell 17 Behov for heldøgns omsorgsplasser ved ulike dekningsgrader. Drangedal kommune. Kilde: SSB alt. «4M».

	2017	2025	2030	2040
Antall personer over 80 år	235	281	349	434
Dekningsgrad 38 pst (antall plasser)	89	106	132	164
Dekningsgrad 35 pst (antall plasser)	83	99	123	153
Dekningsgrad 29 pst (antall plasser)	68	81	101	125

Prognosene viser at befolkningsutviklingen de neste årene vil innebære et økt behov for heldøgns omsorgsplasser – gitt en videreføring av dagens dekningsgrad. I årene framover vil dekningsgraden reduseres gitt dagens antall plasser. En dekningsgrad på 38 tilsvarer hhv. 106 plasser i 2025, 132 plasser i 2030 og 164 plasser i 2040. Dersom man legger til grunn en dekningsgrad på 29, dvs. tilsvarende dagens nivå for landsgjennomsnittet, vil totalbehovet utgjøre 81 plasser i 2025, 101 plasser i 2030 og 125 plasser i 2040.

Dersom dekningsgraden for heldøgns omsorgsplasser skal tilstrebes å være på nivå med dagens landsgjennomsnitt, det vil si ca. 29 prosent, vil behovet for vekst i antall heldøgns omsorgsplasser vil være ca. 12 fram mot 2030, og ytterligere 24 fram mot 2040.

Dette viser at det er et økt behov for heldøgns omsorgsplasser i Drangedal kommune i årene framover.

5.4.4 Demografikostnader fram til 2040

Kommunene har ansvar for bl.a. barnehager, grunnskole og pleie- og omsorgstjenester. Dette er tjenester som i hovedsak er rettet mot bestemte aldersgrupper av befolkningen, og hvor utgiftene påvirkes bl.a. av den demografiske utviklingen.

Teknisk beregningsutvalg for kommunal økonomi (TBU) estimerer at den demografiske utviklingen i 2018 vil medføre merutgifter (demografikostnader) for kommunene på om lag 3,1 mrd. 2018-kr i 2019. Det understrekes at utgiftsberegningene er beheftet med stor usikkerhet.

Utvalget har også oppdatert anslaget for 2018 basert på endelige befolkningstall per 1.1.2018. Anslaget for 2018 er nå 1,7 mrd. kr.

Anslagene er basert på uendret standard, dekningsgrad og effektivitet i tjenesteytingen, og er et uttrykk for hva det vil koste kommunesektoren å bygge ut tjenestetilbudet for å holde tritt med befolkningsutviklingen.

Vi har beregnet hvor store mer-/mindreutgifter Drangedal kommune kan få som følge av befolkningsutviklingen. Vi har basert oss på samme satser og metodikk som brukes av TBU i «makroberegningene» til bruk i kommune-opplegget. Mens TBU bare har anslått demografikostnader for 2019, har vi også sett på kostnadene i perioden fram mot 2040. TBU presiserer at beregningene må betraktes som grove anslag. Vi vil understreke at usikkerheten også vil øke når vi ser på flere år framover i tid. Vi tar ellers utgangspunkt i hovedalternativet («4M») fra de siste befolkningsframskrivingene til SSB (juni 2016). Det er også gitt utgiftsframskrivinger med bruk av SSB alternativ MMML (lav innvandring). SSB kommer til å publisere nye, oppdaterte befolkningsframskrivinger i juni 2018.

Flere barn og unge i aldersgruppene 0-5 år og 6-15 år gir isolert sett økte utgifter til barnehage og grunnskole. Flere eldre i aldersgruppene over 67 år bidrar isolert sett til økte utgifter til pleie- og omsorgstjenestene.

Tabellene under viser prognoser for befolkningsutvikling i Drangedal fordelt på ulike aldersgrupper fram til 2040.

Fra 2018 til 2040 er Drangedal basert på middelalternativet og lav innvandringsalternativet anslått å få en vekst på hhv. 13,0 prosent og 9,5 prosent. I aldersgruppene 0-66 år er det anslått en vekst på hhv. 4,2 prosent og 0,1 prosent. I aldersgruppene over 67 år er det anslått en vekst på hhv. 50,4 prosent og 49,4 prosent.

Tabell 18 Prognoser for befolkningsutvikling i ulike aldersgrupper fram til 2040. Prosent endring. Drangedal kommune. Kilde: SSB (alternativ «4M»)

	2018-2025	2025-2040	2018-2040
0-5 år	3,0	4,2	7,4
6-15 år	-5,9	3,2	-2,8
16-66 år	1,7	3,4	5,2
67-79 år	16,4	17,3	36,5
80-89 år	26,7	56,0	97,7
90 år og eldre	-23,1	88,0	44,6
Totalt	3,5	9,2	13,0
0-66 år	0,7	3,5	4,2
67 år og eldre	15,4	30,4	50,4

Tabell 19 Prognoser for befolkningsutvikling i ulike aldersgrupper fram til 2040. Prosent endring. Drangedal kommune. Kilde: SSB MMML (lav innvandring).

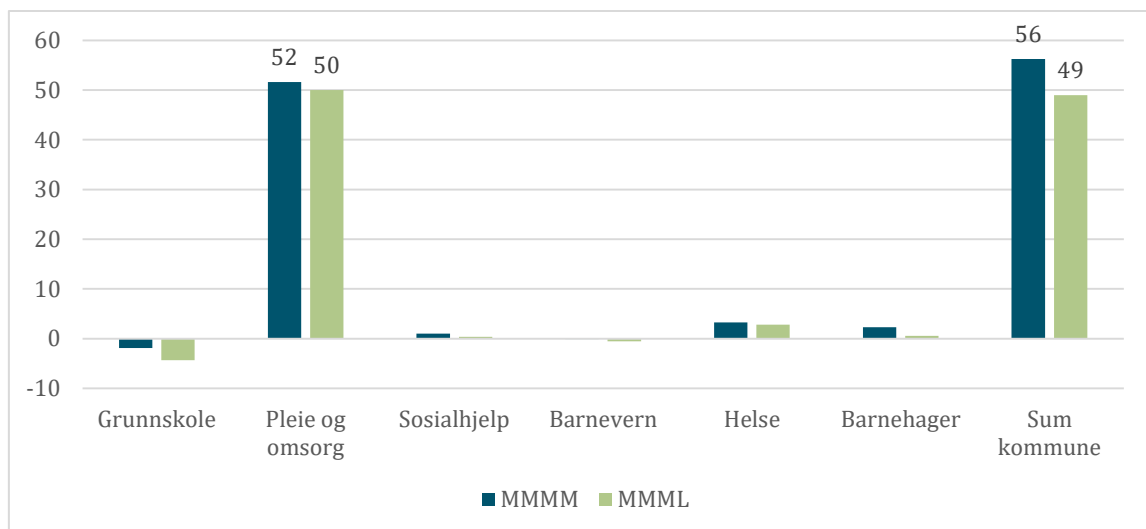
	2018-2025	2025-2040	2018-2040
0-5 år	-0,9	2,6	1,7
6-15 år	-6,0	-0,7	-6,6
16-66 år	0,7	0,5	1,2
67-79 år	16,2	16,3	35,1
80-89 år	26,7	56,0	97,7
90 år og eldre	-23,1	88,0	44,6
Totalt	2,6	6,7	9,5
0-66 år	-0,4	0,5	0,1
67 år og eldre	15,3	29,6	49,4

Tabellen under gir en forventet oversikt i kroner for perioden 2018-2040. Det anslås at Drangedal kommune basert på framskrivingsalternativ MMMM og MMML vil få økte demografikostnader på hhv. 56,2 mill. kr og 49 mill. kr i denne perioden.

Tabell 20 Beregnede demografikostnader 2019-40. Alternativ MMMM og MMML. Drangedal kommune. Faste mill. 2018-kr. Kilde: SSB/TBU/beregninger ved TF.

	2019-2025		2026-2040		2019-2040	
	MMMM	MMML	MMMM	MMML	MMMM	MMML
0-5 år	0,9	-0,4	1,8	1,1	2,7	0,7
6-15 år	-4,5	-4,5	2,3	-0,5	-2,2	-4,9
16-66 år	0,6	0,1	1,9	0,3	2,5	0,4
67-79 år	5,2	5,1	6,3	6,0	11,5	11,1
80-89 år	8,6	8,6	22,7	22,7	31,3	31,3
90 år og eldre	-5,4	-5,4	15,9	15,9	10,5	10,5
Sum	5,4	3,5	50,9	45,5	56,2	49,0

I diagrammet under er demografikostnadene for perioden 2019-40 fordelt på ulike tjenesteområder. Av de samlede demografikostnadene på hhv. 56 mill. kr og 49 mill. kr kan om lag 50 mill. kr og 52 mill. kr knyttes til tjenesteområdet pleie og omsorg.



Figur 24 Beregnede demografikostnader 2019-40. Alternativ MMMM og MMML. Drangedal kommune. Faste mill. 2018-kr. Kilde: SSB/TBU/beregninger ved TF.

5.4.5 Tiltak bolig

- Kommunen må være en pådriver for utbygging
- Videreføre boligkontoret som en permanent løsning.

- Dekningsgraden for heldøgns omsorgsplasser skal tilstrebes å være på nivå med dagens landsgjennomsnitt, det vil si ca. 29 prosent. Det vil si at behovet for vekst i antall heldøgns omsorgsplasser vil være ca. 12 fram mot 2030, og ytterligere 24 fram mot 2040.

Referanser

Bolig for velferd – Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014 – 2020). Departementene.

Demensplan 2020 – et mer demensvennlig samfunn. Helse- og omsorgsdepartementet.

Omsorg 2020 – Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015 – 2020. Helse- og omsorgsdepartementet.

Opptappingsplanen for rusfeltet (2016 – 2020). Helse- og omsorgsdepartementet.

Ruud, M.E, Schmidt, L., Sørli, K., Skogheim, R. og Vestby, G.M. 2014. Boligpreferanser i distriktene. NIBR-rapport 2014:1.

Stortingsmelding nr. 50 (1996 – 1997): *Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet – respekt – kvalitet*. Sosial- og helsedepartementet.

Stortingsmelding nr. 47 (2008 – 2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – rett sted – rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Stortingsmelding nr. 26 (2014 – 2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Sørvoll, J. og Løset, G.K. 2017. Samfunnsvirkninger av boligpolitikk – Boligsatsninger og samfunnsutvikling i ti norske distriktskommuner. NOVA. Rapport nr. 3/17.

PLANDOKUMENTER DRANGEDAL:

Kommunal planstrategi for Drangedal kommune 2016 – 2020.

Kommuneplanens samfunnsdel 2015 – 2026.

Re-/habiliteringsplan 2018 – 2022.

Velferdsteknologisk handlingsplan 2017 – 2020.

Budsjett og økonomiplan 2018 – 2021.

PLANDOKUMENTER TELEMARKE FYLKESKOMMUNE:

Regional plan for folkehelse i Telemark 2018 – 2030.

Regional plan for oppvekst og kompetanse 2016 – 2020.

ATP Telemark 2015 – 2025.

ATP Grenland 2014 – 2025.

NETTSIDER:

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester – Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> (Lastet ned 10.04.18)

Millioner til folkehelse tiltak i Telemark – Telemark fylkeskommune: <https://www.telemark.no/Aktuelt/2018/Millioner-til-folkehelse-tiltak-i-Telemark> (Lastet ned 20.04.18)

Samhandlingsreformen i kortversjon – helsedirektoratet: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse-og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen-i-kortversjon1/id650137/> (Lastet ned 10.04.18)

Øyeblikkelig hjelp – døgntilbud i kommunene: <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen/oyeblikkelig-hjelp-dogntilbud-i-kommunen> (Lastet ned 10.04.18)

Folkehelseprofil Drangedal kommune – Folkehelseinstituttet: <http://khp.fhi.no/PDFVindu.aspx?Nr=0817&sp=1&PDFAr=2017> (Lastet ned 15.04.18)

Drangedal kommune kommune – Ungdata 2015: <http://www.ungdata.no/Fylker-og-kommuner/Telemark/Drangedal> (Lastet ned 15.04.18)

Trygg bolig gir mindre rus – forskning.no: <https://forskning.no/alkohol-og-narkotika-hus-og-hjem-velferdsstat/2013/02/trygg-bolig-gir-mindre-rus> (Lastet ned 18.04.18)

Rusmisbrukere vil ut av dårlig selskap – forskning.no: <https://forskning.no/alkohol-og-narkotika-sosiale-relasjoner/2013/12/rusbrukere-vil-ut-av-darlig-selskap> (Lastet ned 18.04.18)

Velferdsteknologi – SINTEF: <https://www.sintef.no/velferdsteknologi2/> (Lastet ned 18.04.18)

Brukermedvirkning – Helsedirektoratet: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/bruker-medvirkning> (Lastet ned 20.04.18)

Tre råd til distriktskommuner som vil få fart på boligbyggingen – OsloMet: <http://www.hioa.no/eng/vite-nogpraksis/Velferd-og-arbeidsliv/Tre-raad-til-distriktskommuner-som-vil-faa-fart-paa-boligbyggingen> (Lastet ned 25.04.18)

Utleieboliger med tilvisningsavtale i Ringsaker – Veiviseren.no: <https://www.veiviseren.no/forstaa-helheten/eksempler-og-erfaringer/utleieboliger-med-tilvisningsavtale-i-ringsaker> (Lastet ned 25.04.18)

Hamarøykmodellen – samarbeid med privat aktør – Veiviseren.no: <https://www.veiviseren.no/forstaa-helheten/eksempler-og-erfaringer/hamaroymodellen-samarbeid-med-privat-aktor> (Lastet ned 25.04.18)

6. Vedlegg

6.1 Innspill fra workshop om ny helse- og velferdsplan for Drangedal kommune, 12.04.18

Hva er sterke og svake sider ved dagens tjenesteproduksjon?

Kvalitet – styrker	Kvalitet - svakheter
Helsestasjon – helsestasjon for småbarn, skolehelsetjeneste, helsestasjon for ungdom, jordmor	
• Godt tilbud ved Drangedal helsestasjon med jordmor, helsesøster, miljøterapeut • Miljøterapeut med fokus på psykososial trivsel	• Helsestasjonen ved sentrumsskolen er styrket – men hva med distriktskolene Tørdal og Kroken? • Helsestasjon mangler elektronisk meldingsutveksling med sykehus • Mer behov for jordmor
Brukerstyrt personlig assistent (BPA)	
• God ordning som ser ut til å tilfredsstille behovet til de som mottar tilbudet • Selvbestemmelse	
Dagtilbud for ulike grupper	
• Er blitt veldig bra – fleksibelt • Personer har forskjellig behov, her avdekkes behov når en ser brukerne over flere timer • Stor pågang fra eldre som ønsker plass	• Lavterskel dagtilbud – målretta tiltak vanskeliggjøres • Tilpasset aktivitetstilbud på institusjon og i hjemmetjenesten • Budsjettavhengig – lite forutsigbart • Er tilbudet godt nok kjent? • Mangler møteplass for de eldre
Legevakt og kommunal akutt døgnetenhet (KAD)	
• Kommunen har KAD-seng • Legekontoret lett tilgjengelig og har romslige lokaler • Hyggelige leger • God kompetanse • Gode samarbeidspartnere • Tilgjengelig for institusjon, utover vanlig arbeidstid i helger • Fungerer bra med E-melding i Profil	• KAD-senger lite brukt – enorme kostnader • Lang kjøreavstand til legevakt – øyeblikkelig hjelp. Må innom Kragerø selv om problematikken tilsier at det er ved sykehuset i Skien det kan gis riktig hjelp • Laboratorietjenesten ikke dimensjonert for behovet • Behov for tverrfaglig team - legekontor • Ventetid/forsinkelser ved legekontoret • For dårlige digitale tjenester for innbyggerne
Sykehjem (langtid, korttid/rehabilitering, demens)	

• Langtid, korttid/rehabilitering og tilrettelagt avdeling for personer med demens • Fleksibelt sykehjemstilbud • Tilgang ved behov – og god kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehus • Fine lokaliteter, store enerom med egne bad og høy standard • Behovet for pleie ivaretas • God kompetanse • Resultatene fra brukerundersøkelse er bra	• Lite aktivitet utover stell og pleie • Mangler «storstue» • Er verdighetsgarantien oppfylt? • Litt ventetid for å få plass • Man må ikke glemme kollektivene hvor de friskeste pasientene bor • Lav grunnbemanning • Forskyving av arbeidsoppgaver
Hjemmebaserte tjenester (eldre, funksjonshemmede, psykisk utviklingshemmede, omsorgsboliger)	
• Veldig gode tjenester ivaretar godt alle behov • Mange får individuelle tjenester • Kjapp inngang til tjenestene • Fornøyde mottakere • «Omsorgstrappa» ivaretas • Gode boligfasiliteter i lokal regi • Nytt bygg for funksjonshemma • God bemanning for funksjonshemma • Økende samarbeid	• Store avstander mellom brukere – mye tid går til bilkjøring • Få muligheter for funksjonshemmede til å dra på turer • Fritidstilbud med egenbetaling til funksjonshemmede og psykisk utviklingshemmede i bolig
Kjøkken	
• Fleksible, rask og god service • Leverer hjemmelaget mat	• Kan bli for mye søt mat • Oppvarmet mat i helgene
Psykisk helse og rus	
• Godt og fleksibelt tilbud	• Ikke tilbud røde dager, kveld og helg • Kan være utfordrende å få god flyt i samarbeidet • Stor mangel på døgnbemannede boliger
Fysioterapi, ergoterapi, rehabilitering/habilitering	
• Frisklivstilbudet og rehabiliteringsteamet bidrar til forebygging og til å løfte funksjonsnivå • Godt tilbud, spesielt rehabiliteringsteamet • Fått på plass ergoterapeut	
Generelt	
• Gode tjenester i hver avdeling og god tjenesteflyt, sømløse tjenester	• Samarbeidet mellom tjenesteleverandørene kunne vært bedre

• Kommunen tilrettelegger for velferds-teknologi • Middagsprosjektet	
---	--

Kompetanse og rekruttering – styrker	Kompetanse og rekruttering - svakheter
• Ok antall fastleger- god legedekning • Innen psykiatri og rus har personellet god lokalkunnskap, tverrfaglig kompetanse og tverrfaglig nettverk i og utenfor kommunen • Lett å rekruttere fagpersonell til sykehjem • Opplever å ha god dekning på fagkompetanse • Stabil arbeidskraft – som medfører god erfaring • Kommunen aktive når det gjelder å støtte opp om videreutdanning • Kommunen gjennomfører flere ABC-utdanninger	• Innen psykiatri og rus kan det bli «for mye» nærhet til pasienten/brukeren • Liten gruppe som jobber med rus og psykiatri. Sårbart ved sykdom, sykemeldinger osv. • Behov for økt grunnbemanning ved sykehjemmet • Kompetansen ved sykehjemmet lite robust for å ivareta komplekse situasjoner (medisinsk) • Større stillinger • For få sykepleiere og sårbar bemanning i hjemmetjenesten med tanke på sykdom og ekstraoppgaver ○ Ikke våken nattevakt på Neslandstunet • Mangler logoped/psykolog • Generelt utfordrende å rekruttere sykepleiere og helsefagarbeidere • Deltidsproblem • Rekruttering av personell til helsestasjon • Mye bruk av vikarer ved legevakt • BPA-tilbudet sårbart – vanskelig med nyrekruttering

Hvilke mål bør Drangedal ha for helse- og velferdstjenestene fremover?

Tilpasset tjenestetilbud

- Sømløse, fleksible og individuelle tjenester
- Involvere brukere og pårørende
- Koordinerte kommunale tjenester
 - Ambulante team

Legetjenester

- Medisinskfaglig senter på legekontoret
- Forbedre legevaktordningen

Sykehjem

- På kort sikt sikre nok institusjonsplasser – med nødvendig kompetanse og ressurser – til å møte utfordringer som følge av samhandlingsreformen og komplekse behandlingsforløp blant eldre
- Flere langtidsplasser på sykehjemmet

Kompetanse i helse- og velferdstjenestene

- Styrke kompetansebygging og rekruttering
- Jobbe med deltidsproblematikk
- Sykepleierkompetanse/robusthet
- Styrke hjemmetjenesten for å kunne imøtekomme dagens behov med tanke på kompetanse og personell

Frivilligheten

- Sørge for et godt forarbeid med opprettelse av frivillighetssentral
- Ta i bruk Frivillighetssentralen som møteplass og for å aktivisere hjemmeboende
- Ta i bruk potensialet i frivilligheten

Satse på velferdsteknologi

- Fokus på mulighetene som finnes innen velferdsteknologi
- Velferdsteknologi for å frigjøre «varme hender» - ikke som et innsparingstiltak
- Velferdsteknologi i trygghetspakker som forebygging

Forebyggende helsearbeid

- Holde befolkningen friske ved å bevare og styrke Frisklivssentralen
- Forebygge ved å satse på tidlig intervensjon når det gjelder psykiatri og rus
- Satse på psykisk helse i skole
- Fortsette (og styrke) forebyggende arbeid for å redusere antall (unge) uføre fremover

Psykiatri og rus

- Døgntilbud i kommunen til personer som sliter med psykisk helse og rus
- Tilrettelagte døgnbemannede boliger for de sykeste innenfor rus og psykiatri

Boligmasse

- Flere boliger i og nær sentrum – og øvrige tettsteder i Drangedal

Hvilke muligheter og trusler ser vi for helse- og omsorgstjenestene i Drangedal i framtida?

Muligheter	Trusler
Sykehjem (langtid, korttid/rehabilitering, demens)	
• Oppbemannede bofellesskap • Tilgjengelig tomt for videre utbygging av sykehjem • Velferdsteknologi og hjelpemidler	• Bemanningsutfordringer - rekruttering av tilstrekkelig fagkompetanse viktig ◦ Både sykepleiere og helsefagarbeidere • Tilstrekkelig tilgang på sykehjemsplasser

Sikre god tilgang på kortidsplaser/dagtilbud for å forebygge behovet for langtidsplasser	
Hjemmebaserte tjenester (eldre, funksjonshemmede, psykisk utviklingshemmede, omsorgsboliger)	
- Bygge «eldretun» - Øke kapasitet til å gi tjenester - Velferdsteknologi frigjør tid til å hjelpe de som trenger det mest - Leiligheter for eldre i sentrum - like som Neslandstunet	- Kommunesammenslåing - Økonomi - Tilgang på tilstrekkelig med kompetente folk sett opp mot behovet i befolkningen - Tjenester til besøkende på hytter og hotell i bygda - Kompetanseheving - personell ved FU-boliger
Dagtilbud til ulike grupper	
- Utnytte potensiale - f.eks. til å kunne avlaste hjemmetjenesten - Bedre helse - psykisk og fysisk - Økt dagtilbud - også til utkantene - Bygge ut og samle med servicefunksjoner som frisør, dusj, spa, fotpleie - Ligger i tilknytning til sykehjemmet, slik at pasientene på institusjon kan benytte seg av tilbudet	Økonomi
Fysioterapi, ergoterapi, rehabilitering/habilitering	
- Styrke i takt med befolkningsveksten - Jobbe enda mer forebyggende	- For sårbare og lite robuste tjenester - Klarer kommunen å beholde dagens kompetanse?
Psykisk helse og rus	
- Forebygge problematikk i tidlig alder - Tilbud på kvelder og i helgene - hel-døgnsbemanning - for økt livskvalitet	- Nok kompetanse - Manglende døgntilbud - Økonomi
Brukerstyrt personlig assistent (BPA)	
Flere ønsker dette	Sårbart med tanke på rekruttering
Kjøkken	
God næringsrik mat - fører til bedre helse	- Nedlegging - Kvalifisert personell
Ungdomsklubben	
Bedre lokaler	Få med ungdommen
Generelt	
- Satse strategisk på velferdsteknologi - Tverrfaglig samarbeid - godt samarbeid mellom tjenestene i kommunen - Interkommunalt samarbeid om spisskompetanse	- Kommuneøkonomi - Beholde og rekruttere kompetanse og menneskelige ressurser - Kommunesammenslåing

• Samle tjenester • Satse på Frivillighetssentralen – og ta i bruk frivilligheten • Ressurssterke innbyggere • Øke innflytting • Kommunesammenslåing • Medisinske fremskritt – demensbehandling • Lokal kunnskap • Styrke arbeidet med forebygging og tilrettelegging • Lønns- og arbeidsvilkår ◦ Fulltid for de som ønsker ◦ Lønn • Videreutdanning og kompetanseheving	• Store mengder fritidsboliger – besøkende med krav på tjenester • Få mennesker i arbeidsfør alder • Økende antall og andel eldre med hjelpe- og pleiebehov • Befolkningsnedgang • «Drop outs» • Passivitet – inaktiv befolkning • Rekruttere folk til frivillig arbeid • Privatisering av tjenestetilbudet • Manglende endringsvilje og endringskompetanse
---	---

Deltagere workshop Drangedal 12. april 2018

Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne

- Ingvild Marie Grana - leder
- Knut Jens Kaasa
- Grethe Øverland
- Ole Johnny Kjørholt
- Aud Skarpodde

Eldrerådet

- Nils J. Sætre - leder
- Åse Hamre
- Jens Erik Rudlang
- Knut T. Haugen
- Karen Sætre
- Olaf Vogsland
- Marie Louise Grova Olsen

Hovedutvalg for helse og velferd

- Jørn Åsulf Vrålstad - leder
- Monica Sanden Tveitan
- Astrid Lunde
- Liv Unni Bøen
- Åse Hamre
- Trond Jarle Roalstad
- Per Einar Odden

Ledergruppa helse og velferd m/fler

- Hilde Molberg

- Monica Hegland Espe
- Siv-Anita Hagen Jonskås
- Inger Odden
- Kari Vendla Aasen
- Stine Bakken Roalstad
- Eldbjørg Lia Ettestad
- Sissel Stigen
- Sylvia Bastnes
- Ole Ivar Luggens
- Mette Tufte
- Hilde Holte Gare
- Karin Kaasa (leder boligkontoret)
- Aud Elin Øygarden (stedfortreder kommunalsjef, f.t. i prosjektstilling)
- Ivar Skogvold (kommuneoverlege)

Hovedtillitsvalgte/hovedverneombud

- Berit Heimholt (Fagforbundet)
- Lioba Hofschneider (Sykepleierforbundet)
- Ulrich Koch (Legeforeningen)
- Gunhild Irene Vøllestad (hovedverneombud)

6.2 Velferdsteknologi – tiltaksplan

1. Forebygge funksjonsnedsettelse og skade	
Informasjon og kommunikasjon	Legge til rette for at befolkningen kjenner til, skaffer seg og benytter teknologi som kan gi reduserte behov for tjenester
Trygghetsalarm og sensorer	Utvikle trygghetsskapende løsninger til hjemmeboende som kan tilbys som en del av kommunens tjeneste
Trygghet med GPS	Utvikle en tjenestemodul for bruk av GPS som et verktøy i framtidig kommunal tjeneste
2. Tilrettelegge for økt mestring for tjenestemottakere og tjenesteytere	
Alarmsystemer i institusjoner og omsorgsboliger	For å gi bedre tjenester skal det kartlegges og vurderes å ta i bruk teknologiske trygghetsløsninger utover dagens sykesignalanlegg i institusjoner og alarmsystemer i omsorgsboligene
Ny teknologi og nye hjelpemidler i boliger tilrettelagt for mennesker med nedsatt funksjonsevne	I samarbeid med Boligstiftelsen skal det utarbeides planer for oppgradering og bruk av ny velferdsteknologi i eksisterende og eventuelle nye omsorgsboliger
Kompetanse tjenesteytere	Tjenestene skal utfordres til å finne nye effektive arbeidsrutiner og gis opplæring slik at teknologien kan benyttes på en god og effektiv måte
GPS-sporing av personer med nedsatt kognitiv svikt	Småskala-test allerede i gang. Tilrettelegge for at muligheten gis også for andre innbyggere
Spillteknologi	Spillteknologi kan gi en sosial gevinst og utvikle koordinasjon og læring
Prøve ut ny teknologi	Kommunen skal være åpen for, og ta initiativ til å prøve ut nye teknologiske hjelpemidler
Oppfølging av ulike kroniske lidelser (KOLS, diabetes)	Ta i bruk teknologisk utstyr i pasientens egenbehandling og skape en tryggere hverdag

3. Effektivisering og kvalitetsforbedring i pleie- og omsorgstjenestene

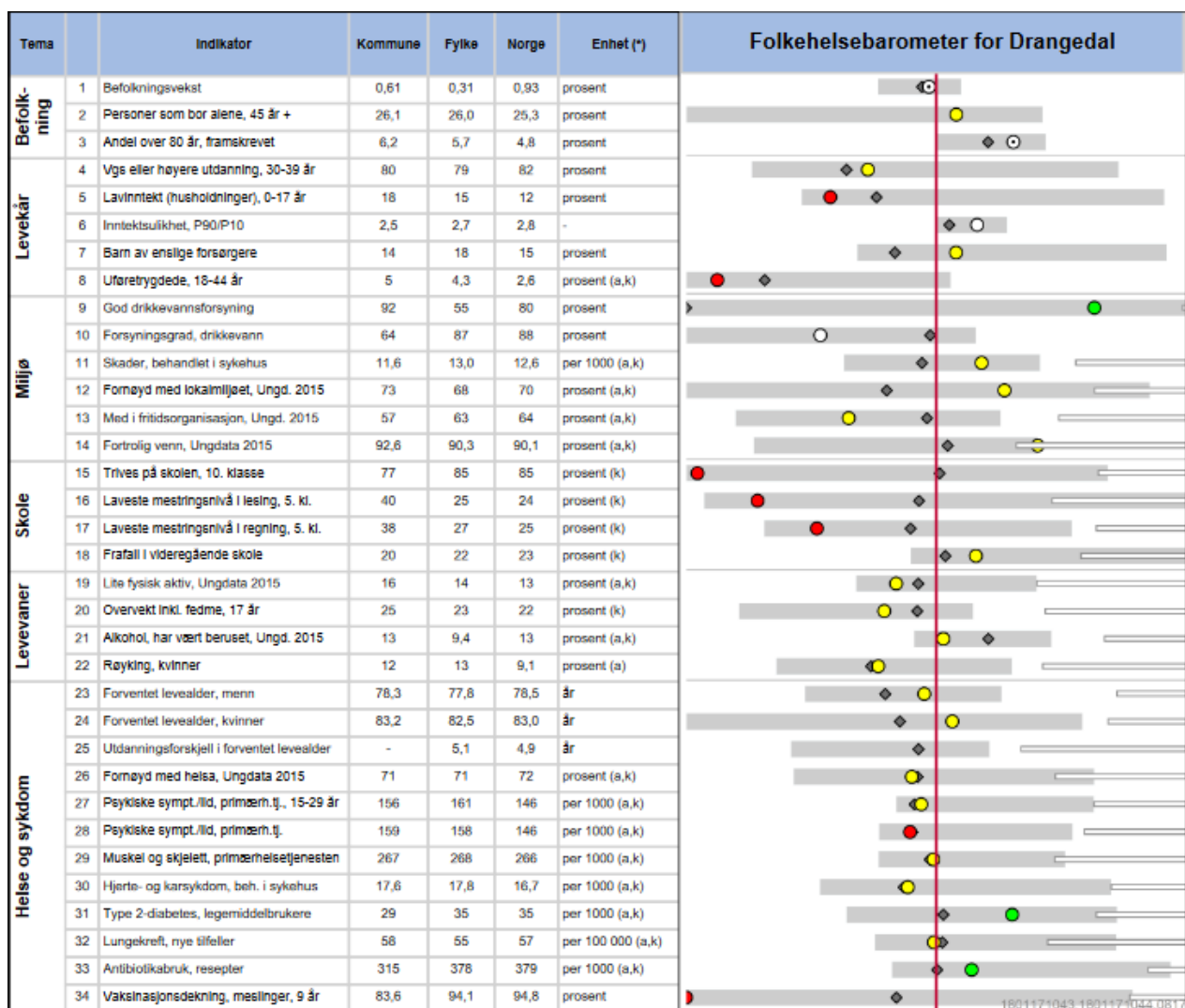
Alarmmottak – interkommunalt ressponsenter

Det bør utvikles en organisatorisk modell for håndtering av mottak av alle typer henvendelser som ikke er planlagt, både telefonalarmer og varslinger. Samfunnsfunksjoner med andre tjenester bør vurderes inn i modellen. Samarbeid med andre kommuner bør vurderes

6.3 Folkehelseprofil

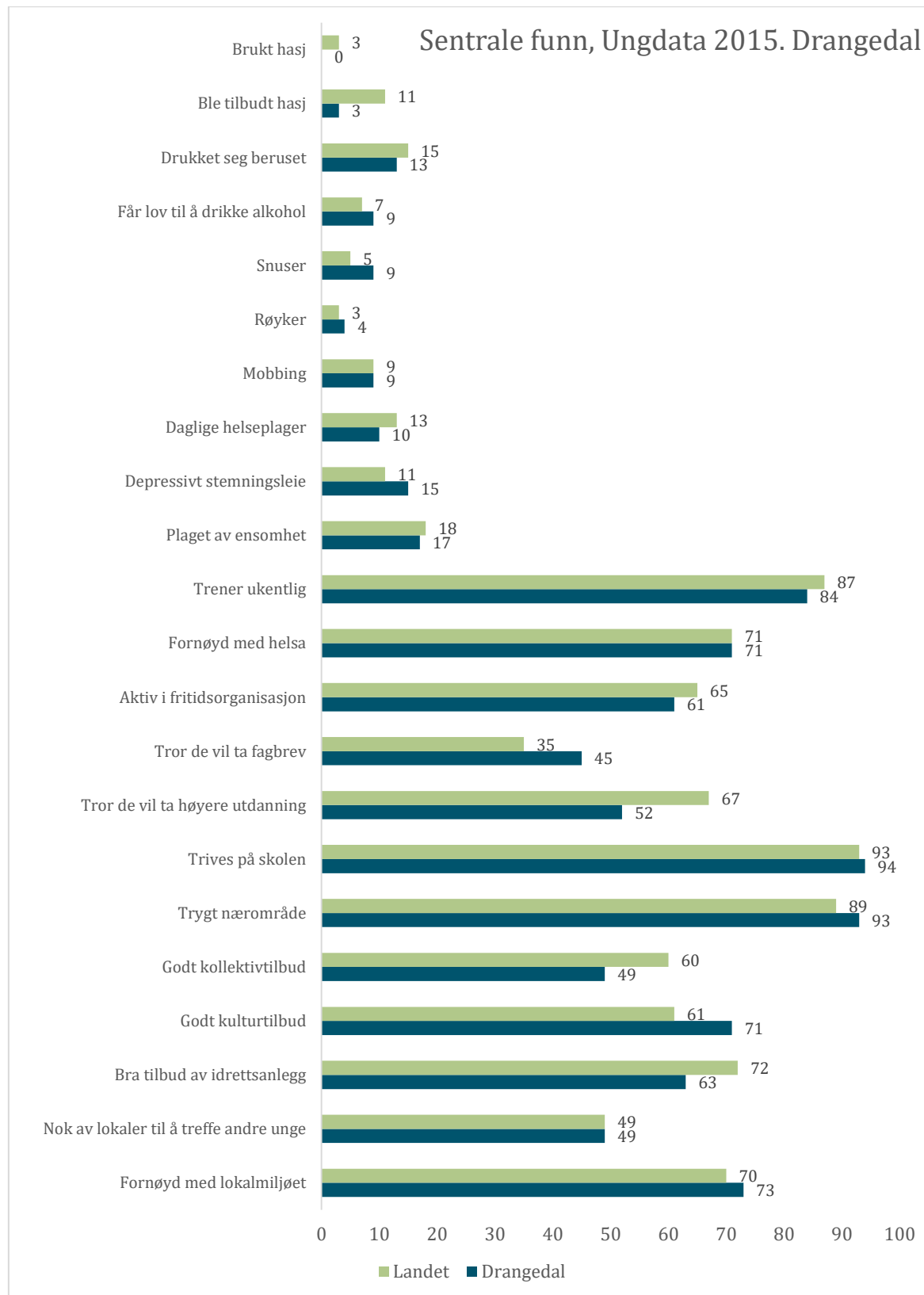
Figuren under viser samlet folkehelsebarometer for Drangedal kommune. I oversikten sammenlignes noen nøkkeltall i kommunen og fylket med landstall. En «grønn» verdi betyr at kommunen ligger bedre an enn landet som helhet, men vær oppmerksom på at det likevel kan innebære en viktig folkehelseutfordring for kommunen da landsnivået ikke nødvendigvis representerer et ønsket nivå. Gult betyr at kommunen ikke er signifikant forskjellig fra landsnivået, mens rødt betyr at kommunen ligger signifikant dårligere an enn landet som helhet.

Figur 25 Folkehelsebarometer for Drangedal kommune. Kilde: Helsedirektoratet



6.4 Ungdataundersøkelsen – resultater

Figur 26 Ungdata-undersøkelsen 2015. Drangedal. Andel i prosent. Kilde: Ung i Telemark 2015.



6.5 Økonomiske rammebetingelser

6.5.1 Korrigerte frie inntekter 2017

Korrigerte, frie inntekter viser nivået på de frie inntektene justert for variasjon i utgiftsbehov. Indikatoren viser dermed inntekts- og utgiftssiden samlet. Kommuner med et lavt beregnet utgiftsbehov ("billig" i drift) får justert opp sine inntekter, mens kommuner med et høyt beregnet utgiftsbehov ("dyr" i drift) får justert ned sine inntekter.

Tabellen ved siden av viser nivået på korrigerte frie inntekter for Drangedal sammenlignet med «gruppe-2 kommuner» i Telemark. Nivået (i prosent av landsgjennomsnittet) er vist både med og uten eiendomsskatt, konsesjonskraftinntekter og fordel DA.

Drangedal hadde i 2017 et nivå på korrigerte frie inntekter (inkl. e-skatt og konsesjonskraftinnt.) på 2 prosent under landsgjennomsnittet.

Tabell 21 Frie inntekter i 2017 korrigert for variasjoner i utgiftsbehov. Tabellen viser pst. av landsgjennomsnittet av inntekt per innbygger. Landsgjennomsnittet = 100. Kilde: KMD

	Korrigerte frie inntekter	Inkl. e-skatt, konsesjonskraftinnt. og fordel DA
Drangedal	96	98
Seljord	99	103
Kviteseid	103	103
Telemark	97	100
Landet	100	100

6.5.2 Utgiftsutjevningen 2017

Forskjellene mellom landets kommuner er til dels store når det gjelder kostnadsstruktur, demografisk sammensetning mv. Både etterspørselen etter kommunale tjenester og kostnadene ved tjenesteytingen vil derfor variere mellom kommunene. Målet med utgiftsutjevningen er å fange opp slike variasjoner. En tar fra de relativt sett lettdrevne kommunene og gir til de relativt sett tungdrevne.

Gjennom utgiftsutjevningen i inntektssystemet skal kommunene i prinsippet få full kompensasjon for de kostnadsforskjellene som de selv ikke kan påvirke.

Tabell 22 Utgiftsutjevningen 2017. Drangedal kommune. Kilde: KMD, beregninger ved TF

	Vekt	Antall	Utgiftsbe- hovs-indeks	Tillegg/fradrag i utgiftsutjevningen (1000 kr)
0-1 år	0,0053	61	0,6418	-393
2-5 år	0,1420	189	0,9528	-1 389
6-15 år	0,2674	493	0,9849	-834
16-22 år	0,0224	373	1,0092	43
23-66 år	0,1029	2 263	0,9435	-1 205
67-79 år	0,0550	527	1,2366	2 695
80-89 år	0,0754	191	1,3613	5 642
Over 90 år	0,0379	67	1,8946	7 022
Basistillegg	0,0190	0,9335	3,5696	10 112
Sone	0,0102	52 854	3,2364	4 725
Nabo	0,0102	19 511	2,6287	3 441
Landbrukskriterium	0,0021	0,0021	2,6989	739
Innvandrere 6-15 år ekskl Skandina- via	0,0072	62	1,6888	1 027
Flyktninger uten integreringstilskudd	0,0082	21	0,1837	-1 386
Dødlighet	0,0448	27	1,0917	851
Barn 0-15 med enslige forsørgere	0,0161	94	0,9314	-229
Lavinntekt	0,0101	180	0,8931	-224
Uføre 18-49 år	0,0063	98	1,3485	455
Opphopningsindeks	0,0093	0	0,8685	-253
Aleneboende 30-66 år	0,0189	349	0,9939	-24
PU over 16 år	0,0480	21	1,3840	3 817
Ikke-gifte 67 år og over	0,0448	364	1,3652	3 389
Barn 1 år uten kontantstøtte	0,0174	10	0,3345	-2 398
Innbyggere med høyere utdanning	0,0191	541	0,5290	-1 863
Kostnadsindeks	1,0000		1,1630	33 758

6.5.3 Utgiftsbehov 2017, fordelt på delkostnadsområder

Indeks for beregnet utgiftsbehov viser hvor tung eller lett en kommune er å drive, sammenlignet med det som er gjennomsnittet for alle landets kommuner.

Drangedal fikk beregnet en utgiftsbehovsindeks på 1,1630 i inntektssystemet for 2017 (der indeks lik 1 betyr et utgiftsbehov lik landsgjennomsnittet). Det vil si at Drangedal ble beregnet å være omlag 16 prosent mer kostnadskrevende å drive enn gjennomsnittskommunen.

I tabellen er utgiftsbehovet dekomponert på ulike delkostnadsområder.

På pleie og omsorg fikk kommunen beregnet et utgiftsbehov tilsvarende rundt 38 prosent over landsgjennomsnittet

Tabell 23 Utslag på delkostnadsnøkler i inntektssystemet (utgiftsutjevningen) 2017. Drangedal. Kilde: KMD, beregninger ved TF

	Vekt	Indeks	Bidrag til «hovedindeks»
Barnehage	0,1673	0,8400	-2,7 %
Administrasjon	0,0828	1,2326	1,9 %
Landbruk	0,0021	2,6989	0,4 %
Grunnskole	0,2610	1,1169	3,1 %
Pleie og omsorg	0,3418	1,3800	13,0 %
Kommunchelse	0,0500	1,3105	1,6 %
Barnevern	0,0390	0,9307	-0,3 %
Sosialtjeneste	0,0560	0,8849	-0,6 %
Sum	1,0000	1,1630	16,3 %

Tabell 24 KOSTRA- og effektivitetsanalyse 2017. Mer-/mindreutgifter (mill. kr) Drangedal kommune fordelt på aktuelle KOSTRA-funksjoner. Kilde: SSB/KMD/beregninger ved TF.

	Mer-/mindreutgifter (mill. kr) sammenlignet med		
	Landsgjennomsnittet	"Normert utgiftsnivå"	"Normert og inntektsjustert utgiftsnivå"
Barnehage (F201, 211, 221)	-3,4	2,1	2,8
201 Førskole	-4,0	0,7	1,4
211 Styrket tilbud til førskolebarn	-1,7	-1,3	-1,2
221 Førskolelokaler og skyss	2,2	2,6	2,7
Administrasjon og styring (F100, 110, 120, 121, 130)	8,1	4,0	4,4
100 Politisk styring	1,7	1,3	1,4
110 Kontroll og revisjon	0,6	0,6	0,6
120 Administrasjon	6,7	3,7	4,0
121 Forvaltningsutgifter i eiendomsforvaltningen	-0,6	-0,9	-0,9
130 Administrasjonslokaler	-0,4	-0,7	-0,7
Landbruk (F329)	0,6	-0,1	-0,1
329 Landbruksforvaltning og landbruksbasert næringsutvikling	0,6	-0,1	-0,1
Grunnskole (F202, 215, 222, 223)	16,0	9,8	11,0
202 Grunnskole	1,9	-3,0	-2,3
215 Skolefritidstilbud	0,4	0,3	0,3
222 Skolelokaler	12,0	10,9	11,3
223 Skoleskyss	1,7	1,6	1,6
Pleie og omsorg (F234, 253, 254, 261)	15,6	-11,2	-9,7
234 Aktivisering eldre og funksjonshemmede	1,3	-0,2	-0,1
253 Pleie, omsorg, hjelp i institusjon	1,6	-8,8	-8,3
254 Pleie, omsorg, hjelp i hjemmet	11,2	-2,3	-1,5
261 Botilbud i institusjon	1,5	0,1	0,2
Kommunehelse (F232, 233, 241)	3,4	0,1	0,3
232 Forebygging - skole- og helsestasjonstjeneste	-0,8	-1,6	-1,6
233 Forebyggende arbeid, helse og sosial	-0,5	-0,7	-0,7
241 Diagnose, behandling, rehabilitering	4,7	2,4	2,6
Barnevern (F244, 251, 252)	-0,3	0,3	0,5
244 Barneverntjeneste	8,9	9,0	9,3
251 Barneverntiltak i familien	0,2	0,3	0,3
252 Barneverntiltak utenfor familien	-9,4	-9,0	-9,1
Sosialhjelp (F242, 243, 281)	5,1	6,3	6,6
242 Råd, veiledning og sosialt forebyggende arbeid	3,7	4,1	4,2
243 Tilbud til personer med rusproblemer	-0,6	-0,4	-0,4
281 Økonomisk sosialhjelp	2,1	2,6	2,7

6.6 Ansikt-til-ansikt-tid i hjemmesykepleien

6.6.1 Om ATA-tid

Tidsbruken i hjemmesykepleien og hjemmehjelpstjenesten i norske kommuner kan deles inn i tre kategorier; direkte brukertid, indirekte brukertid og administrasjon.

Direkte brukertid er alle aktiviteter som skjer sammen med brukeren, eller der brukeren er tilstede. Dette er typisk aktiviteter som pleie eller praktisk bistand. Det er denne kategorien som også kalles ATA-tid; Andelen av arbeidstiden de ansatte i hjemmesykepleien eller hjemmehjelpstjenesten bruker ansikt til ansikt med brukeren.

Indirekte brukertid er alle aktiviteter som gjelder navngitt bruker, men som ikke skjer direkte sammen med denne. For eksempel reise-/gangtid til brukeren, utkjøring av mat, dosering, handling, apotekbesøk eller et brukerrettet møte.

Administrasjon er alle andre aktiviteter som gjøres for å drive tjenesten, som skriftlig dokumentasjon vedr. brukere, gi eller få opplæring, overlapping og rapport, pause, møter eller andre administrative oppgaver.

Innsikt i ATA-tid gir kommunen bedre forutsetninger for å kunne styre ressursbruken i hjemmesykepleien, og ikke minst sette forbedringsmål.

6.6.2 Årsaker til at ATA-tiden varierer mellom kommuner

En rekke kommuner har de siste årene kartlagt ATA-tiden for egne tjenester. Erfaringstall fra disse kommunene viser at ATA-tiden varierer fra under 50 prosent til over 70 prosent. De viktigste årsakene til denne variasjonen er:

- Hvor mange ganger spesielt hjemmesykepleien er på basen/tjenestestedet pr. dag og rapporterer m.m.
- Erfaringer viser at hvis hjemmesykepleien er tre ganger på basen, så vil ATA-tiden være under 50 prosent, to ganger pr. dag gir ofte en ATA-tid på 60 prosent, og kommuner som bruker tekniske hjelpemidler som nettbrett og liknende, og kun er på basen en gang pr. dag kan ha en ATA-tid på 70 prosent.
- Kjørelogistikk; Avstander mellom brukerne i kommunen, og hvordan man har planlagt kjøreruten i forhold til lokasjonen av disse brukerne.
- Lengden på besøkene og antall besøk – flere korte besøk med en gitt kjøreavstand mellom vil gjøre at en lavere andel av arbeidstiden som går til ansikt-til-ansikt-tid enn ved færre og lengre besøk. Grunnen er at forholdet mellom tid hos bruker og tid mellom brukere øker.

6.6.3 Om gjennomføringen i Drangedal

Drangedal kommune kartla tidsbruken i hjemmesykepleien i perioden fra 5. til 18. mars 2018. Kartleggingen ble gjennomført ved at hver enkelt ansatt dokumenterte følgende:

1. Antall minutter pr. vakt brukt på direkte brukerrettet tid - sammen med den enkelte bruker (ATA-tid)
2. Antall minutter pr. vakt brukt på indirekte brukerrettet tid knyttet til den enkelte bruker

3. Antall minutter pr. vakt brukt på ulike former for administrasjon (rapportering, dokumentasjon, matpause, praktisk-/administrative oppgaver m.m.).

Følgende ble ikke registrert:

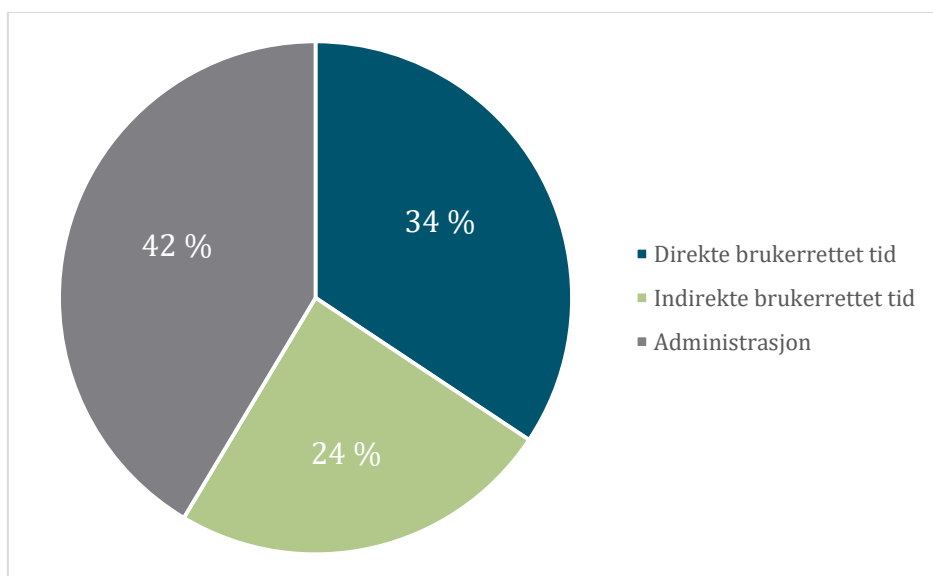
- Hvilke aktiviteter den indirekte brukertiden ble brukt til
- Ressurser (planlagte og faktiske årsverk, samt antall på jobb i registreringsperioden). Resultatet er regnet ut fra samlet tid brukt og fordelt på de ulike aktivitetene.

I etterkant er alle data ført over i excel og oppsummert. Drangedal kommune har fått tilgang på dokumentet og kan gjøre videre analyser dersom de ønsker det. For eksempel vil det være mulig å sammenligne antall vedtakstimer med faktisk ATA-tid per bruker.

6.6.4 Resultater

Resultatene fra kartleggingen av ATA-tid i hjemmesykepleien i Drangedal kommune er oppsummert i figuren under. Som figuren viser, utgjorde direkte brukerrettet tid, altså ansikt-til-ansikt-tid med brukerne, en andel på 34 prosent av den totale tiden. Videre utgjorde andelen tid til indirekte brukerrettet tid og administrasjon henholdsvis 24 og 42 prosent.

Figur 27 Oppsummering av direkte brukerrettet tid, indirekte brukerrettet tid og administrasjon i Drangedal kommune. Tall i prosent.



For å få et bedre bilde av fordelingen av tid på ulike oppgaver, er resultatene fra Drangedal kommune sammenliknet med målinger av ATA-tid i fire andre norske kommuner; Stranda, Sykkylven, Vestnes og Fræna. I sammenlikningen er det imidlertid viktig å tenke på at organisering og innretningen på tjenestene, antall brukere og geografi i den enkelte kommune vil påvirke hvor stor ATA-tid det er mulig å oppnå.

Tabell 25 Andel tid av total tid til henholdsvis direkte brukerrettet tid, indirekte brukerrettet tid og administrasjon. Drangedal, Stranda, Sykkylven, Vestnes og Fræna kommuner. Tall i prosent. Kilde: Måling av ATA-tid i Drangedal kommune og KS.

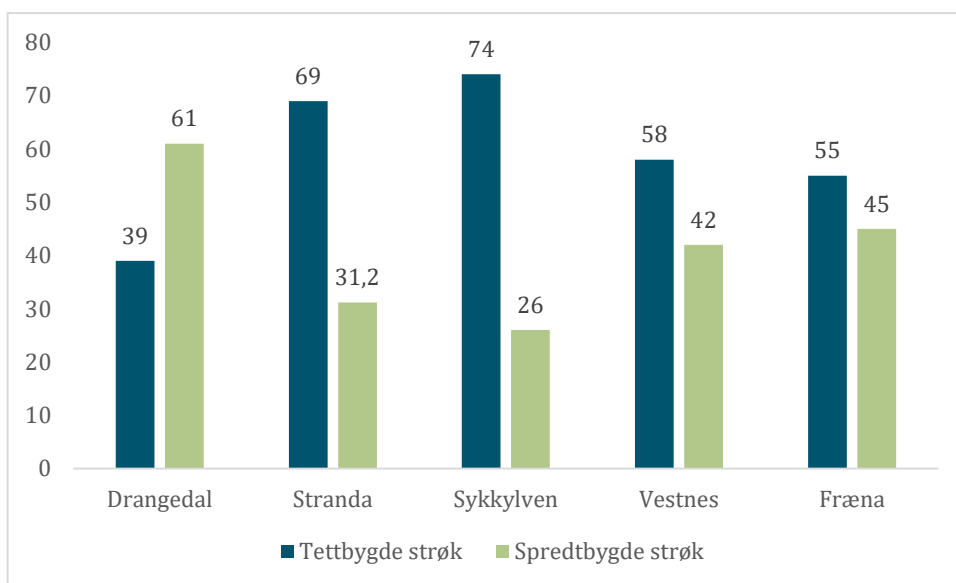
	Drangedal	Stranda	Sykkylven	Vestnes	Fræna
Direkte brukerrettet tid (ATA-tid)	34	32	35	46	37

Indirekte brukerrettet tid	24	18	20	24	28
Administrasjon	41	50	45	29	35

Tabellen viser at Vestnes kommune skiller seg noe fra de andre ved å ha en særlig høy andel direkte brukerrettet tid, mens Stranda bruker mest tid på administrasjon av de fem kommunene. Samtidig ser vi at andelen direkte brukerrettet tid i Drangedal ligger omtrent på nivå med Stranda, Sykkylven og Fræna.

Noe av den indirekte brukertiden i Drangedal blir brukt til legebesøk, henting av medisiner på apotek og liknende, men det aller meste av den indirekte brukerrettede tiden i hjemmesykepleien i Drangedal går med til kjøretid mellom brukerne.

Kjørelogistikken, altså avstanden mellom brukerne av hjemmetjenester i kommunen, og hvordan rutene er planlagt, er som nevnt over en viktig forklaring på hvorfor ATA-tiden varierer mellom kommuner. Figuren under viser andelen innbyggere som bor i henholdsvis tettbygde og spredtbygde strøk i Drangedal og de fire øvrige kommunene.



Figur 28 Andel av innbyggerne i kommunene som bor i tettbygde og spredtbygde strøk. Kilde: KOSTRA

Figuren viser at Drangedal skiller seg ut ved at en betydelig høyere andel av innbyggerne bor i spredtbygde strøk, sammenlignet med de øvrige kommunene. Den høye andelen innbyggere i spredtbygde strøk skulle kanskje tilsi at hjemmesykepleien i Drangedal har en høyere andel indirekte brukertid enn alle de andre kommunene. Slik er det imidlertid ikke, men andelen er høyere enn for Stranda og Sykkylven som av disse kommunene har høyest andel som bor i tettbygde strøk. Resultatet indikerer at hjemmesykepleiens vakter og ruter er godt planlagt ut fra kjøreruter og avstand mellom brukerne.

Hjemmesykepleien i Drangedal kommune er et tjenesteområde med en presset arbeidshverdag og lite «slakk» i ressursene. Utover fokus på fortsatt god planlegging av vaktene ut fra avstand mellom brukere og kjøreruter, kan imidlertid følgende tiltak vurderes for å øke andelen ansikt-til-ansikt-tid:

- Antall besøk til basen(e) per vakt, eventuelt se på muligheter for å ta i bruk tekniske hjelpemidler som kan erstatte/reducere behovet for å besøke base.

- Gjennom et forskningsprosjekt har Horten kommune innført et digitalt verktøy for å effektivisere kjøreruter i hjemmesykepleien.²⁸ Verktøyet viser seg å planlegge arbeidslister svært effektiv, og innføringen har ført til økt oversikt og kontroll, brukerne får besøk av færre antall ansatte enn tidligere, ansvarlig sykepleier og primærkontakter har mer tid til ansikt-til-ansikt-tid hos «sine» pasienter, og tiden som går med til å planlegge ruter og vakter er drastisk redusert, noe som i sin tur har frigjort tid til andre oppgaver, for eksempel pasientrettet arbeid.

Vi anbefaler også at Drangedal gjør en sammenligning av gjennomført ATA-tid opp mot antall vedtakstimer den enkelte bruker har. Om en ikke gjør dette for alle brukerne, kan en i hvert fall gjøre noen stikkprøver for å se om en i praksis har kapasitet til å følge opp antall vedtakstimer. Dette kan også gjøres på et overordnet nivå ved å se på antall tilgjengelige årsverk og antall tildelte vedtakstimer.

²⁸ <https://forskning.no/2018/03/bedre-hjemmetjenester-med-nytt-planleggingsverktoy/produsert-og-finansiert-av/de-regionale-forskningsfondene>