



AREMARK  
KOMMUNE

## Møteinnkalling

---

**Utvalg:** Levekårsutvalget  
**Møtested:** Fosbykollen sykehjem  
**Dato:** 12.10.2017  
**Tidspunkt:** 18:30

---

OBS! Merk tidspunkt og sted.

En representant fra Agenda Kaupang møter for å orientere om gjennomgangen av pleie- og omsorgssektoren.

Eventuelt forfall må meldes snarest på tlf. 69199600.  
Utvalgssekretær innkaller vararepresentanter.  
Vararepresentanter møter etter nærmere beskjed.

Jørgen Henrik Hovde Grønlund  
leder

Mary Anne Gløboden  
utvalgssekretær

## Saksliste

<b>Utvalgs- saksnr</b>	<b>Innhold</b>	<b>Unntatt offentlighet</b>
PS 27/17	Godkjenning av innkalling	
PS 28/17	Godkjenning av saksliste	
PS 29/17	Godkjenning av protokoll fra forrige møte	
PS 30/17	Gjennomgang pleie og omsorgstjenester i Aremark kommune - Agenda Kaupang	
PS 31/17	Gjennomgang av skolesektor	
PS 32/17	Felles samarbeidsutvalg skole og barnehage	
PS 33/17	Rullering av handlingsprogram for idrett og friluftsliv 2018- 2021	
PS 34/17	Orienteringer	
PS 35/17	Referatsaker	
PS 36/17	Forespørsler	

**PS 27/17 Godkjenning av innkalling**

**PS 28/17 Godkjenning av saksliste**

**PS 29/17 Godkjenning av protokoll fra forrige møte**



AREMARK  
KOMMUNE

Arkiv: H00  
Arkivsaksnr: 2017/1538-2  
Saksbehandler: Mette Eriksen

## Saksframlegg

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
Levekårsutvalget	30/17	12.10.2017

### Gjennomgang pleie og omsorgstjenester i Aremark kommune - Agenda Kaupang

Vedlegg

- 1 Rapport, pleie og omsorg Aremark
- 2 Vedlegg til rapport Aremark kommune

#### Saksopplysninger

Det vises til vedlagt rapport som tar for seg Aremark kommunes pleie og omsorgstjenester. Formålet med denne rapporten er at Aremark kommune ønsket en ekstern evaluering av dagens situasjon og en utredning med faglige råd som grunnlag for å «rigge Aremark for fremtiden». Gjennomgangen skulle innbefatte en vurdering av kostnadsnivå, organisering og tjenesteprofil innen PLO-tjenestene, samt forslag til tiltak for å oppnå en fremtidsrettet tjeneste med god kvalitet innenfor nye økonomiske rammer.

Arbeidet skulle omhandle en analyse av dagens situasjon og driftsmodell og en beskrivelse av fremtidens situasjon/behov. Mulig effektiviseringspotensial skulle være en viktig del av konklusjonen i rapporten.

Representant fra Agenda Kaupang, Hege Askestad, vil i møtet ha en gjennomgang av arbeidet og gå nærmere inn på gitte anbefalinger.

#### Vurdering

Saken legges fram uten vurdering og innstilling fra rådmannens side i denne omgang.

#### Rådmannens innstilling

Saken legges fram til orientering og drøfting i Levekårsutvalget.



# Gjennomgang i kommunens pleie- og omsorgstjenester i Aremark kommune

---

EVALUERING

2017

AGENDA  
KAUPANG

5

**OPPDRAGSGIVER:** 2017

**RAPPORT NR:** T1020064

**RAPPORTENS TITTEL:** Gjennomgang i kommunens pleie- og omsorgstjenester i Aremark kommune

**ANSVARLIG KONSULENT:** Hege Askestad

**KVALITETSSIKRET AV:** Rune Holbæk

**FOTOGRAFI I RAPPORT:** Shutterstock.com

**DATO:** 25.09.2017

# Forord

Agenda Kaupang har bistått Aremark kommune med en gjennomgang av pleie- og omsorgstjenestene i kommunen. Gjennomgangen har vært rettet mot organisering, kvalitet, effektiviseringspotensial, dimensjonering og innretning av de ulike tjenestetilbudene.

Arbeidet har blitt utført i samarbeid med kommunen våren og høsten 2017.

Vi takker for konstruktivt og hyggelig samarbeid underveis. Takk til alle som har bidratt med nyttig informasjon gjennom deltakelse på intervjuer og ved tilrettelegging av informasjon. En særlig takk til Mathias Gundersen som har vært kontaktperson og som har bidratt til koordinering av arbeidet.

Dokumentasjonen står for Agenda Kaupang sin regning. Det gjør også eventuelle feil som ikke har blitt rettet opp. I Agenda Kaupang har arbeidet blitt utført av Hege Askestad, Astrid Nesland og Eilin Ekland, med førstnevnte som ansvarlig konsulent.

Stabekk, 25. september 2017

Agenda Kaupang AS





# Innhold

<b>1</b>	<b>Sammendrag</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Bakgrunn, formål og metode</b>	<b>8</b>
2.1	<i>Bakgrunn</i>	8
2.2	<i>Formål</i>	8
2.3	<i>Metode og prosjektorganisering</i>	8
2.4	<i>Fase 1 – kartleggingsfasen</i>	9
2.5	<i>Fase 2 – ekstern analyse</i>	9
2.6	<i>Fase 3 – utarbeidelse av tiltak og videre strategier</i>	10
<b>3</b>	<b>Pleie og omsorg</b>	<b>12</b>
3.1	<i>Dagens organisering</i>	12
<b>4</b>	<b>Analyser og vurderinger</b>	<b>14</b>
4.1	<i>Den økonomiske situasjonen i Aremark er krevende</i>	14
4.2	<i>Aremark har høye utgifter innen Pleie og omsorg</i>	15
4.3	<i>Aremark skårer bra på Kommunebarometeret</i>	19
4.4	<i>Kommunen har en negativ befolkningsutvikling, men andel eldre vil øke kraftig</i>	23
4.5	<i>Behov for å endre fokuset – fra passiv mottaker til aktiv deltaker</i>	26
4.6	<i>Saksbehandling med god kvalitet og tildeling av helse- og omsorgstjenester i tråd med BEON-prinsippet må sikres</i>	28
4.7	<i>Økt satsing på hjemmebaserte tjenester er nødvendig</i>	32
4.8	<i>Behovet for dag- og aktivitetstilbud vil øke</i>	35
4.9	<i>Kommunen mangler tilbud som omhandler boliger med mulighet for heldøgns omsorg</i>	36
4.10	<i>Innbyggere med behov for institusjonstjenester skal fortsatt få dette</i>	37
4.11	<i>Kommunen vil få større ansvar for å ivareta helse- og omsorgstjenester overfor mennesker med psykiske- og rusrelaterte helseplager</i>	45
4.12	<i>Kommunen har få brukere innen helse- og omsorgstjenesten knyttet til brukerguppen mennesker med psykisk utviklingshemming mv., men brukerguppen vil øke</i>	46
4.13	<i>Fysioterapi- og ergoterapitjenesten</i>	46
4.14	<i>IKT/velferdsteknologi vil understøtte arbeidsprosesser innen helse og omsorg</i>	47
4.15	<i>Behov for ledelse og styring må ivaretas</i>	48

# 1 Sammendrag

Aremark kommune har ønsket en gjennomgang av pleie- og omsorgstjenestene i kommunen. Bakgrunnen er at kommunestyret i Aremark er bekymret for den økonomiske situasjonen.

Kommunens økonomiske situasjon er krevende og har vært det over flere år. Kommunen bruker de pengene de har og har derfor, i liten grad, satt av penger til uforutsette hendelser eller nødvendig sparing for senere investeringer.

Kommunens vedtak om å stå utenfor kommunesammenslåing medfører at den økonomiske situasjonen forverres da inntektene fra staten reduseres. Dette skyldes blant annet at småkommunetilskuddet frafaller. Samtidig reduseres inntektene til kommunen som følge av endringer i de statlige kostnadsnøkklene. Situasjonen forverres ytterligere av at kommunens inntekter reduseres som følge av befolkningsnedgang.

Målet med gjennomgangen har vært å se på de økonomiske prioriteringene og organiseringen av pleie- og omsorgstjenestene i Aremark kommune. Gjennomgangen skal danne grunnlaget for utarbeidelse av en ny strategi for pleie- og omsorgstjenestene i Aremark innenfor nye økonomiske rammer. I denne konteksten er det viktig å tenke at utviklingen og kvaliteten må stå i forhold til det økonomiske handlingsrommet. I praksis betyr dette at Aremark, i tillegg til å tenke fremover når det gjelder kvalitet, også må tenke fremover i forhold til kostnadseffektivitet.

Pleie- og omsorgstjenesten i Aremark er en relativt liten tjeneste nasjonalt sett, men den største tjenesten i Aremark. Kommunens netto driftsutgifter til denne tjenesten utgjorde i 2016 rundt 38 mill. kr. Dette utgjør 37 % av totalutgiftene for kommunen.

Mange er fornøyde med pleie og omsorgstjenestene i Aremark. Aremark kommer relativt høyt på Kommunebarometeret på en 46 plass av 425 mulige i 2016. Medarbeiderundersøkelse og brukerundersøkelse siste årene tyder på at både brukere og ansatte er fornøyde og at det gjøres mye bra innenfor pleie og omsorg i Aremark.

Analysene viser at Aremark kommune bruker mer penger, pr. innbygger på pleie- og omsorgstjenester enn sammenlignbare kommuner. Dette skyldes i hovedsak kommunens utgifter til sykehjem. Aremark har dyre sykehjemsplasser og antall plasser er noe høye når vi sammenlikner dette med andre kommuner. Dette vurderes ikke å være i tråd med hovedprinsippene i Samhandlingsreformen eller BEON-prinsippet<sup>1</sup>. Andelen av kommunens utgifter som blir brukt på institusjon er vesentlig høyere enn hva vi ser er tilfelle i andre kommuner og landet som helhet. Andel kroner brukt på sykehjem har også økt siden 2010 og utgjorde i 2016 57 % av de totale utgiftene innen pleie og omsorg.

I Aremark er 85 % av utgiftene innen pleie og omsorg knyttet til brukergruppen eldre. Analysene viser at kommunen prioriterer institusjonstjenesten høyere enn hjemmebaserte tjenester og at utgifter pr. sykehjemsplass er høye når vi korrigerer for plassene som benyttes. I tillegg har kommunen en relativt høy sykehjemsdekning, det vil si antall plasser sett i forhold til antall eldre over 80 år.

Dersom kommunen opprettholder dagens tildelingspraksis og dekningsgrad, viser våre beregninger at det vil være behov for over 30 plasser med heldøgnsstilbud i 2040. Dette er over en dobling fra dagens nivå. Erfaring fra andre kommuner og nordiske land er at det er mulig å

---

<sup>1</sup> Beste Effektive Omsorgs Nivå (BEON). BEON-prinsippet er det samme som Laveste Effektive Omsorgs Nivå (LEON). Prinsippet kan fremstilles som vist i figur 4-11

redusere dekningsgraden innenfor sykehjem ved å gi en større del av tilbudet i brukernes egne hjem. Dette inkluderer også tilbud om boliger med mulighet for heldøgns omsorg.

Anbefalingen er at kommunen i langt større grad må vri ressursene fra institusjonsbasert omsorg til mer hjemmebasert omsorg. Fokuset må i større grad være å hjelpe innbyggerne til å klare seg i egen bolig lengst mulig. Tiltak må omhandle økt kapasitet og kompetanse i hjemmetjenesten, utstrakt bruk av hverdagsrehabilitering og dag- og aktivitetstilbud, økt satsing på velferdsteknologi og strategisk bruk av rehabilitering, korttids- og avlastningsopphold.

Utfordringen innen psykisk helse er at kommunen i langt større grad vil få ansvar for å ivareta behov for bistand, behandling og oppfølging. Analysen viser at Aremark har en del brukere innenfor psykisk helse, og at Aremark har noe samarbeid med Halden for å ivareta denne brukergruppen. Et samarbeid med andre tenker vi er smart og en forutsetning for å kunne ivareta denne brukergruppens behov for helse- og omsorgstjenester. Samarbeid med andre kommuner og eventuelt kjøp av tjenester om de mest ressurskrevende tjenestene vil også være nødvendig fremover. Samtidig bør kommunen se på hvordan de kan ivareta denne brukergruppens behov for øvrige tjenester som f.eks. hjemmetjenester, praktisk bistand mv. Dagens organisering, hvor ansvaret er fordelt på flere funksjoner og avdelinger som er sårbare vurderes som lite fremtidsrettet, og bør derfor i større grad samlokaliseres.

Innenfor målgruppen psykisk utviklingshemmede, viser analysen at kommunen har få brukere og relativt få tjenester i egen regi. Kommunen selv uttaler at de har flere barn og unge som er forventet å ha behov for ulike tjenester fremover. Utgiftene til barn og unge med utviklingshemming er relativt høye. Dette er brukere som vil ha behov for langvarige og koordinerte tjenester. Dette er forhold kommunen må ta med seg inn i den videre planleggingen og utviklingen av tiltak. Kommunen må vurdere hvorvidt dette er tilbud man kan ivareta i egen regi, i samarbeid med andre eller om man må kjøpe tjenestene av andre kommuner/private. Dette vil kunne dreie seg om helse- og omsorgstjenester i bolig med stedlig bemanning, avlastning i institusjon, samt dag- og arbeidstilbud. Et samarbeid med andre vil være nødvendig både for å sikre kostnadseffektive tjenester, men også for å kunne få ønsket kvalitet på tjenestene. Behovene i Aremark vil sannsynligvis ikke komme opp i en slik størrelse at det vil være kostnadseffektivt eller mulig å ha slike tilbud i egen regi. Dersom kommunen ikke samarbeider med andre kommuner om slike tilbud er det en forutsetning av tilbudene samorganiseres med de øvrige helse- og omsorgstjenestene i kommunen.

Aremark er en liten kommune og har ingen planer om å slå seg sammen med andre kommuner. Oppgavereformer og innbyggernes krav til det kommunale tjenestetilbudet gjør at Aremark, i større grad enn i dag, må se på muligheter for å inngå samarbeid med andre kommuner innenfor helse og omsorg.

### ***Vår anbefaling til sentrale grep for å klare nødvendig omstilling og møte det økte framtidige behovet for helse- og omsorgstjenester***

- ▶ Vri tjenestetilbudet fra institusjonsbasert omsorg til mer hjemmebaserte og ambulante tjenester, med fokus på at innbyggerne skal klare seg selv i egen bolig lengst mulig
- ▶ Vedta en ny strategisk helse- og omsorgsplan for de neste årene som gir klare politiske føringer for den nødvendige omstillingen og som inneholder klare mål for kvalitet

Eksempler:

- 15 % dekningsgrad på heldøgns omsorgsplasser til eldre over 80 år (institusjon og omsorgsboliger med mulighet for heldøgns omsorg)
- 80 % andel årsverk med fagutdanning i pleie- og omsorgssektoren (brukerrettede årsverk)

- Minimum 50 % andel sykepleiere i hjemmesykepleien. I tillegg bør kommunen også tilstrebe seg å ha ansatte med annen relevant høyskole
- 25 % andel korttidsplasser og mål om 14 dager gjennomsnittlig oppholdstid
- Gode hensiktsmessige boliger for eldre reduserer behovet for bygging i kommunal regi
- ▶ Omstilling er krevende. Det er helt sentralt at ledelsen i helse- og omsorgstjenesten har tid, ressurser og kompetanse. Dette omhandler både strategisk ledelse, samt ledelse i linjen
  - Avklare ansvar og oppgaver på avdelingsledernivå, og sikre opplæring, verktøy og støtte til å ivareta dette ansvaret
- ▶ Kommunen bør intensivere og videreutvikle arbeidet for å få til mer systematisk frivillighet inn i helse og omsorg
- ▶ Tildel helse- og omsorgstjenester ut fra behov, i tråd med BEON-prinsippet

*Konkrete forslag:*

- ▶ Sikre en dekningsgrad på 15 % heldøgns omsorgsplasser til eldre i forhold til antall innbyggere over 80 år fram til 2040:
  - Redusere institusjonsplasser frem mot 2025. Det anbefales at Aremark inngår samarbeid eller kjøper plasser av andre for å ivareta behov for mer spesialiserte institusjonstilbud som f.eks. skjermet demens, korttidsplasser og rehabilitering
  - Omgjøre institusjonsplasser til boliger med mulighet for heldøgns omsorg til eldre
- ▶ Utarbeide ny bemanningsplan og turnus som reduserer bemanningsfaktoren ved sykehjemmet, med formål om å redusere enhetskostnadene
- ▶ Hovedvekten av nye eldre brukere skal ivaretas av hjemmetjenesten med tjenester i brukernes opprinnelige bolig. Organisering, årsverk og kompetanse må brukes effektivt på tvers i kommunen. Kommunen bør organisere hjemmebasert omsorg på en mer enhetlig måte enn i dag for å kunne ta imot veksten i behov og sikre best mulig ressursutnyttelse
  - Ny organisasjonsstruktur med egen avdeling for hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester og egen avdeling for plasser med heldøgns omsorg (institusjon og omsorgsboliger)
  - Psykisk helse som en del av hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester
  - Praktisk bistand som en del av hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester
  - Fysio- og ergoterapiressurser som en del av hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester
  - Samarbeid mellom de to avdelingene for å sikre effektiv utnyttelse av ressurser og behov for beredskap mv. Dette gjelder særlig på natt
  - Kommunen bør etablere kriterier for når man skal vokse med ett årsverk i hjemmesykepleien basert på antall brukere/vedtakstimer ol., slik at man kan ligge i forkant i planleggingen
- ▶ Samarbeide internt og med andre kommuner/private aktører for å videreutvikle helse- og omsorgstjenester til psykisk utviklingshemmede. Dette kan f.eks. være dag- aktivitetstilbud, avlastning mv. Analysen viser at kommunen vil kunne få økt behov for tjenester overfor denne brukergruppen
- ▶ Samarbeide internt og med andre kommuner/private aktører og spesialisthelsetjenesten for å videreutvikle helse- og omsorgstjenester knyttet til psykisk helse og rus. Dette kan f.eks. være psykologtjenester, aktivitet- og arbeidstilbud, kognitive behandlingstilbud mv. Endringer i spesialisthelsetjenesten mv. medfører at kommunene vil få økt ansvar for å ivareta helse- og omsorgstjenester til denne brukergruppen

## 2 Bakgrunn, formål og metode

### 2.1 Bakgrunn

Kommunestyret i Aremark kommune har bedt rådmannen foreta en gjennomgang av driften i virksomhetsområdet pleie og omsorg. Bakgrunnen er en bekymring for økonomien i kommunen generelt og innenfor pleie og omsorg spesielt. Pleie og omsorg hadde et overforbruk i 2016, og til tross for tiltak, ligger tjenesten fortsatt an til et overforbruk i 2017.

Begrepet «pleie og omsorg» brukes i forespørselen for å avgrense temaet for gjennomgangen. Forespørselen gjelder kommunens pleie- og omsorgstilbud til alle typer brukere, både eldre, utviklingshemmede og innenfor psykisk helse. Prosjektet omfatter ikke barnevern, sosial- eller legetjeneste/forebyggende helse.

### 2.2 Formål

Aremark kommune ønsket en ekstern evaluering av dagens situasjon og en utredning med faglige råd som grunnlag for å «rigge Aremark for fremtiden». Gjennomgangen skulle innbefatte en vurdering av kostnadsnivå, organisering og tjenesteprofil innen PLO-tjenestene, samt forslag til tiltak for å oppnå en fremtidsrettet tjeneste med god kvalitet innenfor nye økonomiske rammer.

Arbeidet skulle omhandle

- ▶ en analyse av dagens situasjon og driftsmodell
- ▶ en beskrivelse av fremtidens situasjon/behov

Mulig effektiviseringspotensial skulle være en viktig del av konklusjonen i rapporten.

Aremark kommune ønsket at gjennomgangen våren/høsten 2017 skal danne grunnlag for det videre arbeidet med å utarbeide plan og strategivalg innen pleie og omsorg. Gjennomgangen omhandler ikke tjenester ført under helse i KOSTRA (helsestasjon, legetjenester mv.) utover en analyse på KOSTRA-nivå hvor det er foretatt sammenlikninger av kommunens prioriteringer, dimensjonering og utgifter til dette formålet med andre sammenligningskommuner.

### 2.3 Metode og prosjektorganisering

Arbeidet har vært organisert som et prosjekt, med tre hovedaktiviteter:



Figur 2-1: Modell av faser i prosjektet

Dette prosjektet har omfattet kartlegging, analyser og vurderinger samt en tiltaksfase. Gjennomføring av vedtatte tiltak ligger utenfor prosjektet.

Denne rapportens innhold er kvalitetssikret og utviklet i samarbeid med en egen prosjektgruppe som har hatt fire møter i løpet av våren og høsten 2017.

#### **Prosjektgruppen har bestått av**

- ▶ Rådmann, Jon Fredrik Olsen
- ▶ Virksomhetsleder Pleie og omsorg, Christian Gundersen
- ▶ Avdelingsleder Fosskollen sykehjem og hjemmesykepleie, Heidi Sommerseth
- ▶ Avdelingsleder Styrket omsorg, Kirsti Brynildsen
- ▶ Hovedtillitsvalgt Fagforbundet, Anita Eliassen Fosser
- ▶ Tillitsvalgt Fagforbundet, Karin Hansen
- ▶ Tillitsvalgt Norsk sykepleierforbund, Sissel Steffensen
- ▶ Økonomirådgiver, Mathias Gundersen
- ▶ Agenda Kaupang, Hege Askestad

#### **Samarbeid med revisjonen**

Kommunerevisjonen har parallelt med dette oppdraget et forvaltningsrevisjonsprosjekt innen pleie og omsorg i Aremark. Arbeidet til revisjonen vil i hovedsak skje på høsten 2017, det vil si i sluttfasen av arbeidet utført av Agenda Kaupang. Kommunerevisjonen er holdt orientert om Agenda Kaupang sitt arbeid i Aremark og har deltatt på møter og i noen aktiviteter der det har vært hensiktsmessig.

## **2.4 Fase 1 – kartleggingsfasen**

I kartleggingsfasen har vi dannet oss et bilde av status i driftssituasjonen innen pleie- og omsorgstjenestene i kommunen. Kartleggingen har inkludert besøk på sykehjemmene og lokaler som benyttes til formål innenfor pleie og omsorg i Aremark kommune.

Det er gjennomført kartleggingsintervju med berørte ledere og ressurspersoner i tjenestene. Registerdata, regnskapstall og nøkkeldata innhentet gjennom intervjuer danner grunnlaget for våre vurderinger og anbefalinger i analyse- og tiltaksfasen.

#### **Denne rapporten er basert på følgende datakilder**

- ▶ *KOSTRA, tilrettelagt i databasen til Agenda Kaupang:* Situasjonen i Aremark er sammenlignet med andre kommuner. Utvalget av kommuner er gjort i dialog med Aremark kommune
- ▶ *Informasjon fra aktuelle tilgjengelige statistikker*
- ▶ *Agenda Kaupangs egen detaljanalyse for pleie- og omsorgstjenestene (database):* Utvalget av kommunene i denne analysedelen baserer seg på kommuner Agenda Kaupang har arbeidet med tidligere
- ▶ *Skriftlig informasjon fra kommunen:* regnskap 2016, budsjett 2016/2017, samt gjeldende økonomiplan og årsmelding
- ▶ *Muntlig informasjon fra ansatte i kommunens pleie- og omsorgstjenester:* Det er foretatt intervjuer med sentrale ledere i kommunen, i tillegg til intervju med ansatte, tillitsvalgte mfl. fra kommunen

## **2.5 Fase 2 – ekstern analyse**

Denne delen av arbeidet er gjort som en ekstern ekspertvurdering. Agenda Kaupang har evaluert kommunens tjenester med vekt på kostnadsnivå, organisering og tjenesteprofil.

- ▶ **Kostnadsnivå:** Aremark er en kommune med lave frie disponible inntekter. Det er viktig å ha en effektiv PLO-tjeneste, med nøktern tildeling av tjenester og lave enhetskostnader. Netto driftskostnader for PLO i 2016 er sammenlignet med andre kommuner. Vi har valgt ut 6 interessante kommuner samt kommunegruppe 5, som Aremark tilhører. Vi har behovskorrigert regnskapene slik staten gjør det ved tildeling av rammetilskudd i statsbudsjettet. Vi har grovsjekket regnskapet før analyse (pensjonsføring, administrasjonsutgifter, tilskudd til ressurskrevende tjenester). Vi har forsøkt å forklare kostnadsforskjeller ved å sammenligne volum/dekningsgrad, enhetspris og egenbetaling. Vi har dessuten fordelt nettoutgiftene mellom de tre store brukergruppene, for å få et mer presist bilde enn det som framkommer når alle brukerne ses under ett. Tjenestene til eldre, mennesker med psykisk utviklingshemming og mennesker med psykisk og/eller rusrelaterte lidelser er i stor grad uavhengig av hverandre og bør analyseres hver for seg. Vi har også sett på kvalitet i tjenesten, basert på 2016-data samlet inn i Kommunekompasset fra Kommunal Rapport. Dette er den eneste samlede og årlige kvalitetsmåling av kommunale tjenester for tiden.
- ▶ **Organisering:** PLO-tjenesten bør ha en organisering som fremmer effektivitet og nytenkning. Vi har gått gjennom kommunens styringsdokumenter og organisasjonskart. Vi har intervjuet alle lederne, utvalgte medarbeidere og hovedtillitsvalgte i sektoren om arbeidet med kvalitetsutvikling, økonomistyring, personalledelse og samarbeid.
- ▶ **Tjenesteprofil:** Kommunen bør ha en profil på tjenestene i tråd med BEON-prinsippet (Beste Effektivt Omsorgsnivå). Det vil si hjemmebasert og mestringsorientert tjenesteprofil. Vi har innhentet data om kommunens omsorgstrapp for hver brukergruppe. Vi har sammenlignet dagens tilbud med de behov kommunen sannsynligvis står overfor i årene framover, spesielt veksten i antall eldre.

## 2.6 Fase 3 – utarbeidelse av tiltak og videre strategier

Basert på analysen har Agenda Kaupang utarbeidet forslag til tiltak for å sikre en bærekraftig pleie- og omsorgstjeneste i Aremark kommune.

Analysen har resultert i denne rapporten utviklet i samarbeid med en egen prosjektgruppe. Det er i tillegg utarbeidet et internt arbeidsdokument som grunnlag for analysen. Dette er unntatt offentlighet, grunnet brukersensitive opplysninger.

### Begreper brukt i rapporten

- **Heldøgns omsorg:** Statistikken utarbeidet av Statistisk sentralbyrå (SSB) omfatter tilbud i institusjon og boliger med personell hele døgnet. Tilbud gitt i private hjem, av stiftelser og i boliger med en beboer blir ikke regnet med. Statistikken bygger på SSB sine krav til personalbase, som ikke er de samme som tilsvarende krav fra Husbanken. Offisiell statistikk gir altså ikke utfyllende bilde.
- **Omsorgsboliger:** Boliger hvor kommunene har mottatt tilskudd fra Husbanken. Det finnes ikke offentlig statistikk etter denne definisjonen.
- **Beste Effektive Omsorgs Nivå (BEON).** BEON-prinsippet er det samme som Laveste Effektive Omsorgs Nivå (LEON). Skal kommunen kunne tildele og yte tjenester etter dette prinsippet må helse og omsorgstjenesten bestå av ulike nivå på tjenester og tiltak. Man vil da kunne tildele tjenestene/tiltakene ut fra det hjelpebehov den enkelte bruker har. Tilbudene differensieres ved at tjenestetilbudet strekker seg fra lite hjelpebehov (lavterskeltilbud) til stort hjelpebehov (høy terskel). BEON-prinsippet går ut på at tjenestetilbudet gis på et lavest mulig omsorgsnivå med fokus på brukers egne ressurser, og at hjelpen skal være hjelp til selvhjelp. Prinsippet kan fremstilles som vist i figur 4-11.

- *Omsorgstrappen*: Dette er benevnelser som viser til at det finnes mange typer omsorgstjenester, og at disse må sees i sammenheng. Omsorgstrappen forutsetter at man anser at mennesker som har behov for omsorgstjenester ikke er like. Den enkelte må vurderes individuelt og tjenestetilbudet må tilpasses den enkelte. Behovet for hjelp og bistand vil for noen være relativt enkelt og lite, mens det for andre er snakk om meget omfattende og sammensatte tjenestebehov. Tjenestetilbudet må reflektere den enkeltes behov, og omsorgstrappen viser til en sammenheng der økende behov møtes med økende tjenestetilbud.
- *KOSTRA* (Kommune-Stat-Rapportering): Et nasjonalt informasjonssystem som gir styringsinformasjon om kommunal og fylkeskommunal virksomhet. KOSTRA er et omfattende rapporteringssystem der kommuner og fylkeskommuner rapporterer til staten ved Statistisk sentralbyrå (SSB). Rapporteringen skjer elektronisk og omfatter alle kommunale og fylkeskommunale funksjoner og ansvarsområder. For kommuner dreier det seg om rapportering fra ca. 90 forskjellige funksjonsområder, f.eks. førskole, grunnskole, helse, pleie og omsorg, barnevern og sosialhjelp.



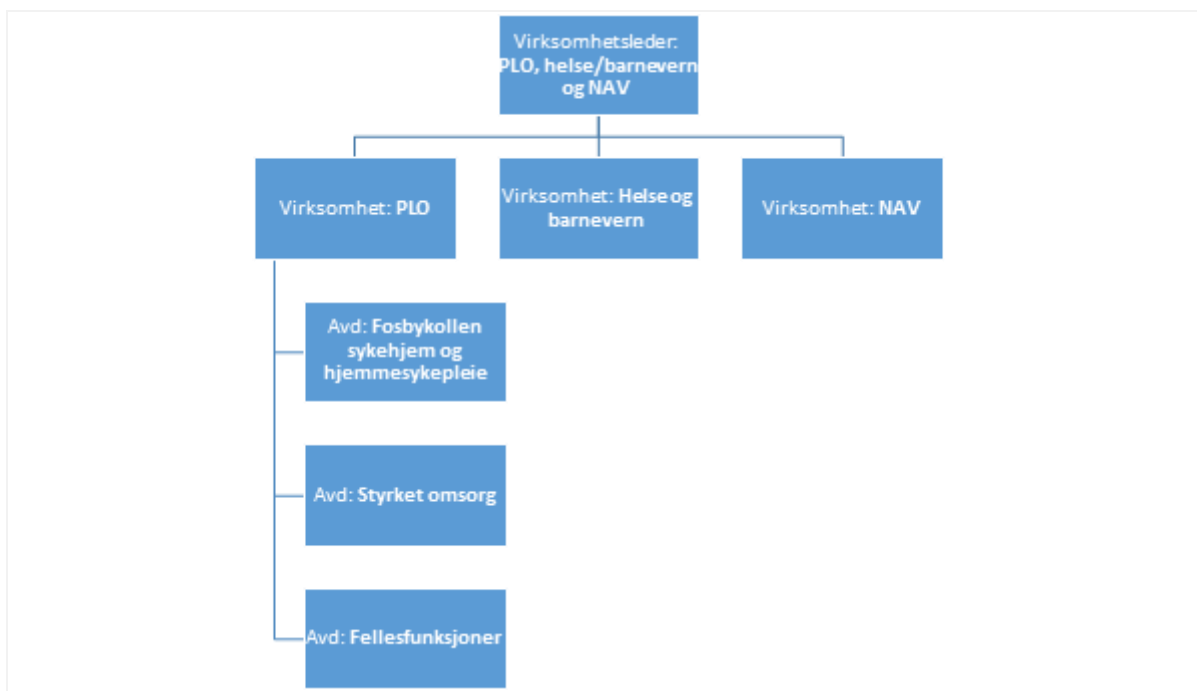
# 3 Pleie og omsorg

Kommunene skal tilby helhetlige og samordnede tjenester som omfatter forebyggende tiltak, utredning, behandling, pleie og omsorg, akuttberedskap, habilitering og rehabilitering på tvers av sektorer. De kommunale helse- og omsorgstjenestene må organiseres slik at den enkelte kan fortsette å leve et trygt, meningsfullt og mest mulig selvstendig liv til tross for sosiale og helsemessige problemer eller funksjonssvikt.

## 3.1 Dagens organisering

I det følgende gis det en kort beskrivelse av tjenestene som har vært gjennomgått i evalueringen. I forbindelse med gjennomgangen ble det utarbeidet en beskrivelse av alle tjenestene. Dette dokumentet har vært brukt av arbeidsgruppen underveis i evalueringen som et arbeidsdokument og unntatt offentlighet, da beskrivelsene kan knyttes til/inneholde brukersensitive data.

Aremark kommune har en hierarkisk struktur, og har innført en foreløpig struktur hvor virksomhetsleder for helse, barnevern og NAV har fått ansvaret for Virksomhet PLO, det vil si avdeling Fosbykollen sykehjem og hjemmesykepleie, avdeling Stryket omsorg og avdeling Fellesfunksjoner, jf. figuren under.



Figur 3-1: Organisasjonskart pleie og omsorg

Overordnede ansvaret for fag, personal og økonomi er lagt til virksomhetsleder. Det daglige ansvaret for fag og personal er delegert til den enkelte avdelingsleder.

Tidligere hadde kommunen en organisering hvor pleie og omsorg utgjorde en virksomhet, med en egen virksomhetsleder.

Det er avdelingene Fosbykollen sykehjem og hjemmesykepleie samt Stryket omsorg som hovedsakelig yter pleie- og omsorgstjenester og som derfor er gjennomgått i denne evalueringen. Avdelingene yter tjenester til alle typer brukere i henhold til bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven. Brukerne kan grovt sett deles inn i tre grupper:

- ▶ Mennesker med utviklingshemming mv.
- ▶ Mennesker med psykiske og/eller rusrelaterte lidelser
- ▶ Eldre og somatisk funksjonshemmede (MS, trafikkskadde m.m.)

Målet for tjenestene er at innbyggerne skal oppleve at de får nødvendig helse- og omsorgstjenester når behovet oppstår. Den enkelte bruker skal få bistand til mestring av egen livssituasjon og gjøre det mulig å bli boende hjemme så lenge som mulig.

Pleie og omsorg er den største sektoren i kommunen, med rundt 100 tjenestemottakere fordelt på ulike hjemmetjenester, institusjonstjenester og dag- og aktivitetstilbud, trygghetsalarm, mat-ombringning mv.<sup>2</sup>

Budsjettet for tjenester definert som PLO i KOSTRA, utgjør 30 mill. kr. Hovedvekten av drifts-utgiftene (ca. 85 %) innenfor pleie- og omsorgsfunksjonene er knyttet til lønnsutgifter. I 2016 hadde kommunen et merforbruk innen PLO på ca. 2 mill. kr. Årsaken var i hovedsak knyttet til bruk av variabel lønn. Prognosen viser at det samme vil skje i 2017.

Samlet sykefravær for pleie og omsorg i 2016 var 14,5 %. Sykefraværet var hovedsakelig knyttet til langtid. Kommunen opplyser at det har utarbeidet rutiner og prosedyrer for oppfølging av sykefraværet i kommunen.

### **Avdeling Fosbykollen sykehjem og hjemmesykepleie**

Avdelingen yter tjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester til kommunens innbyggere. Tjenester som ivaretas er sykehjemstjenester, hjemmesykepleie og matombringning. Hjemmesykepleien har også utrykning på trygghetsalarmer.

Kommunen har totalt 21 plasser i institusjon fordelt på 10 plasser til langtid, 6 plasser til mennesker med demenssykdom og 5 plasser avsatt til korttid/avlastning.

Avdelingen har ca. 25,6 årsverk fordelt på 43 personer<sup>3</sup>. Ansatte jobber både på sykehjemmet og i hjemmesykepleien.

Budsjett for 2017 er 21 mill. kr.

### **Avdeling Styrket omsorg**

Avdelingen har ansvar for tjenester til innbyggere med behov for helse- og omsorgstjenester som omhandler dagtilbud, BPA/PA<sup>4</sup>, hjemmehjelp, omsorgslønn, støttekontakt, avlastning og tjenester i bolig (ikke ordinær hjemmesykepleie).

Avdelingen har ca. 10,3 årsverk ekskl. avdelingsleder. Årsverk er knyttet til hjemmehjelp og assistenter innen tjenester organisert som BPA og PA.

Budsjett 2017 utgjør ca. 9 mill. kr. I 2016 hadde avdelingen et overforbruk på 1,3 mill. kr knyttet til lønn og kjøp av tjenester. I tillegg fikk kommunen mindre inntekter enn det som var budsjettert.

<sup>2</sup> Pr. 31.12.2015

<sup>3</sup> Inkludert 2 avdelingsledere (avdeling Styrket omsorg, og Avdeling Fosbykollen sykehjem og hjemmesykepleie)

<sup>4</sup> Tjenester etter lov om helse- og omsorgstjenesten kan organiseres som brukerstyrt personlig assistanse (BPA) eller personlig assistanse (PA)

## 4 Analyser og vurderinger

Gjennomgangen bygger på både kvantitativ- og kvalitativ analyse knyttet til forskning på området, i tillegg til informasjon fremkommet gjennom intervjuer og samtaler med ansatte. Med dette som grunnlag vil vi presentere tiltak vi mener er nødvendig for kommunen å iverksette for å nå kort-siktige og langsiktige mål innenfor tjenestene.

Agenda Kaupang har gjennomført en sammenlikning av aktuelle tjenesteområder innenfor pleie/omsorg og helse. Vi har sammenlignet Aremark med andre relevante kommuner. Analysen bygger på data fra KOSTRA<sup>5</sup> og data fra Agenda Kaupangs egenutviklede database. Data som presenteres er blant annet korrigert for forskjeller i behov i kommunene. Forskjellene er blant annet knyttet opp mot alderssammensetning, størrelse på kommune, beliggenhet osv. Behovskorrigerer er nødvendig for å kunne foreta en sammenlikning på tvers av kommuner.

KOSTRA gir ikke tilstrekkelig data for å kunne sammenlikne prioritering og dimensjonering av tjenester for ulike brukergrupper innen pleie og omsorg. Agenda Kaupang har derfor utviklet en modell som gjør det mulig å få frem data knyttet til ulike brukergrupper på tjenestenivå innenfor pleie og omsorg.

Formålet med analysene er å få nødvendig innsikt i kostnadsnivå og dimensjoneringen av ulike pleie og omsorgstjenester i kommunen. Resultater fra analysen er dokumentert i et eget vedlegg med faktaanalyser (vedlegg). Hovedkonklusjoner fra analysen blir gjengitt i dette kapittelet.

Aremark står overfor en sterk økning i behovet for pleie- og omsorgstjenester fra ca. 2026. Dette som følge av at andel eldre over 80 år øker. Skal kommunen klare å imøtekomme og ivareta innbyggernes behov fra 2026 og frem mot 2040, er kommunen helt avhengig av å planlegge og dimensjonere sine helse- og omsorgstjenester på en slik måte at innbyggerne gis mulighet til å ta et aktivt ansvar for egen helse, og at man får mulighet til å være aktiv og bli boende i eget hjem så lenge som mulig. Mange vil som følge av store og sammensatte behov ha behov for tjenester som medfører heldøgnsomsorg eller i institusjon. Dette må også kommunen planlegge for videre.

Det er foretatt en analyse knyttet til hvordan kommunen ivaretar dette i dag, og hvilke grep man bør gjøre for å yte tjenester mer i tråd med innbyggernes behov, BEON-prinsippet, nasjonale føringer og økonomiske rammer.

### 4.1 Den økonomiske situasjonen i Aremark er krevende

Kommunens økonomiske situasjon er krevende og har vært det over flere år. Driftsresultatet i 2016 var på minus 0,5 %. Driftsresultatet er det som gjenstår når kommunens utgifter er betalt og som kan brukes til investeringer og oppbygging av fri egenkapital (disposisjonsfondet). Teknisk beregningsutvalg anbefaler at netto driftsresultat er minst 1,75 % av netto driftsutgifter, men kommunen må selv sette egne mål. Aremark har hatt en negativ utvikling i driftsresultatet og dette har medført at kommunen ikke har klart å avsette penger på «bok» (disposisjonsfond). Netto disposisjonsfond er den viktigste indikatoren for sunn kommuneøkonomi. Disposisjonsfondet i Aremark var på 0,8 % i 2016 og praktisk talt neste tomt. Vår erfaring er at denne bør ligge nærmere 5 % eller over.

Kommunens vedtak om å stå utenfor kommunesammenslåing medfører at den økonomiske situasjonen ytterligere forverres. Inntektene fra staten vil reduseres. I følge prognosemodellen til KS vil kommunens økonomiske situasjon ytterligere forverres som følge at de mister små-kommunetilskuddet på ca. en halv million kroner. I tillegg reduseres inntektene med ca. 1,2 mill. kr

<sup>5</sup> KOSTRA – informasjonssystem som gir styringsinformasjon om kommuner og fylkeskommuner

som følge av omlegging av kostnadsnøkene. Befolkningsnedgang medfører også reduserte statlige inntekter.

Samtidig som den økonomiske situasjonen i Aremark er krevende, ser vi at kommunen står overfor en sterk økning i behovet for pleie- og omsorgstjenester fra ca. 2026. Dette som følge av flere innbyggere over 80 år. Økning i andel eldre innbyggere i kommunen fører til økte overføringer fra staten, men vil også medføre endrede og nye behov for pleie- og omsorgstjenester.

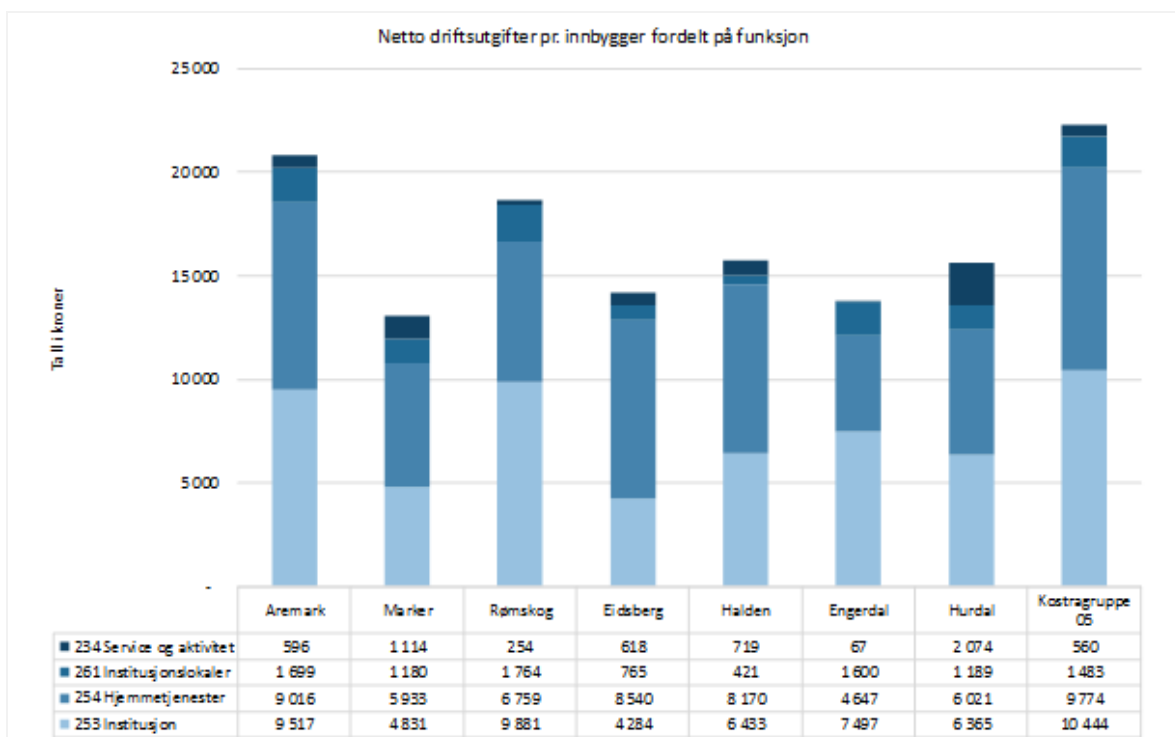
Aremark har hatt en negativ befolkningsutvikling og tendensen ser ut til å holde seg. Dette gjør at behovene for barnehage og skole reduseres frem mot 2040. Ettersom andel eldre er forventet å øke vesentlig i samme perioden vil kommunen måtte redusere budsjett og utgifter innen skole og barnehage og prioriterer pleie og omsorg ytterligere. Skal kommunen ha penger igjen til å drive andre kommunale tjenester er man helt avhengig av å ha kontroll på utgiftene innen pleie og omsorg og at tjenestene som ytes er kostnadseffektive.

## 4.2 Aremark har høye utgifter innen Pleie og omsorg

Ett av spørsmålene som er mest diskutert innenfor pleie- og omsorgssektoren, er fordelingen av ressursene mellom hjemmebaserte tjenester og institusjonstjenester. Dels er det spørsmål om hva som er den rimeligste løsningen for kommunen, men det er i like stor grad et spørsmål om hva som er best for brukerne. På dette området arbeider de fleste kommuner ut fra et prinsipp om at tjenesten bør gis på laveste effektive omsorgsnivå og at brukeren bør bo i eget hjem så lenge som mulig. Det betyr stor vekt på hjemmebaserte tjenester og aktivisering.

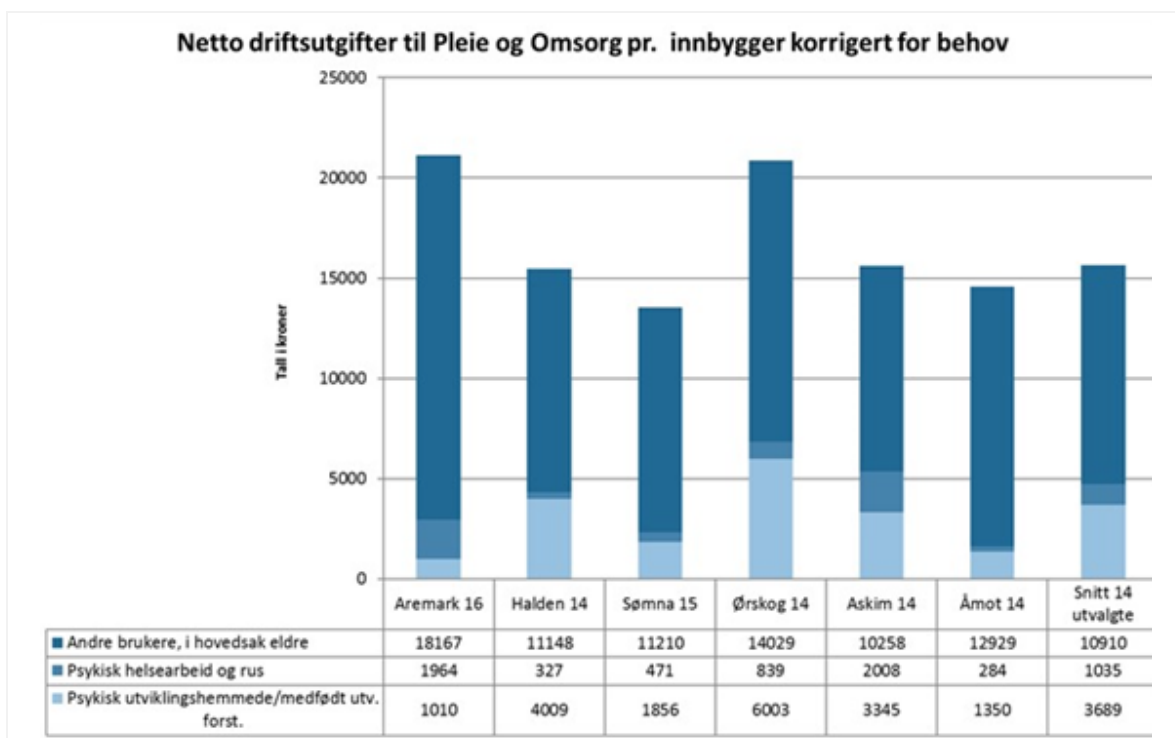
Aremark har et beregnet utgiftsbehov pr. innbygger som er ca. 30 % høyere enn gjennomsnittet for landet. Dette skyldes i hovedsak at kommunen har en relativt eldre befolkning og høy andel eldre enslige. Kommunens samlede korrigerede utgifter innen pleie og omsorg ligger høyt sammenlignet med andre kommuner og landsgjennomsnittet, men lavere enn KOSTRA-gruppe 5 som Aremark tilhører. Aremark sine utgifter til pleie og omsorg utgjør 20 828 kr pr. innbygger. Det utgjør ca. 1 500 kr mindre mer pr. innbygger enn gjennomsnittet i kommunegruppe 5.

Figuren på neste side viser hvordan utgiftene innen pleie og omsorg fordeler seg på KOSTRA-funksjoner innenfor aktivitet/servise, hjemmetjenester og institusjon. Aremark har lavere utgifter til aktivisering og servicefunksjoner enn sammenligningskommunene. Men Aremark har høyere utgifter til pleie i institusjon og hjemmetjenester, enn sammenligningskommunen. Aremark har også dyrere institusjonslokaler enn de andre kommunene.



Figur 4-1: Netto driftsutgifter pr. innbygger fordelt på funksjon. Kilde: KOSTRA 2016

Hvor stor andel av pleie- og omsorgsbudsjettet som benyttes overfor ulike brukergrupper, varierer mellom kommunene. I figuren under er utgiftene i pleie og omsorg fordelt på ulike brukergrupper. Her endres sammenligningskommunene. Årsaken er at vi her viser data som ikke er tilgjengelig nasjonalt og medfører at vi må bruke andre sammenligningskommuner enn i figuren over (se vedlegg for utfyllende opplysninger knyttet til sammenligningskommunene).



Figur 4-2: Netto driftsutgifter pleie og omsorg pr. innbygger, korrigert for behov. Kilde: Kommunes regnskap, data fra fagsystemer bearbejdet av Agenda Kaupang

Utgifter til *andre brukere, i hovedsak eldre*<sup>6</sup>, er høye i Aremark, og høy når vi sammenlikner med andre. Dette skyldes særlig utgifter til institusjonstjeneste, men kommunen har også høye utgifter til hjemmetjenester. Høye utgifter innenfor institusjonstjenesten skyldes både høye enhetskostnader (pris pr plass) og noe høy dekningsgrad (antall plasser).

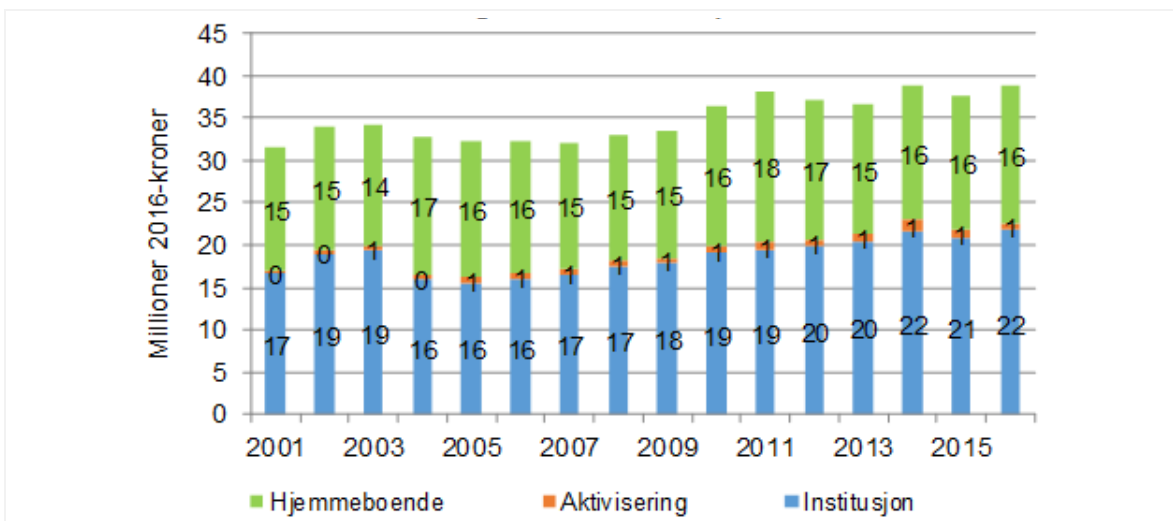
Utgiftene til hjemmetjenester, det vil si helse- og omsorgstjenester i form av hjemmesykepleie og hjemmehjelp til hjemmeboende (i hovedsak eldre), ligger høyt i vår sammenlikning. Andel brukere som mottar slik bistand er relativt høy. I 2016 var det ingen eldre som deltok på dag- og aktivitetstilbud. Kommunen har heller ikke tilbud om omsorgsbolig hvor det tilrettelegges med heldøgnsomsorg. Brukere som er i behov av dette får enten tilbud om sykehjem eller tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse (BPA).

Aremark hadde også i 2016 høye utgifter til tjenester innen *psykisk helse og rus*. Gjennomgangen viser at dette hovedsakelig skyldes at kommunen trengte å kjøpe et heldøgnsstilbud i store deler av 2016. Kommunens øvrige tilbud til denne målgruppen er hovedsakelig knyttet til hjemmetjenester og oppfølging av psykiatrisk koordinator. Kommunen bruker ikke mye ressurser til dette.

Aremarks utgifter til tjenester for brukergruppen *psykisk utviklingshemmede* ligger samlet sett på et mellomnivå. Utgifter til tjenester overfor barn og unge ligger noe høyt i sammenlikningen og skyldes i hovedsak at kommunen har høye utgifter til avlastningstiltak som de kjøper av privat leverandør. Utgifter til tjenester overfor voksne i samme målgruppe er lave i Aremark. Utgiftene her er knyttet til kjøp av avlastning og dagtilbud/arbeidstilbud. I tillegg har kommunen noen utgifter til tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse (BPA).

### Brutto driftsutgifter innen pleie og omsorg har økt og økning har hovedsakelig skjedd innenfor institusjonstjenesten

I analysen har vi også sett på utviklingen de siste 15 årene for utgifter ført under pleie og omsorg i KOSTRA. Utgiftene er omgjort til 2016-tall og fremkommer i figuren under.



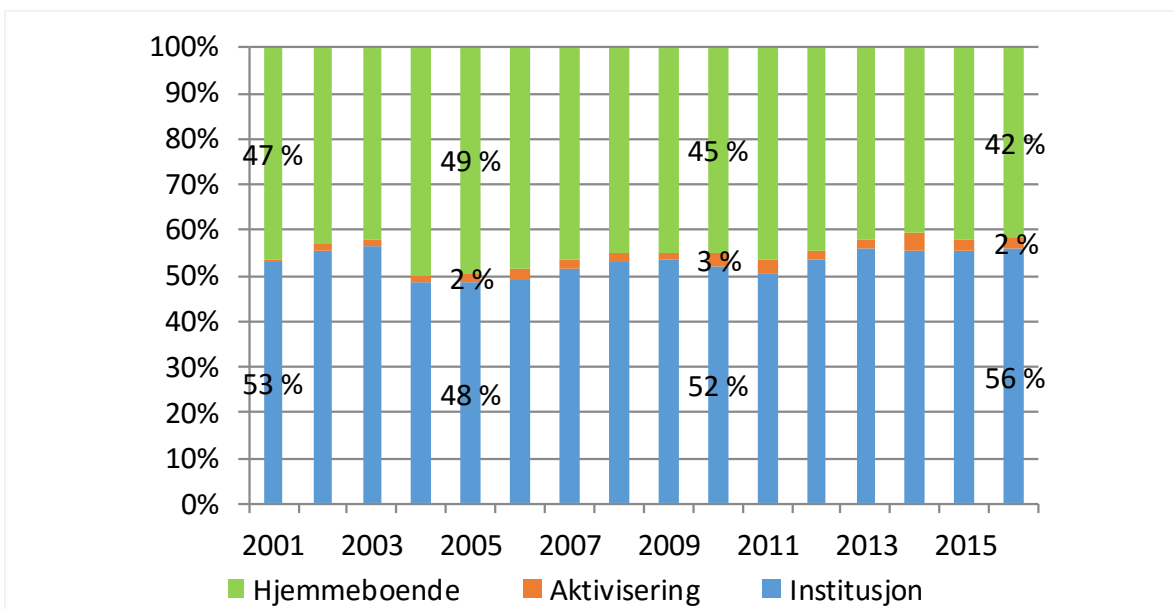
Figur 4-3: Bruttoutgifter 2001 til 2016 i faste 2016-priser for pleie og omsorg fordelt på hjemmeboende, aktivisering og institusjon. Kilde: KOSTRA og egne beregninger

I perioden fra 2001 til 2016 har de samlede utgiftene økt med rundt 7 mill. kr. 5 av 7 mill. kr er benyttet til økning innen institusjon. Analysene våre har vist at tjenester innen institusjon i hovedsak er tjenester til eldre i Aremark. I løpet av disse årene har kommunen altså vridt tjenestene fra

<sup>6</sup> Andre brukere, i hovedsak eldre, omhandler både innbyggere over 67 år, men også yngre med f.eks. ME, MS, ALS og som trenger pleie- og omsorgstjenester

hjemmebasert omsorg til mer institusjonsbasert omsorg. Dette er ikke i tråd med hva vi finner nasjonalt, hvor andelen driftsutgifter til hjemmeboende har økt mer enn til institusjon siden 2008 fram til i dag<sup>7</sup>.

I figuren under ser vi den prosentvise fordelingen mellom de tre KOSTRA-funksjonene knyttet til institusjon, aktivisering og hjemmeboende.



Figur 4-4: Bruttoutgifter 2001 til 2016 i faste 2016-priser for pleie og omsorg fordelt på hjemmeboende, aktivisering og institusjon. Prosentvis fordeling. Kilde: KOSTRA og egne beregninger

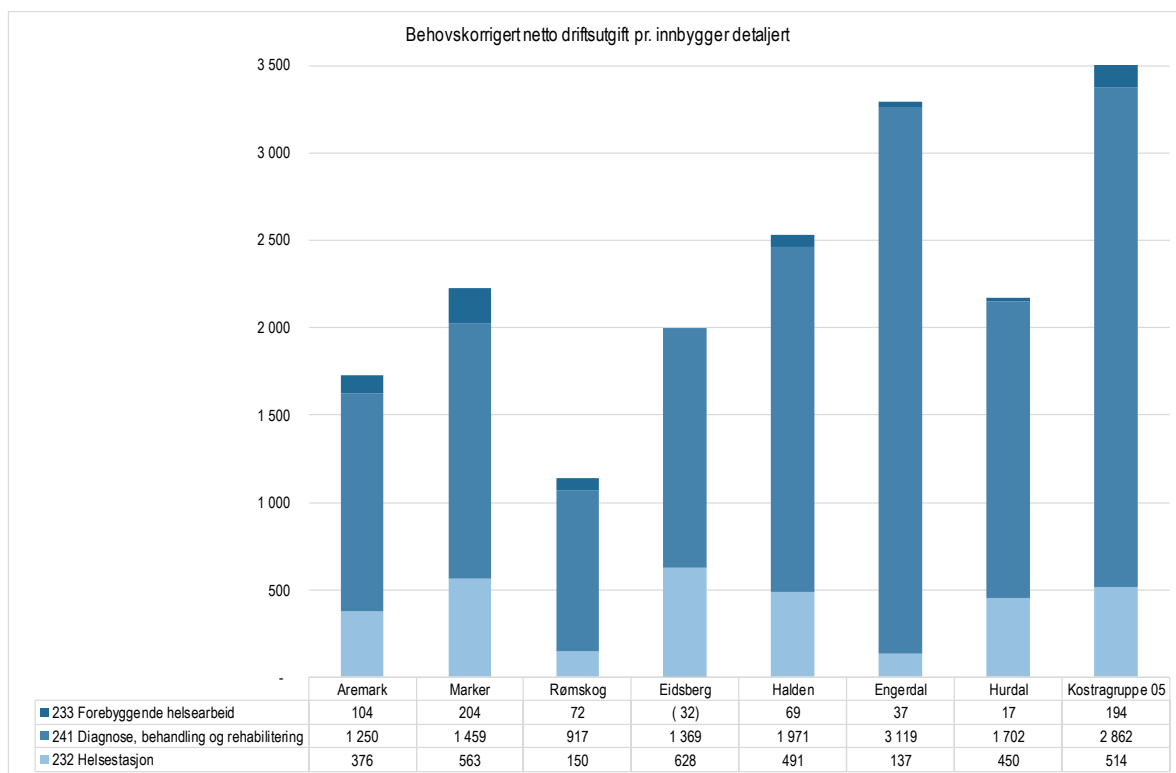
Figuren viser at Aremark har hatt en vridning mot mer institusjonsbaserte tjenester. 56 % av utgiftene innen PLO i 2016 var knyttet til institusjonsdrift og andelen har økt siden 2001. I denne perioden er tendensen for landet for øvrig motsatt, fra institusjonsbasert omsorg til mer hjemmebasert omsorg i tråd med samhandlingsreformens intensjoner og BEON-prinsippet. Utviklingen i Aremark er altså ikke på linje med det som er vanlig i mange andre kommuner og landet for øvrig. Kommuner som f.eks. Os og Fjell som satser på hjemmebaserte tjenester, bruker bare 20 % til institusjonstjenester. Dette tilsier at Aremark har et stort potensial for betydelig dreining og økt satsing på tjenester som gjør det mulig å bli boende i eget hjem.

**Aremark har lave utgifter til helse, men utgiftene til behandling i helsetjenesten er høye**

Aremark har et beregnet utgiftsbehov innen helse som utgjør 162 % av landsgjennomsnittet. Årsaken er først og fremst at kommunen har en høy andel innbyggere over 67 år.

Kommunens utgifter til helse er nest lavest i sammenligningen jf. figuren på neste side.

<sup>7</sup>Evaluering av statlig finansiering (SIO-prosjektet) – Agenda Kaupang



Figur 4-5: Netto driftsutgifter pr. innbygger til helseformål

### 4.3 Aremark skårer bra på Kommunebarometeret

Aremark blir rangert som nr. 46 av 425 kommuner innenfor pleie og omsorg i Kommunebarometeret til Kommunal Rapport. Dette er den beste og mest oppdaterte kvalitetsmålingen som foreligger. Kommunebarometeret er en sammenlikning av landets kommuner, basert på til sammen 141 nøkkeltall innen 12 ulike sektorer. Hensikten er å gi beslutningstakere, særlig lokalpolitikere, en lettfattelig og tilgjengelig oversikt over hvordan kommunen driver. Sammenlikningen gjennomføres årlig. Tall for alle indikatorer og sammenlikningskommuner framgår av tabellen på neste side.



Tabell 4-1: Indikatorer og verdier for eldreomsorg. Kilde: Kommunebarometeret 2017, Kommunal Rapport.

20 % vekt i barometeret	Kommunens nøkkeltall			46 .plass		Andel nøkkeltall som har blitt bedre 15		
				Plass	Landet	Kommunens karakter		
	KB 2015	KB 2016	KB 2017	KB 2017	KB 2017	KB 2015	KB 2016	KB 2017
BEMANNING: Andel ansatte med fagutdanning (10 %)	75	77	73	294	74	3,4	4,6	3,2
SYKEHJEM: Andel av beboere i institusjon totalt med omfattende bistandsbehov (10 %)	63	75	74	247	75	2,5	3,7	3,5
DEMENTE: Andel plasser til demente, mot antall over 80 år på sykehjem (10 %)	43	50	50	123	38	3,7	4,2	4,0
KORTTIDSPASSER: Andel korttids plasser av alle totalt antall plasser med heidøgns omsorg (5 %)	2				18	1,0		
BEMANNING: Tid med lege på sykehjem (5 %)	0,47	0,44	0,66	89	0,55	3,0	2,6	3,7
BEMANNING: Tid med fysioterapeut på sykehjem (5 %)	0,70	0,66	0,66	56	0,43	5,1	4,7	4,5
ENEROM: Andel brukertilpasset enerom på sykehjem med bad/wc (5 %)	100	100	100	1	82	6,0	6,0	6,0
DAGTILBUD: Antall vedtak om dagaktivitet, målt mot andel over 80 år som ikke bor på institusjon (5 %)		10	9	103	8		3,5	3,0
REHABILITERING: Plasser avsatt til rehabilitering i institusjon per 1.000 innbyggere over 67 år (5 %)					4			
PROFIL: Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken, hjemmesykepleie (5 %)	8,6	8,2	9,1	32	4,8	4,9	4,7	5,5
HJEMMETJENESTE: Andel vedtak om hjemmetjenester som iverettes innen 15 dager (5 %)	100	99	98	251	96	6,0	5,4	4,9
SAMHANDLING: Antall døgn på sykehus for utskrivningsklare pasienter, per 10.000 innb. (5 %)	0	0	0	1	157	6,0	6,0	6,0
TRYGGHET: Antall trygghetsalarmer, målt som andel av hjemmeboende eldre over 80 år (2,5 %)	49	50	40	184	39	4,9	5,0	3,7
BEMANNING: Årsverk av ergoterapeut per 1.000 innb. over 80 år (2,5 %)					5			
BEMANNING: Årsverk av geriatrisk sykepleier per 1.000 innb. over 80 år (2,5 %)	13	14	0	340	9	3,6	3,7	1,0
HJEMMETJENESTE: Mottakere av matombringning, gruppa over 80 år som ikke bor på institusjon (2,5 %)	33	31	25	153	12	4,5	4,2	3,4
FUNKSJONSHEMMETE: Andel med funksjonshemninger som får bistand til å delta i arbeid og studier (5 %)	75	75	86	134	77	2,8	2,9	4,5
FUNKSJONSHEMMETE: Andel med funksjonshemninger som får bistand til å delta i organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter (5 %)	68	73	70	125	59	4,6	4,8	4,6
FUNKSJONSHEMMETE: Mottakere av BPA, støttekontakt og omsorgslønn per 1.000 innbyggere (5 %)					9			

Kommunal Rapport gjør noen endringer i metoden hvert år. Nye og bedre nøkkeltall kommer til, mens andre fjernes. Dette påvirker kommunene sin plassering i forhold til hverandre. En god plassering et enkelt år kan skyldes tilfeldigheter – på samme måte som en dårlig plassering. Kommuner som ligger langt nede på en tabell, vil som regel kunne ha en del å lære av kommunene som er i toppen av den samme tabellen.

Tabellen over viser utvikling i Aremark siste tre årene. Aremark har ifølge Kommunebarometeret hatt en positiv utvikling på gjennomsnittlig tildelte timer til hjemmesykepleie pr. uke, og økning i

fritidstiltak for personer med funksjonshemninger. Andel rom i institusjon med egne bad/wc i er uforandret, dette er også overliggerdøgn for utskrivningsklare pasienter. Aremark hadde ikke overliggerdøgn i 2016. Aremark har hatt et kraftig fall på kriteriet som omhandler årsverk geriatrik sykepleier fra 2015 til 2016. Kommunen har også hatt en nedgang på skåren som omhandler ansatte med fagutdanning. Denne er redusert fra 2015 til 2016. Andel brukere med dagaktivitet, trygghetsalarm og matombringning er også redusert.

### **Noe lavere andel ansatte med fagkompetanse enn landsgjennomsnittet**

Aremark har en noe lavere andel ansatte med fagutdanning enn landsnittet. I følge Kommunebarometeret utgjør denne andelen 73 %. 1 prosentpoeng under snittet for landet. I de beste kommunene er andelen minst 84 %. Andelen i Aremark har ifølge Kommunebarometeret gått ned siste årene.

Tilstrekkelig kompetanse og utnyttelsen av den, er helt avgjørende både for den opplevde kvaliteten og ressursbruken – og den kan også påvirke kostnadene. Erfaringen er at dersom man har ansatte med feil eller manglende kompetanse, kan dette medføre behov for flere årsverk. På samme måte kan riktig kompetanse og god organisering medføre behov for færre årsverk/ansatte.

Utviklingen stiller økte krav både til kapasitet og kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det er ikke bare behov for personale med mer kompetanse, men delvis også med en annen kompetanse enn det man tradisjonelt har tenkt og planlagt for i tjenestene. Det stilles større krav til samarbeid og det er behov for innovasjon og utvikling av tjenestene i tråd med endrede behov. Det er oftere og oftere ikke lenger slik at en tjenesteyter alene kan levere de tjenestene brukerne trenger. Mange brukere har behov for flere tjenester samtidig og over lang tid. Det er derfor behov for mer teambasert tjenesteyting og en flerfaglig tilnærming.

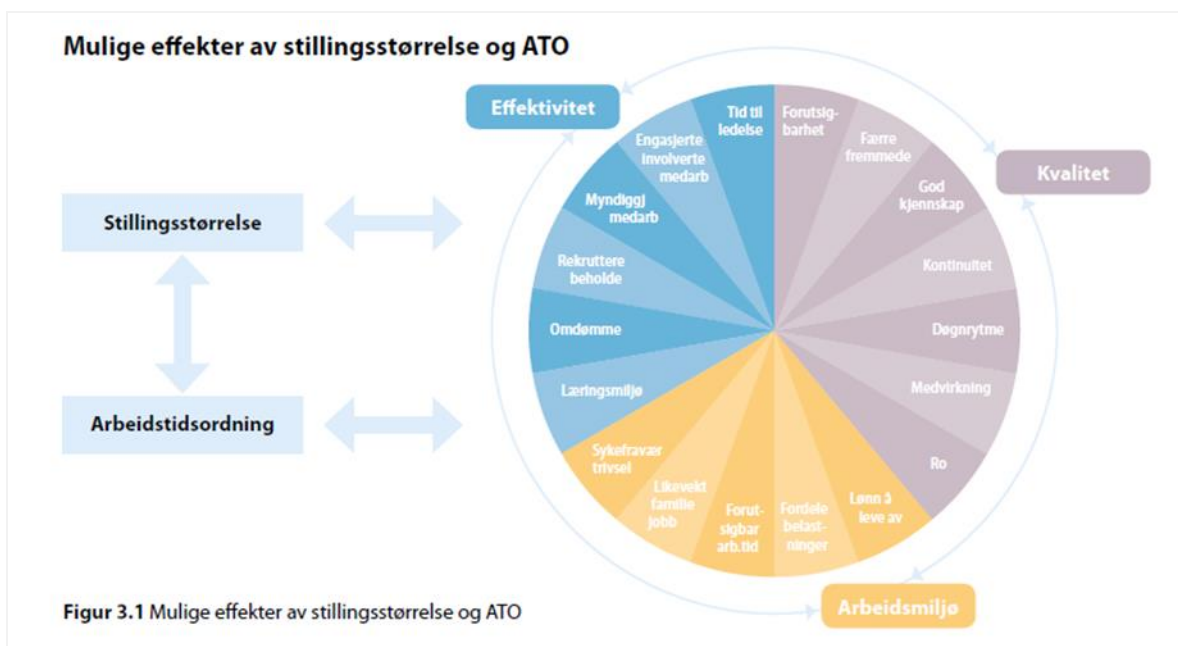
### **Heltidskultur er en viktig forutsetning for kvalitet**

Det er vanlig at etablering av nye arbeidstidsordninger i helsesektoren har som mål at det skal bli mindre ufrivillig deltid, større stillingsstørrelser og flere hele stillinger. Bakgrunnen er at sektoren er preget av mange små stillinger. Etablering av nye turnuser har imidlertid også hatt bredere målsettinger om bedre arbeidsmiljø, bedre tjenester og mindre vikarbruk og bedre ressursutnyttelse samlet sett.

Forskningen på feltet har dokumentert at et høyt omfang av små stillinger fører til svekket tjenestekvalitet og en ineffektiv tjeneste. Samtidig gir små stillinger uverdige ansettelsesforhold for arbeidstakere som er avhengig av full lønn/pensjon og mer forutsigbarhet.

Små stillinger kan gjøre det krevende å sikre helhetlige tjenester og virker negativt inn på tjenestekvaliteten. Særlig innen pleie- og omsorgssektoren vil mange brukere ha behov for stabile tjenesteutøvere som de kjenner – og som kjenner dem. En virksomhet som satser på heltidsstillinger har lettere for å trekke til seg kompetent arbeidskraft og holde på den. Den vil ha lettere for å utvikle gode fagmiljøer og for å legge opp en tjeneste «med bruker i sentrum». Dermed sikres både kompetent arbeidskraft og en mer brukervennlig anvendelse av arbeidskraften.

Mulige sammenhenger mellom stillingsstørrelse og arbeidstidsordninger på den ene siden, og kvalitet, arbeidsmiljø og effektivitetsvariabler på den andre siden er vist i figuren på neste side. Figuren er utarbeidet av Leif Moland.



Figur 4-6: «Kvalitetshjulet» med mulige effekter av stillingsstørrelse og ATO (arbeidstidsordninger). Kilde: Leif Moland i FAFO

Gjennomgangen har vist at det er mange ansatte i pleie- og omsorgstjenesten og at mange ansatte jobber i reduserte stillinger. Andel ansatte med høyskoleutdanning er samlet sett relativt høyt i Aremark med bare 1 prosentpoeng under landsgjennomsnittet. Går vi enda lengre ned i tjenesten ser vi at det er store forskjeller mellom avdelingene.

Flere har uttalt at man ønsker større stillinger uten at man får dette. Dette ser særlig ut til å gjelde hjelpepleiere og fagutdannede.

I videreutviklingen av helse- og omsorgstjenesten i Aremark er anbefalingen at kommunen jobber for å få til en heltidskultur. Demografi og utvikling innen helse- og omsorgstjenesten tilsier at rekruttering blir mer krevende i framtiden. Det gjør det enda viktigere å nyttiggjøre seg den kompetansen man har til rådighet i større grad enn hva tilfelle er i dag.

### Ansatte i pleie og omsorg trives

Medarbeidere som trives er en viktig forutsetning for kvalitet. Aremark har systemer for å gjennomføre medarbeiderundersøkelser. Den siste undersøkelsen ble gjennomført i 2015. Deltakelsen beskrives som lav, men de som deltok ga inntrykk for høy trivsel. Forbedringspunktene som fremkom var knyttet til kompetanseutvikling og opplæringstiltak.

### Aremark har mange fornøyde brukere og pårørende

Aremark har systemer for å gjennomføre bruker- og pårørende undersøkelse. Siste undersøkelse ble gjennomført i 2016. Deltakelsen beskrives som lav. De som deltok ga uttrykk for at de var fornøyde med tilbudet de mottok.

## **4.4 Kommunen har en negativ befolkningsutvikling, men andel eldre vil øke kraftig**

Kommunen får inntekter fra staten gjennom inntektssystemet. De viktigste fordelingsnøkklene er basert på demografien i kommunen. Endringer i demografi gir endringer i de kommunale overføringene fra staten.

Aremark har hatt en negativ befolkningsutvikling over tid. Ved inngangen til 2017 bodde det rundt 1 400 personer i Aremark. Siden 1986 har folketallet blitt redusert med rundt 100 innbyggere. Framskrivningen til SSB viser en ytterligere reduksjon på rundt 100 personer frem mot 2040.

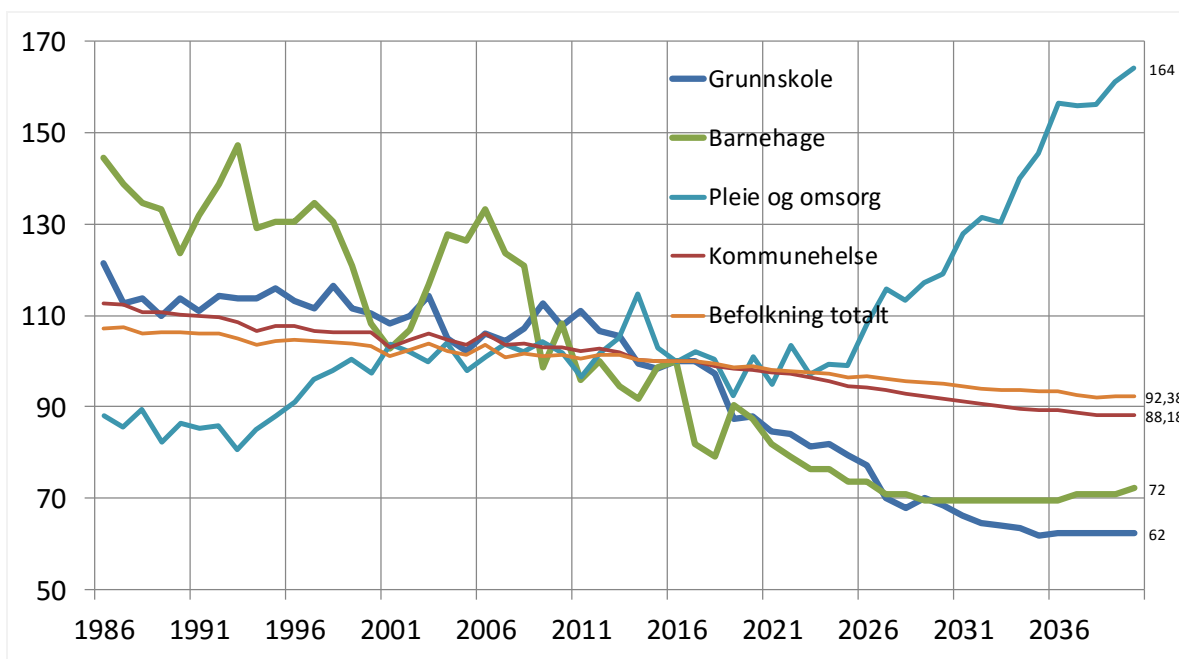
I samme periode har antall eldre innbyggere over 80 år variert. Fra 2001 og frem mot i dag har antall innbyggere over 80 år blitt redusert fra 107 til 74 i 2016. Aremark vil ikke nå 2001-nivå igjen før rundt 2026. Dette har medført og vil medføre noe reduserte inntekter til kommunen. Reduserte inntekter fra staten betyr igjen at kommunen må redusere sitt utgiftsnivå og tilpasse tjenestene til nye rammer. Slik tilpasninger kan være krevende da endringen i demografien og inntektene ikke nødvendigvis gjenspeiler innbyggernes behov for- og etterspørselen etter tjenester. Dette kan blant annet knyttes til innbyggernes forventninger til hva som ligger i kommunens «sørge for ansvar». Endringer i f.eks. spesialisthelsetjenesten, og da særlig knyttet til utskrivningspraksis og tilgjengelighet, vil ha betydning for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. I tillegg legger samhandlingsreformen opp til at flere tjenester skal ivaretas i kommunen, noe som stiller andre og økte krav til kommunen.

Fra 2026 vil antall innbyggere over 80 år øke. I 2040 vil det være nesten dobbelt så mange over 80 år som i dag. Økning i innbyggere over 80 år vil gi kommunen økte inntekter fra staten, men vil også medføre økte behov for tjenester og utgifter for kommunen.

### **4.4.1 Kommunens behov for pleie- og omsorgstjenester vil øke med over 60 % frem mot 2040**

Det er foretatt en grov beregning av framtidig behov for kommunale tjenester i Aremark kommune. Beregningene tar utgangspunkt i utviklingen av befolkningen i ulike aldersgrupper, og sammenhengen mellom demografi og behov slik det er beskrevet av de demografiske kriteriene i det statlige inntektssystemet.

Beregningene er et uttrykk for hvordan behovet endrer seg dersom man legger dagens standard til grunn og bare gjør endringer som følge av endringer i befolkningen. Inntektssystemet til kommunene er i endring og i praksis vil utviklingen av de økonomiske rammene også inneholde andre forhold enn demografi. Likevel er demografi pr. i dag den mest vektete komponenten. For hver av delsektorene grunnskole, barnehage, pleie og omsorg og befolkningen samlet, er det laget en indeks hvor nivået i 2016 er satt til 100. Det betyr at figuren nedenfor gir uttrykk for endringer i det demografiske behovet sammenliknet med 2016.



Figur 4-7: Framskrivning av behov for tjenester. Nivå i 2016 er satt til 100. Kilde: SSB og Agenda Kaupangs egne beregninger basert på inntektssystemet fra KMD

Framskrivning viser at behovet for pleie- og omsorgstjenester<sup>8</sup> reduseres frem mot 2020, for så å øke frem mot 2040 med 64 %. Årsaken er endringer i innbyggere over 80 år. Når antallet reduseres også det forventede behovet for pleie og omsorgstjenester. Figuren viser videre at behovet for helsetjenester, barnehage og skole forventes å reduseres fra nivået i 2016 og utover i hele perioden frem mot 2040.

Framskrivningen som er skissert i figuren baseres på historiske tall og forventet utvikling i alderssammensetning og befolkning i kommunen. Erfaringen er at behovet for skoler, barnehage og helsetjenester er noe mer komplisert å estimere enn behovet for pleie og omsorg. Dette henger sammen med større usikkerhet knyttet til ut-/innflytting i yngre alder og familier med barn, enn flyttemønsteret til den eldre befolkningen.

Figuren over viser at de øvrige tjenesteområdene er «avhengige» av at pleie og omsorg løser sine oppgaver på en effektiv måte, ettersom behovet for disse tjenestene er forventet å øke med over 60 %. Den økonomiske analysen viser at kommunen har høye utgifter til pleie og omsorg, og at kommunen ikke har klart å dreie tjenestene sine mot mer hjemmebaserte tjenester. Denne utviklingen er etter vår vurdering hverken bærekraftig, i tråd med innbyggerens behov eller nasjonale føringer. Skal kommunen klare å imøtekomme økte behov for pleie- og omsorgstjenester, er vurderingen at kommunen ikke kan videreføre dagens praksis.

<sup>8</sup> Basert på inntektssystemet

#### 4.4.2 Økt satsing på hjemmebasert omsorg kan bidra til å redusere behovet for sykehjem

Modellen nedenfor er valgt for å synliggjøre hvordan Aremark bør tilby innbyggerne sine rett behandling, på rett sted og til rett tid, uavhengig av alder og hjelpebehov.



Figur 4-8: Modell for økt vekt av mestring i Aremark kommune for alle brukergrupper. Kilde: Agenda Kaupang inspirert av DPS-veilederen 2006

Modellen illustrerer at den enkelte innbygger selv har hovedansvaret for å mestre eget liv ved hjelp av egne ressurser, familie og nettverk. Kommunen har et ansvar for å legge til rette for at dette kan skje, og fastlegen, legevakten og helsesøstertjenesten er sentrale aktører i kommunen som vil være tilgjengelige for å bidra. Modellen illustrerer også prinsippet om at tjenestene skal tildeles og utøves etter BEON- prinsippet. selv om man har behov for flere helsetjenester i perioder, er det alltid et mål å klare seg selv, helt eller delvis.

Folkehelseloven fremholder at kommunen har et ansvar for å ta i bruk hele sitt tjenestespekter og alle sine sektorer i det forebyggende arbeidet, for å fremme egenmestring på kort og lang sikt.

God helse er en individuell opplevelse og mange vil oppleve god helse selv med store hjelpebehov. Vi ønsker å innrette tjenesten slik at dette skjer.

Selvhjelp står for det gode hverdagslivet der innbyggeren klarer seg selv med egne ressurser, familie og nettverk. Kommunens bidrag vil blant annet være tilrettelegging av bomiljø i nye områder, servicetilbud, kollektivtilbud, helsefremmende tiltak og folkehelsearbeid, lavterskeltilbud og forebyggende tjenester, avlastning, opplæring, veiledning og støtte m.m.

Ved behov for helsehjelp ønsker kommunen i all hovedsak å legge til rette for å kunne gi tjenester hjemme hos innbyggerne, og brukerens ønsker og mål skal være retningsgivende for all utforming av tjenester.

Bare unntaksvis skal det være nødvendig med tidsbegrenset opphold på korttidsplass eller avlastningsplass på institusjon. Dersom dette heller ikke er tilstrekkelig, kan det være aktuelt med en tilpasset bolig/omsorgsbolig med tilsyn eller heldøgns bemanning. Det *korteste forløpet* skal som hovedregel være et sykehusopphold eller et institusjonsopphold i kommunen. Dette skal være

forbeholdt de mest alvorlig syke eller barn som opplever omsorgssvikt, og er det dyreste tilbudet man tilbyr.

Pilene i modellen over viser at innbyggerne ikke nødvendigvis forblir på et fast nivå i tjenestekjeden, selv om man tildeles tjenester der. Eksempelvis kan en bruker med tjenester i hjemmet av og til ha behov for et korttidsopphold på institusjon/sykehjem, for så å reise hjem og klare seg videre med eller uten hjemmetjenester.

## 4.5 Behov for å endre fokuset – fra passiv mottaker til aktiv deltaker

Samhandlingsreformen og etterfølgende planer som f.eks. primærhelsemeldingen og opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering viser behov for dreining av tjenestene mot mer forebygging og tidlig innsats i kommunene og utfordrer dermed helse- og omsorgstjenesten sitt tradisjonelle tankesett og tilnærming. Framskrivninger viser at behovet for pleie- og omsorgstjenester er forventet å øke med over 60 % fra nivået i dag.

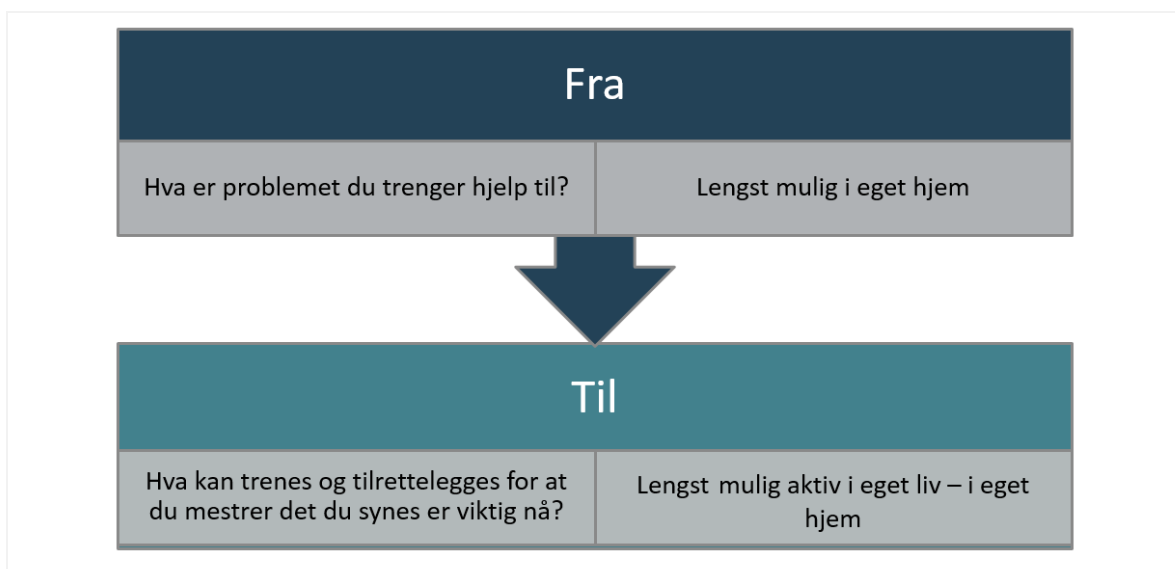
Det medfører behov for omstilling og utvikling i alt fra tjenester til arbeidsmetoder, bruk av velferdsteknologi og nye måter å samarbeide på og berører tjenester ut over de tradisjonelle pleie- og omsorgstjenestene. Dette fordrer at politisk og administrativ ledelse og de som arbeider i tjenestene forandrer tankesett, holdninger, tilnæringsmåter og praksis.

Dagens tjenester fremstår som lite helhetlige. Dette gjelder både nasjonalt, men er også tilfelle Aremark kommune. Det er behov for å endre måten man samhandler med hverandre på, hvordan brukermedvirkning ivaretas og hvilke tjenester innbyggerne får og på utførelsen av tjenestene.

Bærebjelken i norsk kommunehelsetjeneste har i lang tid vært ordinære pleie- og omsorgstjenester. De senere årene er det avdekket at det i for stor grad blir gitt mye kompensierende og pasifiserende tjenester, der brukerne lett havner i «hjelpefeller» og hvor man får hjelp til å gjøre ting som bruker selv kunne ivareta ved rehabilitering og tilrettelegging. Bærebjelken bør være rehabiliterende innsats der det er mulig, supplert med pleie og hjelp der det er nødvendig.

Det er nødvendig med økt fokus på økt egenmestring, forebygging og rehabilitering i primærhelsetjenesten. Formålet er å bidra slik at brukerne opplever økt livskvalitet, selvstendighet og redusert behov for helsetjenester. Gjennomgangen vår viser at ca. 60 % av informantene mener at kommunen ikke har tjenester som fremmer at innbyggerne kan ta ansvar for eget liv og være aktive medspillere. Det pekes blant annet på manglende tjenester og kapasitet på de laveste trinnene i omsorgstrappen, og at dette medfører at man får plass på sykehjem før det egentlig er behov for det.

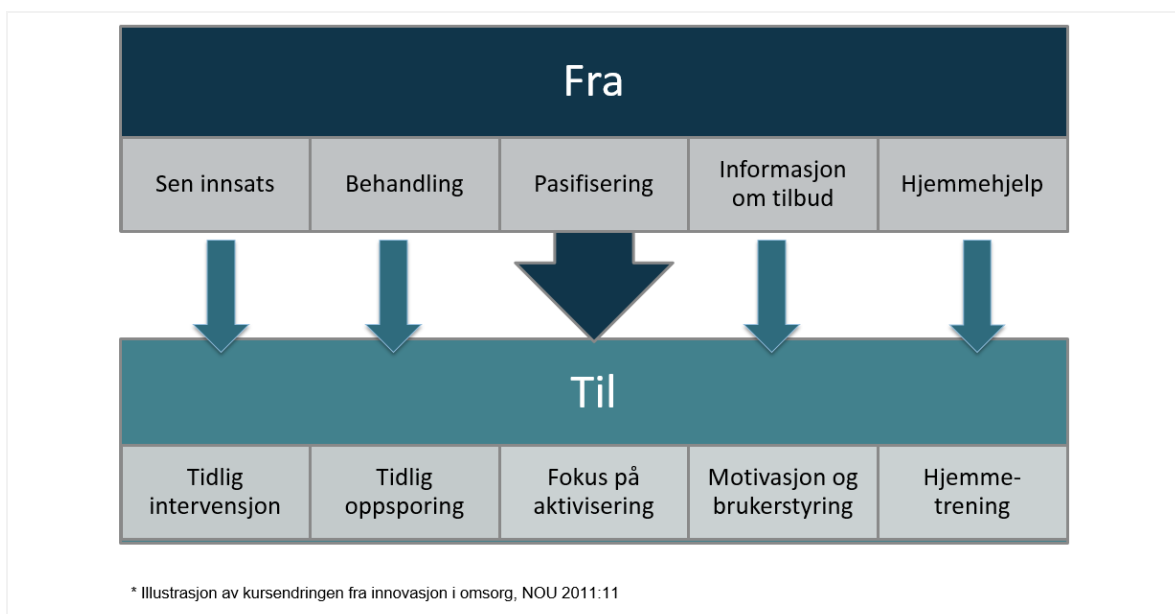
Samhandling og koordinering mellom tjenestene er en viktig forutsetning for å ivareta brukernes behov. Det gjelder internt i kommunene og mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Det fordrer endrede arbeidsformer og innretning av tilbudet både i kommunene og i spesialisthelsetjeneste. Det er behov for større faglig bredde og kompetanse i kommunene. Tjenestene må støtte opp under og utløse ressurser hos bruker, familie og nettverk, i nærmiljøet og lokalsamfunnet og det må legges vekt på den enkeltes egne ønsker og mål, jf. figuren under:



Figur 4-9: Illustrasjon av kursendring fra innovasjon i omsorg, NOU 2011:11

Opplæring av bruker og pårørende er avgjørende for å mestre liv med sykdom eller funksjonsnedsettelse. Aktiv aldring, rehabilitering og helsefremming ble særlig aktualisert i Norge med samhandlingsreformen i 2012. En forutsetning for å lykkes med målene er mer tverrfaglig samarbeid og tidlig innsats. Reformen fastslår også at opptrening og trening på daglige gjøremål er det viktigste tiltaket for å kunne bo hjemme lengst mulig (st.meld. nr. 47 2008–2009).

Hverdagsrehabilitering er ett av tiltakene flere kommuner har tatt i bruk. Aremark har ikke tatt i bruk dette. Metodikken har hentet inspirasjon fra både Sverige og Danmark, der dette har vært et satsingsområde over flere år. Hverdagsrehabilitering representerer således et brudd med mer tradisjonelle pleie- og omsorgstjenester. Metodikken blir omtalt som et *paradigmeskifte* og kan illustreres på følgende måte:



Figur 4-10: Illustrasjon av kursendring fra innovasjon i omsorg, NOU 2011:11

Høsten 2013 satt Helsedirektoratet i gang en følgeevaluering av implementering av hverdagsrehabilitering i norske kommuner. Evalueringen viser bl.a. at hverdagsrehabilitering gir bedre effekt



enn ordinære tjenester. Videre så man at hverdagsrehabilitering ikke var dyrere enn mer tradisjonelle tjenester, men at det ga større helseeffekt.

Aremark har ikke kommet i gang med organisert tilbud i form av hverdagsrehabilitering, men har nå fått tilgang på 20 % ergoterapiressurs som de leier av Halden. Ergoterapeut skal bistå med tjenester og oppfølging av alle kommunens innbygger i form av råd, veiledning, rehabilitering, habilitering, hjelpemidler og tilrettelegging av bosituasjon. Dette er en viktig funksjon for Aremark. Aremark kjøper dette av Halden, det vurderer vi som klokt. Ansatte i Aremark beskriver å ha oppnådd stor effekt ved å ha ergoterapi i tjenesten og at dette er en viktig funksjon både for innbyggerne og for å sikre nødvendig kompetanseoverføring overfor ansatte slik at en kan jobbe i tråd med endringene som er nødvendige.

#### **4.6 Saksbehandling med god kvalitet og tildeling av helse- og omsorgstjenester i tråd med BEON-prinsippet må sikres**

Utgangspunktet for saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenestene er at det skal tilbys riktige tjenester til rett tid og i tilstrekkelig omfang. Kommunalt ansatte som arbeider med saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenester, forvalter et stort ansvar på vegne av myndighetene, og tjenestene er ofte av stor betydning for pasient, bruker og pårørende. God saksbehandling er viktig for å kvalitetssikre tildelingen av tjenestene. Saksbehandling av søknader om kommunale helse- og omsorgstjenester er et krevende fagfelt, hvor flere perspektiver skal vektlegges samtidig. Profesjonell saksbehandling av høy kvalitet er avgjørende for kommunen og dens mulighet til å styre sine utgifter. Kommunale helse- og omsorgstjenester er et knapphetsgode som skal forvaltes i henhold til gjeldende lover, forskrifter og kommunale standarder. Lav kvalitet og feil saksbehandling har konsekvenser for den enkelte bruker, men også for kommunen.

Erfaring viser at det stadig blir mer utfordrende og spesialiserte saksbehandlingsprosesser. Dette medfører at flere og flere kommuner spesialiserer denne tildelingsfunksjonen, men organiseringen av dette arbeidet kan være ulike. I Aremark ivaretas saksbehandling av avdelingslederne. Tidligere hadde kommunen en egen ansatt til dette, men stillingen ble dratt inn i forbindelse med tilpassing av nye økonomiske rammer. Fra høsten 2017 er det besluttet at en person skal ha ansvar for saksbehandlingen sammen med avdelingslederne. Dagens organisering hvor avdelingslederne ivaretar saksbehandlingen beskrives av flere som krevende. Dette er særlig knyttet til summen av oppgaver som ligger til lederne.

Ansatte er spurt om deres opplevelser knyttet til saksbehandling. Hovedvekten av medarbeiderne beskriver at saksbehandlingen og tildelingen er hensiktsmessig. Nærheten til tjenestene og kjennskap til brukerne er forhold som trekkes frem. Videre er det mange som beskriver at medarbeiderne har stor påvirkning på kommunes saksbehandling og tildeling. Noen trekker imidlertid frem at manglende tjenester gjør at brukerne ikke nødvendigvis får de tjenestene de er i behov av, og at det kan føre til andre mer omfattende tjenester som f.eks. plass på institusjon. Flere sier også at man kanskje er «noe rause» med tildelingen da man kjenner brukerne, og at mange vedtak/tjenester vedvarer selv om behovene opphører/endes.

Profesjonalisering og tydeliggjøring av ansvar for saksbehandlingsoppgaver er avgjørende for kvaliteten på saksbehandlingen og styring av «knappegoder». Skal kommunen klare å vri tjenestene og komme «tidlig inn» har saksbehandlere en sentral rolle og viktig funksjon i styring av tjenester i tråd med BEON-prinsippet i Aremark kommune.

- ▶ Aremark har mange brukere som mottar tjenester på et høyt nivå i omsorgstrappen. Bistanden til enkeltbrukerne må styres stramt og tjenester bør tildeles etter BEON-prinsippet.

- ▶ Skal kommunen kunne ivareta behov i tråd med BEON-prinsippet fordrer det at kommunen har tiltak og kapasitet i tjenestene. Analysen har vist at kommunen blant annet ikke har dagsenter og boliger med mulighet for døgnbemanning.
- ▶ Hverdagsrehabilitering og bruk av velferdsteknologi bør alltid vurderes før mer permanent bistand settes inn. Aremark har ikke kommet i gang med hverdagsrehabilitering. Flere kommuner legger nå opp til at «alle» nye brukere vurderes med tanke på hverdagsrehabilitering, før mer tradisjonelle tjenester tilbys.
- ▶ Kommunen må benytte verktøy og kartleggingsmetoder for å få frem hva som er viktig for den enkelte bruker hvor hovedmålet er å bidra til at den enkelte kan ta ansvar for egen helse-tilstand.
- ▶ Aremark har ikke klart å prioritere arbeid relatert til revurderinger av innvilgede tjenester. Dette er viktig for å fange opp bortfall av behov eller økt behov.
- ▶ Det er avgjørende at kommunen har tilstrekkelig kapasitet på differensierte tjenester. Det vil si å ha ulike tiltak og tjenester som gjør at man kan tilby tjenester ut fra det behovet som er definert. Flere av informantene i gjennomgangen mente at kommunen tildelte sykehjemsplass i mangel på andre tiltak.
- ▶ Gjennomgangen viser at det bor brukere på institusjon som kunne klart seg på et lavere omsorgsnivå om kommunen hadde hatt dette.

En av de viktigste forutsetningene for god økonomisk styring av kommunale helse- og omsorgstjenester, er at kommunen har en tjenestestruktur som legger til rette for at tjenester kan tildeles og utføres på Beste Effektive Omsorgs Nivå (BEON). BEON-prinsippet er det samme som Laveste Effektive Omsorgs Nivå (LEON). Prinsippet kan fremstilles som vist i neste figur.



Figur 4-11: BEON-prinsippet

Tildeling av tjenester i tråd med BEON-prinsippet krever at tildelingsansvarlig har god oversikt over de ulike tiltakene i tjenestekjeden, og alltid sørge for at tiltak på lavere nivå i tjenestekjeden er prøvd ut før mer omfattende tiltak settes inn. Innføring av hverdagsrehabilitering har i mange kommuner medført at behov for rehabilitering og egenmestring blir vurdert først. Flere kommuner opplyser at en slik venstreforskyvning har medført at flere brukere kan klare seg med et minimum av tjenester over lengre tid, og at man unngår/utsetter behov for tjenester på et høyere omsorgsnivå uten at dette oppleves som dårligere kvalitet for brukerne, heller tvert imot.

Helse- og omsorgstjenestene består av mange ulike deltjenester til flere ulike brukergrupper. Når en skal drøfte styring av tiltakskjeden og prioritering av tjenester, bør en skille mellom det som kalles "bestilling i stort" og "bestilling i smått". Med "bestilling i smått" mener vi kommunenes ansvar for å tildele enkelttjenester i henhold til lovfestede rettigheter.

Med "bestilling i stort" mener vi kommunens ansvar for å bestille rett type og mengde tjenester med rett kvalitet, på et overordnet nivå. Denne delingen mellom systemnivå og individnivå kan vises i neste tabell.

Tabell 4-2: Deling mellom system- og individnivå

	Forvaltning	Tjenesteproduksjon
<b>Bestilling i stort</b> (systemnivå)	Overordnet planlegging og vurdering av kommunens samlede behov i forhold til ressurstilgang. Fastsettelse av kvalitetsstandarder, tildelingskriterier og budsjett.	Utforme tjenesten slik at den imøtekommer de krav som er satt. Etablere nye tilbud, dersom det er etterspørsel/behov for det.
<b>Bestilling i smått</b> (individnivå)	Behandling av søknader. Faglig og juridisk vurdering av hvilke tjenester den enkelte skal få. Tildeling av tjenester gjennom enkeltvedtak.	Yte tjenesten til den enkelte bruker ut fra det vedtak som er fattet hos bestillerenheten.

Den overordnede planleggingen og vurdering av kommunens samlede behov, omhandler dimensjonering av sykehjemsplasser, omsorgsboliger med og uten bemanning mv. I dette ligger en målstyrt politikk, som bør være tett knyttet opp mot BEON-prinsippet. Når det gjelder behandling av søknader ("bestilling i smått"), faglig og juridisk vurdering av hvilke tjenester den enkelte skal få, er det viktig at dette er knyttet til den overordnede strukturen.

Det er behov for å sikre samsvar mellom de økonomiske rammene for helse- og omsorgstjenestene, kriteriene for tildeling av tjenester og standarden på tjenestene. Dette er et politisk ansvar, men det er administrasjonens oppgave å sørge for at avveininger mellom de tre størrelsene tydeliggjøres og gjøres til gjenstand for politisk debatt. Dersom de økonomiske rammene strammes inn, må kriteriene for tildeling og standarden på tjenesten justeres deretter. Dette innebærer i klartekst at færre brukere kan tildeles tjenester, og/eller at bistanden som ytes til den enkelte må reduseres.

Kommunens mulighet til økonomisk styring og tildeling av tjenester henger nøye sammen med type tjenester og kapasitet på tjenester i kommunens omsorgstrapp. Som vi har vist i figur 5-9 vil kommunens dimensjonering og prioritering av ulike tjenester og omfang ha stor betydning for utgiftene innen helse og omsorg. I dette ligger det hvordan kommunen klarer å utvikle og styre tjenester som innebærer at man unngår og utsetter behov for mer omfattende tjenester og tiltak på et høyere omsorgsnivå.

Gjennomgangen viser at det gjøres mye bra i Aremark. Vi har møtt mange dedikerte hjelpepleiere, sykepleiere, lederer og andre ansatte som er stolte av å jobbe i kommunen og som har et brennende engasjement og ønske om å yte gode pleie- og omsorgstjenester overfor kommunens innbyggere. Hovedvekten av de vi har snakket med gir uttrykk for at det er behov for å gjøre endringer for bedre å kunne møte fremtidens behov. Mange uttaler at kommunen mangler tjenester i omsorgstrappen og at dette medfører at innbyggerne kommer på institusjon tidligere.

Kommunen er i behov av å redusere utgiftene sine, samtidig som man «bygger» tjenesten for å tåle endringen som kommer. Gjennomgangen vår har vist at potensialet for å redusere utgifter på kort sikt ligger i institusjonstjenesten. Her ligger også mye av nøkkelen for å kunne etablere en mer bærekraftig pleie- og omsorgstjeneste.

Aremark er en liten kommune. Selv om den er liten er det forventet at kommunen skal ivareta innbyggernes behov for kommunale tjenester fra A til Å, livet gjennom. Stadig flere oppgaver og ansvar legges til kommunene. De økonomiske overføringene fra staten står nødvendigvis ikke i forhold til oppgaveforskyvningen, men må likevel håndteres. Det stiller store krav til kommunene og til ansatte. Innenfor helse og omsorg har det skjedd store endringer siste årene. Dette både som følge av samhandlingsreformen og påfølgende oppgavereform og primærhelsemelding. Endringene må også sees i lys av at innbyggernes forventninger endres. Kommunene, også Aremark, har tatt inn over seg mye av dette. Samtidig viser gjennomgangen vår at det er behov for å gjøre ytterligere tiltak.

Dagens praksis som medfører høy prioritering av institusjonstjenesten, vurderes ikke å være i tråd med hovedprinsippene i samhandlingsreformen eller BEON-prinsippet. Kommunen må i større grad vri ressursene fra institusjonsbasert omsorg til mer hjemmebasert omsorg. I praksis betyr dette at kommunen ikke kan opprettholde dagens dekningsgrad i tråd med den demografiske utviklingen. Det betyr også at kommunen må redusere enhetskostnadene på sykehjemsplassene sine.

På kort sikt handler dette mest om hvordan ressursene organiseres og utnyttes. På noe lengre sikt må tiltak omhandle

- ▶ økt kapasitet og kompetanse i hjemmetjenesten
- ▶ utstrakt bruk av hverdagsrehabilitering
- ▶ økt satsing på velferdsteknologi
- ▶ ulike dag- og aktivitetstilbud
- ▶ rehabilitering
- ▶ strategisk bruk av korttids- og avlastningsopphold
- ▶ tilbud om bolig med heldøgns omsorg vil kunne redusere behov for sykehjem

### **Koordinerende enhet er en lovpålagt oppgave for kommunen**

Kommunene er pålagt å ha en koordinerende enhet jf. forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Koordinerende enhet skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Hvordan dette organiseres varierer. Mange legger denne funksjonen til de som også sitter med bestilling/-tildelingsansvar innen helse og omsorg. Forskriften peker på at koordineringsansvaret bør synliggjøres og være pådrivere for samhandling på tvers av fagområder, nivåer og sektorer. I Aremark ivaretas denne funksjonen av avdelingsleder i innen Styrket omsorg.

Rambøll gjennomførte i 2010 en undersøkelse på oppdrag fra Helsedirektoratet. Målet med undersøkelsen var å få frem faktorer og rammebetingelser som kunne ha betydning for god koordinering. En rekke faktorer pekte seg ut som viktige rammebetingelser for at enhetene skal kunne ivareta sin funksjon på en god måte:

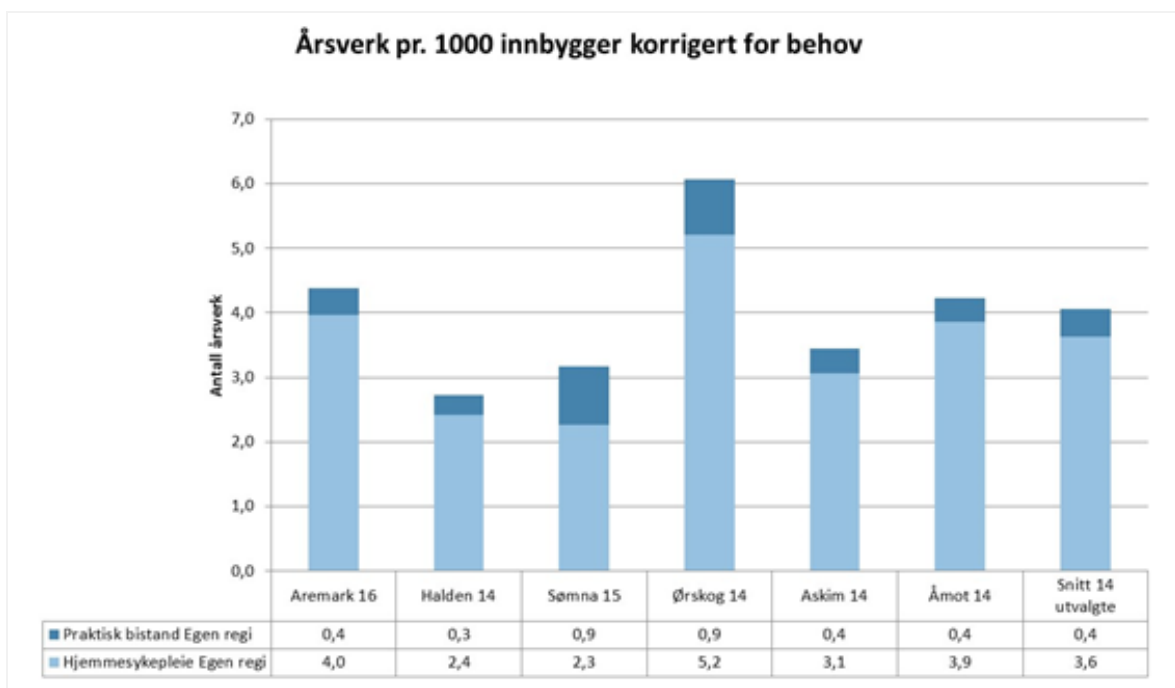
- ▶ God administrativ forankring
- ▶ Tydelig ansvarsfordeling
- ▶ Synlighet i organisasjonen
- ▶ Nedfelte prosedyrer og rutiner
- ▶ Samarbeid med spesialisthelsetjenesten
- ▶ Kompetanse
- ▶ Samarbeid med andre sektorer bør formaliseres

#### **4.7 Økt satsing på hjemmebaserte tjenester er nødvendig**

Gjennomgangen i Aremark har vist at det er relativt mange som mottar ulike hjemmetjenester. Kommunen uttaler selv at de strekker seg langt for å kunne ivareta brukernes behov i eget hjem. Utfordringer knyttet til lange reiseveier, manglende tilrettelagte hjem og høye forventninger til hva hjemmetjenesten skal yte, er daglige problemstillinger ansatte står overfor. Endret utskrivningspraksis og redusert liggetid i sykehuset gjør også sitt til at hjemmetjenesten opplever et økt press i tjenestene.

Analysen vår viser at Aremark ikke har satset like mye på hjemmebaserte tjenester som på institusjonstjenester. Alt tyder på at den kommunale hjemmetjenestens rolle og funksjon stadig blir viktigere. Dette henger blant annet sammen med føringene som er fremmet i samhandlingsreformen, samtidig som innbyggerne ønsker å kunne få bo hjemme, så lenge som de kjenner seg trygge i eget hjem.

Tilstrekkelig kapasitet, kompetanse og god organisering er nødvendig for å kunne ivareta brukernes behov for helse- og omsorgstjenester i hjemmet. I figuren under viser vi hvordan Aremark og andre kommuner prioriterer den ambulante hjemmetjenesten fordelt på årsverk til hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Figuren viser at Aremark er blant kommunene som har prioritert årsverk til ambulante hjemmetjenester høyt.



Figur 4-12: Årsverk i den ambulante hjemmetjenesten

Sammenligningen viser at det på kort sikt, bør være noe kapasitet i hjemmetjenesten til å kunne vri institusjonsbasert omsorg til mer hjemmebasert profil. På lengre sikt vil det være behov for å øke kapasiteten i hjemmetjenesten.

### **Kommunen bør samorganisere tjenester som ytes til hjemmeboende i en avdeling**

Hjemmesykepleien er samorganisert med institusjonstjenesten. Praktisk bistand/hjemmehjelp er underlagt avdeling Styrket omsorg. I analysen vår har vi spurt ansatte om hvordan de opplever dagens organisering. Over 70 % av informantene uttaler at de i liten grad opplever at hjemmetjenesten er organisert på en god og fremtidsrettet måte. Ansatte trekker frem utfordringer knyttet til arbeidspress (i perioder), fordeling av oppgaver, arbeidsflyt og profesjonsstrid mellom ulike faggrupper. Videre er det mange som uttaler at behov for ledelse ikke ivaretas godt nok og at dette påvirker den daglige fordelingen av oppgaver, daglige beslutningsprosesser og den rådende kulturen i avdelingen.

De færreste kommunen, selv ikke små kommuner har en slik deling av tjenester/oppgaver som den Aremark har valgt. De fleste kommunen velger å samorganisere tjenester i hjemmet under en hjemmetjeneste, og heller skille ut tjenester til institusjon. Større kommuner har gjerne en organisering ut fra brukergrupper. De færreste har en organisering som innebærer at ansatte jobber både på sykehjemmet og ute i hjemmetjenesten. Hovedbegrunnelsen er at det å jobbe på sykehjem/institusjon medfører en helt annen tilnærming og metodikk enn ute i hjemmetjenesten og at et skille her derfor er naturlig og nødvendig. Ansatte i Aremark gir uttrykk for at de trives med å kunne jobbe både ut og inne. Mange trekker frem dette som en viktig årsak til at mange trives i jobbene sine. Videre blir det også uttalt at denne organiseringen gjør at man kan tilpasse ressursene mer ut fra hvor behovene er størst. Andre peker på at denne organiseringen gjør det krevende å sikre nødvendig informasjon, opplæring og lik praksis.

*«Vi jobber ikke likt i hjemmesykepleien. En ansatt får bruker til å utføre selv og blir kanskje oppfattet som litt strenge. En annen ansatt utfører oppgavene for bruker- og blir oppfattet som snill. Vi vet bruker kan gjøre oppgavene selv, likevel gjør vi det ulikt».*

Ansatt i kommunen

Bakgrunnen for inndelingen i avdelinger var hovedsakelig knyttet til fordeling av årsverk. Målet var å ha likere lederspenn og å unngå at lederspennet til en av avdelingslederne ble for stort. Dersom lederspennet er for stort for en leder, vil det nesten alltid etablere seg subkulturer med uformelle ledere. Det betyr at et stort lederspenn kan tvinge frem et underliggende ledernivå som har ansvar for den daglige oppfølgingen av ansatte. Dersom leder ikke mestrer lederspennet, er det fare for at faglige og økonomiske avgjørelser tas av andre personer enn dem som har det formelle ansvaret. Uformell ledelse kan også få stor innvirkning på arbeidsmiljøet.

Videre anbefaler vi at stilling som psykiatrikoordinator i større grad bør sees i sammenheng med hjemmetjenesten. Årsaken er at brukere som mottar psykiatritjenester også ofte har hjemmetjenester. Gjennomgangen viser at man pr. i dag har noen utfordringer med å sikre informasjonsutveksling mellom tjenestene. Noen uttaler at man i større grad må samorganisere tjenestene. En samorganisering kan gjøre det enklere å sikre kompetanseoverføring og nødvendig informasjonsutveksling. Psykiatrikoordinator i Aremark er en deltidsstilling, ivaretatt av en ansatt. Det er en veldig sårbar situasjon. Dersom stillingen legges til hjemmetjenesten, samtidig som man gjennomfører tiltak for å øke kompetansen, vil sårbarheten kunne reduseres noe.

Med tanke på de demografiske utfordringene Aremark med tiden vil kunne stå overfor, vil god utnyttelse av ressurser i hjemmetjenesten, tilstrekkelig kompetanse og bruken av denne være avgjørende. Vurderingen vår er at det vil være klokt å samorganisere tjenester til hjemmeboende under en felles avdeling. Erfaring fra andre kommuner med tilsvarende organisering tilsier at man i større grad får til effektive arbeidsfordelinger, reduserer reisetid, bedre informasjonsflyt, samtidig som bruker får færre å forholde seg til. En inndeling som den vi anbefaler vil gi rundt 16 årsverk i hver avdeling, være godt innenfor anbefalt lederspenn og gjøre det mulig å ivareta oppgaver og forventninger og behov for ledelse.

Utviklingen stiller økte krav både til kapasitet og kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, hvor hjemmetjenesten spiller en avgjørende rolle. Det er ikke bare behov for personell med mer kompetanse, men delvis også med en annen kompetanse. Utviklingen stiller større krav til samarbeid og det er behov for innovasjon og utvikling av tjenestene i tråd med endrede behov. Det er oftere og oftere ikke lenger slik at en tjenesteyter alene kan levere de tjenestene brukerne trenger. Mange brukere har behov for flere tjenester samtidig og over lang tid. Det er derfor behov for mer teambasert tjenesteyting og en flerfaglig tilnærming for å ivareta behovene og for å skape helhet og kontinuitet. Et eksempel på dette er at brukere av hjemmetjenester i dag har mer krevende tilstander enn tidligere. De har derfor behov for flere helsetjenester og flere avanserte helsetjenester enn før. Det er ikke lenger tilstrekkelig med hjemmesykepleie for mange av brukerne. De har behov for flere legetjenester, mer fysioterapi og ofte også annen helse- og sosialfaglig kompetanse i tillegg til sykepleie. Dette utfordrer det etablerte skillet mellom helse- og omsorgstjenester i kommunene. Disse tjenestene må arbeide annerledes, de må samarbeide bedre og det kan være behov for nye organisatoriske løsninger som bedre reflekterer dagens og fremtidens utfordringer.

Aremark kommune strekker seg over et stort geografisk område. Det er derfor viktig at man finner hensiktsmessige, praktiske løsninger i det daglige som kan redusere behovet for antall besøk og kjøretid. Flere og flere kommuner opplever at det er behov for mer spisskompetanse i hjemmetjenesten og mange organiserer dette i ulike spesialiserte team. Dette vil være vanskelig å få til i Aremark. Men det er helt avgjørende at kommunen har tilgang på nødvendig kompetanse og at denne benyttes på en slik måte at den ivaretar innbyggernes behov og gjør det «trygt» å bli boende hjemme til tross for alvorlig sykdom.

### **Det er behov for høy tverrfaglig kompetanse i hjemmetjenesten og god organisering**

Nasjonalt er det en forventning om at innbyggerne i større grad skal ta ansvar for egen helse og at kommunene har en viktig funksjon i å sikre opplæring, forebygge og bistå slik at den enkelte kan opprettholde god helse og funksjonsnivå og bli boende i eget hjem lenge. Skal hjemmetjenesten fylle rollen sin, møte fremtidens behov for tjenester og gjøre det mulig å bli boende i eget hjem lengst mulig, er vurderingen at man må ha en hjemmetjeneste med tilstrekkelig kompetanse. Gjennomgangen viser at ca. 45 % av årsverkene som benyttes i hjemmesykepleien er sykepleiere. Dette ligger på nivå med hva vi finner i mange andre kommuner. Samtidig vet vi at flere kommuner har vesentlig høyere sykepleieandel. Erfaring fra andre kommuner er at det er lite å "spare" på å ansette ufaglærte istedenfor ansatte med fagkompetanse/høyskole. Erfaringene viser heller det motsatte. Stjørdal er et eksempel på en kommune med høy andel ansatte med høyskole – og med lave utgifter til pleie og omsorg. Hvordan kommunen organiserer tjenestene sine og anvender kompetansen er avgjørende. Robuste enheter, god organisering, arbeidsflyt, fagmiljøer og myndiggjøring av medarbeiderne er faktorer som har stor betydning.

## **4.8 Behovet for dag- og aktivitetstilbud vil øke**

Dagtilbud er et viktig tiltak for mange brukergrupper. Det å ha et godt dagtilbud, med tilstrekkelig kapasitet og tilgjengelighet, er tiltak som kan utsette behov for andre, tradisjonelle pleie- og omsorgstjenester.

Aremark har ikke dag- og aktivitetstilbud i egenregi. Innfor brukergruppen eldre og psykisk helse/rus har man ikke tilbud, da vurderingen er at det ikke er behov for slike tilbud. Kommunen erkjenner at dersom behovet oppstår vil dette være økonomisk utfordrende å få til. Innenfor brukergruppen psykisk utviklingshemmede kjøper man tilbud til de som er i behov av dette.

Analysene har vist at andel innbyggere over 67 år vil øke om ca. 10 år. Som følge av dette er det også forventet at andel innbygger med demenssykdom vil øke kraftig. Dette, sammen med en større andel eldre, tilsier at kommunen vil få behov for dag- og aktivitetstilbud.

Vurderingen er at dagtilbud er et viktig tilbud for at brukere skal kunne bo i eget hjem så lenge som mulig og for å unngå/utsette behov for tyngre tjenestetilbud. Dag- og aktivitetstilbud kan dermed benyttes aktivt som et ledd i å tildele tjenester etter BEON-prinsippet. Dagtilbudene kan ofte fungere som avlastning for pårørende, hvor bruker er avhengig av kontinuerlig tilsyn fra ektefelle eller annen omsorgsperson og utsette behov for institusjonstjenester.

I sin videreutvikling er det viktig at Aremark kommune har en strategisk tilnærming til bruken av de ulike tiltakene/tjenestene for å kunne ivareta prinsippene i BEON. Dag- og aktivitetssenter er et av flere tiltak kommunen må ha et bevisst forhold til. Behov for dag- og aktivitetstilbud for eldre uten tilleggsutfordringer som f.eks. utfordrende atferd mv. bør kommunen kunne ivareta i egenregi. Dag- og arbeidstilbud overfor øvrige brukergrupper bør kommunen ivareta gjennom et samarbeid med andre kommuner, eventuelt om man kjøper slike tilbud av andre. Vurderingen er at det ikke vil være mulig for Aremark å ha dag- og aktivitetstilbud for alle ulike grupper i egenregi. Dette både med tanke på kvalitet og økonomi.



#### **4.8.1 Aremark har flere turister med behov for helse og omsorgstilbud**

Aremark er et attraktivt feriemål og spesielt på sommeren øker innbyggergrunnlaget i kommunene. Økt press på tjenester i forbindelse med ferier kan være en utfordring, da ansatte i kommunale tjenester også er i behov av ferie og ofte ønsker å ha sin ferie i de perioder antall "innbyggere" i kommunen øker. Kommunen opplyser at de opplever noe etterspørsel etter tjenester fra turister som ferierer i kommune, men tror at dette kan øke ettersom det er antatt at turismen vil øke. Dette er forhold kommunen må ta hensyn til. Særlig gjelder dette avvikling av ferie og utarbeidelse av ferieturnus.

#### **4.9 Kommunen mangler tilbud som omhandler boliger med mulighet for heldøgns omsorg**

Aremark har ett sykehjem. Sykehjemmet er fra 1960-tallet og ble restaurert i 2000. Servicebygget ble bygd som et tilbygg i 1988. Sykehjemmet rommer 21 institusjonsplasser og 7 hybler/serviceleiligheter.

En gjennomgang av Rambøll våren 2017 viser at utbedringsbehovet er estimert til ca. 30 mill. kr. Hovedvekten av dette er knyttet til servicefløyen, det vil si ikke der kommunen pr. i dag har institusjonsdrift men hvor hyblene er lokalisert. I dette regnestykket er det også lagt inn sprinkling av sykehjemmet.

Aremark har flere kommunale boliger som leies ut. Noen boliger leies ut til eldre med behov for helse- og omsorgstjenester. Kommunen har ikke egne omsorgsboliger hvor det tilrettelegges med heldøgns omsorg. Brukere som er i behov av slike tjenester har enten tilbud i sykehjem (eldre), eller kommunen har kjøpt tilbud. I noen tilfeller er dette håndtert ved å innvilge brukerstyrt personlig assistanse (BPA).

De 7 hybler på sykehjemmet blir benyttet av personer som er i behov av noe mer helse- og omsorgstjenester enn hva den ambulante hjemmesykepleietjenesten kan ivareta. Hyblene blir beskrevet som lite egnet for formålet. Årsakene som oppgis er hyblenes utforming, størrelse, beliggenhet i huset og standard på leilighetene og bygget generelt.

#### **Kommunene er i behov av en helhetlig boligpolitikk**

I mange kommuner er det vanlig å se heldøgnsstilbudet i sammenheng med andre botilbud til eldre. Mange kommuner har erfart at sentrumsnære boliger kan være attraktive for personer over 50 år. I slike leiligheter kan det være lettere å møte alderdommen enn i eneboliger som ligger mer i utkanten av kommunen. Fordelen for kommunen med slike boliger på det private markedet, er at de reduserer behovet for utbygging av boliger i kommunal regi og de kan legge grunnlag for mer rasjonell drift av hjemmetjenestene.

Vi anbefaler at kommunens boligplanarbeid innebærer at «alle» aldersgrupper ivaretas, særlig med tanke på at andel eldre vil øke dramatisk. Det er viktig at kommunen legger til rette for at private utbyggere som bygger sentrumsnære leiligheter blir oppfordret til å bygge såkalte «plussboliger» med tilrettelagte fellesarealer mv og i nærheten av butikk. Det nasjonale flyttemønsteret viser at dagens 50-åringere i stadig større grad kjøper sentrumsnære leiligheter med formål om å kunne bli boende i eget hjem lengst mulig.

#### **Kommunene er i behov av differensierte omsorgsboliger for å kunne ivareta innbyggernes behov for helse- og omsorgstjenester**

Gjennom vårt arbeid med en rekke kommuner har vi laget en rangering av omsorgsboliger ut fra fire ulike nivå, vist i tabellen under.

Tabell 4-3: Fire nivåer for bistand i ulike type boliger, modell Agenda Kaupang

Nivå/behov for bistand	Type bolig	Tilbud av tjenester	Bemanningsløsning
<b>Nivå 1:</b> Lavt behov for bistand	Private hjem og «plussboliger»	Forebyggende tjenester, hjemmetjenester og medisinsk oppfølging	Ambulant bemanning fra sentral base
<b>Nivå 2:</b> Noe behov for bistand	Private hjem, omsorgsboliger, «plussboliger»	Hjemmetjenester, korttidsopphold og medisinsk oppfølging	Ambulant bemanning fra sentral base
<b>Nivå 3:</b> Middels behov for bistand	Tilrettelagte omsorgsboliger og private hjem «plussboliger»	Hjemmetjenester, korttidsopphold og medisinsk oppfølging	Base i samme bygg med bemanning hele eller deler av døgnet
<b>Nivå 4:</b> Omfattende behov for bistand	Omsorgsboliger med heldøgns omsorg og sykehjem	Intensiv pleie og omsorg	Døgnbemanning

For kommunen er det viktig at man har tilgang på det som kan kalles «bemanningsvennlige boliger». Det bør være mulig å etablere baser i boliger hvor det er mange eldre med middels behov for bistand (nivå 2 og nivå 3). Bemanningen av boligene bør tilpasses utviklingen av behovet for tjenester for beboerne i boligene. Behovet avgjør blant annet om det trengs bemanning hele eller deler av døgnet.

Aremark kommune har 7 «serviceleiligheter» eller hybler. Beboernes behov for helse- og omsorgstjenesten ivaretas hvoedsaklig av ansatte ved Fosbykollen sykehjem og hjemmesykepleie. Serviceleiligheter/hyblene er lokalisert på sykehjemmet. Vår vurdering er at disse utgjør nivå 2 og 3 som omtalt i tabellen over.

Kommunen har ytterligere 28 boliger som ligger i området rundt sykehjemmet og som i hovedsak tildeles eldre og innbyggere med behov for helse- og omsorgstjenester. En av boligene her er tilknyttet en serviceleilighet, de øvrige er ordinære utleieleiligheter.

Gjennom samtaler med ansatte og intervju er det kommet frem at kommunen mangler boliger beskrevet som nivå 4 i tabellen over. Det vil si boliger hvor man har tilgang på tilsyn og bistand hele døgnet, men som allikevel er et lavere nivå enn en sykehjemsplass. Flere uttaler at de har pasienter på sykehjemmet som kunne klart seg i en tilrettelagt omsorgsbolig med stedlig bemanning. Skal Aremark klare å yte differensierte helse- og omsorgstjenester i tråd med BEON-prinsippet, er vurderingen vår at kommunen også må sikre at innbyggere med behov for heldøgns omsorg utenfor institusjon, får dette. Det medfører at boliger med mulighet for heldøgns omsorg må være et av tiltakene som kommunen utreder videre. Vi kommer nærmere inn på dette i kapittelet hvor vi viser ulike handlingsalternativer for utviklingen innen institusjonstjenesten.

## 4.10 Innbyggere med behov for institusjonstjenester skal fortsatt få dette

Tjenester i institusjon er knyttet til personer med omfattende behov for helse- og omsorgstjenester som ikke kan ivaretas i hjemmet. Sykehjemstjenesten reguleres av ulike lover og forskrifter som stiller krav til faglig forsvarlighet, kvalitet og brukermedvirkning. De viktigste er:

- ▶ Helse- og omsorgstjenesteloven
- ▶ Pasientrettighetsloven
- ▶ Helsepersonelloven

► Folkehelseloven

Aremark har pr. i dag 21 plasser i institusjon, fordelt på flere etasjer og fløyer. 16 av plassene beskrives som egnet for formålet. De øvrige rommene som er lokalisert i 1. etasje og de tre som ligger i servicefløyen vurderes av ledelsen og ansatte som lite egnet for sykehjemsdrift. Kommunen oppgir at de hovedsakelig benytter 16 plasser. Data fra KOSTRA viser at Aremark i gjennomsnitt benyttet 15,97 plasser.

Hovedvekten av plassene er knyttet til langtidsplasser. I tillegg er det avsatt egne plasser til mennesker med demens, i tillegg til korttid/rehabilitering og kommunal øyeblikkelig hjelp-seng (sistnevnte kjøper kommunen av Halden).

### Høy pleiefaktor gir høye enhetskostnader

Aremark har høye utgifter til institusjon. Dette må sees i sammenheng med kommunens dekningsgrad og enhetskostnader. Analysen vår har vist at utgifter innen institusjon har økt i Aremark og at andelen som benyttes innenfor pleie og omsorg til institusjon er høy. I tillegg har kommunen høye utgifter til sykehjemslokaler. Analysene våre har vist at utgiftsnivået må sees i sammenheng med mange kvm pr. plass.

Utgifter pr. sykehjemsplass er høy. Hovedvekten av utgiftene er også her knyttet opp mot årsverkene som benyttes for formålet. Aremark ligger noe høyt når vi ser på antall årsverk i bemanningsplan i forhold til antall institusjonsplasser, det vil si høy pleiefaktor. Vi har foretatt beregninger av pleiefaktor ved sykehjemmet i Aremark kommune. I tabellen nedenfor viser vi pleiefaktoren ved sykehjemmet, fordelt på de to avdelingene og samlet.

Tabell 4-4: Bemanningsfaktor fordelt på avdelinger

Avdeling	Plasser	Årsverk ut fra bemanningsplan, nattevakt	Pleiefaktor (basert på bemanningsplan) <sup>9</sup>
"Sykehjems-avdeling" (Plasser i bruk)	10	11,4	1,14
Demens	6	6,8	1,13
Samlet institusjon, 16 plasser i bruk	16	18,2	1,14

Det som har mye å si for pleiefaktoren, er størrelsen på avdelingene og antall årsverk i turnusen. Erfaringen er at avdelinger under 12 sengeplasser er kostbare og pleiefaktoren i disse avdelingene er høyere grunnet behovet for et minimum antall personer til stede på de ulike vaktene. Aremark har avdelinger som utgjør henholdsvis 6 og 10 plasser. Det tilsier at begge avdelingene er av en slik størrelse at det kan være vanskelig å få til effektiv drift. Stor grad av samdrift mellom avdelingene veier imidlertid noe opp for smådriftsulempene. Institusjonstjenesten er fordelt på flere etasjer, hvor 2 rom ligger i 1. etasje og 3 rom ligger i samme etasje, men med en lang korridor og brannør imellom. Når plassene ikke ligger i tilknytning til ordinær drift gjøre dette at det blir vanskelig å sikre effektiv drift- og god ressursutnyttelse.

Av tabellen ovenfor fremgår det at bemanningsfaktoren, samlet for sykehjemmet, er 1,14 når man tar utgangspunkt i plasser i bruk. Aremark har oppgitt at de hovedsakelig kun benytter 16 plasser, men at de kan øke med ytterligere 5 plasser innenfor dagens bemanning. Legger vi dette til grunn reduseres bemanningsfaktoren til 0,87 samlet. Pleiefaktoren er relativ lik på de to avdelingene.

<sup>9</sup> Når vi beregner pleiefaktor, tar vi utgangspunkt i den planlagte bemanningen og antall plasser avsatt til formålet. Samtidig legger vi inn antall årsverk totalt pr. avdeling, inkludert natt, men eksklusiv leder

Agenda Kaupangs sammenligningsgrunnlag fra andre kommuner gjennom flere år, viser at pleiefaktor ved somatiske langtidsplasser normalt ligger mellom 0,78 og 0,85 og at pleiefaktor for demensplasser og korttidsplasser normalt ligger mellom 0,85 og 0,95. Vi vil imidlertid presisere at pleiefaktoren varierer etter type spesialenheter som er i sykehjemmene. Aremark har en blanding av ulike plasser. Pleiefaktoren må gjenspeile dette. Sammenlikner vi sykehjemsavdelingen med en tilsvarende sykehjemsavdeling i Tinn kommune, ser vi at de har 6 ansatte på dagtid i ukedager, fordelt på 15 plasser. I Aremark er tilsvarende tall 5 ansatte, fordelt på 10 plasser. Basert på dette kan det se ut som om sykehjems plassene i Aremark har en høyere pleiefaktor enn det man ser andre kommuner legger seg på.

Dersom kommunen på kort sikt må redusere utgiftene må man videreføre praksisen sin om ikke å benytte flere enn 16 plasser. Dette samtidig som kommunen iverksetter tiltak for å tilnærme seg pleiefaktoren vi ser flere andre kommuner ligger på. Det kan man f.eks. gjøre ved å redusere antall vakter på dag i hverdager på sykehjemsavdelingen fra 5 til 3 (lik helg). Da vil bemanningsfaktoren reduseres fra 1,14 til ca. 0,93 og fortsatt ligge over bemanningsfaktoren vi ser i andre kommuner. Reduksjonen vil kunne gi en reduksjon på ca. 2 årsverk – estimert til ca. 1,2 mill. kr.

Demensavdelingen med 6 plasser vurderes å ha stor grad av smådriftsulemper. Årsaken er knyttet til antall plasser. Gjennomgangen har vist at det er samdrift med både hjemmesykepleien og sykehjemsavdelingen for å ivareta behov for effektive turnusløsninger og behov for kompetanse ulike tider av døgnet. Bemanningsplanen og utmålt pleiefaktor ligger høyt når vi sammenlikner med andre. For å illustrere dette kunne kommunen økt med ytterligere 2 plasser her uten at pleiefaktoren hadde kommet under det vi ser at andre kommuner har på slike plasser. Et annet alternativ kan være å redusere noe på bemanningen, f.eks. på kveld. Å foreta en reduksjon i bemanningen er krevende. Bemanningsplanen på demensavdelingen innebærer at man er 2 på dag og 2 på kveld. Dersom man skal redusere i bemanningen her, vil det innebære at ansatte må jobbe alene på vakt og ha ansvar for 6 personer. Vi har sett at kommuner som har avdelinger med 6 pasienter knyttet til demens har 2 på dagtid og en på ettermiddag kveld. For Aremark ville en slik reduksjon medført behov for ca. ett årsverk mindre og kunne gitt en økonomisk effekt på ca. 600 000 kr. Kommuner som har dette har etablert tett samarbeid med andre avdelinger. Skal kommunen kunne redusere utgiftene her fordrer det at de to avdelingene på sykehjemmet sees på som en avdeling og hvor ansatte jobber mer på tvers. En slik organisering kan fungere, men den kan også være uheldig med tanke på brukergruppen på demensavdelingen som gjerne trenger stabilitet.

### **Høy andel sykepleiere i institusjonstjenesten**

Når det gjelder andel ansatte med høyskole i sykehjemmene, er vår erfaring at dette varierer mellom kommunene. Vanligvis ligger denne mellom 20–25 %. I Aremark ligger denne høyt, med over 37 % (bemanningsplan).

Det å ha tilstrekkelig antall sykepleiere er viktig og en forutsetning for å ivareta brukere med omfattende behov i sykehjem og unngå uhensiktsmessige innleggelse i sykehus. God kompetanse kan medføre at man samlet sett reduserer behov for antall årsverk.

Det er i møte med den enkelte pasient at opplevelser rundt kvalitet oppstår. Hvordan man møter pasienten, hvordan man ivaretar ressursene og bistår pasienten er helt avgjørende for hvordan møtet og kvaliteten oppleves. Pasienter ved sykehjemmet er forskjellige. De har forskjellige behov, men behovet for å bli sett og møtt som et helt menneske er felles. Tilstrekkelig kompetanse og organiseringen av denne, er en viktig faktor for å sikre effektive tjenester med kvalitet. I tillegg til tilstrekkelig sykepleiekompetanse, er det også behov for økt tverrfaglighet. Det gjelder både andre høyskolegrupper, men også fagskoleutdannet personale.

## Vaskeritjenester

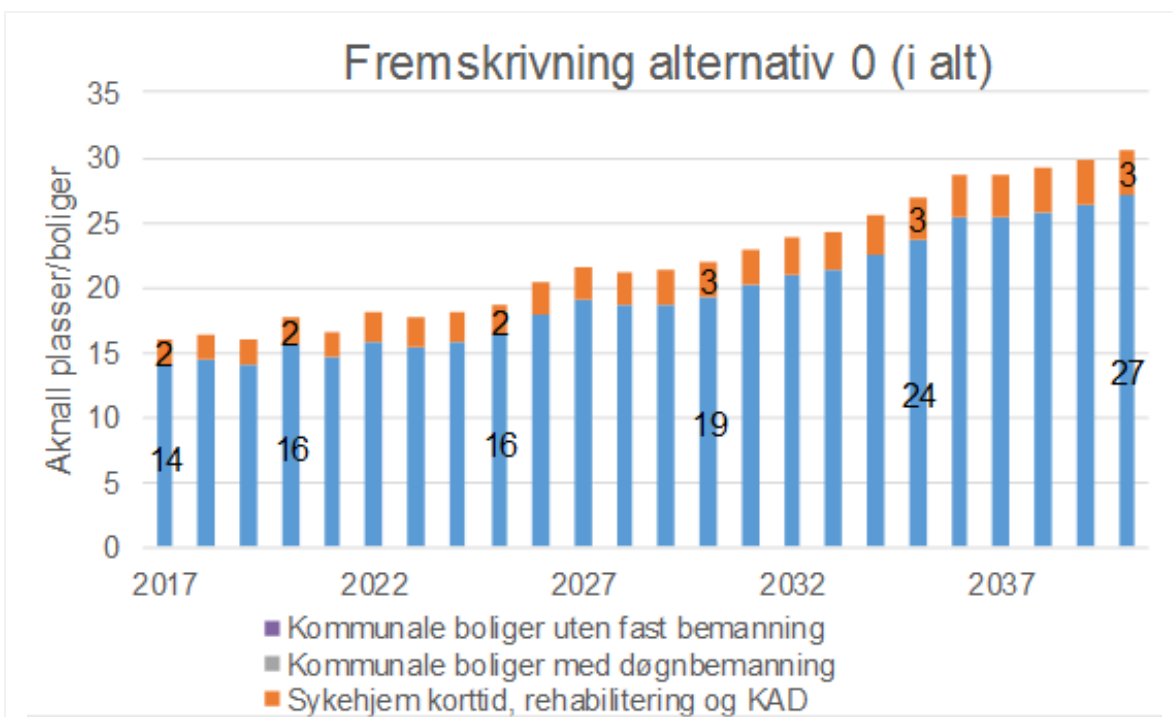
Kommunen har hatt et eget vaskeri lokalisert i underetasjen på sykehjemmet. Det var avsatt 0,45 årsverk til dette og tjenesten var i drift 3 dager pr. uke. Våren 2017 ble tjenesten lagt ut på anbud og det ble inngått avtale med en leverandør om vaskeritjeneste. Endringene trådte i kraft september 2017.

## Kjøkken

Vi har i denne rapporten ikke gått gjennom drift og organisering av kjøkken. Vår gjennomgang kan tyde på at lokaliseringen av kjøkkenet på Fosbykollen er viktig. Kommunens tilbud om matombringing til kommunens innbyggere er et viktig tiltak i kommunens omsorgstilbud. Ernæring er et område som ikke må undervurderes. Vår gjennomgang viser at kommunen opplever at kjøkkentjenesten har en verdi ut over å levere god og ernæringsrik mat, og at den slik den blir beskrevet, har en viktig og sentral rolle i forhold til å komplementere og utgjøre en faktisk tjeneste på lavt nivå innen kommunens omsorgstrapp.

## Aremerk skal fortsatt ha noe sykehjemsdrift. Behov for spesialplasser som f.eks. skjermet demens, korttid- og rehabiliteringsopphold bør kommunen kjøpe av andre/samarbeide med andre om å ivareta

Våre analyser viser at plassene som pr. i dag blir benyttet på sykehjemmet vil være tilstrekkelig i rundt ti år til. Men dersom kommunen opprettholder dagens tildelingspraksis og dekningsgrad (19,4) vil det i 2040 være behov for ca. 31 institusjonsplasser, jf. figuren under.



Figur 4-13: Beregnet behov for plasser med heldøgns bemanning 2017–2040 med dagens dekningsgrader for tre aldersgrupper

Dersom kommunen løser behovene for plasser med heldøgns bemanning med økt bruk av institusjonsplasser, vil ikke dette være bærekraftig. Det vil heller ikke være i tråd med hovedprinsippene i samhandlingsreformen eller BEON-prinsippet.

## Alternative løsninger for å ivareta innbyggernes behov for heldøgntilbud

Alternativ 0 som beskrevet over, anbefales ikke. Skal kommunen ha en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste og ivareta et økende antall eldre er kommunen helt avhengig av mer differensierte tjenester og flere tiltak for å sikre at den enkelte kan ta større ansvar for egen helse og bli boende hjemme så lenge som mulig. Dersom kommunen løser fremtidens behov for helse og omsorg ved å opprettholde dagens dekningsgrad og kun løse dette ved å ha sykehjemsplasser, vil det være lite penger igjen til tjenester lavere ned i omsorgstrappen.

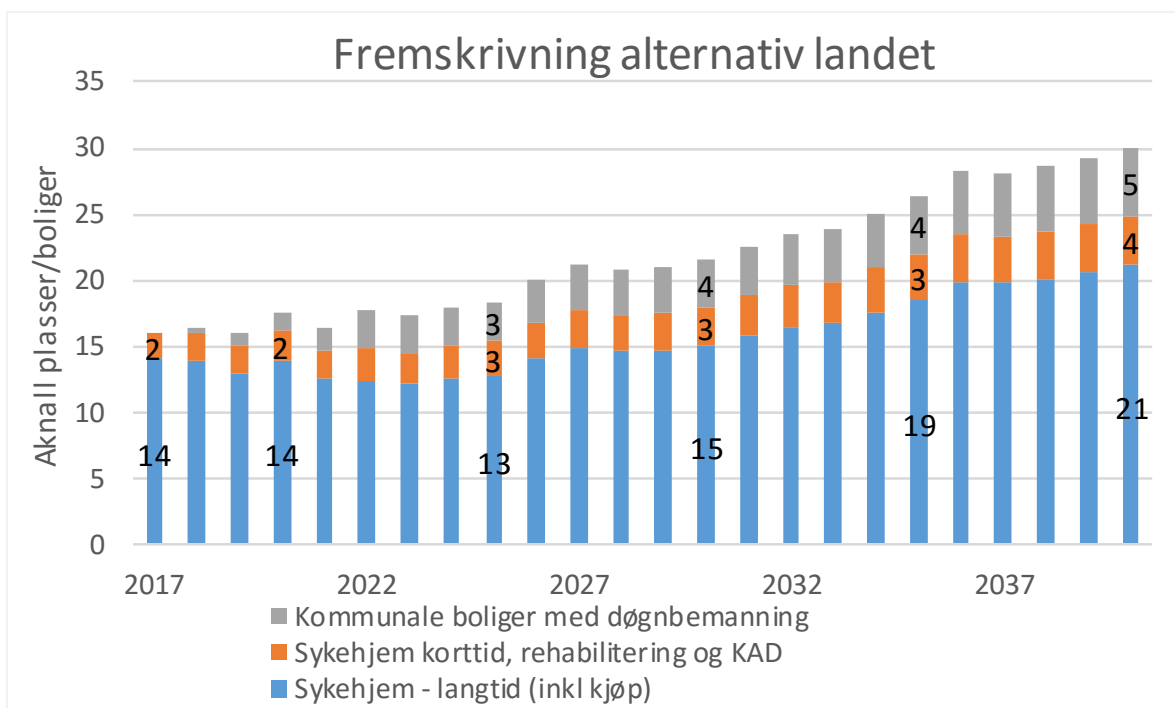
På bakgrunn av dette legger vi her frem to alternativ for hvordan kommunen kan løse behovet for plasser i sykehjem. I alternativene inkluderes også boliger med mulighet for heldøgns omsorg. Aremark har ikke slike botilbud og flere har påpek at dette fører til at man tildeler institusjonsplass før behovet for slike plasser er til stede. Erfaring fra andre kommuner er at boliger med mulighet for heldøgns omsorg er et viktig tiltak i omsorgstrappen, og brukt riktig, kan dette være et bedre tilbud til en lavere kostnad. Omsorgsboliger med mulighet for heldøgns omsorg og styrket hjemme-tjenester er et viktig tiltak for å redusere presset på institusjon.

Også denne framskrivningen bygger på fremskrevet befolkning i kommunen for aldersgruppene under 67 år, 67–79 år og over 80 år. For de to yngste aldersgruppene er det lagt til grunn konstante dekningsgrader i årene fremover. Antall plasser er beregnet ved å multiplisere dekningsgrader og antall personer i de tre aldersgruppene.

For gruppen over 80 år er det lagt til grunn tre alternative dekningsgrader:

- ▶ *Alternativ 0 «En videreføring av dagens praksis»:* Utgangspunktet er dekningen i 2017. Alternativet er ment som en referanse for et eller flere alternativer med endret praksis. Resultatene er beskrevet over.
- ▶ *Alternativ 1 «Som landet»:* Her legger vi til grunn en samlet dekning for korttids- og langtids-plasser i sykehjem på 13,2 % i 2022. For boliger med døgnbemanning er det lagt til grunn en dekning på 3,3 % i 2022. Det samlede nivået for døgntilbudet blir omtrent på linje med det som er vanlig i resten av landet.
- ▶ *Alternativ hjemmetjenestemodell:* Her legger vi til grunn en samlet dekning for korttids- og langtids-plasser i sykehjem på 10 % i 2022. For boliger med døgnbemanning er det lagt til grunn en dekning på 5 % i 2022. Det samlede nivået for døgntilbudet blir omtrent på linje med det som er vanlig i resten av landet.

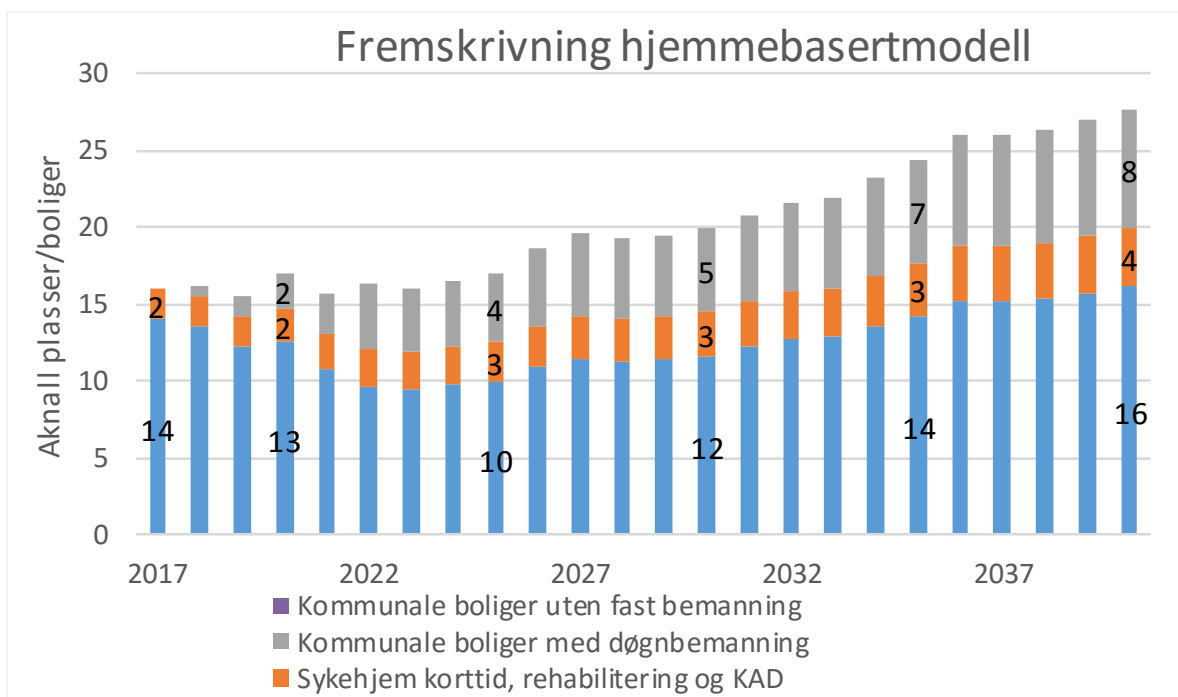
I alternativ 1 «Som landet», vist i figuren under, ligger det inne at kommunen både har sykehjems-/institusjonstjenester og tilbud om bolig med mulighet for heldøgns bemanning.



Figur 4-14: Framskrivning av samlet behov for plasser basert på gjennomsnitt for landet

Figuren viser at dersom Aremark legger snittet for landet til grunn vil behovet for ulike plasser øke som følge av demografi. Behovet for sykehjemsplasser vi ikke ha samme økning som en videreføring av dagens praksis vil ha (alternativ 0). Figuren viser at dersom dette skal være mulig vil kommunen være i behov av boliger med mulighet for heldøgns omsorg i tillegg. Det er lagt inn at det vil kunne ta noe tid før kommunen kan ha slike plasser.

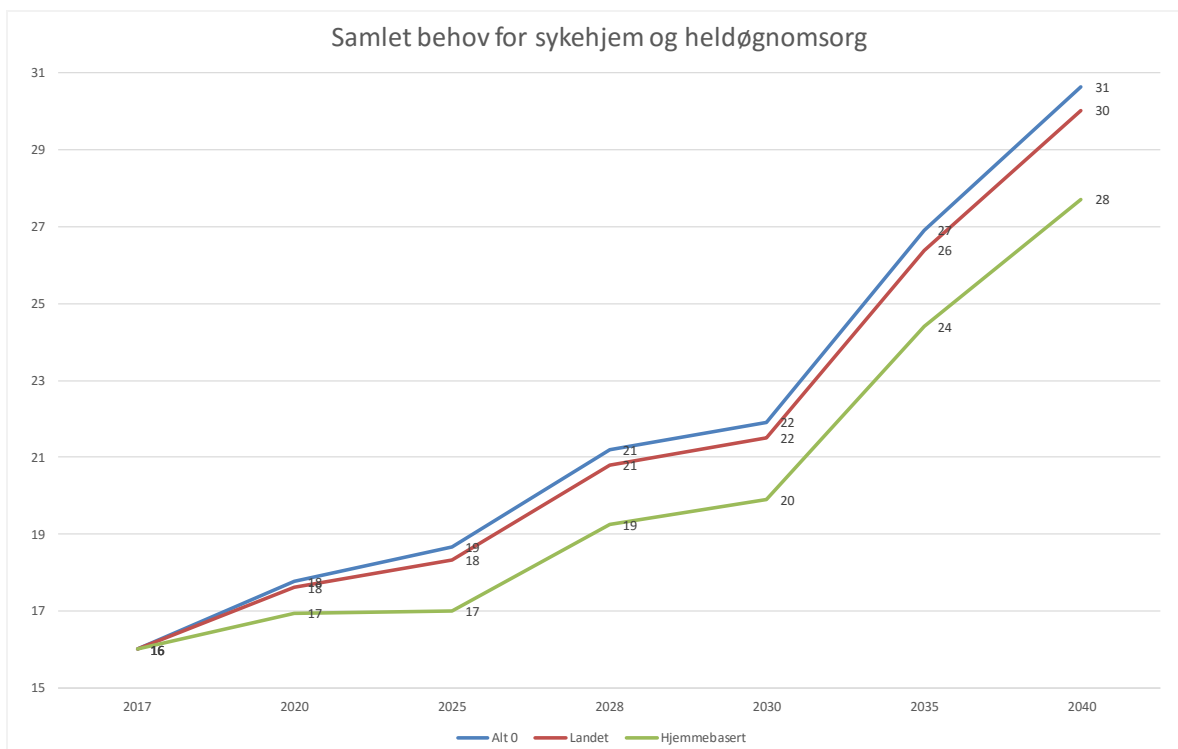
I figuren på neste side har vi lagt til grunn en enda sterkere satsning på hjemmebasert omsorg. Framskrivningen er basert på erfaringer fra kommuner som gjennom år har satset på hjemmetjenesten, både i form av ressurser og kompetanse. Dette fordrer at kommunen tilrettelegger for at flere får sine behov for helse- og omsorgstjenester ivaretatt i eget hjem og institusjonstjenester kun benyttes for langtidsopphold for de som ikke kan ivaretas i eget hjem eller i bolig med heldøgns tjenester. I tillegg skal institusjonsopphold omhandle målrettet korttid- og rehabiliteringsopphold, og avlastning.



Figur 4-15: Framskrivning av behov for plasser basert på gjennomsnitt for landet, 80+

Figuren over viser at dersom man legger til grunn en mer hjemmebasert modell, vil behov for institusjonsplasser ligge på eller under dagens nivå (16) frem mot 2034. Etter dette er det forventet at behovet for institusjonsplasser vil øke. Behovet for bolig med mulighet for heldøgns omsorg vil også øke utover i perioden.

Resultatene av de ulike beregningene for utviklingen i døgn tilbudet er vist i figuren under.



Figur 4-16: Utvikling i behov for heldøgns omsorg



Figuren på forrige side viser at det ikke er store forskjeller i behovet for plasser totalt sett. Det handler mer om ulike måter å ivareta behovene. Men som figuren viser vil modellen som legger til grunn en mer hjemmebasert praksis medføre behov for færre plasser i sykehjem og boliger med heldøgns omsorg enn de øvrige alternativene.

Ved inngangen til 2017 var det 16 personer i Aremark som hadde et tilbud med bemanning hele døgnet. Alle personene fikk tilbud i sykehjemmet. Analysene våre har vist at dette også var gjennomsnittet for 2016. I alternativ 0 «*Dagens praksis*» øker behovet til knapt 19 personer i 2025 og knapt 31 personer i 2040. I alternativet «*Som landet*» vil behovet ligge noe lavere, med relativ lik utviklingen i behov samlet sett. Forskjellen er at man i større grad differensierer omsorgstilbudet ved også å tilrettelegge med boliger med mulighet for heldøgns bemanning. Analysen viser at det i 2025 vil være 16 personer som vil være i behov av institusjon og 3 vil være i behov av bolig med heldøgns tjenester. I 2040 vil det være 25 brukere i institusjon og 5 i bolig med heldøgns tjenester. Legger man til grunn en mer hjemme-orientert modell vil det være 13 personer med behov for sykehjem i 2025 og 4 i bolig med heldøgns tjenester. Frem mot 2014 vil behovet for institusjonsplasser øke til 20 og det vil være behov for 8 bolig med heldøgns tjenester.

*Konklusjon:* De fleste ønsker å kunne bo i sitt eget hjem og å være herre i eget hus så lenge som mulig. Kommunens viktigste rolle er derfor å legge til rette for at så mange som mulig skal kunne bo i sitt eget hjem, eller en tilpasset bolig, så lenge som mulig. Strategier for å lykkes er at eldre skal mestre eget liv og få hjelp når de trenger det, hele livet. Sykehjemsplass skal være en del av det kommunale omsorgstilbudet, men kun for dem som trenger det. Å være beboer på et sykehjem innebærer en sterk inngripen i den enkeltes privatliv. Det er ikke slik at alle ønsker seg en sykehjemsplass når helsen begynner å svikte.

Aremark bør i årene fremover satse på å gi gode hjemmetjenester, slik at behovet for plasser på sykehjem kan holdes på et lavt nivå. Lykkes kommunen med denne strategien, vil alternativet «*hjemmebasert praksis*» være et realistisk alternativ som kan legges til grunn for videre planlegging. Behovet for plasser holder seg relativt stabilt frem mot 2025, med noe økning fra 2025 og ut mot 2040.

Vi anbefaler ikke at kommunen bygger ut kapasiteten ved sykehjemmet, men at man heller søker å løse nye behov ved å samarbeide med andre kommuner eller kjøpe plasser av andre kommuner. En mulighet er at kommunen selv tar ansvar for de ordinære langtidsplassene og at det inngås samarbeid med andre om plasser som er i behov av mer spesialisert omsorg og rehabilitering. Vurderingen er at slike tilbud er for kostnadskrevenende å ivareta i egenregi for kommuner på størrelse med Aremark. Spesialplasser som omtalt her krever høy faglig tverrfaglig kompetanse og etterhvert avansert medisinsk utstyr, noe som kan være vanskelig å sikre i en kommune på Aremark sin størrelse. Kommunen har dermed både mulighet til å redusere utgiftene og til å øke kvaliteten/dimensjoneringen av disse tilbudene.

Dersom Aremark kjøper sykehjemsplasser av f.eks. Halden, vil behovet for institusjonsplasser i egenregi falle. Kommunen bør da se om man kan omgjøre fløyen, som pr. i dag benyttes til institusjon for mennesker med demenssykdom, til boligformål. På denne måten kan man unngå å måtte rehabilitere, bygge ut eller gjennomføre omfattende ombygging av servicefløyen ved sykehjemmet. Gjennomgangen fra Rambøll fra våren 2017 viser at Fosbykollen sykehjem har et rehabiliteringsbehov på ca. 30 mill. kr, hvor hovedvekten av utgiftene er knyttet til rehabilitering av servicefløyen hvor hyblene/serviceboligene er lokalisert. Vår vurdering er at kommunen ikke har økonomi til å gjøre alt dette. Hadde kommunes økonomiske situasjon vært annerledes ville man kunne anbefalt kommunen å restituere servicebygget og å omgjøre dette til boliger med heldøgns omsorg. Ettersom vurderingen er at kommunens økonomiske situasjon ikke tillater slike store investeringer, er anbefalingen at kommunen ikke rehabiliterer servicefløyen, men at kommunen i det videre arbeidet foretar en konsekvens- og kostandskalkyle på å rive denne delen.

En endring av plassene fra institusjonsplasser (demensavdelingen) til omsorgsboliger med heldøgns omsorg vil kunne være et tiltak for å sikre mer differensierte tjenester. Dette fordrer at kommunen styrer hvilke brukere som får tilbud her og at bemanning planlegges ut fra at dette skal være et tilbud på et lavere nivå enn sykehjemsplass, til en lavere enhetskostnad. Flere kommuner benytter følgende «tommelfingerregel»: En sykehjemsplass skal i gjennomsnitt koste 900 000 kr pr. år. En plass i omsorgsbolig skal koste gjennomsnittlig 700 000 kr pr. år. Dersom man legger dette regnestykket til grunn for Aremark ville en endring av 6 plasser medført et potensiale for å redusere utgiftene. Ettersom enhetskostnaden i Aremark er 200 000 kr dyrere enn «tommelfingerregelen» nevnt over, viser dette at det absolutt er et potensial for å redusere utgiftene.

På kort sikt vil Aremark kunne oppnå økonomisk effekt dersom en reduserer pleiefaktoren på avdelingen og opprettholder dagens dekningsgrad. For å møte fremtidens behov for flere plasser med heldøgnsomsorg, anbefales det at kommunen inngår samarbeid med f.eks. Halden kommune om kjøp av spesialplasser f.eks. skjermet demens, i tillegg til korttidsopphold, og rehabilitering mv.

#### **4.11 Kommunen vil få større ansvar for å ivareta helse- og omsorgstjenester overfor mennesker med psykiske- og rusrelaterte helseplager**

Utfordringen innen psykisk helse er at kommunen i langt større grad vil få ansvar for å ivareta behov for bistand, behandling og oppfølging. Analysen viser at Aremark har en del brukere i denne gruppen og at Aremark samarbeider med Halden om tilbudene til disse.

Utgiftene til tjenester ført under pleie og omsorg i KOSTRA innen psykisk helse og rus var høye i 2016. Hovedårsaken er at kommunen hadde et ressurskrevende tiltak. Tiltaket ble avsluttet i 2016.

Hovedvekten av informantene vi snakket med, rundt 65 %, gir uttrykk for at de ikke har kjennskap til om dagens tilbud innen psykisk helsearbeid og rus er hensiktsmessig organisert og dimensjonert. Mange peker på at tilbudet er lite og at det mangler tjenester for å ivareta dagens og fremtidens behov. Mange beskriver dagens organisering som lite formålstjenlig og sårbar. Flere uttaler at hjemmesykepleien og Styrket omsorg yter tjenester til denne målgruppen og at psykiatrikoordinatorstillingen med fordel kunne vært samorganisert med disse tjenestene for bedre å sikre nødvendig samhandling og kompetanseoverføring, samt å redusere sårbarheten.

Gjennomgangen vår har vist at kommunen har noe lavere andel brukere som mottar støttekontakt, fritidstilbud og dag-/aktivitetstilbud enn sammenligningskommunene. Videreutviklingen av tjenestetilbudet bør fokusere på aktiviteter som fremmer helse og mestring. Lavterskeltilbud som f.eks. tiltak i regi av Friskliv og mestring, KID-kurs etc., bør prioriteres.

Aremark er en liten kommune og vil ikke alene kunne ivareta denne brukergruppens behov for helse- og omsorgstjenester. Samarbeid med andre kommuner og eventuelt kjøp av tjenester om de mest ressurskrevende tjenestene vil også være nødvendig fremover. Samtidig bør kommunen se på hvordan de kan ivareta øvrige tjenester som f.eks. hjemmetjenester, praktisk bistand mv. Dagens organisering hvor ansvaret er fordelt på flere funksjoner som ikke er samorgansiert vurderes som sårbart og lite fremtidsrettet. Det kan tyde på at kommunen mangler en enhetlig strategi for denne målgruppen. Oppgaver innenfor pleie og omsorg er fordelt på flere roller/-tjenesteområder og vurderes å være svært personavhengige. Kommunen er i et krysspress hvor man på den ene siden må tilpasse seg nye økonomiske rammer, samtidig som en skal ivareta økte og endrede behov for helse- og omsorgstjenester for denne brukergruppen. Dette vil kunne omhandle alt fra ambulante tjenester i hjemmet, behandling, dag- og aktivitetstilbud, fritidstilbud og heldøgnsstilbud. Vurderingen er at Aremark ikke alene vil kunne ivareta dette. Det vil ikke være økonomisk bærekraftig om kommunen skal ha slike tilbud i egenregi. Et samarbeid med andre vil

være nødvendig. I tillegg vil det være nødvendig å se på hvordan man bedre kan utnytte kompetansen og ressursene som pr. i dag benyttes for dette formålet.

#### **4.12 Kommunen har få brukere innen helse- og omsorgstjenesten knyttet til brukergruppen mennesker med psykisk utviklingshemming mv., men brukergruppen vil øke**

Innenfor målgruppen psykisk utviklingshemmede, viser analysen at kommunen har få brukere. Utgiftene til barn og unge innenfor gruppen utviklingshemning ligger på et mellomnivå i sammenligningen. Utgifter til de over 18 år er lave.

Hovedvekten av informantene, i overkant av 70 %, gir uttrykk for at tilbudet til funksjonshemmede og mennesker med psykisk utviklingshemning ikke er hensiktsmessig organisert og dimensjonert. Flere uttaler at man mangler tjenester og kapasitet.

Kommunen har få tjenester i egenregi, men kjøper noe av Halden og private aktører. Tjenestene som ytes i egenregi er i hovedsak tjenester organisert som BPA og utgifter til dette er høye sammenlignet med andre. Analysen kan tyde på at kommunen også her mangler en enhetlig strategi for denne målgruppen. Kommunen selv uttaler at de har flere barn og unge som er forventet å ha behov for ulike tjenester fremover. Dette er forhold kommunen må ta med seg inn i den videre planleggingen hvor handlingsalternativene både må omhandle å ha tilbud i egenregi og samarbeid med andre kommuner. Dette kan f.eks. omhandle tjenester i bolig med stedlig bemanning, avlastning i institusjon og dag- og aktivitetstilbud. Dette kan gi lavere kostnader samt bedre kvalitet. Behovene i Aremark vil sannsynligvis ikke komme opp i en slik størrelse at det vil være kostnadseffektivt eller gjennomførbart å ha tilstrekkelig tjenester og kapasitet i omsorgstrappen til denne målgruppen i egenregi. Dersom kommunen ikke samarbeider med andre kommuner om slike tilbud er det en forutsetning at tilbudene samorganiseres med de øvrige helse- og omsorgstjenestene i kommunen.

#### **4.13 Fysioterapi- og ergoterapitjenesten**

Kommunen har 0,2 årsverk til ergoterapi og 0,5 årsverk knyttet til kommunale fysioterapeuter. I tillegg har kommunen fysioterapeuter med driftstilskudd tilsvarende 50 % stilling.

Fysio- og ergoterapitjenesten arbeider med habilitering og rehabilitering, veiledning, behandling og forebygging. Brukergrupper er eldre, voksne og barn med sykdom og/eller funksjonssvikt i hjem og i samfunnsinstitusjoner. Ergoterapitjenesten har også en viktig funksjon knyttet til hjelpemidler. Fysioterapeutene har ansvar for å følge opp brukere med behov for fysioterapi og deltar i kommunens arbeid knyttet til friskliv og mestringstilbud, folkehelse, hverdagsrehabilitering mv.

Fysio- og ergoterapitjenesten er lokalisert på Fosbykollen. Fysio- og ergoterapitjenesten er en relativt liten tjeneste i Aremark. Erfaring viser at kommunen velger ulike måter å organisere disse ressursene på. Enkelte kommuner velger å legge disse funksjonene i hjemmetjenesten. Andre kommuner velger å organisere tjenestene under helseavdelingen. Det finnes ingen fasit på hvilken organisering som er den riktige. Erfaringer fra andre kommuner tyder på at det viktige er hvordan de ulike tjenestene arbeider sammen. Vår gjennomgang tyder på at samarbeidet fungerer bra i kommunen og er et viktig lavterskeltilbud. Det er imidlertid enkelte av våre informanter som ønsker mer ergoterapi og fysioterapi ut i tjenestene.

Innføring av hverdagsrehabilitering har vist at det er behov for andre faggrupper i hjemmetjenesten og at det er behov for at ulike faggrupper jobber sammen. Dette for å sikre et godt arbeid knyttet til både forebygging og rehabilitering.

Tilstrekkelig kompetanse og kapasitet er avgjørende. Mange brukere opplever lang ventetid og brudd i forløpene. Når kapasiteten eller utvalget av tjenester er begrenset, øker risikoen for at personer med mindre omfattende behov ikke får et tilbud på et tidlig nok tidspunkt. Det medfører unødvendige plager, funksjonstap og mer omfattende behov for tjenester senere i forløpet.

Erfaringen er at mange sykehjem i dag har små eller ingen ressurser for fysioterapeuter og ergoterapeuter. Kommuner som har dette bruker ofte disse ressursene til korttidsplasser og rehabiliteringsavdelinger og det blir lite eller ingen ressurser igjen til beboere i langtidsplasser. Mye kan gjøres for å opprettholde funksjon og redusere smerter i muskel- og skjelettsystemet og hindre fallskader hos beboere. Fysisk aktivitet er et viktig tiltak for at beboere skal bli mer selv-hjulpne og få en bedre hverdag.

Som en oppfølging av forslag i Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen mv., er det foreslått å endre helse- og omsorgstjenesteloven slik at ergoterapeut lovfestes som del av kjernekompetansen som enhver kommune må ha knyttet til seg for å kunne yte nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. I forbindelse med opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering, er kapasitet og kompetanse knyttet til ergoterapi og fysioterapi, en viktig forutsetning for å kunne overføre mer ansvar og oppgaver innenfor habilitering og rehabilitering til kommunene. Analysene våre viser at andel ressurser som er avsatt til fysioterapi på institusjon er høy og høyere enn hva vi ser i andre kommuner. Ettersom kommunen har noe begrenset kapasitet på fysio- og ergoterapitjeneste er det helt avgjørende at man organiserer disse ressursene og fordeler de slik at de både tjener sykehjemmet og hjemmeboende. Vi anbefaler at den kommunale fysio- og ergoterapeuten er samorganisert i samme avdeling som øvrige tjenester til hjemmeboende. Fysio- og ergoterapeut skal fortsatt yte tjenester til beboerne i sykehjemmet.

#### **4.14 IKT/velferdsteknologi vil understøtte arbeidsprosesser innen helse og omsorg**

Innføring av velferdsteknologi innebærer som navnet sier etablering av nye teknologiske løsninger. Velferdsteknologi kan gi mennesker bedre mulighet til å mestre eget liv og helse og bidra til at flere kan føle seg trygge og få økt aktivitetsnivå. Velferdsteknologi er et viktig virkemiddel i en behandlingsprosess fordi ulike teknologiske løsninger kan gi brukeren bedre mulighet til å mestre funksjonsnedsettelse og bli mer selvhjulpne. I tillegg kan velferdsteknologi fungere som støtte til pårørende og bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon, jf. Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg.

Det er behov for å etablere løsninger som ikke har for høye utgifter og som kan integreres med løsninger som kommunen allerede har etablert. Kommunen har hatt noen utfordringer når det gjelder å sikre nødvendig planlegging og innføring av velferdsteknologi. Dette omhandler alt fra prosjektering av nye bygg, til mer dagligdagse gjøremål. Dette er noe vi erfarer at mange kommuner opplever. Utviklingen av velferdsteknologi må settes inn i en ramme og må ha som mål å svare på brukernes behov. Innføring av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene bør derfor skje parallelt med endringer i organisering og innretning av tjenestene.

Helsedirektoratet arbeider med å utarbeide nasjonale standarder for velferdsteknologi. For Aremark kommune er det viktig å følge det arbeidet som skjer med de nasjonale standardene, slik at kommunen er rustet til å ta i bruk standardene når disse er etablert. Etablering av nye løsninger før standarden er etablert, innebærer en viss risiko for at løsningen ikke er tilpasset den nasjonale standarden når den kommer.

Det har de siste årene vært en stor utvikling på IKT-området i helse- og omsorgssektoren. Samhandlingsreformen har vært en sentral driver i denne utviklingen, med samhandlingsreformen

økte behovet for god informasjonsflyt på tvers av tjenestenivåene og mellom virksomheter innenfor samme nivå. Et av hovedmålene i reformen er at elektronisk kommunikasjon skal være den vanlige måten å kommunisere på. Dette har gitt resultater og i dag har alle kommuner, sykehus og leger tatt i bruk elektroniske meldinger. I tillegg har nasjonale e-helseløsninger som e-resept og kjernejournal blitt etablert. E-resept gir brukerne bedre oversikt over egne resepter og helsepersonell har et bedre verktøy.

Digitale tjenester gir muligheter for å involvere pasienter, brukere og innbyggere på en helt annen måte enn i dag og det bidrar til at hver enkelt i større grad kan være med å legge premisser for sin egen behandling og oppfølging. De siste årene er det etablert flere e-helseløsninger til innbyggerne. Den nasjonale helseportalen helsenorge.no, har blitt en viktig informasjonskilde og kommunikasjonskanal for innbyggerne. Portalen gir tilgang til kvalitetssikret informasjon og selvbetjeningstjenester med mulighet for innsyn i egne helseopplysninger (resepter og kjernejournal). Flere tjenester er under utvikling, eksempel på dette er digital kommunikasjon mellom innbygger og fastlege.

Innføringen av ny teknologi kan ikke ses isolert fra annen kommunal bistand. Teknologi vil aldri kunne erstatte menneskelig omsorg og fysisk nærhet, men den kan bidra til å forsterke sosiale nettverk og mobilisere til økt samspill med tjenestene, nærmiljøet, familie og frivillige. Dermed kan den også frigjøre ressurser i omsorgstjenesten som i større grad kan brukes i direkte brukerrettet arbeid.

Aremark er tydelig på at de ikke er den kommunen som vil være «i lead» når det gjelder utvikling og utprøving av velferdsteknologi da de ikke har ressurser eller økonomi til dette. De uttaler at de ser til andre kommuner og at de gradvis vil ta i bruk teknologi som viser seg å ha ønsket effekt.

Det er viktig at Aremark tar i bruk IKT og velferdsteknologi som understøtter arbeidsprosesser innen helse og omsorg og som kan bidra til å gjøre det mulig for innbyggerne å ta vare på egen helse og bli boende hjemme selv med omfattende helseutfordringer. Det pågår mye spennende utviklingsarbeid i mange kommuner. Aremark har valgt å ikke være en ledende kommune i dette arbeidet og det tenker vi er klokt. Aremark har ikke økonomi til å være i lead. Kommunen må imidlertid sikre at de ikke blir «hengende etter» i utviklingen. Kravet og forventninger om bruk av digitalisering innen offentlig sektor har økt og er forventet å øke i tiden fremover. Innføring av nye systemer mv. vil medføre nye arbeidsmåter og vil også stille krav til raskere responstid mv. Dette igjen vil stille krav til organisasjonen og til menneskene som jobber her. Vurderingen er at Aremark vanskelig vil kunne håndtere dette alene og at man må inngå samarbeid med andre for å ivareta arbeid knyttet til dette. Dette vil kunne omhandle innkjøp, implementering, support mv.

## 4.15 Behov for ledelse og styring må ivaretas

Kommunen er inne i en krevende situasjon. Reduserte inntekter til kommunen gjør at kommunen må redusere utgiftene sine, samtidig er det varslet et overforbruk innen pleie og omsorg ut over tildelte budsjettammer. Innbyggernes forventninger til de kommunale tjenestene øker. Samtidig blir flere oppgaver og ansvar lagt på kommunene. Det medfører behov for omstilling og endring.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten står overfor et endret fremtidsbilde. Nye behandlingsmåter og kortere liggetid i spesialisthelsetjenesten, demografisk utvikling med flere eldre, nye pasientgrupper og økende krav til kompetanse og digital innovasjon er noen av utfordringene sektoren står overfor. Dette innebærer nye oppgaver, ikke bare for medarbeiderne i tjenesten, men også endrede lederoppgaver.

Det er viktig med tilstrekkelig tett og profesjonell ledelse. God ledelse gir gode helse- og omsorgstjenester og er nødvendig for å skape pasientens helsetjeneste. Helse- og omsorgstjenestene skal levere tjenester av høy kvalitet som er helhetlige og koordinerte. Dette stiller krav til både styring og

ledelse og krever god ledelse på alle nivå i kommuneorganisasjonen; fra toppledelsen, via mellomledelsen og til førstelinjeledelsen og videre til medarbeiderne i organisasjonen. Samspillet mellom ledernivåene blir vesentlig for å skape forankring og erkjennelse av behovet for nødvendig endring og omstilling.

I Aremarker er det overordnede ansvaret for fag, personal og økonomi for pleie og omsorg lagt på virksomhetsleder. Det daglige ansvaret er lagt til avdelingslederne.

Kommunens står relativt fritt til å velge hvordan de vil organisere sine tjenester og dimensjoneringen av dem. Tanken er at kommunene kjenner behovene og at man ut fra dette må organisere og dimensjonere sine tjenester for å serve innbyggerne og ivareta deres behov.

Organisasjonen fremmer medlemmene sine interesser, realiserer mål, produserer varer og tjenester og administrerer og utøver myndighet. Det er viktig å bruke kompetanse og ressurser riktig, uavhengig av valg av organisasjonsmodell. Vi bruker ordet «organisering» i en vid betydning. Organisasjonen skal løse fire hovedoppgaver:

- ▶ **Kvalitets- og tjenesteutvikling:** Kommunen må ha mål og kunnskapsbasert systematikk og ledelse for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Den må evne å sette av tid og ressurser til utviklingsarbeidet. Det er et stort omstillingspress i helse og omsorg for tiden. Alle ressursene må ikke brukes på drift.
- ▶ **Økonomistyring:** Kommunen må klare og drive effektivt. Myndighet må delegeres til passelig mange ledere med tilstrekkelige fullmakter. Kommunen må styre både volum og enhetskostnader.
- ▶ **Ledelse:** Helse- og omsorgstjenesten er en svært arbeidsintensiv tjeneste. Det er viktig med tilstrekkelig tett ledelse og god opplæring.
- ▶ **Samarbeid:** Helse- og omsorgstjenesten kan ikke nå målene sine uten at det er et godt samarbeid internt og med andre. Det gjelder spesielt allmennleger, privatpraktiserende fysioterapeuter og spesialisthelsetjenesten.

### **Behov for tiltak for å sikre nødvendig utvikling og kvalitet**

Vi tror det er viktig å sette seg klare mål for utvikling, måle resultater og håndtere avvik fra målene. Uten tydelige mål skjer det lite. Målene må være målbare, store og langsiktige. Det er viktig å plassere ansvaret for kvalitetsutvikling tydelig i organisasjonen, ellers drukner dette i den daglige driften.

Analysen vår viser at Aremark følger opp data knyttet til økonomi, sykefravær og innleie og at dette i hovedsak benyttes for å sikre driften. Det foreligger pr. i dag ikke en enhetlig strategi eller plan for helse og omsorg.

Ansvaret for utvikling av tjenesten er delt på virksomhetsleder og på avdelingslederne. I kartleggingsintervjuet med ledere og ansatte spurte vi om i hvilken grad brukerne av tjenestene får et tilbud av tilfredsstillende kvalitet. 85 % av informantene opplever at kvaliteten er god. Samtidig sier 40 % av de spurte at lederne ikke har tilstrekkelig tid til å sikre nødvendig utvikling. Lederne selv uttaler at de i liten grad har kapasitet til å ivareta dette og at det er den daglige driften som tar all tid. Dette stemmer godt med våre vurderinger. Skal kommunen få til nødvendig omstilling er det helt avgjørende at ledelsen i helse- og omsorgstjenesten har tid, ressurser og kompetanse. Dette omhandler både strategisk ledelse, samt ledelse i linjen.

Aremark har få sentral stab- og støttefunksjoner. Aremarks størrelse og økonomiske situasjon innebærer at kommunen ikke skal ha, eller kan ha tilsvarende stab- og støttefunksjoner som i en større kommune. Det gjør at mange av oppgavene, som i større kommuner ivaretas av slike stabfunksjoner, må ivaretas av virksomhetsleder og/eller avdelingslederne. Erfaring fra andre

kommuner på størrelse med Aremark er at viktige oppgaver knyttet til overordnet planlegging, kvalitet- og tjenesteutvikling, ikke blir prioritert. Fokuset og ressursene benyttes oftest til å håndtere den daglige driften. Det er viktig at kommunene, uavhengig av størrelse og organisering, sikrer at lederne på ulike nivå ivaretar lederoppgavene sine på ulike nivå slik at drift og nødvendig utvikling av tjenestene blir ivaretatt.

Aremark har en midlertidig organisering hvor pleie og omsorg ligger organisert under en felles virksomhetsleder med helse, barnevern og NAV. Bakgrunnen for omorganiseringen var hovedsakelig behov for å tilpasse seg nye økonomiske rammer. Ordningen tredde i kraft i mars 2017. Mange av informantene gir uttrykk for at denne organiseringen, med en felles virksomhetsleder, ikke er heldig. Kontrollspennet til fungerende virksomhetsledere beskrives å være for stort og gjør at det blir krevende å følge opp pleie og omsorg. Vurderingen vår er at virksomhetsleder for disse sektorene har fått et stort spenn i oppgaver og ansvar og at det gjør det krevende å ivareta oppgaver og ansvar som ligger til virksomhetsleder. Skal kommunen kunne videreføre en slik organisering må oppgaver og ansvar gjennomgås og fordeles med formål om at viktige oppgaver blir ivaretatt. I tillegg må kommunen sikre at virksomhetsleder får den bistanden og verktøyene som er nødvendig for å kunne følge opp dette ansvaret.

Vi ser at organiseringen som Aremark har innført som en midlertidig løsning ikke er ideell. Kommunens størrelse og den økonomiske situasjonen tillater ikke at man har ledere eller ledernivåer. Et tiltak for å redusere kontrollspennet til virksomhetsleder kan være å legge barnevern til oppvekst (skole/barnehage). En slik omlegging vil kunne redusert kontrollspennet til virksomhetsleder for helse, pleie og omsorg noe, men vil få konsekvenser for leder som har ansvar for skole og barnehage. Det er ikke sikkert at en slik organisering er mulig eller ønskelig. Men dette viser at kommunen må søke å finne løsninger som er mulig å få til, som gjør at viktige lederoppgaver blir ivaretatt og som er kostnadseffektive.

Uavhengig av hvordan man organiserer seg må oppgaver og behov knyttet til ledelse, styring og utvikling ivaretas, samtidig er man helt avhengig av å organisere tjenestene og ressursene slik at oppgaver og ansvar ivaretas på en god måte. I en større kommune kunne vår anbefaling vært å ha en egen enhetlig (virksomhets-) ledelse innen helse og omsorg, med begrunnelsen om at dette er et stort og komplekst område og et område som vil vokse dramatisk fremover.

### **Kommunen må ha god økonomistyring**

Det er viktig at de operative lederne i organisasjonen har økonomisk myndighet og ansvar. Det bør være profesjonelle ledere (ledere på heltid) og lederspennet bør ikke være for stort. Linjeledere i helse og omsorg er i hovedsak fagfolk og ikke økonomer. De trenger derfor mye opplæring og administrativ lederstøtte for å kunne ivareta ansvaret.

Et generelt trekk for hele helse- og omsorgstjenesten er at budsjetteringen i hovedsak foregår sentralt – på rådmann/kommunalsjefsnivå. Vår erfaring er at dersom kommunen skal lykkes med å ha kontroll over økonomien innen helse- og omsorgstjenestene, må det være et nært forhold mellom budsjettkontroll og forvaltning av drift som omhandler økonomiske forhold. Det betyr at dersom kommunen skal oppnå god økonomisk styring innen helse- og omsorgstjenestene, bør budsjetteringen foregå med stor grad av involvering av lederne.

Vår vurdering er at ledere må ha ansvar for økonomi, fag og personale. De lederne som fatter avgjørelser som får økonomiske konsekvenser, bør også ha ansvar for de økonomiske konsekvensene. Eksempel på dette er at de som leier inn vikarer og som tar avgjørelser som får økonomiske konsekvenser, bør ha ansvar for bruken av ressurser knyttet til dette. Dette praktiseres noe ulikt i de tjenestene vi har gjennomgått. Her må kommunen etter vår vurdering, samkjøre praksis. Kommunen må sikre et enhetlig delegasjonsreglement, samtidig som de gir de

ansvarlige lederne kompetanse, gode verktøy og opplæring for å kunne håndtere dette ansvaret. Etter vår vurdering er periodisering av budsjett et viktig tiltak for å kunne sikre oversikt og styring.

Gjennomganger i andre kommuner har vist, som i Aremark, at lederne i linjen og på virksomhetsledernivå trenger bistand og støtte for å ivareta ansvaret de er delegert. Virksomhet- og avdelingslederne i Aremark har noe bistand fra en økonomiressurs i kommunens administrasjon. I den situasjonen Aremark kommune nå er i, og vil befinne seg i fremover, er det viktig å sikre at lederne på alle nivå har tilstrekkelig kompetanse og støtte til å ivareta oppgaver og ansvar. Kommunen står overfor store endringer, bruk av sentrale styringsdata vil være viktige verktøy for å sikre nødvendig styring, utvikling og prioritering.

### **Sykefraværet innen pleie og omsorg er høyt**

Sykefraværet innen pleie og omsorg varierer, men samlet utgjør fraværet i 2016 14,5 %. Sykefraværet er hovedsakelig knyttet til langtidsfravær.

Ansatte i kommunen uttaler at det høye sykefraværet er en utfordring. Fravær medfører at man må leie inn eller at man må gå med redusert bemanning. Over halvparten av de vi snakket med i undersøkelsen opplever ikke at kommunen har gode systemer og rutiner for oppfølging av sykefravær. Dette til tross for at kommunen opplyser at de har utarbeidet rutiner og systemer for å følge opp dette arbeidet. Oppfølging av sykemeldte, samt tilrettelegging og tiltak for å redusere fraværet, er en viktig lederoppgave. Lederne rapporterer månedlig på sykefravær og innleie og lederne har verktøy i form av rutiner og prosedyrer for å følge opp den sykemeldte. Mange av de vi snakket om gir uttrykk for at manglende oppfølging ikke handler om tilrettelegging, med mer om manglende «personlig» oppfølging fra leder, både når man er syk, men også som et viktig tiltak for å unngå at personer blir sykemeldt.

### **Arbeidsmiljøet beskrives som godt**

Kommunen har system for å gjennomføre medarbeiderundersøkelser. Undersøkelsen fra 2015 viste at medarbeiderne som deltok ga uttrykk for høy trivsel. Dette stemmer godt med vår undersøkelse hvor over 90 % av informantene beskriver arbeidsmiljøet i hjemmetjenesten og på sykehjemmet som godt. Forhold som trekkes frem som positivt er at:

- ▶ ansatte kjenner hverandre godt,
- ▶ det er høy grad av trivsel på jobb,
- ▶ stor takhøyde mv.

Flere beskriver imidlertid at «profesjonsstriden» som pågår mellom helsefag-/hjelpepleiergruppa og sykepleierne er i ferd med å påvirke arbeidsmiljøet negativt. Noen uttaler også at manglende stedlig tilstedeværelse av leder har en negativ effekt på arbeidsmiljøet. Vurderingen er at det er nødvendig at denne negative utviklingen ikke får mulighet til å sette seg. Den må snus. Aremark har mange dedikerte medarbeidere som ønsker å gjøre en god jobb. De trenger ledere som er tydelige og tilstedeværende. Et godt arbeidsmiljø er en forutsetning for å trives på jobb og trivsel er en forutsetning for å gjøre en god jobb. Ansatte, tillitsvalgte, verneombud, leder og arbeidsgiver har ansvar for å sikre et godt arbeidsmiljø.





# Vedlegg – Gjennomgang av kommunens pleie- og omsorgstjenester i Aremark kommune

---

VEDLEGG

2017

**OPPDRAGSGIVER:** 2017

**RAPPORT NR:** R1020064

**RAPPORTENS TITTEL:** Vedlegg – Gjennomgang av kommunens pleie- og omsorgstjenester i Aremark kommune

**ANSVARLIG KONSULENT:** Hege Askestad

**KVALITETSSIKRET AV:** Rune Holbæk

**FOTOGRAFI I RAPPORT:** Shutterstock.com

**DATO:** 25.09.2017

# Innhold

<b>1</b>	<b>Kvantitativ analyse</b>	<b>3</b>
1.1	Tallgrunnlag	3
1.2	Samlet kostnadsnivå i kommunene	4
1.3	Kostnadsnivå i pleie og omsorg	6
1.4	Pleie i institusjon	12
1.5	Hjemmebaserte tjenester	16
1.6	Kommunen har et effektiviseringspotensial	21
1.7	Tjenesteprofilen innen pleie og omsorg	21
1.8	Andelsmessig fordeling av kommunens nettodriftsutgifter	23
1.9	Netto driftsutgifter pleie og omsorg	23
1.10	Brukere og plasser	26
1.11	Andre brukere, i hovedsak eldre	27
1.12	Dagens dekningsgrad og bruk av sykehjem	32
1.13	Mennesker med psykisk utviklingshemming mv.	35
1.14	Psykisk helse og rus	41
1.15	Oppsummering av kostnadssammenligningen pleie og omsorg	43
1.16	Prioritering innen Helse (KOSTRA)	44
1.17	Kvalitet	51
<b>2</b>	<b>Kvalitativ undersøkelse</b>	<b>56</b>
<b>3</b>	<b>Framskrivninger</b>	<b>62</b>
3.1	Demografi og framskrivning av behov	62
3.2	Demografisk utvikling	62
3.3	Demenssykdom	64
3.4	Personer med demens i Aremark kommune	64
3.5	Fremtidig behov for pleie og omsorgstjenester	67
3.6	Fremtidig behov for døgnplasser av Agenda Kaupang	68

# 1 Kvantitativ analyse

Dette kapitlet analyserer ressursbruken for pleie og omsorg (PLO) i Aremark kommune. En sentral kilde er informasjon om økonomi og tjenester som kommunen selv har rapportert inn til KOSTRA for 2016.

Helse og omsorg avgrenses i denne analysen til alle de kommunale PLO-tjenestene. Det betyr en helt klart definert gruppe KOSTRA-funksjoner (Kommunelovens tjenesteinndeling) og IPLOS-tjenester (Helselovgivningens tjenesteinndeling), se tabellen under.

Tabell 1-1: Tjenester innenfor pleie og omsorg i KOSTRA

KOSTRA-funksjoner	IPLOS-tjenester
<b>234 Aktivisering</b>	Dagsenter, støttekontakt, matombringing, trygghetsalarm
<b>253 Pleie i institusjon</b>	Langtidsplass sykehjem, korttidsplass sykehjem, barnebolig, avlastningsbolig barn og unge
<b>254 Pleie i hjemmet</b>	Hjemmehjelp, praktisk bistand-opplæring, praktisk bistand, brukerstyrt personlig assistent (BPA), hjemmesykepleie, omsorgslønn, privat avlastning
<b>261 Institusjonslokaler</b>	Drift av sykehjem og barnebolig (ikke IPLOS-tjeneste)

## 1.1 Tallgrunnlag

Forskjellene mellom kommunene er til dels store når det gjelder befolknings sammensetning, geografisk struktur og størrelse. Dette medfører at det er variasjoner mellom kommunene i hvilke behov innbyggerne har for kommunale tjenester, og hvor mye det koster å produsere en enhet av tjenestene. Variasjoner i kommunenes utgifter til kommunal tjenesteproduksjon kan skyldes både forhold som kommunene kan kontrollere (prioriteringer), og forhold som er utenfor kommunenes kontroll (driftsulemper eller -fordeler).

Gjennom utgiftsutjevningen i inntektssystemet skal kommunene i prinsippet få full kompensasjon for ufrivillige etterspørsels- og kostnadsulemper i kommunal tjenesteproduksjon. Når vi i det følgende ser på utgifter til helse og omsorg i Aremark, tar vi derfor hensyn til beregnet utgiftsbehov for helse og pleie og omsorg ved å korrigere for dette i alle kommunene.

Når vi korrigerer for forskjeller i utgiftsbehov kan vi i teorien sammenlikne svært forskjellige kommuner med hverandre, men det kan være forhold som inntektssystemet i tilstrekkelig grad ikke fanger opp. Vi utviser derfor forsiktighet når vi velger sammenlikningskommuner for å få så gode sammenlikningsgrunnlag som mulig. På bakgrunn av dette tar vi hensyn til kommunenes areal, innbyggertall, frie inntekter mv. Vi har valgt sammenlikningskommuner som naboene Halden, Eidsberg, Marker og Rømskog og kommunene Hurdal og Engerdal. Halden er tatt med som en langt større kommune i sammenlikningen, og det må forventes at selv med korrigerer for utgiftsbehov vil Halden ligge lavere på utgifter til helse og omsorg grunnet stordriftsfordeler. Vi sammenlikner også med KOSTRA-gruppen som Aremark er en del av. KOSTRA-gruppe 5 består av 45 «små kommuner med høye kostnader pr. innbygger og middels frie disponible inntekter». KOSTRA-gruppen utgjør et gjennomsnitt av kommuner med sammenliknbar størrelse og frie inntekter. Spesielle forhold og regnskapsfeil vil ikke kunne påvirke tallene i en kommunegruppe like mye som i enkeltkommuner.

I tabellen under viser vi objektive data knyttet til kommunene vi benytter som sammenligningskommuner i detaljgjennomgangen innenfor PLO.

Tabell 1-2: Objektive data knyttet til utvalgskommunene

Kommuner	Innbyggere 1.1.2012	Innbyggere 1.1.2016	Vekst i folketallet siste 5 år %	Areal km2	Innbyggere pr. km2	Kommunegruppe	Behovskorrigerede frie inntekter pr. innb. % av landsgjennomsnitt
Aremark	1425	1398	-1,89 %	319,27	4	5	89,35 %
Mårker	3587	3597	0,28 %	412,9	9	1	84,56 %
Rømskog	691	685	-0,87 %	183,14	4	4	89,02 %
Eidsberg	11195	11406	1,88 %	235,91	48	10	81,09 %
Halden	29880	30790	3,05 %	642,23	48	13	80,20 %
Engerdal	1376	1274	-7,41 %	2196,55	1	6	91,13 %
Hurdal	2685	2910	8,38 %	284,96	10	2	82,74 %
Kostragruppe 05	59770	52969	-11,38 %	23280,55	2	5	117,04 %

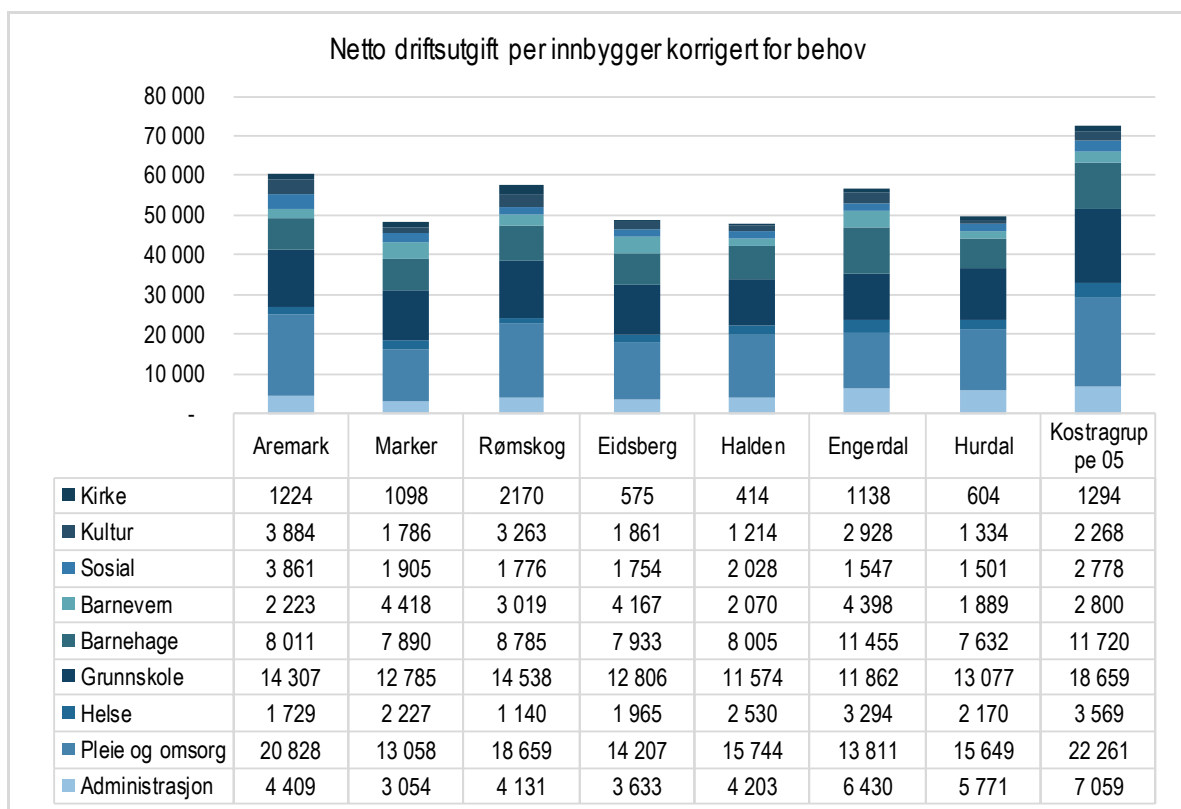
Tabellen viser at kommunene er noe ulike både når det gjelder innbyggere, vekst, areal, frie inntekter mv.

## 1.2 Samlet kostnadsnivå i kommunene

Vi sammenligner samlede netto driftsutgifter pr. innbygger (utgifter minus egenbetaling og statstilskudd). Dette er den kostnaden kommunestyret må bevilge. Vi har brukt regnskapet for 2016.

Vi bruker det organisasjonsnøytrale KOSTRA-regnskapet i vår sammenligning. Kommunale tjenester er delt inn i et sekstitalles tjenester, de såkalte KOSTRA-funksjonene. Vi ser på alle funksjoner fra 100 Politisk styring til 393 Drift av gravplasser. Vi korrigerer regnskapene for ulikheter i behov etter metoden i statsbudsjettet (utgiftsutjevningen i det kommunale inntekts-systemet). Det vil si korreksjon for ulikheter i demografi, geografi og sosiale forhold. Aremark har et samlet utgiftsbehov på 124 % av landsgjennomsnittet i statsbudsjettet for 2016.

Vår konklusjon er at Aremark kommune har et samlet kostnadsnivå på den samlede tjeneste-produksjonen rett over nivå for gjennomsnittet i kommunegruppe 5. Kommunens utgifter til helse, sosial og skole er noe høyere enn gjennomsnittet for kommunegruppe 5. Utgifter til PLO, administrasjon, barnehage og skole er lavere enn kommunegruppe 5, se figuren under.



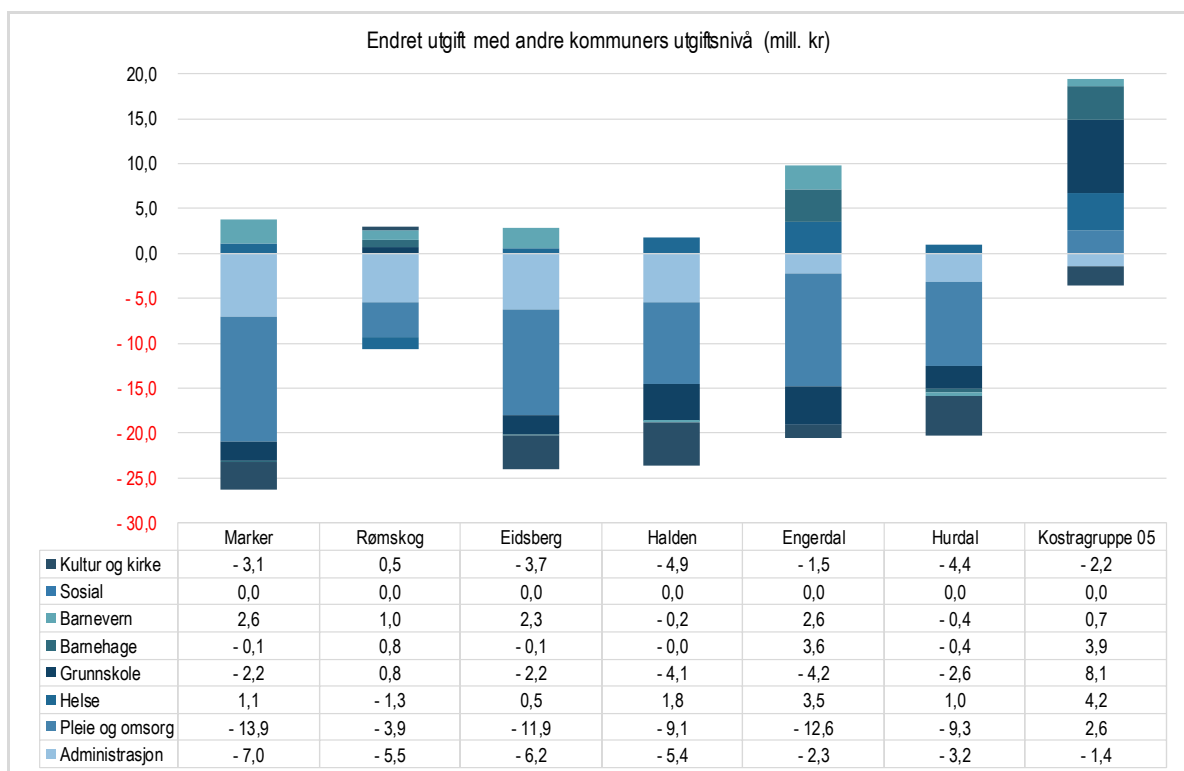
Figur 1-1: Behovskorrigerede netto driftsutgifter pr. tjeneste

Figuren over fordeler utgiftene i ni tjenestegrupper: kirke, kultur, sosial, barnevern, barnehage, grunnskole, pleie og omsorg og administrasjon.

Sett i forhold til KOSTRA-gruppe 5 har Aremark

- ▶ høyere utgifter pr. innbygger innenfor kultur, og sosial
- ▶ lavere utgifter pr. innbygger innenfor barnevern, barnehage, grunnskole, helse, pleie og omsorg og administrasjon

Figuren viser samtidig at det er store forskjeller på utgiftsnivået i kommunene. For å vise hva disse forskjellene utgjør foretar vi en teoretisk beregning om til kroner, ved å multiplisere med innbyggertallet i Aremark. Aremark driver samlet sett 18 mill. kr rimeligere enn gjennomsnittet i kommunegruppe 5. Sammenlikner vi Aremark med sammenlikningskommunene endrer bildet seg imidlertid. Om Aremark f.eks. hadde hatt samme utgiftsnivå som Marker på pleie og omsorg ville utgiftene blitt redusert med i underkant av 14 mill. kr., mens utgiftene til barnevern ville økt (teoretiske beregninger). Alle sammenlikningskommunene har lavere kostnader til pleie og omsorg enn Aremark jf. figuren under.



Figur 1-2: Endringer i kostnadsnivået i Aremark målt mot andre kommuner

Det er viktig å merke seg at figuren over er en teoretisk beregning og må benyttes med forsiktighet. Modellen er ment å benyttes for å kunne reflektere over egen tjenesteproduksjon, samt å få innsikt i hvordan andre kommuners prioriteringer, drift og dimensjonering påvirker utgiftene.

### 1.3 Kostnadsnivå i pleie og omsorg

PLO omfatter følgende deltjenester/KOSTRA-funksjoner:

- ▶ 254 pleie i hjemmet: hjemmesykepleie, hjemmehjelp, BPA, miljøarbeidertjeneste, omsorgslønn, privat avlastning. Tilbud gitt i bemannede omsorgsboliger er hjemmebaserte tjenester.
- ▶ 253 Pleie i institusjon: sykehjem (langtidsplass og ulike typer korttidsplass), barnebolig og avlastningsboliger for barn og unge funksjonshemmede.
- ▶ 234 Aktivisering: støttekontakt, dagsenter, matombringning og trygghetsalarm.
- ▶ 261 Drift av institusjonslokaler: renhold, vaktmester, energi og vedlikehold (FDV-kostnader).

#### Regnskapsanalyse

Vi har fått tilsendt regnskapet i Aremark for å sjekke om kommunen har ført utgifter i tråd med gjeldende KOSTRA-veileder. I regnskapsanalysen har vi gjort justeringer som har medført en økning på funksjon 254 på totalt kr. 684 556 basert på følgende:

- ▶ På ansvar 3311 (Hoved kjøkken Fosbykollen, funksjon 254) har vi korrigerert ut inntekter på kr 134 698 som er salgsinntekter fra kantinen. Dette beløpet skulle vært ført på funksjon 320.
- ▶ Psykiatristilling er ført på funksjon 242. Utgifter til dette skulle vært ført på funksjon 254. Dette utgjør en utgift på kr 549 858.

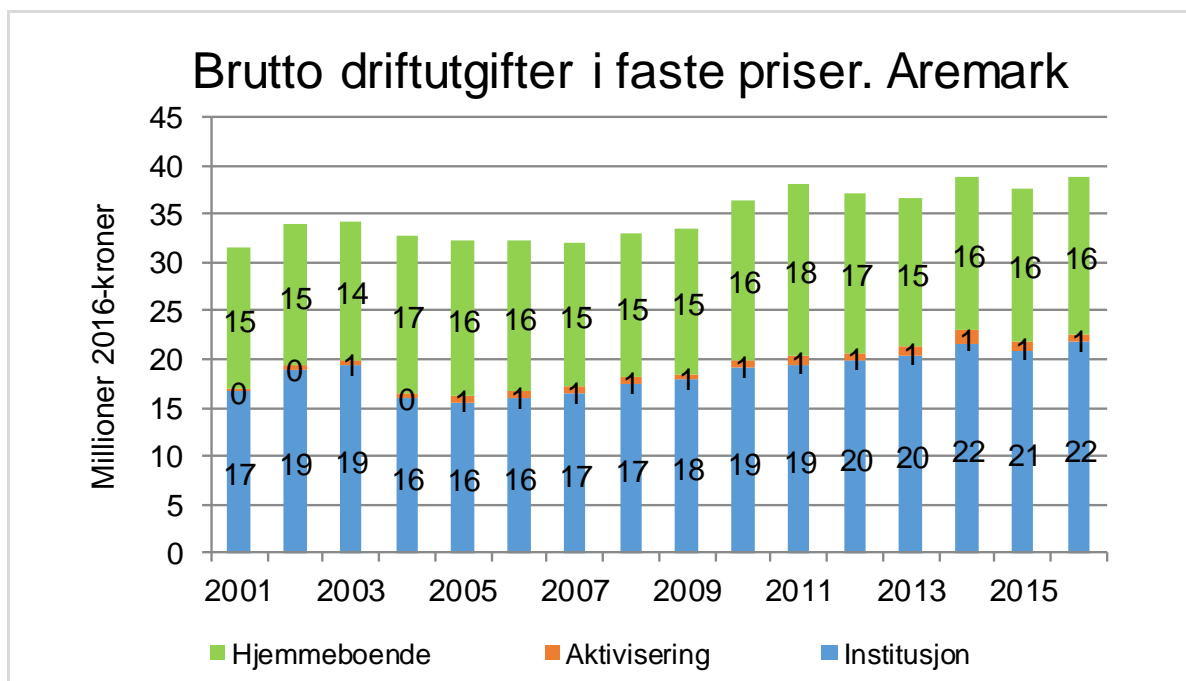
Samlede netto driftsutgifter til PLO i Aremark i 2016 var 27,2 mill. kr, se tabellen på neste side.

Tabell 1-3: Regnskap PLO i Aremark 2016. Kilde: KOSTRA

	Beløp i 1000 kr			Netto utgift kr pr. innbygger
	Brutto drifts-utgifter	Netto drifts-utgifter	Innbyggere	
234 Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og	1773	1068	1398	764
253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon	20516	17059	1398	12 202
254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende*	20595	16845	1398	12 049
255 Medfinansiering somatiske tjenester	0	0	1398	-
261 Institusjonslokaler	3078	3045	1398	2 178
<b>Pleie og omsorg summert</b>	<b>45 962</b>	<b>38 017</b>		<b>27 194</b>

### Utviklingen av bruttoutgiftene innen pleie og omsorg siden 2001

Vi har brukt data fra KOSTRA til å beskrive utviklingen de siste 16 årene for utgiftene til PLO i faste 2016-priser. Figuren nedenfor viser at det har vært en sterk kostnadsvekst og prioritering av institusjonstjenesten i Aremark siden 2001.

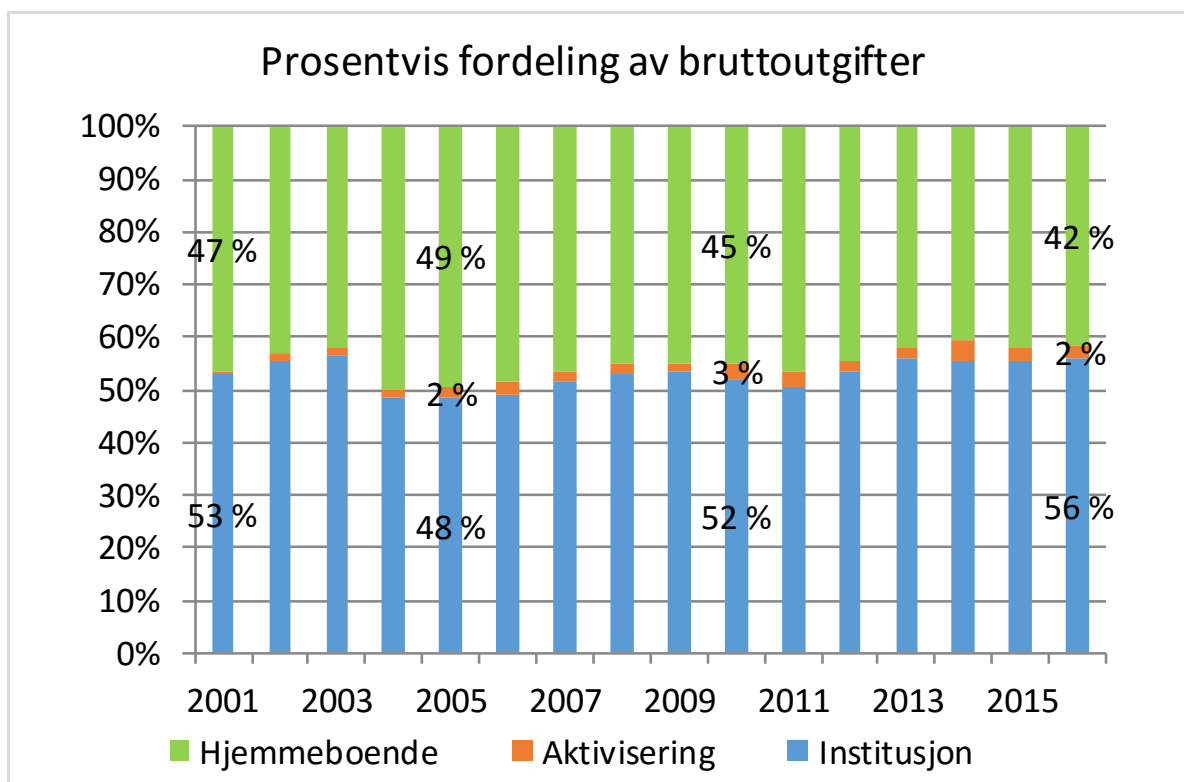


Figur 1-3: Bruttoutgifter 2001 til 2016 i faste 2016-priser for pleie og omsorg fordelt på hjemmeboende, aktivisering og institusjon. Kilde: KOSTRA og egne beregninger

I perioden fra 2001 til 2016 har de samlede utgiftene økt med rundt 7 mill. kr. Av dette har utgifter til institusjon økt klart mest med 5 mill. kr. Analysene våre har vist at tjenester innen institusjon i hovedsak er tjenester til eldre i Aremark. I løpet av disse årene har kommunen altså vridd tjenestene fra hjemmebasert omsorg til mer institusjonsbasert omsorg. På landsbasis har andelen driftsutgifter til hjemmeboende økt mer enn til institusjon fra 2008 fram til i dag.

I figuren under ser vi den prosentvise fordelingen mellom de tre KOSTRA-funksjonene knyttet til institusjon, aktivisering og hjemmeboende.





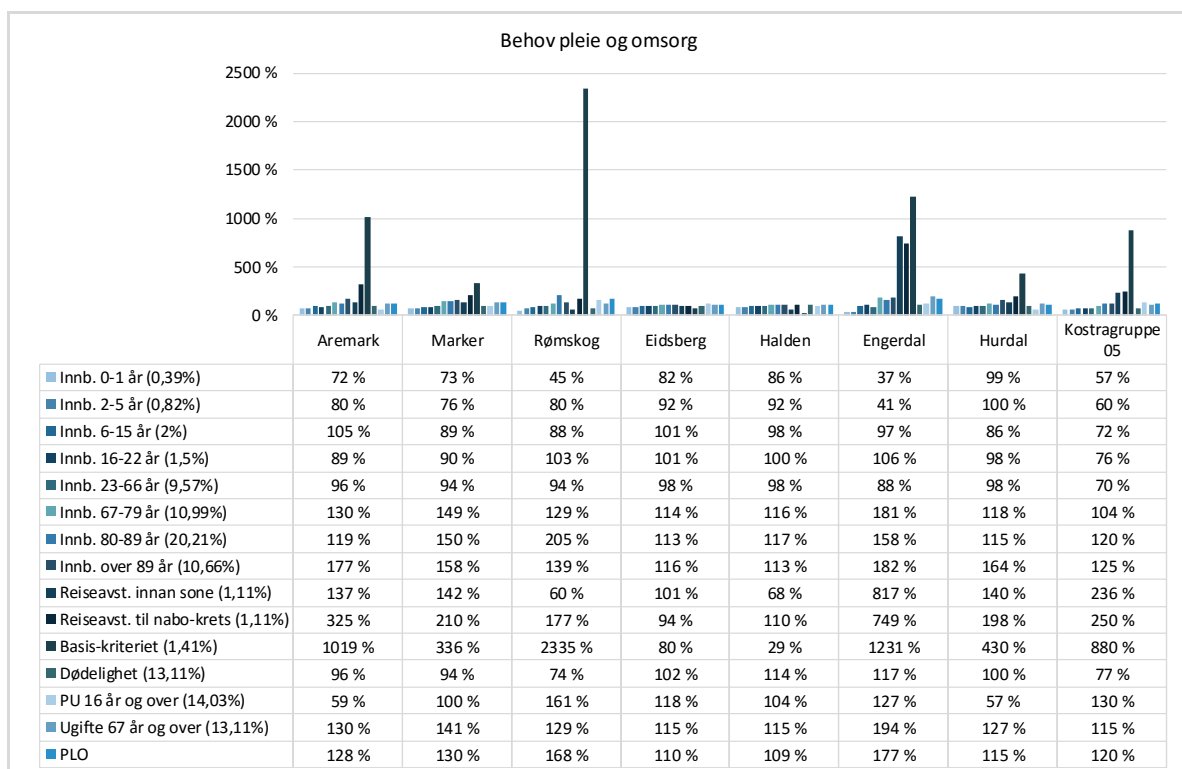
Figur 1-4: Bruttoutgifter 2001 til 2016 i faste 2016-priser for pleie og omsorg fordelt på hjemmeboende, aktivisering og institusjon. Prosentvis fordeling. Kilde: KOSTRA og egne beregninger

Figuren viser at Aremark ikke har hatt en vridning mot mer institusjonsbaserte tjenester. 56 % av utgiftene innen PLO i 2016 var knyttet til institusjonsdrift og andelen har økt siden 2001. I denne perioden er tendensen for landet for øvrig motsatt, fra institusjonsbasert omsorg til mer hjemmebasert omsorg i tråd med samhandlingsreformens intensjoner og BEON-prinsippet (Beste effektive omsorgsnivå). Utviklingen i Aremark er altså ikke på linje med det som er vanlig i mange andre kommuner og landet for øvrig. Kommuner, som f.eks. Os og Fjell, som satser på hjemmebaserte tjenester bruker bare 20 % til institusjonstjenester. Dette tilsier at Aremark har et stort potensial for betydelig økt satsing på tjenester i hjemmet.

### Sammenlikning med andre

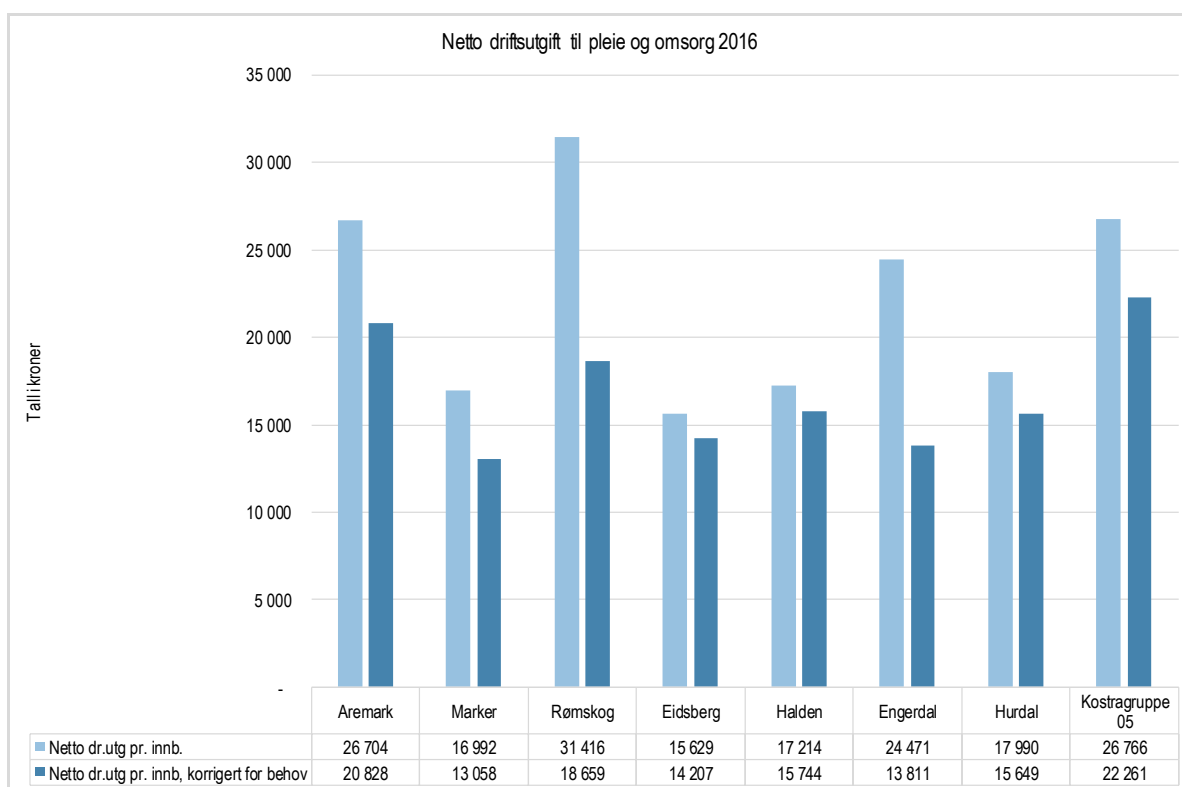
Før vi kan sammenligne med andre kommuner, må vi korrigere for forskjeller i behov. Vi bruker Kommunal- og moderniseringsdepartementets (KMD) behovsberegning i inntektssystemet til kommunene. Her inngår i alt åtte ulike kriterier. Antall eldre og antall psykisk utviklingshemmede over 16 år har størst vekt for behovsberegningen innen pleie og omsorg.

Behovet for PLO-tjenester i Aremark er 128 % av gjennomsnittet for landet. Dette er litt høyere enn gjennomsnittet i KOSTRA-gruppe 5. Det er særlig antall eldre, og antall enslige eldre, som er høyt i Aremark i forhold til gjennomsnittet i KOSTRA-gruppe 5. Basistillegget og reiseavstand trekker også opp behovet. De ulike kriteriene fremkommer i tabellen under.



Figur 1-5: Behovsberegning innen pleie og omsorg

Kommuner har som vi har sett i figuren over ulike behov (teoretiske) for pleie og omsorgstjenester. Behovene som fremkommer i figuren over benyttes som inntektgrunnlag for staten. Før vi kan benytte data fra KOSTRA for å sammenlikne korrigeres det for behov jf. figuren under:

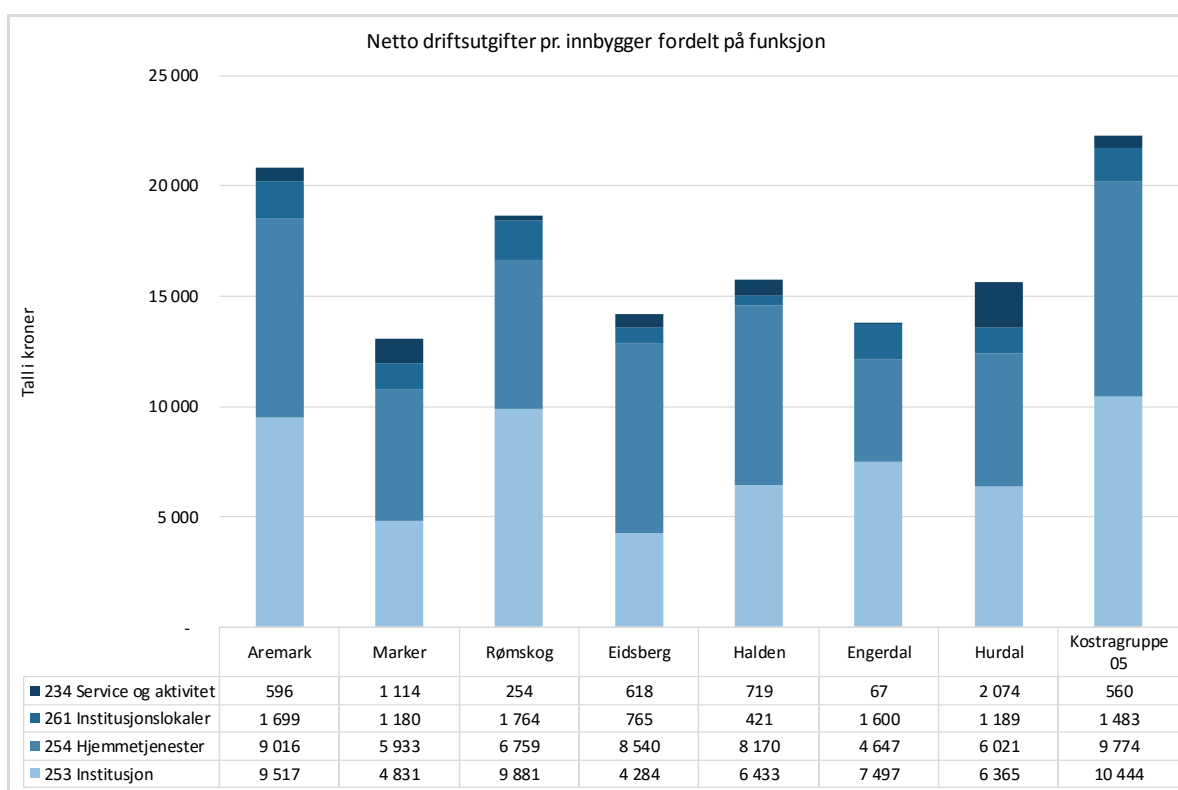


Figur 1-6: Behovskorrigerede netto driftsutgifter pr. innbygger. Kroner.

Figuren på forrige side viser at de behovskorrigerede utgiftene til PLO i Aremark i 2016 var 20 828 kr pr. innbygger. Det er under gjennomsnittet i KOSTRA-gruppe 5, men høyere enn sammenligningskommunene.

Ett av de spørsmålene som er mest diskutert innenfor PLO-sektoren, er fordelingen av ressursene mellom hjemmebaserte tjenester og institusjonstjenester. Dels er det spørsmål om hva som er den rimeligste løsningen for kommunen, men det er i like stor grad et spørsmål om hva som er best for brukerne. På dette området arbeider de fleste kommuner ut fra et prinsipp om at tjenesten bør gis på laveste effektive omsorgsnivå og at brukeren bør bo i eget hjem så lenge som mulig. Det betyr stor vekt på hjemmebaserte tjenester og aktivisering.

Figuren under viser hvordan de behovskorrigerede PLO-utgiftene fordeler seg på KOSTRA-funksjoner. Aremark bruker mindre til aktivisering og servicefunksjoner enn sammenligningskommunene, og mer både til pleie i institusjon og hjemmetjenester. Kommunen har også dyrere institusjonslokaler enn de andre kommunene.



Figur 1-7: Netto driftsutgifter pr. innbygger fordelt på funksjon. Kilde: KOSTRA 2016

Aremark brukte omtrent 9 000 kr pr. innbygger til helse og omsorgstjenester i hjemmet i 2016. Det er høyest i sammenlikningen. Dette omfatter tjenester i eget hjem og i bemannede boliger for alle brukergrupper. I 2016 kjøpte Aremark et tilbud<sup>1</sup> med en enhetskostnad på 3,5 mill. kr. Dette påvirker utgiftene og viser hvordan enkeltkjøp og dyre tiltak i en liten kommune påvirker utgiftsbildet mer enn i større kommuner.

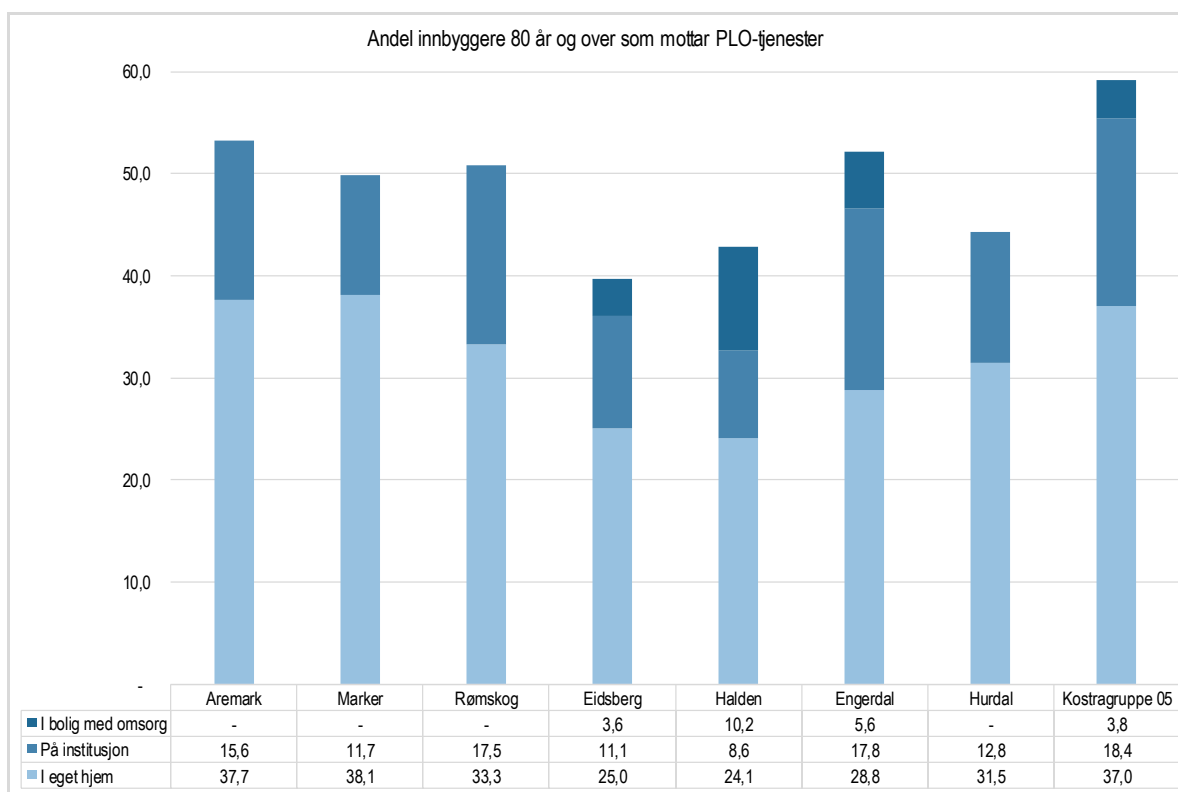
Aremark ligger under snittet i KOSTRA-gruppe 5 på utgifter på funksjon 253 Pleie i institusjon. Utgiftene er ca. 900 kr under med 9 517 kr korrigeret for behov. Denne KOSTRA-funksjonen inneholder også kostnader til barnebolig og avlastning for barn. Aremark har ikke utgifter til barnebolig eller avlastning i institusjon for barn/unge. Det innebærer at utgiftene til dette i hovedsak

<sup>1</sup> Tiltaket ble avvirket november 2016

er knyttet til sykehjemsdrift. Utgifter til institusjonslokaler ligger også betydelig høyere i Aremark enn sammenligningskommunene, og KOSTRA-gruppe 5.

Figuren over viser at utgifter til aktivisering av eldre og personer med funksjonsnedsettelse varierer mellom kommunene. Dette kan skyldes flere forhold, blant annet tilbudet til eldre, men faktorer knyttet til brukergruppen mennesker med psykisk utviklingshemming påvirker kostnadene særlig. Utgiftene i Aremark i 2016 var under nivået til de fleste sammenligningskommunene, og vesentlig lavere enn i Marker. Senere i analysen vil vi se hvordan utgiftene fordeler seg på de ulike brukergruppene *eldre*, *mennesker med psykisk utviklingshemming* og *psykisk helse/rus*.

En nærmere analyse av tilbudet til eldre over 80 år bekrefter bildet av en institusjonstung tjeneste i Aremark, hvor eldre over 80 år er den største mottakergruppen innen pleie og omsorgstjenesten. Eldre får tjenester i eget hjem, i kommunal bolig eller på sykehjem. Andelen brukere som mottar ulike hjemmetjenester er relativt høy i Aremark, men andelen er lavere enn gjennomsnittet for KOSTRA-gruppe 5 og Marker. Flere av kommunene, herunder Aremark, har ikke boliger med heldøgnsomsorg. I underkant av 16 % av de eldre i Aremark var på sykehjem pr. 31.12.16. Det er i underkant av 3 prosentpoeng færre enn gjennomsnittet i kommunegruppe 5, men høyest blant sammenligningskommunene. I Halden var bare 8,6 % av innbyggere over 80 år på sykehjem, men de har et betydelig tilbud i boliger med heldøgns bemanning, se figuren under.



Figur 1-8: Andel innbyggere over 80 år som mottar pleie- og omsorgstjenester. Kilde: KOSTRA 2016

KOSTRA viser at Aremark ikke har hatt beboere på sykehjem i aldersgruppen 67–79 år. Dette gjelder også flere av de øvrige kommunene i sammenlikningsutvalget.

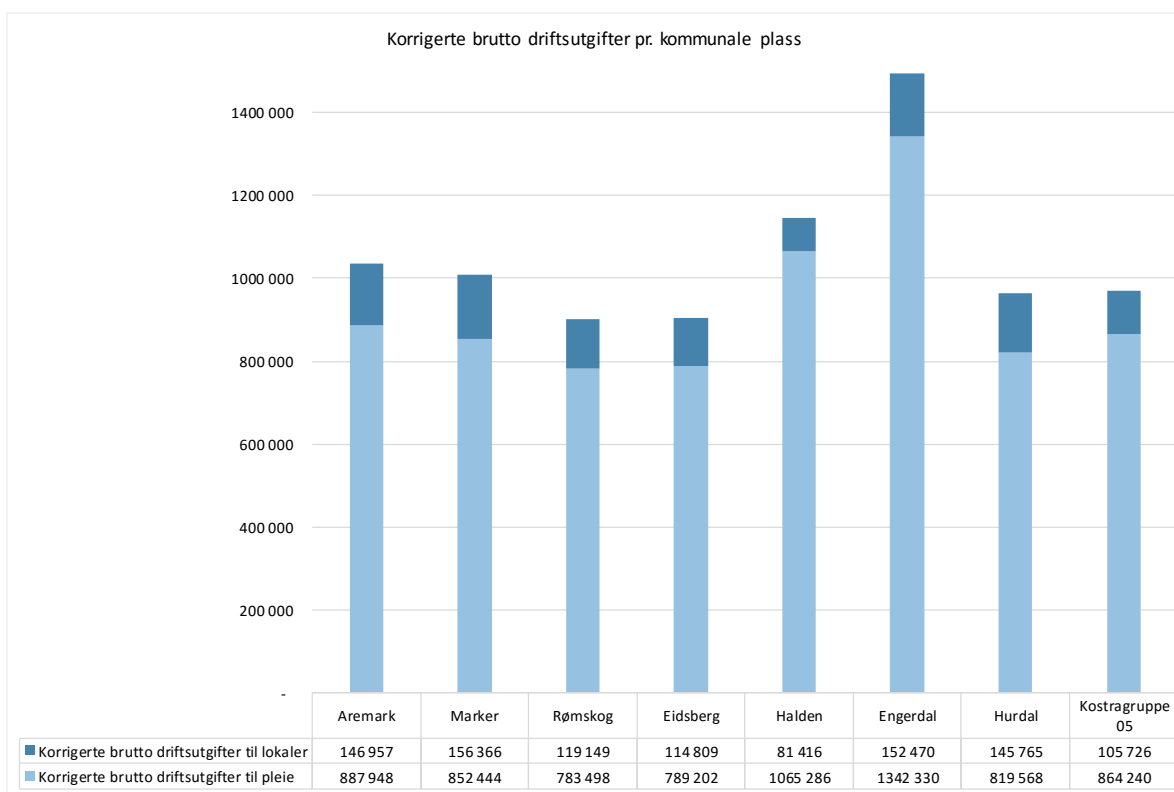
## 1.4 Pleie i institusjon

Institusjonstjenesten omfatter utgifter til PLO i institusjoner, inklusive korttidsopphold. Sammenligningen inkluderer alle utgifter knyttet til drift av institusjonen, det vil si ressursinnsats til PLO, renhold, kjøkken, vaktmestertjenester, drift av bygninger m.m.

Vi har sett at kostnader til pleie i institusjon er høy i Aremark. Høye institusjonskostnader kan skyldes to forhold: høyt antall plasser (høyt volum) og/eller dyr drift pr. plass (høy enhetspris).

Av figuren under fremgår det at institusjonsdekningen i Aremark var relativt høy i 2016, selv om den er lavere enn gjennomsnittet i KOSTRA-gruppe 5. Nesten 16 % av innbyggerne over 80 år var på sykehjem.

Det neste spørsmålet vi ønsker å belyse er enhetsprisen på institusjon (sykehjem, aldershjem og barnebolig/avlastningsbolig). Bruttoutgift pr. kommunal plass er produksjonskostnaden for kommunale plasser (egenbetaling er ikke trukket fra). Figuren under viser at Aremark kommune hadde bruttoutgifter pr. disponibel plass på rett over 1 mill. kr. Engerdal og Halden har høyere enhetskostnader. Gjennomsnittet i KOSTRA-gruppe 5 er ca. 40 000 kr lavere pr. plass enn i Aremark.

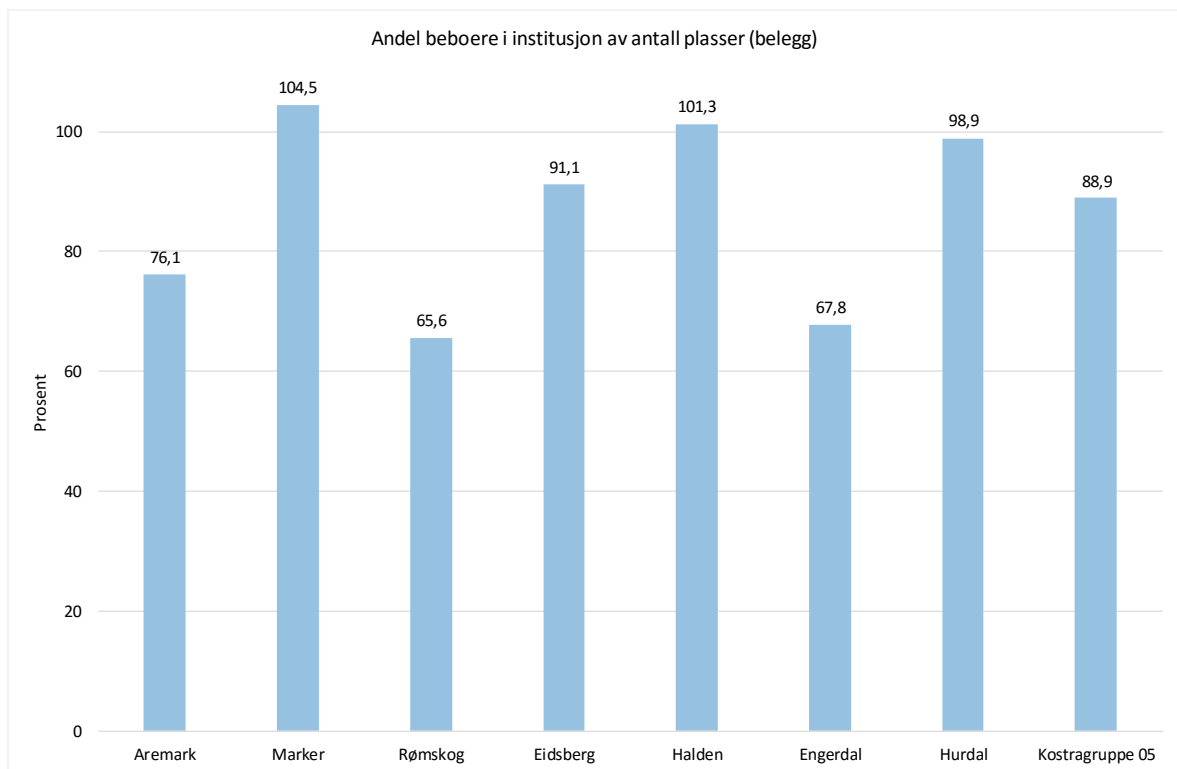


Figur 1-9: Korrigerte brutto driftsutgifter pr. kommunale plass. Kilde: KOSTRA 2016

Figuren viser at det er relativt stor variasjon i enhetskostnadene. Rømskog og Eidsberg har lavest enhetskostnader pr. kommunal plass i institusjon, ca. 0,9 mill. kr pr. plass. Engerdal har høyest enhetskostnad, med 1,5 mill. kr pr. plass. Enhetskostnadene i Aremark ligger i det øvre midtsjiktet i sammenligningen.

Antall plasser i institusjon varierer mellom kommunene. Vi har vist at Aremark har relativt høy dekningsgrad for innbyggere over 80 år. I figuren under ser vi variasjonen mellom kommunene i bruk av de plassene de har. Marker og Halden har høyest belegg ved siste årsskifte med over

100% dekning. I Aremark var bare 76 % av plassene i institusjon i bruk. Rømskog og Engerdal har lavest belegg, med under 70 %.

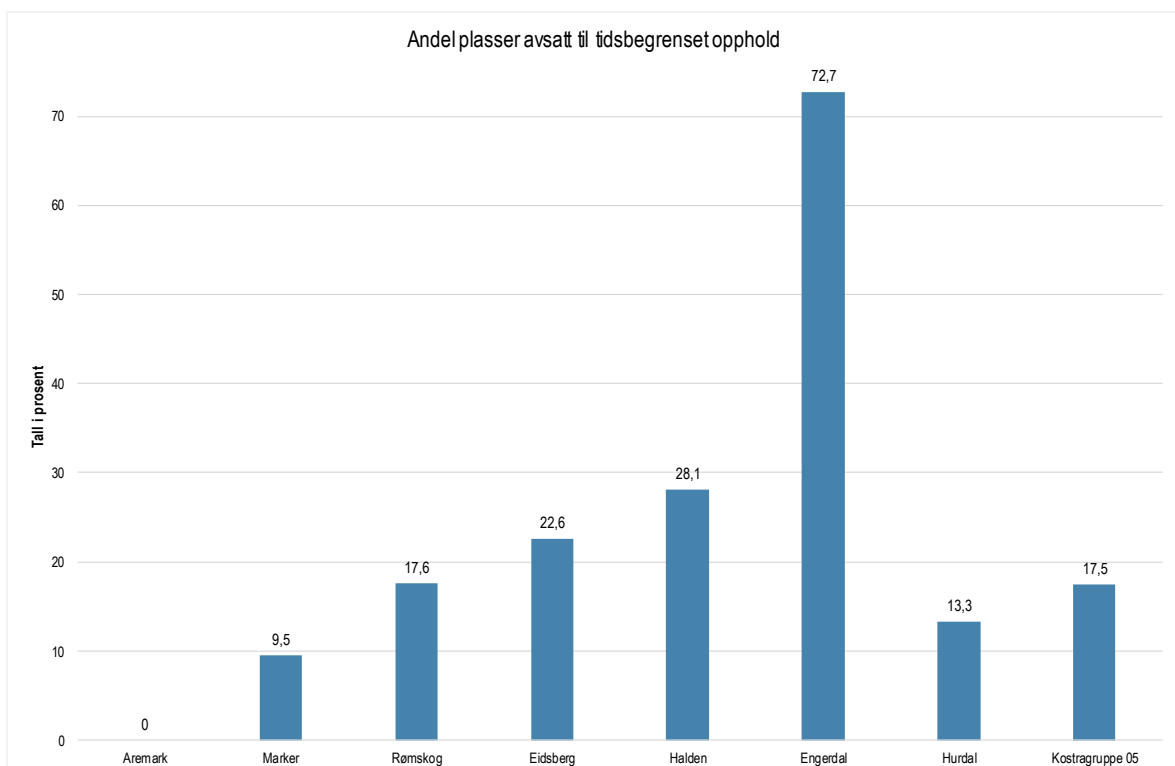


Figur 1-10: Andel beboere i institusjon av antall plasser (belegg). Kilde: KOSTRA 2016

### Korttidsplasser i sykehjem

Korttidsplass i sykehjem er for personer som i en overgangsperiode har omfattende pleiebehov som følge av akutt svikt eller sykdom, eller som i en overgangsperiode trenger trening/gjenopptrening eller avlastning. Et slikt tilbud betyr mye for pasientflyten innenfor PLO-tjenesten, og er en viktig del av en tiltakskjede som kan bidra til å dempe behovet for sykehjems plasser og gi brukerne mulighet til å bo lengre i eget hjem.

Mange kommuner strever med å styre bruken av korttidsplassene sine. Dette kan skyldes flere årsaker. Antall plasser avsatt til korttidsplasser og arbeidsmetodikk på korttid, samt forhold ved pasientene, spiller en stor rolle. Aremark har ikke definert noen av sykehjemsplassene i 2016 som korttidsplasser, men har 6 plasser som benyttes til dette formålet. Engerdal har oppgitt at over 70 % av plassene er avsatt til korttidsopphold, se figuren under.



Figur 1-11: Andel plasser avsatt til tidsbegrenset opphold. Kilde: KOSTRA 2016

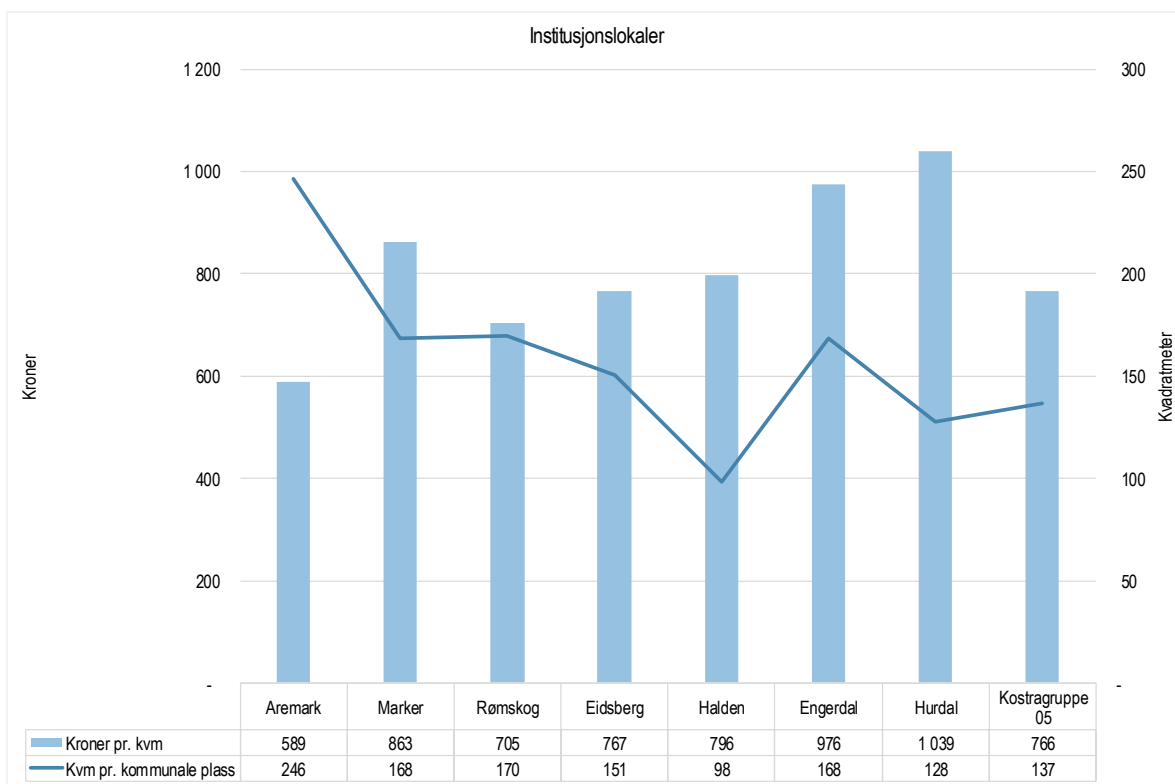
I noen kommuner kan det være en utfordring at korttidsplassene i praksis ikke fungerer som planlagt ved at de fylles av personer som bruker plassene over lang tid. Det betyr derfor ikke at de kommunene som har mange plasser avsatt til korttid benytter plassene til dette formålet. Viktigste er altså hvor mange av plassene som i praksis fungerer som korttidsplasser, uavhengig av hvordan plassene er definert

### Lokaler institusjon

Vi har sett i figur 1-7 at Aremark har høye behovskorrigerede netto driftsutgifter til institusjonslokaler.

Høye utgifter til lokaler kan komme av mye areal eller høye driftsutgifter pr. kvm. KOSTRA har data om volum og enhetspriser i de kommunale plassene. Aremark har relativt lite areal, men høye driftsutgifter pr. kvm. Aremark har 21 kommunale plasser i institusjon, ifølge KOSTRA. Samlet areal er oppgitt til 5 145 kvm. Dette gir 245 kvm pr. institusjonsplass. Det er 109 kvm mer enn gjennomsnittet i kommunegruppe 5 og høyest blant sammenligningskommunene.

Kostnadene til bygningsdrift pr. kvm er 589 kr. Det er omtrent 180 kr lavere pr. kvm lavere enn gjennomsnittet i kommunegruppe 5, og lavest i sammenligningen. Tall for alle kommunene framgår av figuren under.



Figur 1-12: Driftsutgifter pr. kvm institusjonslokale og antall kvm pr. kommunale plass

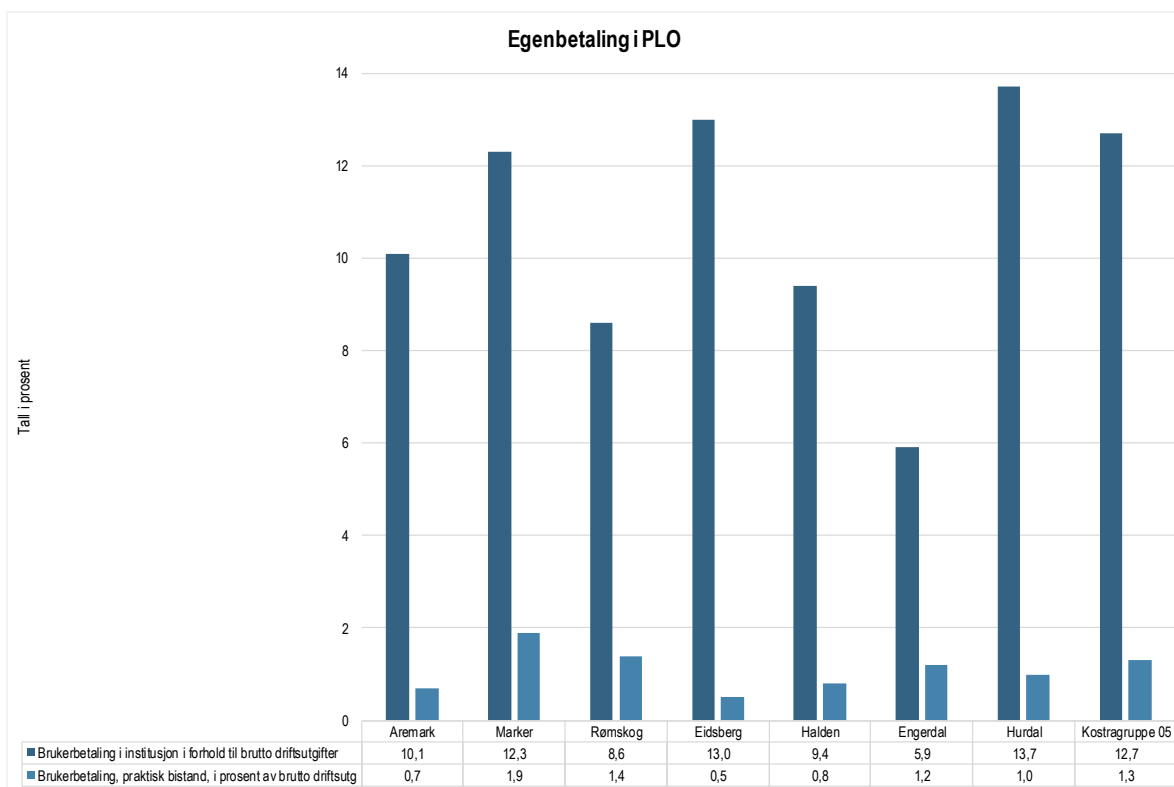
Vurderingen er derfor at Aremark sine høye utgifter pr. innbygger må sees i sammenheng med mange kvm pr. plass.

### Egenbetaling i institusjon

Egenbetaling for langtidsplass på sykehjem følger statlige regler og avhenger av trygdeinntektene til beboerne. Inntektene pr. plass avhenger også av antall korttidsplasser i sykehjem. Korttidsplassene gir vesentlig lavere egenbetaling enn langtids plasser. Opphold i institusjon som gjelder avlastning, kan kommunene ikke kreve vederlag for.

Egenbetaling på institusjon utgjorde 10 % av brutto driftsutgifter til institusjoner i Aremark i 2016. Dette er under gjennomsnittet i kommunegruppe 5, på nivå med hovedvekten av sammenligningskommunene, se figuren under.





Figur 1-13: Egenbetaling inne pleie og omsorg. Kilde: KOSTRA 2016

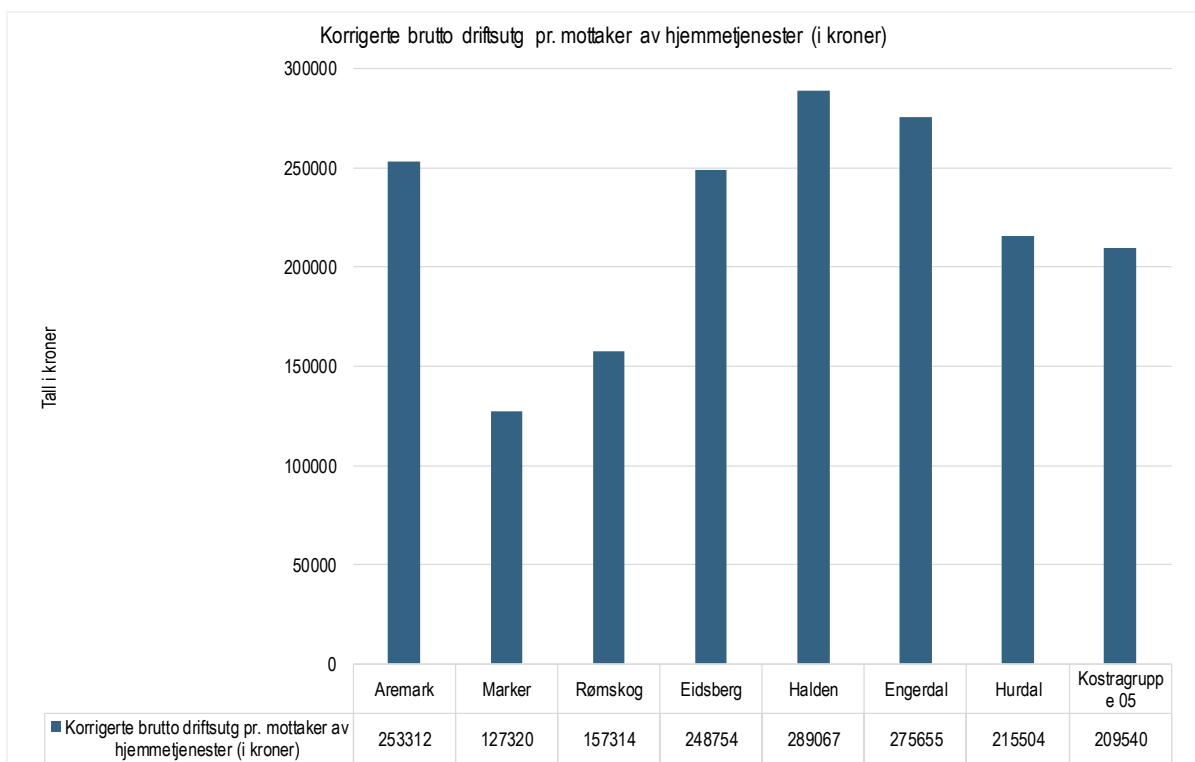
Det er vanskelig å si om forskjellene skyldes inntektsforholdene til innbyggerne, andel korttidsopphold og/eller dekningsgraden. Forskjeller i egenbetaling kan også skyldes forhold rundt kommunenes arbeid med vederlagsberegningen. Kvaliteten på arbeidet kan variere. Erfaringen er at kommunene har fått en mer profesjonell saksbehandling av arbeidet knyttet til vederlagsberegning.

Betaling i hjemmetjenesten er også styrt av forskrift. Kommunene kan ikke kreve betaling for tjenester som omhandler personlig bistand, men tjenester i form av hjemmehjelp er vederlagsberettiget. Figuren over viser at bare en liten andel av kommunens egenbetaling er knyttet til tjenester i hjemmet. Vi kommer nærmere inn på hjemmetjenester i neste delkapittel.

## 1.5 Hjemmebaserte tjenester

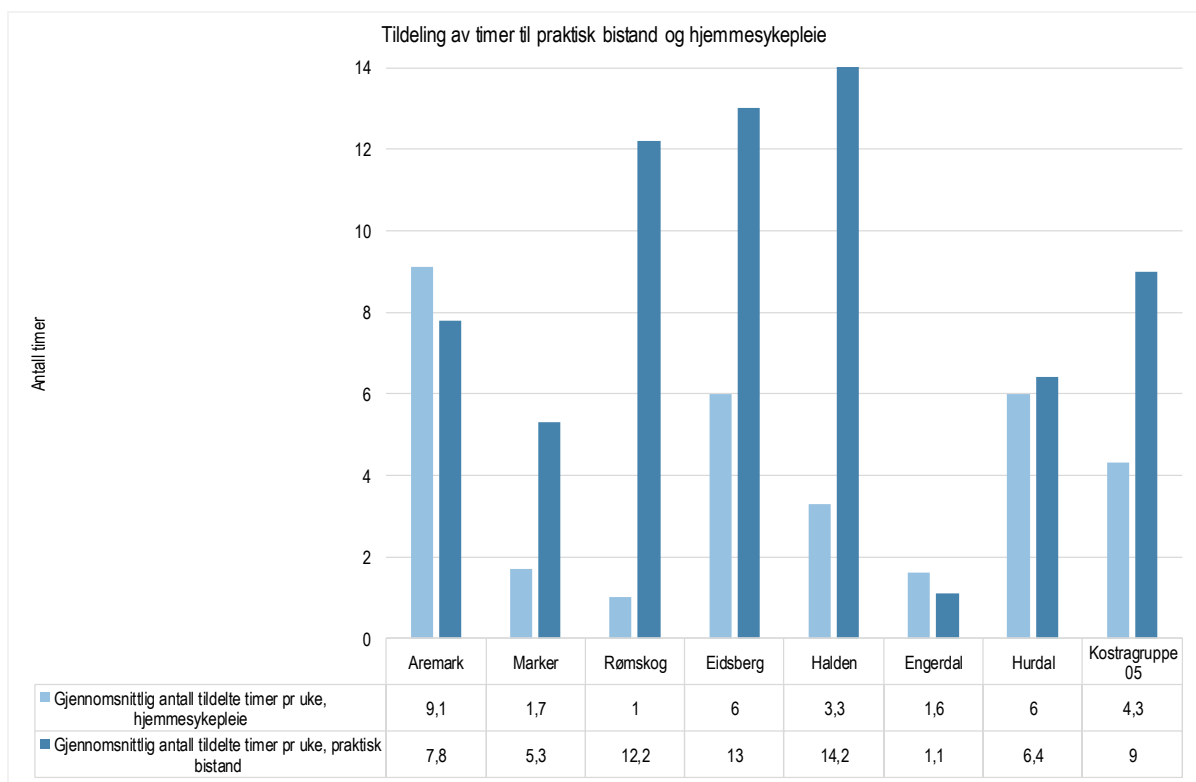
Hjemmetjenester omfatter ulike brukergrupper og ulike tjenester. Det gjelder alt fra enkle tjenester, som for eksempel hjemmehjelp, til komplekse tilbud i form av boliger med heldøgns bemanning. Det gjelder tilbud til både eldre, mennesker med funksjonsnedsettelse, psykisk utviklingshemming og psykisk syke.

Vi har tidligere vist (figur 1-7) at Aremark har høye kostnader til hjemmebaserte tjenester i vår sammenligning. Høye kostnader kan komme av høyt volum (mange brukere/mange timer) og/eller høye kostnader pr. bruker/pr. time (høye enhetspriser). Om vi ser på utgiftene fordelt pr. bruker ser vi at Aremark har høyere «enhetskostnader» enn snittet for KOSTRA-gruppe 5, men lavere enn Eidsberg, Halden og Engerdal.



Figur 1-14: Korrigerte brutto driftsutgifter pr. mottaker av hjemmetjenester (i kroner). Kilde: KOSTRA 2016

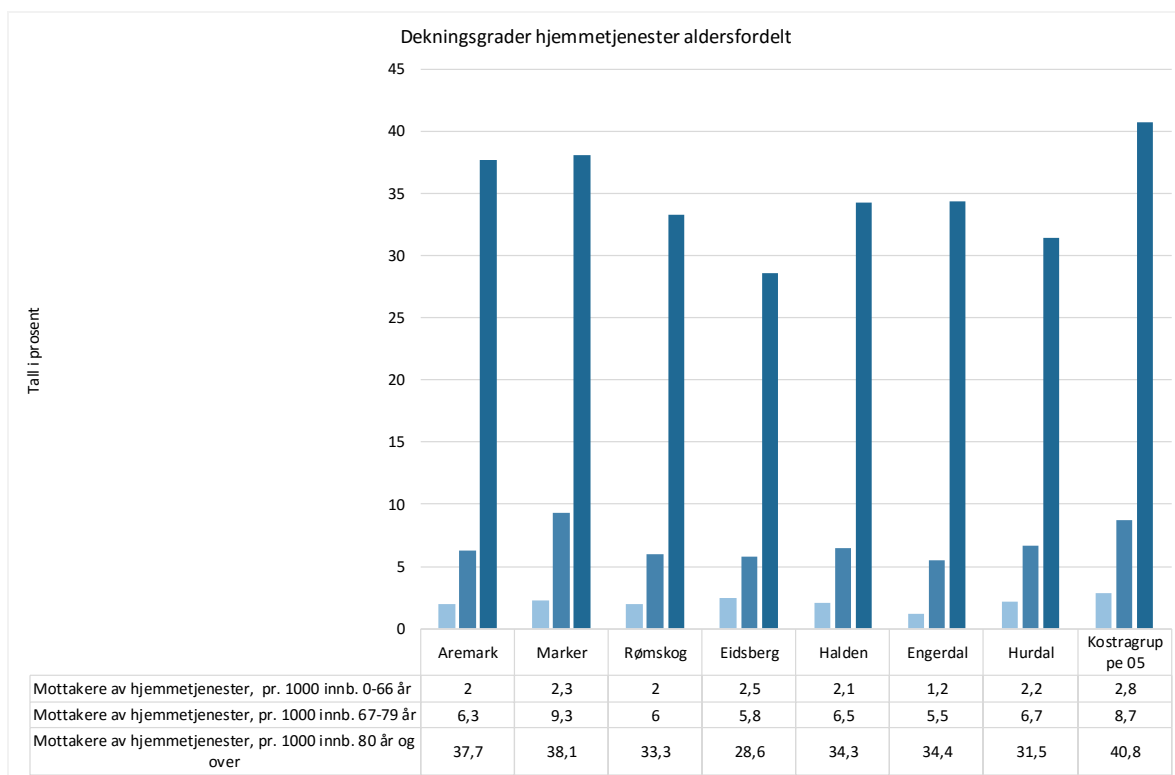
Man kan ikke legge for stor vekt på forskjellene i figuren over. I brukergruppen for hjemmetjenester er det store forskjeller når det gjelder tjenester og pleiebehov. Tildelingspraksis varierer dessuten mellom kommunene. Noen kommuner velger å gi lite til mange. Dette gir en lavere kostnad pr. bruker. Andre velger å gi mye tjenester til færre, og ender opp på en høyere kostnad pr. bruker. Det er likevel viktig å påpeke at Aremark tildeler forholdsmessig stor andel av sine tjenester i hjemmet som hjemmesykepleie, se figuren under.



Figur 1-15: Tildeling av timer til praktisk bistand og hjemmesykepleie. Kilde: KOSTRA 2016

### Brukere i hjemmetjenesten

I figuren på neste side, viser vi dekningsgraden innen hjemmetjenesten, fordelt på alder. Aremark har ganske høy dekningsgrad for innbyggere 80 år og oppover, mens kommunen har lavere dekningsgrad for yngre innbyggere.



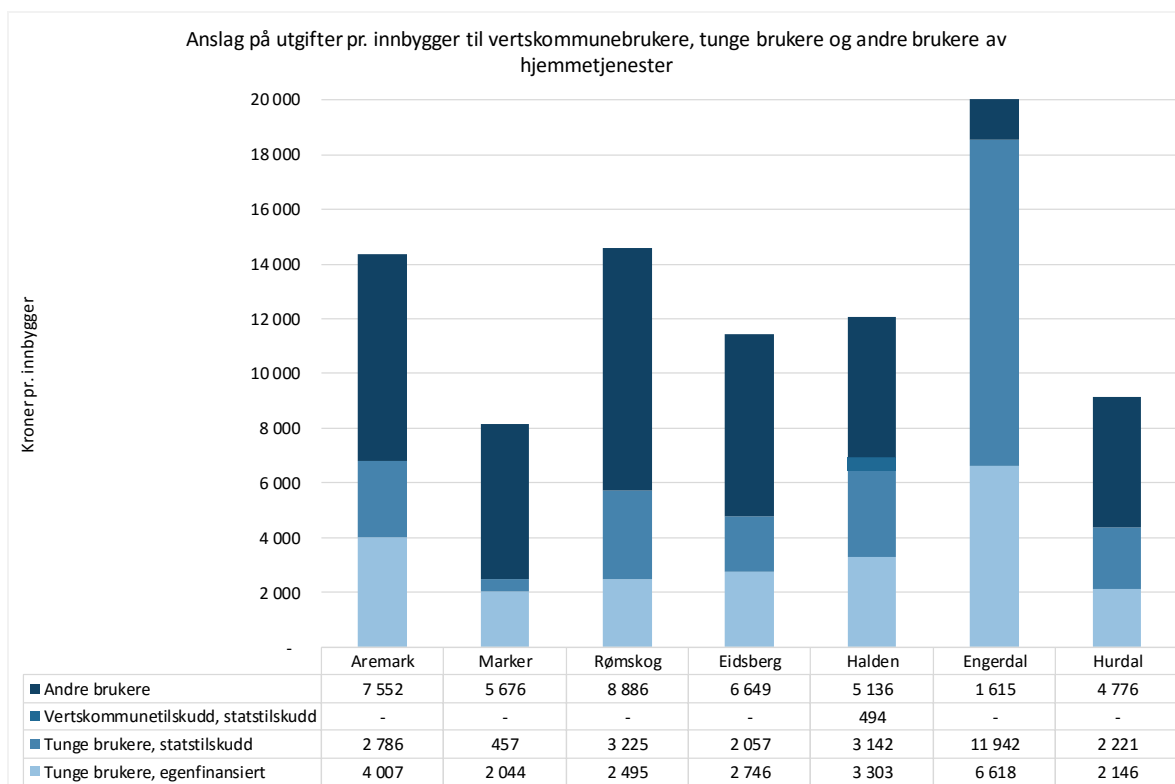
Figur 1-16: Dekningsgrad hjemmetjenester aldersfordelt. Kilde: KOSTRA 2016

Figuren viser at hovedvekten av dem som mottar hjemmetjenester, er over 80 år, men andelen innenfor kommunene varierer. Snittet i KOSTRA-gruppe 5 ligger høyest med ca. 41 %. Aremark ligger i øvre sjiktet blant sammenligningskommunene, med i underkant av 38 %.

### Ressurskrevende tjenester

Kommunene kan søke om tilskudd til dekning av ekstra kostnader til de tyngste brukerne i PLO («tilskudd til særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester»). De brukerne det gjelder får for det meste tjenester i hjemmet (bemannede boliger). Tilskuddet reduserer nettoutgiften i hjemmebaserte tjenester. Kommunene må betale en stor egenandel. For tiden dekker staten 80 % av utgiftene over 1,1 mill. kr (1,7 mill. kr for brukere med diagnose psykisk utviklingshemming). Kommunenes store nettoutgifter til særlig ressurskrevende tjenester kan i flere kommuner bidra til å redusere innsatsen til øvrige brukere.

Figuren på neste side viser et anslag på fordeling av utgifter til henholdsvis vertskommunebrukere, tunge brukere og andre brukere av hjemmetjenester. Vi ser at tunge brukere medfører betydelig egenfinansiering, på tross av stort statlig tilskudd.



Figur 1-17: Netto driftsutgifter etter korrigerings av forskjeller i behov til hjemmetjeneste. Kilde: KOSTRA 2016 og SHDIR

Tall fra 2016 viser at Aremark fikk utbetalt et statlig tilskudd til ressurskrevende tjenester på 2 786 kr pr. innbygger. Kommunens egenfinansiering utgjorde 4 007 kr og er nest høyest i sammenlikningen.

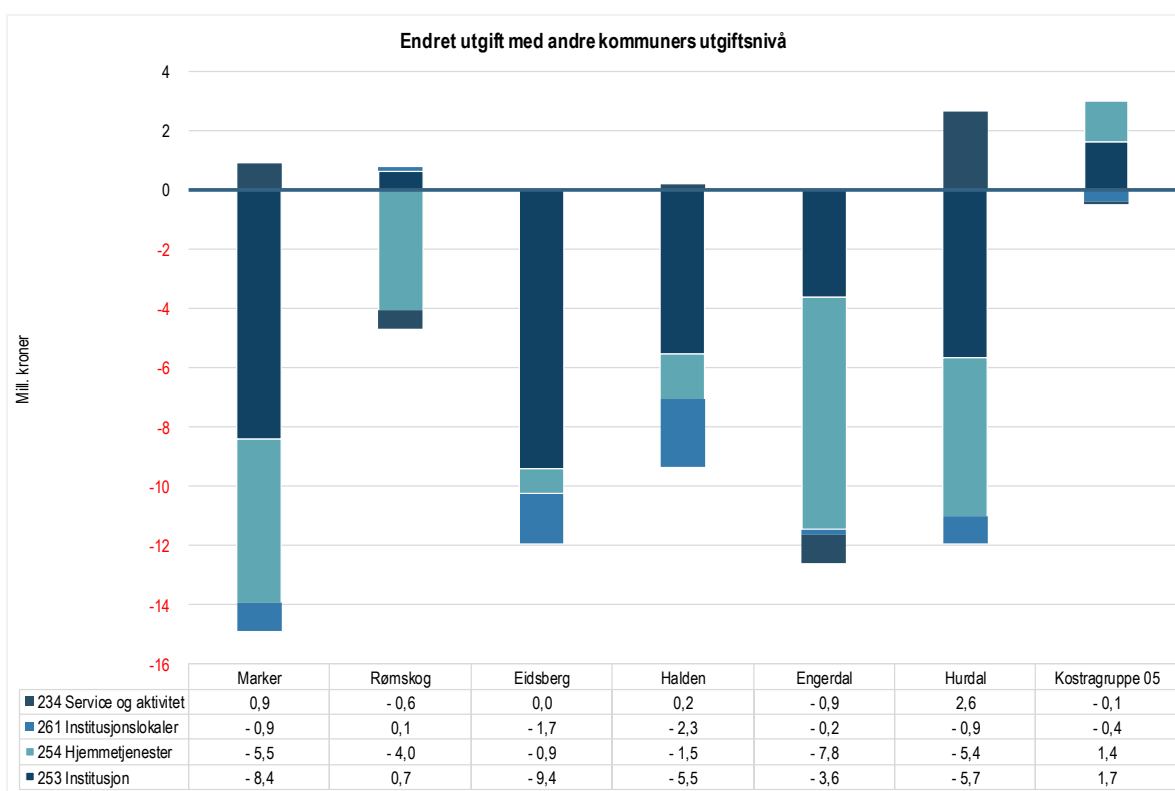
## 1.6 Kommunen har et effektiviseringspotensial

### Potensial for å snu ressursinnsatsen til mer hjemmebasert

Analysen har så langt vist at kommunens utgifter innen pleie og omsorg er høyere enn sammenligningskommunene. Dette gjelder også når vi korrigerer for behov. Analysen viser at ved korrigering for behov ligger Aremark noe under gjennomsnittet i KOSTRA-gruppe 5, men betydelig over kommunene Marker, Rømskog, Halden, Engerdal og Hurdal.

Analysene viser det er relativt høye enhetskostnader både i institusjon og hjemmetjenester. Samtidig tar kommunene inn relativt lite egenbetaling. Kommunene bruker også en relativt stor del av tjenestene i hjemmet som hjemmesykepleie.

I figuren under viser vi det teoretiske potensialet for å redusere utgiftene, og/eller snu ressursinnsatsen.



Figur 1-18: Endret utgift med andre kommuners utgiftsnivå. Kilde: KOSTRA 2016 og egne analyser

Figuren viser at Aremark har et teoretisk innsparingspotensial i forhold til sammenligningskommunene både når det gjelder hjemmetjenester og institusjonstjenestene. I forhold til Marker kommune er det et innsparingspotensial på 8,4 mill. kr i institusjonstjenesten, og 5,5 mill.kr. innenfor hjemmetjenesten. Sett i forhold til KOSTRA-gruppe 5 ville utgiftene i Aremark økt.

## 1.7 Tjenesteprofilen innen pleie og omsorg

Dataene i KOSTRA er ikke alene nok til å konkludere rundt Aremarks prioriteringer av tjenester innen PLO. For å gjøre et ytterligere dypdykk har Agenda Kaupang utviklet en database hvor vi manuelt innhenter informasjon for kommunene vi har oppdrag for. Dette er data som ikke er tilgjengelig i KOSTRA, og som medfører at vi må velge andre sammenligningskommuner i den videre, dyptgående analysen innenfor PLO. Utvalgte kommuner er blant dem Agenda Kaupang har jobbet med innenfor PLO, og som vi derfor har god kjennskap til. Dette medfører at vi i tillegg til å

sammenligne, også kan si noe om årsakssammenhenger, omsorgsprofiler mv. Hensikten med sammenligningen er å sammenligne prioriteringer og kostnadsnivå mellom ulike kommuner, med formål om å kunne lære av andre (beste praksis).

Kommunene som er valgt ut fra databasen, er:

- ▶ Aremark
- ▶ Halden (nabokommune)
- ▶ Sømna
- ▶ Ørskog
- ▶ Askim
- ▶ Åmot
- ▶ Gjennomsnitt for 14 kommuner

I den videre analysen har vi tatt hensyn til at ulike kommuner har ulike behov, jf. figur 4.4 som er omtalt tidligere i rapporten. Analysen tar utgangspunkt i KOSTRA-funksjonene 234 Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse, 254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende, 253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon og 261 Institusjonslokaler. Tjenester og budsjett knyttet til andre funksjoner er ikke tatt med i denne analysen. For eksempel gjelder dette tjenester til brukere i kategorien Psykisk helse under 18 år. Disse kan eksempelvis være ført på helsestasjonene og har KOSTRA-funksjon 232 og/eller 233.

Sammenligningene omhandler antall brukere og kostnader pr. bruker for likartet tjeneste. Vi har tatt utgangspunkt i både brutto og netto driftsutgifter for kommunene i sammenligningene.

### Sammenligningsgrunnlaget

I sammenligningen har vi gjennomført sammenstilling av tre brukergrupper: personer med psykisk utviklingshemming eller medfødt/tidlig ervervet utviklingsforstyrrelser, psykisk helse og tjenestene til eldre.<sup>2</sup>

Når det gjelder antall brukere pr. 1 000 innbyggere totalt i kommunene, kan forskjellene som avdekkes, skyldes flere forhold:

- ▶ Forskjell i antall innbyggere med eksempelvis funksjonshemming pr. innbygger og forskjell i behov for bistand.
- ▶ Forskjell i tjenestetilbud til brukere med likartet behov.

Vi har i dette prosjektet ikke hatt mulighet til å vurdere betydningen av forskjellen i andel brukere og deres behov. Det betyr at forskjellen i antall brukere pr. 1 000 innbyggere kan skyldes begge forhold.

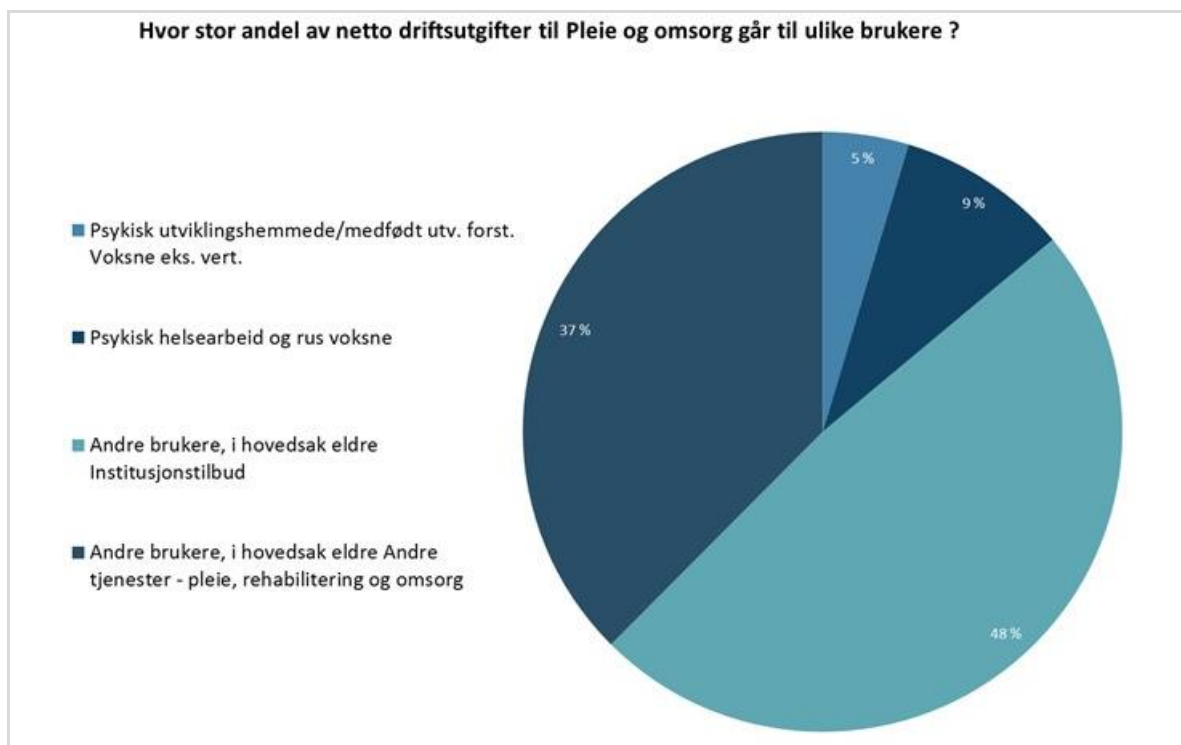
For å få mest mulig ut av tallmaterialet har vi valgt å dele brukerne i to grupper, over og under 18 år, innenfor tjenester til personer med funksjonsnedsettelse og psykisk helse. Ressursene er koblet til de to gruppene. Ikke alle kommunene som har vært med i sammenligningen har hatt dette skillet, men vi har beregnet kostnadene på de to aldersgruppene.

---

<sup>2</sup> I analysen benyttes kategorien Andre brukere, hovedsakelig eldre. Denne kategorien favner ulike brukere, men er primært brukere med aldersrelaterte sykdommer og funksjonsnedsettelse. I tillegg favner brukergruppen brukere som har behov relatert til ME, MS, ALS og tilsvarende

## 1.8 Andelsmessig fordeling av kommunens nettodriftsutgifter

Den andelsmessige fordelingen av kommunens netto utgifter til PLO er basert på data innhentet direkte fra kommunen. I neste figur ser vi hvordan ressursbruken innenfor kommunens PLO fordeler seg på ulike grupper.



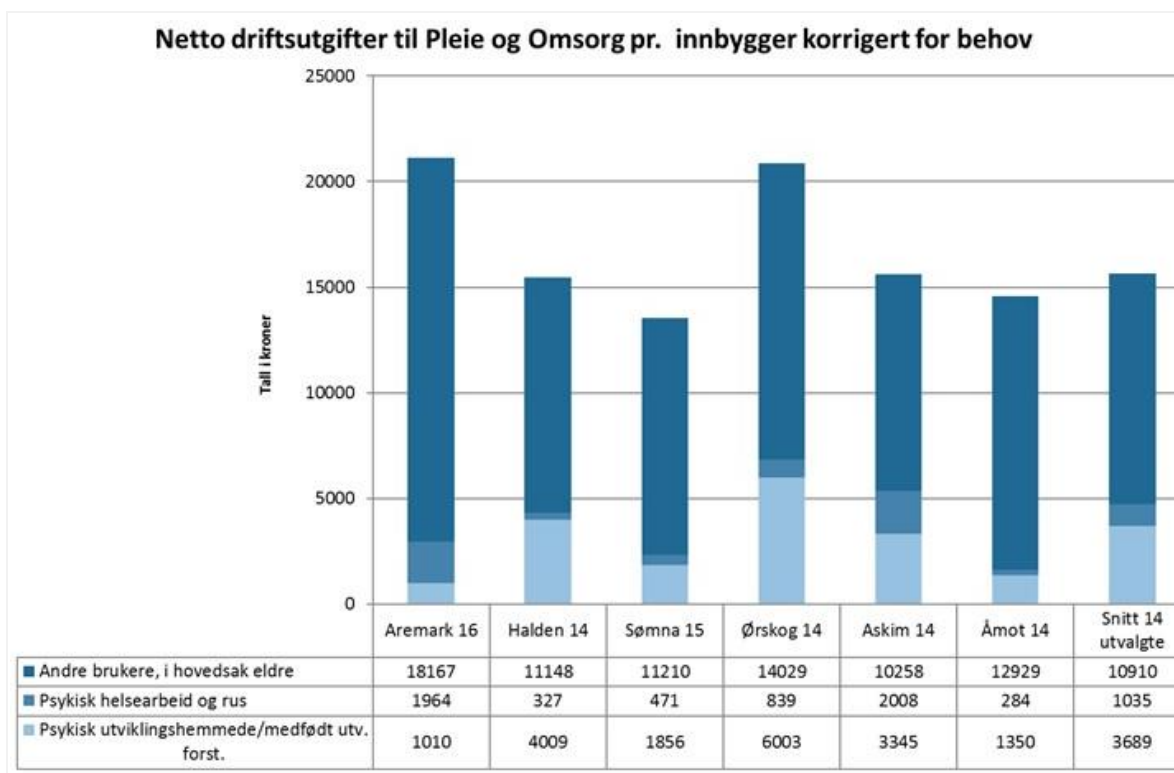
Figur 1-19: Fordeling av ressursbruken på ulike grupper innenfor kommunens pleie og omsorg

Figuren viser at 85 % av kommunens utgifter innen PLO benyttes til eldre i institusjon og ulike hjemmetjenester. 48 % av utgiftene til eldre er knyttet til institusjonstjenesten. 9 % av utgiftene benyttes til mennesker med utviklingshemming mv. 6 % av utgiftene innen PLO benyttes til psykisk helsearbeid og rus.

## 1.9 Netto driftsutgifter pleie og omsorg

I det videre arbeidet benyttes korrigerede regnskapstall basert på regnskapsanalysen omtalt tidligere i rapporten. Gjennomgangen vår viste feilføringer i regnskapet (KOSTRA-veileder) og gjør at utgiftene innen PLO øker ut over tallene vi finner i KOSTRA. Figuren under viser netto driftsutgifter til PLO etter korrigerings, og hvordan disse fordeler seg mellom ulike brukergrupper når det korrigeres for behov.





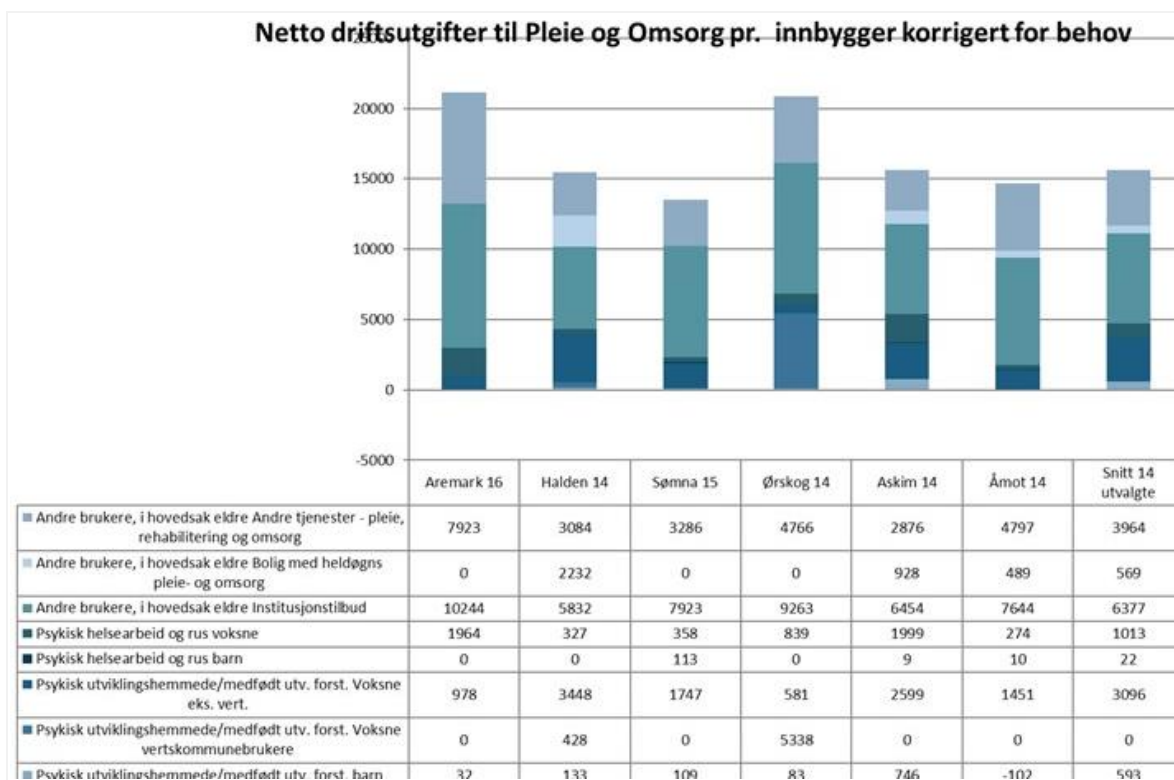
Figur 1-20: Netto driftsutgifter pleie og omsorg pr. innbygger, korrigert for behov

Tabellen viser at Aremarks kostnader til PLO ligger høyest i vår sammenligning av kommuner og høyere enn snittet for de 14 utvalgte kommunene, heretter kalt referansegruppe. KOSTRA-analysen presentert tidligere i rapporten, viste også at Aremark hadde høye utgifter, men noe under gjennomsnittet for kommunegruppe 5.

Kommuner i vår database er ulike, men mange har et høyere kostnadsnivå enn f.eks. kommunegruppene de tilhører. Dette er viktig å ha med seg inn i den videre analysen. Noen kommuner, f.eks. Halden har nå en lavere kostnad enn gjennomsnittet i sin kommunegruppe.

Utgifter til brukergruppen Andre brukere, i hovedsak eldre, varierer mellom kommunene. Utgiftene til denne brukergruppen er høyest i Aremark. Aremarks ligger også høyt på utgifter til psykisk helse og rus. Det er bare utgiftene til brukergruppen mennesker med psykisk utviklingshemming mv. som ligger lavt i Aremark. Her er utgiftene vesentlig lavere enn i de øvrige kommunene.

Aremark har høyere utgifter til PLO enn de øvrige kommunene i sammenligningen. I figuren under skal vi se hvordan utgiftene fordeler seg på ulike brukergrupper innenfor kategoriene som benyttes.



Figur 1-21: Nettodriftsutgifter fordelt på ulike brukergrupper. Kilde: kommuneregnskap og data fra kommunene

Som vi har vist tidligere bruker Aremark mye ressurser på institusjonstjenesten for eldre. Figuren viser at dette også er tilfelle i mange av sammenlikningskommunene, men utgiftene varierer fra rundt 5 832 til 10 244 kr pr. korrigerede innbygger. Aremark er kommunen med høyest utgifter.

I figuren over har vi fordelt kostnadene til hjemmetjenester på ulike brukergrupper. Aremark har høyest utgifter til hjemmetjenester for brukergruppen *Andre brukere, i hovedsak eldre*. Utgiftene til dette varierer også mellom kommunene, fra 2 876 kr i Askim pr. korrigerede innbygger, til 7 923 kr i Aremark.

Når det gjelder tjenester i heldøgnsbemannede boliger (*andre brukere, i hovedsak eldre*), har Aremark kommune ikke skilt ut kostnader til dette. Flere av de andre kommunene i vår sammenlikning har heller ikke utgifter til dette.

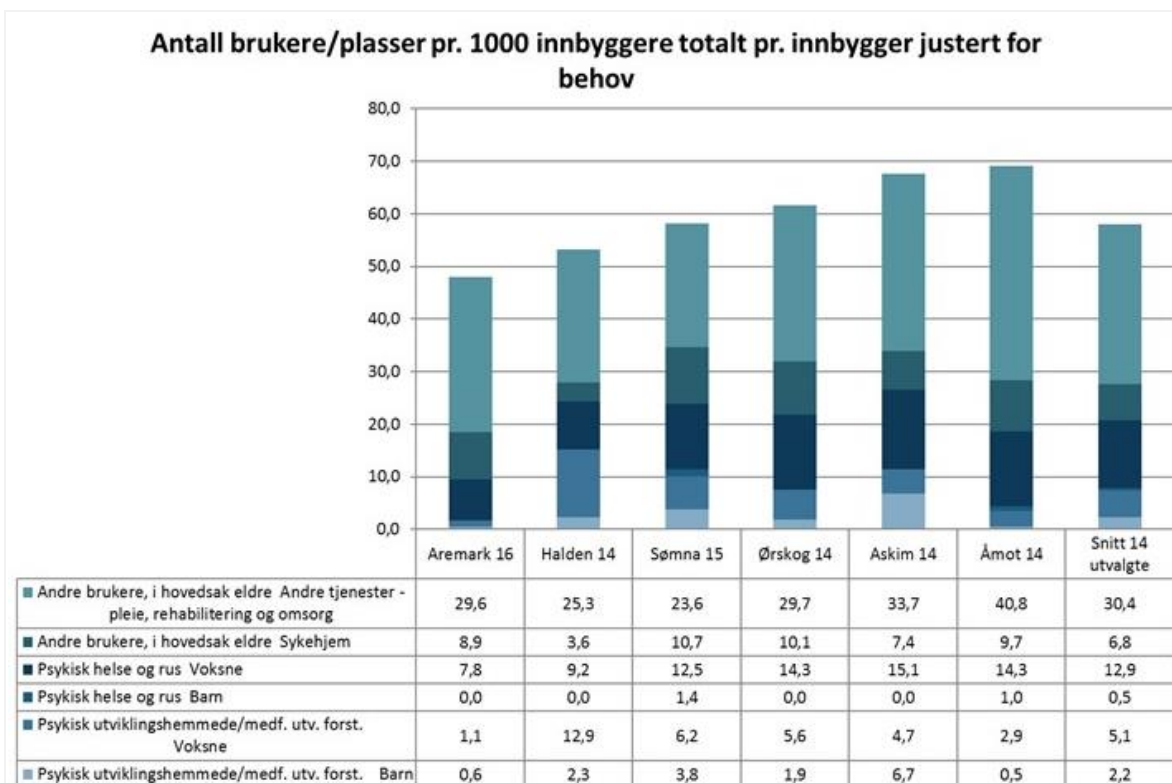
Kommunens utgifter innen psykisk helse og rus er knyttet til voksne. Nivået på kostnadene er høye i sammenlikningen, med 1964 kr pr. innbygger korrigeret for behov. Aremark har ikke oppgitt å ha kostnader til barn innen det samme fagområdet. Dette er også tilfelle i flere av kommunene i sammenlikningen.

Når det gjelder utgifter innenfor kategorien psykisk utviklingshemmede mv. over 18 år, ligger Aremarks utgifter nest lavest i sammenlikningen, med 978 kr pr. innbygger korrigeret for behov.

Når det gjelder psykisk utviklingshemmede mv. under 18 år, ser vi at kommunenes utgifter til dette varierer fra 32 til 746 kr pr. innbygger. Aremark har lave utgifter, med 32 kr pr. innbygger.

## 1.10 Brukere og plasser

I neste figur viser vi hvor mange brukere/plasser kommunen har innenfor de ulike tjenestene. Antall brukere/plasser er korrigert for kommunens samlede behov og er beregnet pr. 1 000 innbyggere. På den måten får man et sammenlignbart tall som ikke avhenger av kommunestørrelse.



Figur 1-22: Antall brukere/plasser pr.1 000 innbygger justert for behov

Figuren viser at totalt antall brukere varierer betydelig mellom kommunene. Åmot har flest brukere samlet sett. Aremark ligger lavt.

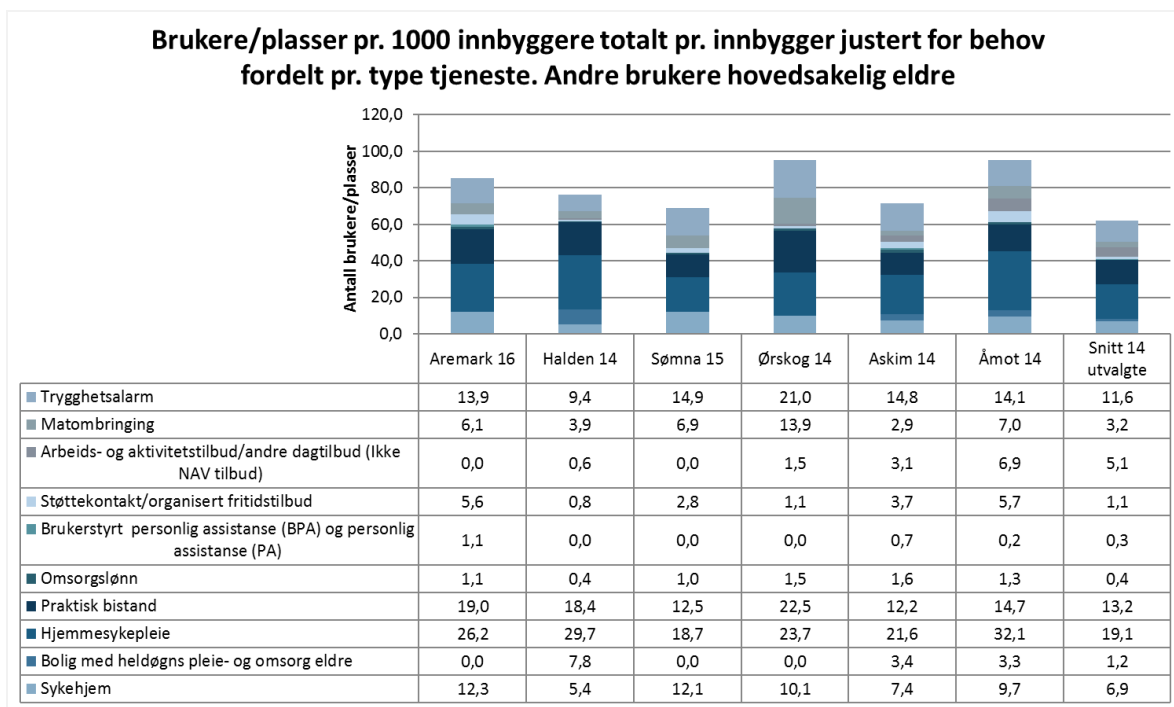
Brukergruppen *Andre brukere, i hovedsak eldre* i Aremark ligger over snittet for referansegruppen, når vi ser brukerguppen samlet. Andel brukere med ulike tjenester i hjemmet ligger rett under nivået for referansegruppen. Andel brukere på sykehjem varierer mellom kommunene. Fra 3,6 i Halden, til 10,7 i Sømna. Aremark ligger høyere enn referansegruppen med 8,9 brukere pr. 1 000 innbygger, korrigert for behov.

Aremark kommune har færre brukere innen psykisk helse- og rusarbeid enn sammenlikningskommunene og snittet for referansegruppen. Når det gjelder andelen registrerte brukere under 18 år, innen psykisk helsearbeid, har flere kommunene oppgitt at de ikke har brukere innenfor denne kategorien, også Aremark. Dette betyr imidlertid ikke at de ikke yter kommunale tjenester til denne brukerguppen. Erfaring tilsier at denne brukerguppen ivaretas av helsestasjon, lege, PPT og skole, og derfor ikke med i denne kartleggingen.

Når det gjelder antall brukere knyttet til psykisk utviklingshemming/utviklingsforstyrrelse, har Aremark kommune det laveste nivået på brukere i vår sammenlikning. Kommunen har få brukere både over og under 18 pr. år sammenliknet med andre.

## 1.11 Andre brukere, i hovedsak eldre

Vi har tidligere vist at Aremark ligger i det øvre sjiktet i vår sammenligning når det gjelder antall brukere innenfor kategorien *Andre brukere, i hovedsak eldre*. I figuren under ser vi hvordan dette fordeler seg på ulike tjenester til målgruppen. For å få sammenlignbare tall mellom kommunene er det korrigert for forskjeller i behov før brukerne er fordelt på de forskjellige tjenestene. Det er beregnet hvor mange dette utgjør pr. 1 000 innbyggere i de forskjellige kommunene.



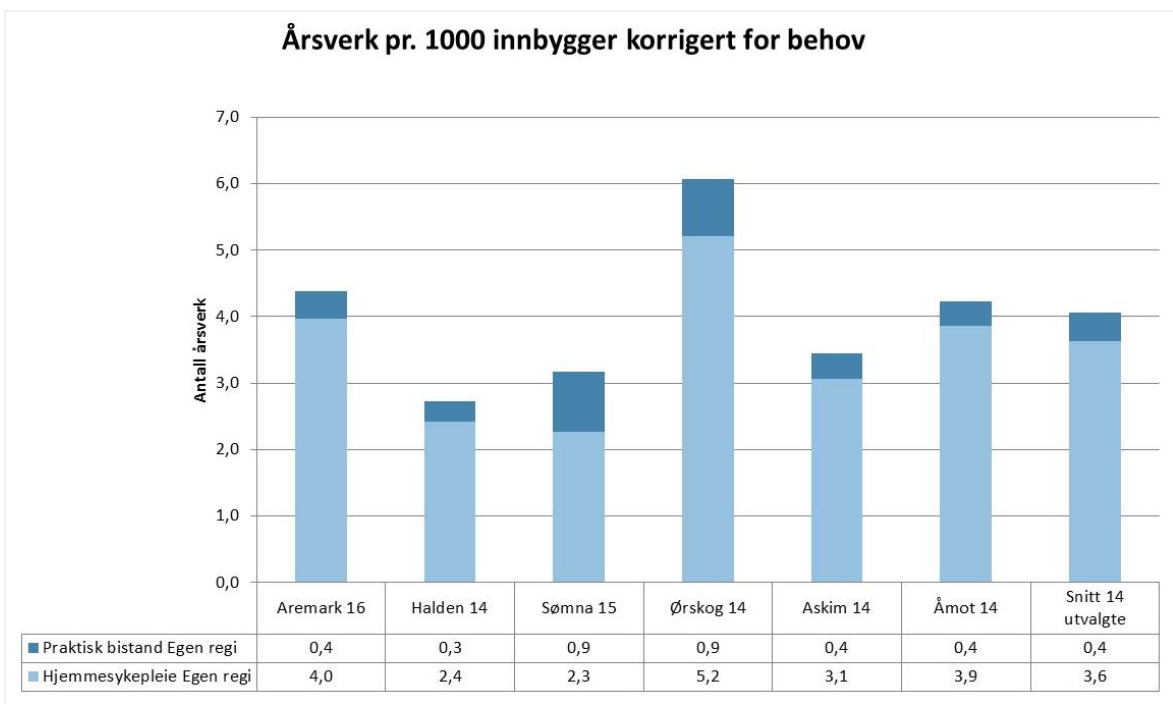
Figur 1-23: Brukere/plasser fordelt på tjenester til andre brukere, i hovedsak eldre. Andel brukere pr. 1 000 innbygger korrigert for behov

Tabellen viser at det er stor variasjon mellom kommunene når det gjelder andel brukere fordelt på de ulike tjenestene. Aremark ligger i mellomstiktet samlet sett.

- ▶ Andel brukere som har trygghetsalarm varierer fra 9,4 i Halden pr. 1 000 innbygger korrigert for behov til 21 i Ørskog. Aremark ligger i mellomstiktet med 13,9 brukere pr. 1 000 innbygger, korrigert for behov.
- ▶ Andel brukere med matombringing varierer også, fra 2,9 i Askim til 13,9 i Ørskog. Andelen brukere som har dette i Aremark ligger på et mellomnivå med 6,1.
- ▶ Andel brukere som deltar i dag- og aktivitetstilbud varierer også mellom kommunene. Aremark og Sømna har ikke dette.
- ▶ Andel brukere med støttekontakt er høyere i Aremark enn i de øvrige kommunene i vår sammenlikning.
- ▶ 3 kommuner har ikke brukere med tjenester organisert som BPA. Aremark har dette, og andelen ligger høyest i sammenlikningen.
- ▶ Aremark ligger i det øvre sjiktet når det gjelder tjenestemottakere innen praktisk bistand og hjemmesykepleie. Andelen brukere er høyere enn gjennomsnittet for referansegruppen, med 19 brukere innenfor praktisk bistand og 26,2 brukere innenfor hjemmesykepleie.
- ▶ Figuren viser at Aremark ikke har oppgitt å ha bolig med heldøgnsbemanning.
- ▶ Når det gjelder institusjon, varierer andelen brukere fra 5 til 12,3. Aremark ligger høyest i sammenlikningen.

## Hjemmetjenester, i hovedsak til eldre

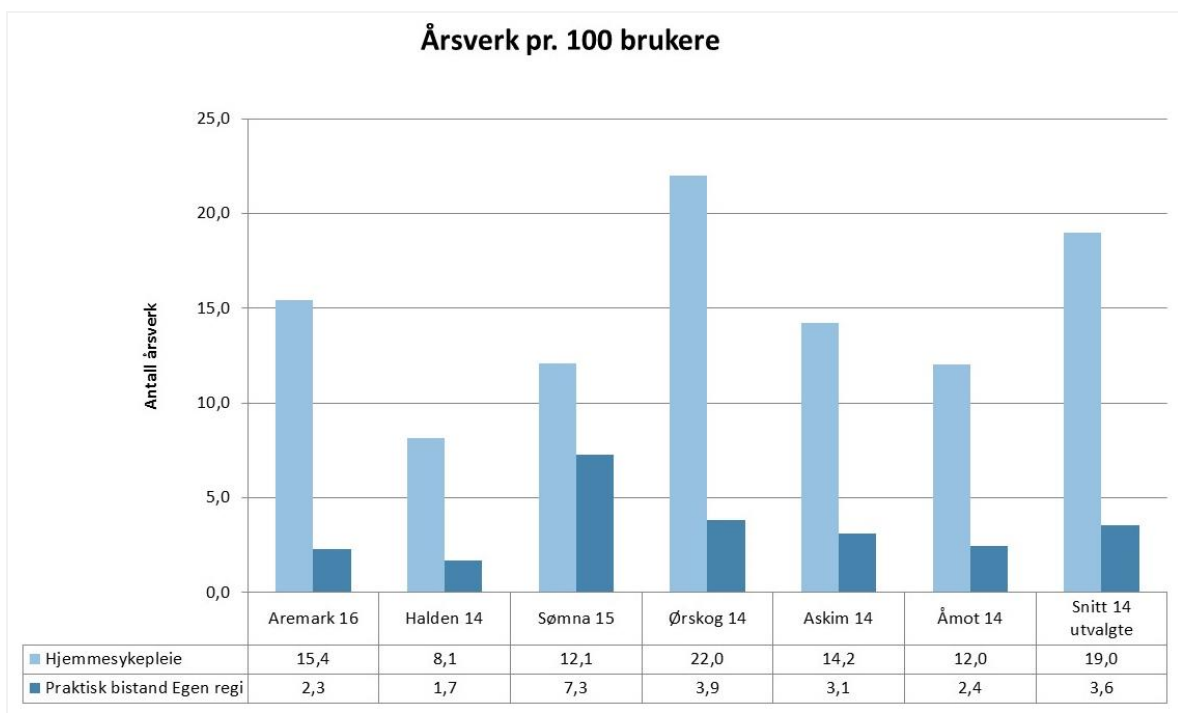
I neste figur viser vi årsverk pr. 1 000 innbyggere korrigert for behov knyttet til praktisk bistand og hjemmesykepleie.



Figur 1-24: Oversikt over årsverk i hjemmebasert omsorg, pr. 1 000 innbygger justert for behov

Figuren viser variasjoner i hvordan kommunen prioriterer praktisk bistand og hjemmesykepleie til brukergruppen *Andre brukere, i hovedsak eldre*. Aremark ligger på snittet med referansegruppen når på årsverk innen praktisk bistand pr 1000 innbygger, og 0,4 over referansegruppen når det gjelder årsverk i hjemmesykepleien.

Omfang av tjenester og terskel for å få tildelt tjenester varierer mellom kommunene. I neste figur ser vi andel årsverk i hjemmetjenesten i forhold til brukere.



Figur 1-25: Oversikt over årsverk i hjemmebaserte tjenester, pr. 100 brukere

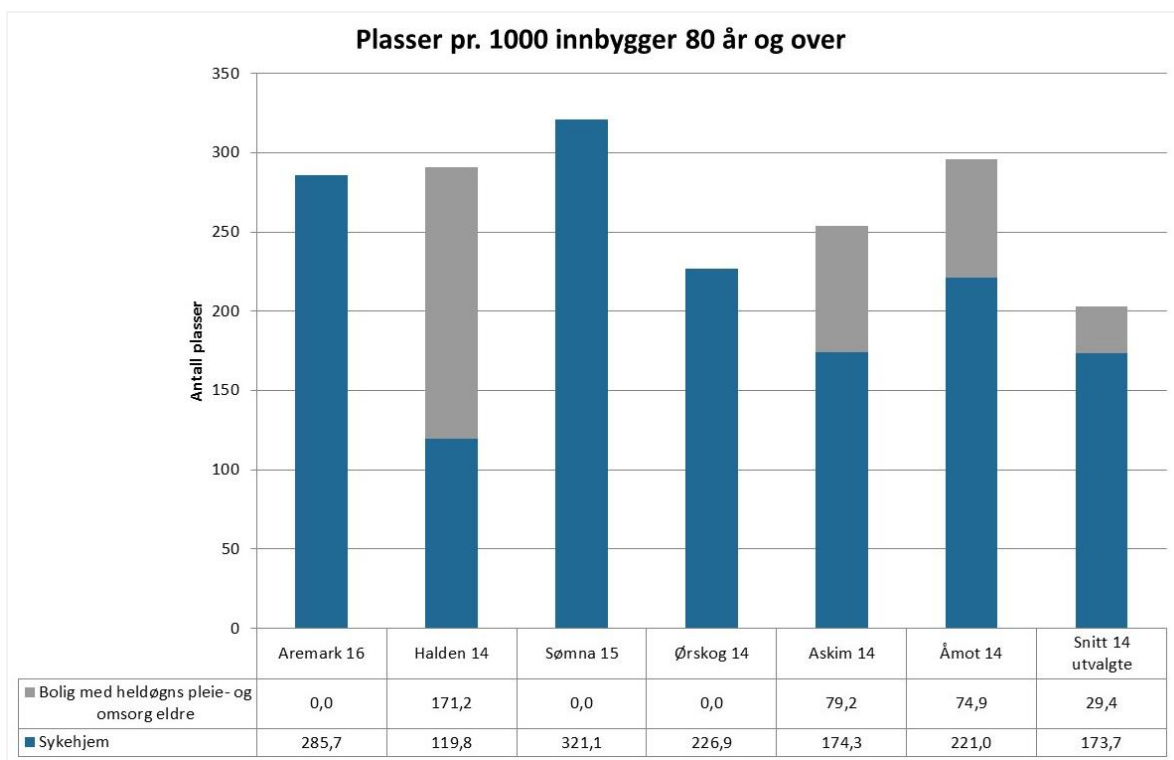
Figuren over viser at Aremark har noe lavere andel årsverk innen hjemmesykepleie pr. 100 brukere, med 15,4, men nest høyest av kommunene i vår sammenlikning.

Når det gjelder årsverk til praktisk bistand, varierer dette fra 1,7 i Halden til 7,3 i Sømna. Gjennomsnittet i referansegruppen utgjør 3,6 årsverk. Dette er noe høyere enn i Aremark, som har 2,3 årsverk pr. 100 brukere.

### Dekningsgrad heldøgns omsorg for eldre

Dekningsgrad innenfor heldøgns PLO omfatter tilbud i sykehjem og omsorgsbolig med heldøgnsbemanning. Dette er hovedsakelig tilbud til de eldre innbyggerne i kommunen.

Kommunens dekningsgrad, samt bruk av korttidsplasser har betydning for både prioritering og dimensjonering av øvrige tjenester, spesielt hjemmetjenester, til denne målgruppen. Vi skal komme nærmere inn på dekningsgrad senere i vedlegget. Neste figur viser hvordan denne andelen fordeler seg mellom kommunene i utvalget.



Figur 1-26: Dekningsgrad heldøgns omsorg – plasser pr. 1 000 innbygger 80 år og over

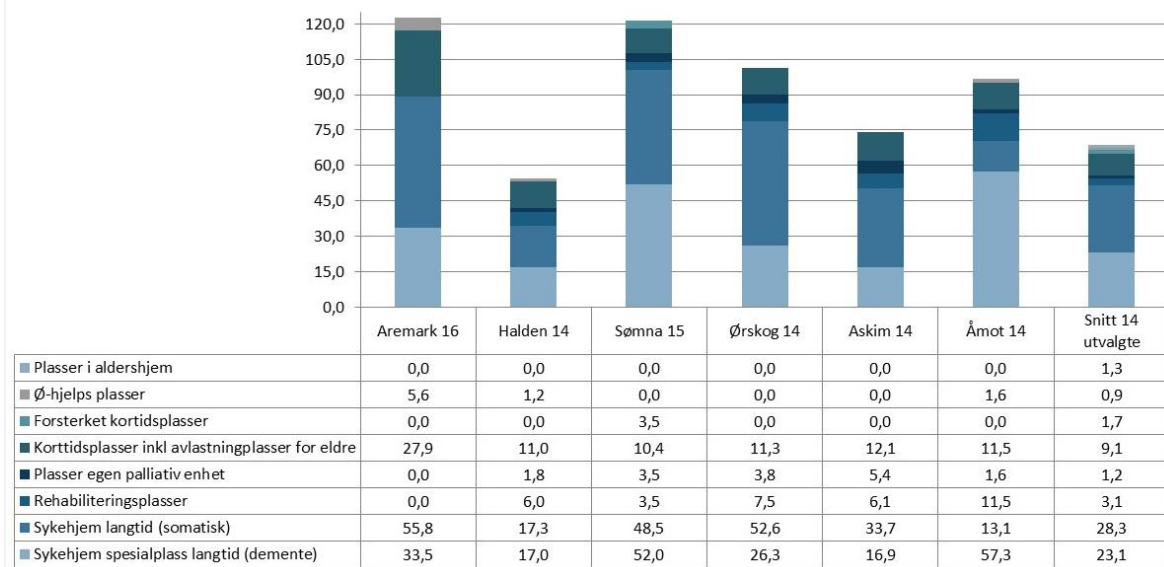
Figuren viser at dekningsgraden i kommunene varierer, og at dette både skyldes variasjon i andel omsorgsboliger og sykehjemsplasser. Sømna har høyest dekningsgrad i vår sammenligning. Aremark ligger i det øvre sjiktet i sammenligningen, med en dekningsgrad på i underkant av 29 %, 286 plasser<sup>3</sup>. Figuren viser at dekningsgraden skyldes andel plasser i sykehjem. Gjennomsnittet i referansegruppen er lavere med rundt 174 plasser. Halden har lavest andel plasser avsatt i sykehjem, med rundt 120 plasser pr. 1 000 innbyggere over 80 år. Figuren over viser andel plasser sett i forhold til innbyggere over 80 år. Den tar ikke høyde for at plassene også blir benyttet av innbyggere under 80 år. Erfaringen er at innbyggere under 80 år i hovedsak får tilbud om institusjon i form av korttidsopphold og rehabiliteringsopphold. Senere i vedlegget vil vi benytte alderssammensetningen når vi skal vise hvordan behov for plasser vil kunne utvikle seg i kommunen fremover som følge av demografiske endringer.

Andel plasser i bolig med heldøgnsbemanning varierer stort mellom kommunene, fra 75 i Åmot til 171 i Halden. Snittet i referansegruppen ligger på 29 plasser pr. 1 000 innbygger over 80 år.

I neste figur viser vi hvilken type sykehjemsplasser kommunene har.

<sup>3</sup> Aremark har oppgitt å ha 21 plasser selv om de hovedsakelig kun benytter 16 plasser. Det er 21 plasser som er lagt til grunn her.

### Plasser i syke- og aldershjem pr. 10000 innbygger korrigert for behov



Figur 1-27: Type plasser i sykehjem pr. 1 000 innbygger 80 år og over

Figuren viser at det er en viss variasjon i hvordan kommunene bruker sine sykehjemsplasser. Aremark har oppgitt at hoveddelen av sykehjemsplassene utgjør langtidsplasser. Andel langtidsplasser i Aremark utgjør i underkant av 90 plasser pr. 1 000 innbyggere korrigert for behov. Av dette er ca. 34 spesialplasser for mennesker med demenssykdom, og ca. 56 er ordinære langtidsplasser.

Andel plasser som benyttes til korttidsopphold (ulike), varierer fra ca. 13 plasser til ca. 28. Aremark er kommunen med den høyeste andelen. Andel plasser avsatt til rehabilitering må også sees i sammenheng med plasser avsatt til korttidsformål. Andel rehabiliteringsplasser varierer fra 0 i Aremark til 11,5 i Åmot.

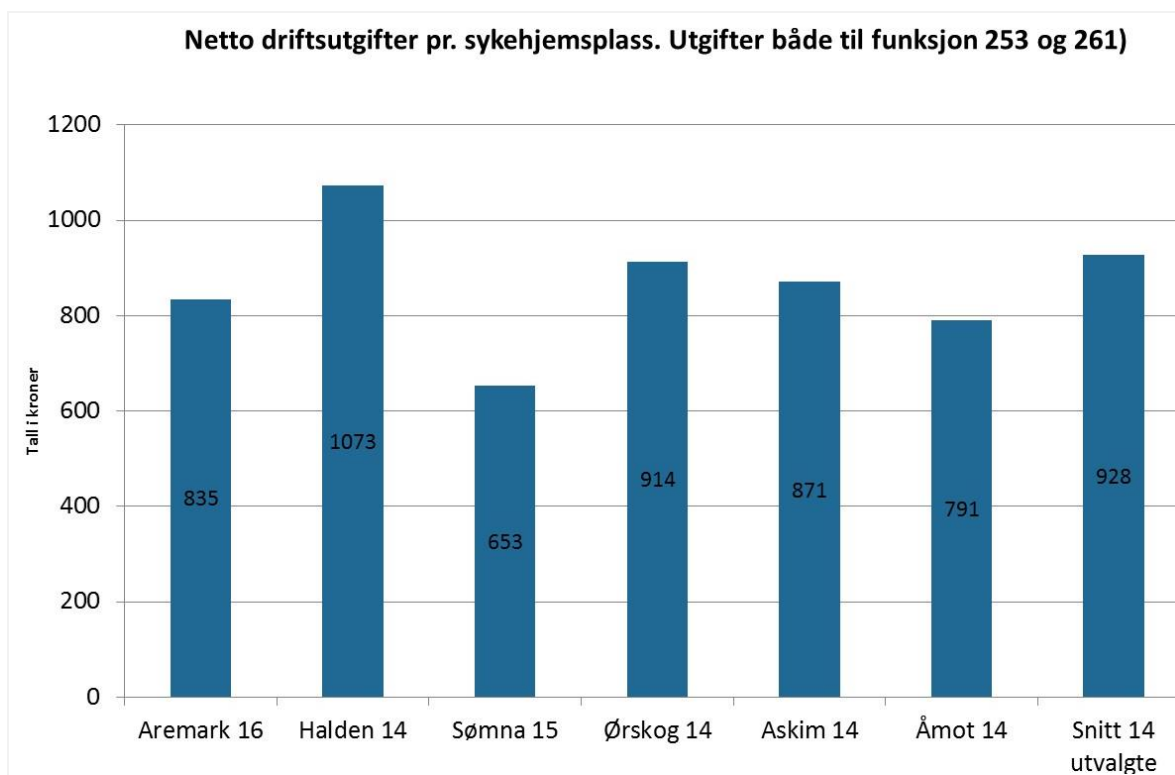
Andel plasser til palliativ omsorg og forsterkede korttidsplasser i institusjon varierer også mellom kommunene. Aremark har ikke oppgitt å ha dette.

Tilbud i form av øyeblikkelig hjelp varierer mellom kommunene. Aremark kjøper dette av Halden. Andelen plasser pr. 1 000 innbygger korrigert for behov utgjør 5,6 og høyest i sammenlikningen.

### Kostnader pr. sykehjemsplass

Kostnader til sykehjem varierer mellom kommunene. Når det gjelder kostnad pr. plass, er det pleiekostnader, og ikke kostnader til bygningsdrift som har den største betydningen. I figuren under ser vi på kommunenes kostnader pr. sykehjemsplass.





Figur 1-28: Netto driftsutgifter pr. sykehjemsplass

Figuren viser at netto kostnader pr. sykehjemsplass varierer mellom kommunene i vår sammenligning. Haldens kostnader er høyest, med 1 073 000 kr pr. plass. De rimeligste plassene finner vi i Sømna, med 653 000 kr. Gjennomsnittet i referansegruppen utgjør 928 000 kr pr. plass. Det er høyere enn i Aremark, hvor kostnaden pr. disponibel plass utgjorde 835 000 kr i 2016. Ettersom kommunen i praksis ikke bruker alle de 21 plassene er den reelle enhetskostnaden høyere enn det som fremkommer i figuren over. Dersom man tar utgangspunkt i plasser brukt øker enhetskostnaden til i underkant av 1,1 million pr. plass, og høyest i sammenlikningen.

## 1.12 Dagens dekningsgrad og bruk av sykehjem

Ved inngangen til 2017 var det 16 personer som hadde plass på sykehjemmet i Aremark kommune, jf. tabellen under. Av disse var 14 brukere av langtidsplass og 2 brukere av korttidsplass. I april 2017 var det 5 ledige plasser på sykehjemmet. Det er med andre ord nesten firedel av plassene som var ledige.

Tabell 1-4 Antall personer med pleie- og omsorgstjenester i Aremark kommune i april 2017. Kilde: Aremark kommune

	Personer
Sykehjem - langtid (inkl kjøp)	14
Sykehjem korttid, rehabilitering og KAD	2
Kommunale boliger med døgnbemanning	0
Kommunale boliger uten fast bemanning	0
Ledige plasser	5
I alt	21

Tilbudet i april 2017 er i tabellen under fordelt på tre aldersgrupper:

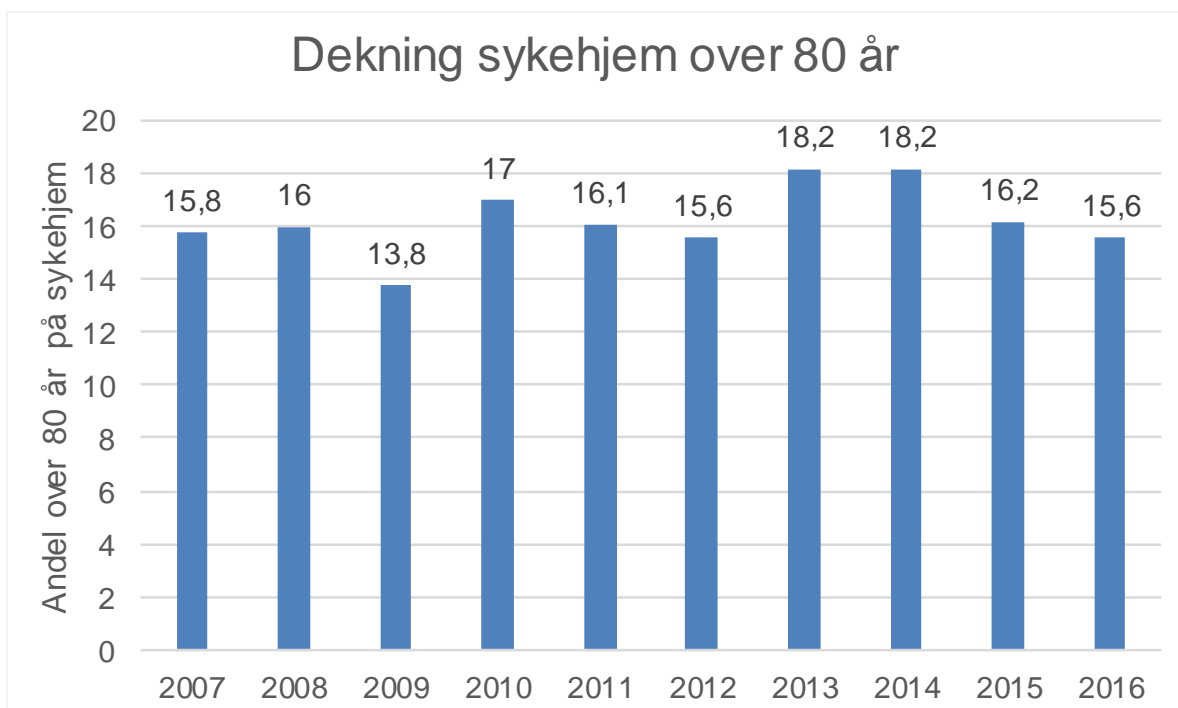
Tabell 1-5: Antall personer med pleie- og omsorgstjenester fordelt på tre aldersgrupper (under 67 år, 67-79 år og over 80 år) i Aremark kommune pr. april 2017. Kilde: Aremark kommune

	Personer	Dekning
<i>Under 67 år</i>		
Sykehjem - langtid (inkl kjøp)	0	0,0 %
Sykehjem korttid, rehabilitering og KAD	0	0,0 %
Kommunale boliger med døgnbemanning	0	0,0 %
Kommunale boliger uten fast bemanning		0,0 %
I alt	0	0,0 %
<i>67-79 år</i>		
Sykehjem - langtid (inkl kjøp)	2	1,0 %
Sykehjem korttid, rehabilitering og KAD	1	0,5 %
Kommunale boliger med døgnbemanning	0	0,0 %
Kommunale boliger uten fast bemanning		0,0 %
I alt	3	1,6 %
<i>Over 80 år</i>		
Sykehjem - langtid (inkl kjøp)	12	15,6 %
Sykehjem korttid, rehabilitering og KAD	1	1,3 %
Kommunale boliger med døgnbemanning	0	0,0 %
Kommunale boliger uten fast bemanning		0,0 %
I alt	13	16,9 %

I april 2017 var 13 av de 16 pasientene på sykehjemmet over 80 år, jf. tabellen over. Det var 17,6 % av eldre over 80 år med plass på sykehjemmet. I Aremark blir det ikke gitt tilbud om heldøgns tilbud utenfor sykehjemmet.

### **Dekningsgrader døgntilbud siste ti år**

Som neste steg i analysen har vi sett på utviklingen de siste ti år for dekingen for heldøgnsstilbudet basert på rapporteringen gjennom KOSTRA, jf. figuren under. Dekningsgraden i KOSTRA er beregnet til 15,6 %. Tilsvarende deking for landet som helhet er på 13,5 %. For landet som helhet er det imidlertid 3,5 % av eldre over 80 år som bor i omsorgsboliger med heldøgns omsorg.



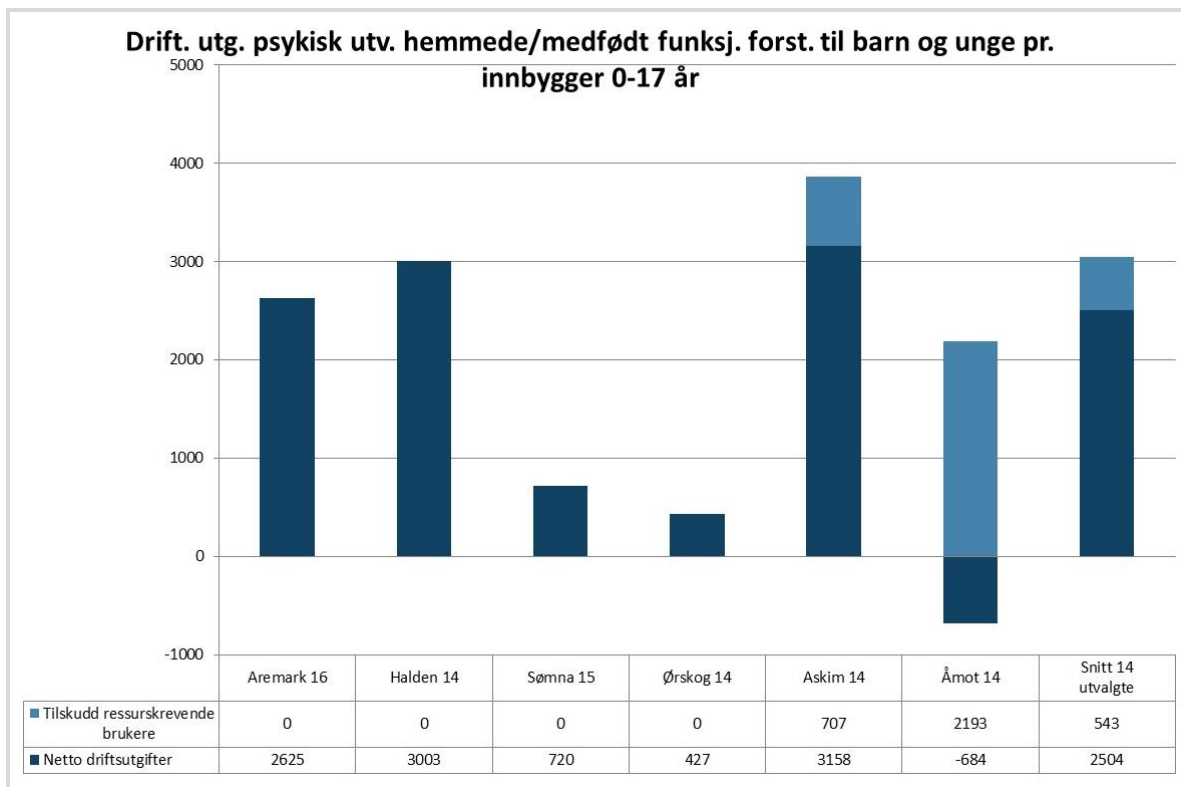
Figur 1-29: Andelen av personer over 80 år<sup>4</sup> med tilbud på institusjon eller i bolig med heldøgns bemanning.  
Kilde: KOSTRA

Dekningsgraden i 2016 er på omtrent samme nivå som i 2007, jf. figuren over. Dekningen gjennom perioden har ellers vært preget av svingninger uten noen klar trend. I en liten kommune som Aremark vil tilfeldige variasjoner være av større betydning enn i en større kommune. Det ser ut til at tilfeldige variasjoner er den viktigste grunnen til svingningene vist i figuren over.

<sup>4</sup> I KOSTRA er tidspunktet for registrering 31. desember hvert år. Ulike tidspunkt for registrering er grunnen til ulike størrelser for dekingen i figur 2.4 og tabell 2.2

## 1.13 Mennesker med psykisk utviklingshemming mv.

Tidligere i analysen har vi korrigert for kommunens samlede behov. I neste figur viser vi hvordan netto driftsutgifter til psykisk utviklingshemmede mv. fordeler seg på gruppen innbyggere 0–17 år og 18–67 år. Ettersom Aremark er en relativt liten kommune vil særlig utgifter til barn endre seg sammenliknet med det analysene tidligere har vist. Dette grunnet lav andel barn i aldersgruppen.

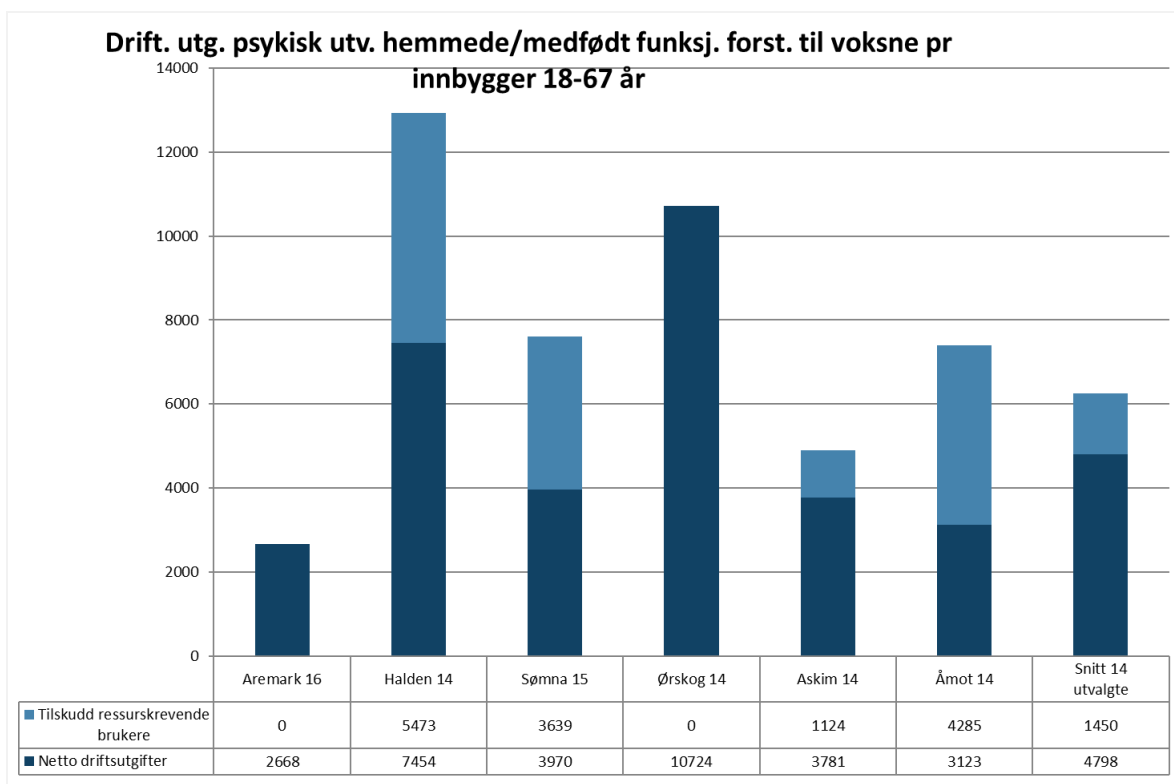


Figur 1-30: Netto driftsutgifter til psykisk utviklingshemmede mv. barn og unge pr. innbygger 0–17 år

Figuren viser at driftsutgifter pr. innbygger i aldersgruppen 0–17 år varierer mellom kommunen. Aremark har et kostnadsnivå som ligger i mellomstaket.

For å forklare hvordan tjenestene er prioritert i Aremark kommune har vi også sammenstilt driftsutgiftene til brukergruppen og hvordan tilskuddet til ressurskrevende tjenester fordeler seg mellom kommunene. Figuren over viser at andel tilskudd varierer mellom kommunene. Aremark har ikke refusjoner. Resultatet av dette er at kommunens driftsutgifter til denne brukergruppen blir høyere enn snittet i referansegruppen, med 121 kr pr. innbygger.

I figuren på neste side ser vi hvordan dette forholder seg når vi ser på brukergruppen over 18 år.



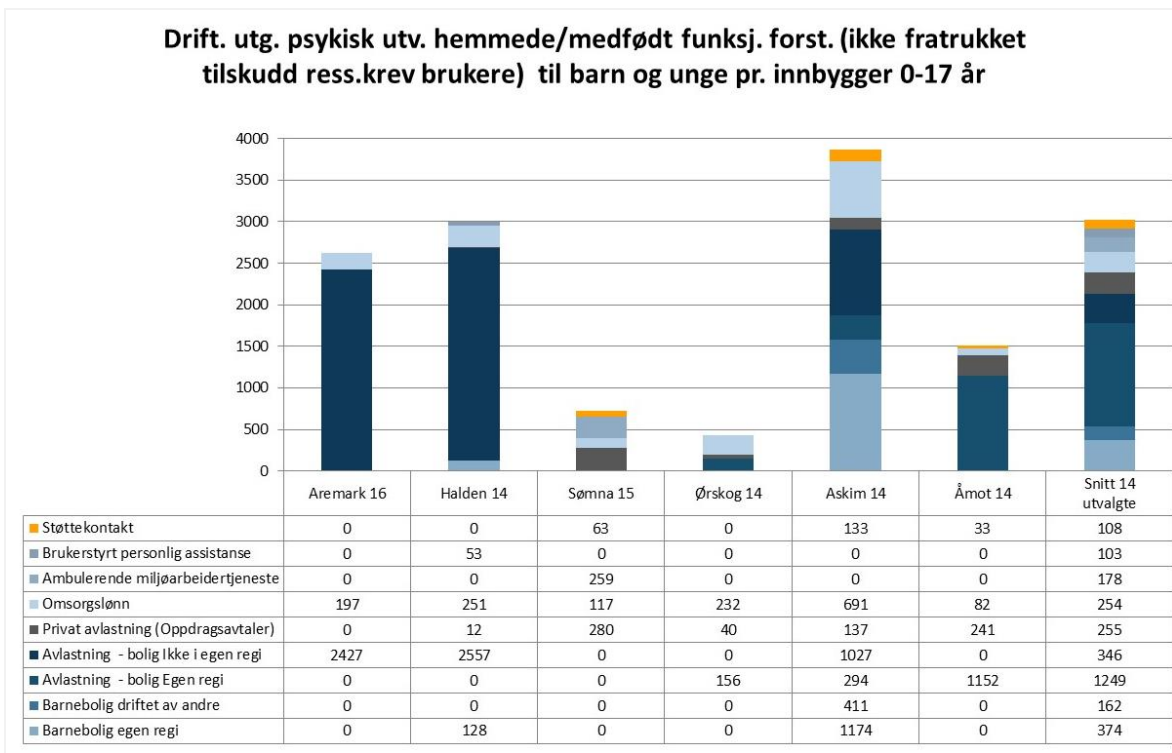
Figur 1-31: Netto driftsutgifter til psykisk utviklingshemmede mv. inkl. tilskudd, pr. voksne innbygger 18–67 år

Figuren viser at Aremark kommunes driftsutgifter til denne brukergruppen ligger lavest i sammenlikningen. Heller ikke her har kommunen refusjon til ressurskrevende tjenester.

## Tjenester til mennesker med psykisk utviklingshemming under 18 år

### Netto driftsutgifter pr. innbygger

Hvilke tjenester som ytes til denne målgruppen varierer kommunene imellom. I neste figur viser vi hvordan netto driftsutgifter til psykisk utviklingshemmede pr. innbygger under 18 år er fordelt på ulike typer tjenester.



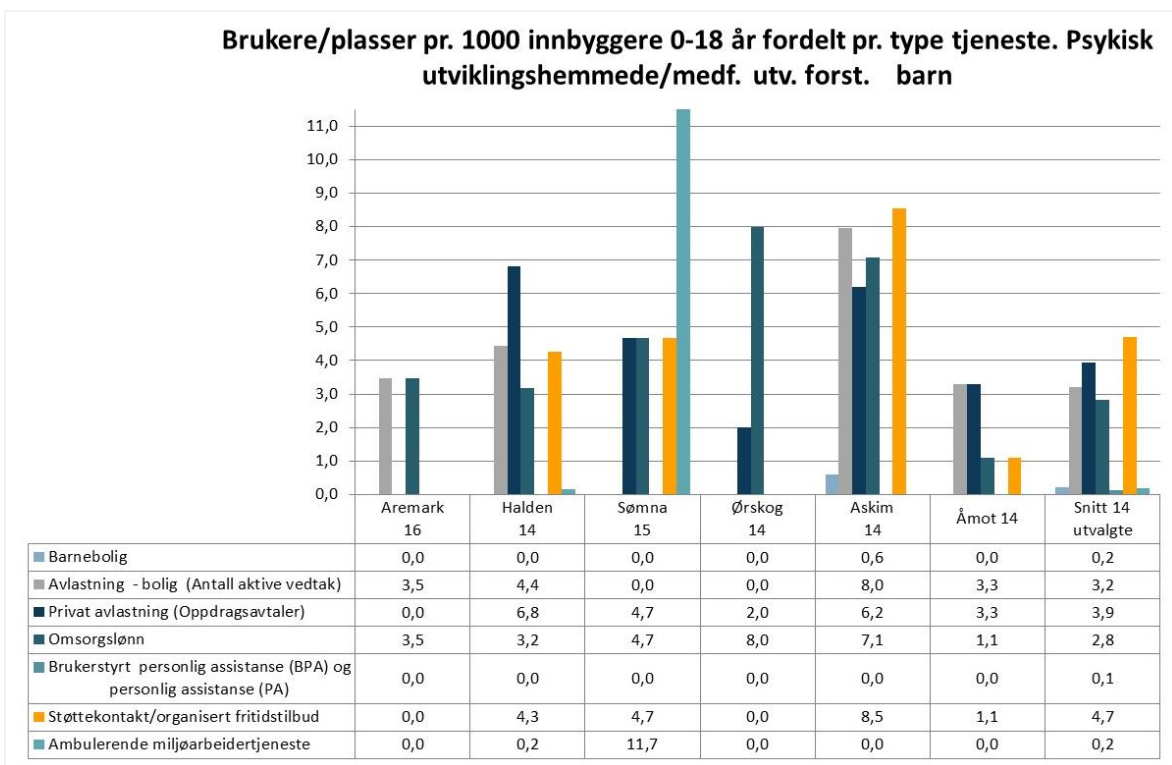
Figur 1-32: Driftsutgifter psykisk utviklingshemmede mv. 0–17 år

Figuren viser følgende:

- ▶ Hovedvekten av utgiftene i Aremark er knyttet til avlastning i bolig i regi av andre, og utgiftene til dette er høye.
- ▶ Utgifter til barnebolig varierer i utvalget og ikke alle kommunen har dette. Aremark har det ikke
- ▶ Alle kommunene minus Aremark har utgifter til privat avlastning.
- ▶ Alle kommunene har utgifter til omsorgslønn. Utgiftene varierer. Aremark ligger i mellomområdet, noe under gjennomsnittet for referansegruppen.
- ▶ Ikke alle kommunene i vår sammenligning har ambulante tjenester for barn og unge. Aremark har oppgitt ikke å ha dette.
- ▶ En av kommunene i vår sammenligning har tjenester organisert som BPA (brugerstyrt personlig assistanse) for barn og unge. Aremark har ikke dette.
- ▶ Utgifter til støttekontakt varierer mellom kommunene, fra 0 til 133 kr. Aremark har ikke oppgitt å ha utgifter til dette formålet.
- ▶ Aremark har heller ikke oppgitt å ha ambulante tjenester til målgruppen. Flere andre kommuner har heller ikke oppgitt å ha dette, men flere kommuner ivaretar dette i regi av ressurser benyttet til boligformål.

## Antall brukere under 18 år

I neste figur viser vi hvordan antall brukere fordeler seg pr. tjeneste for aldersgruppen under 18 år. Vi presiserer at én bruker kan ha flere tilbud, f.eks. både avlastning og støttekontakt.



Figur 1-33: Antall brukere/plasser pr. 1 000 innbyggere, 0–17 år (= under 18 år)

Andel brukere innenfor ulike tjenester varierer mellom kommunene. Aremark har få mottakere samlet sett, og de som mottar tjenester mottar dette i form av avlastning i bolig og/eller omsorgslønn.

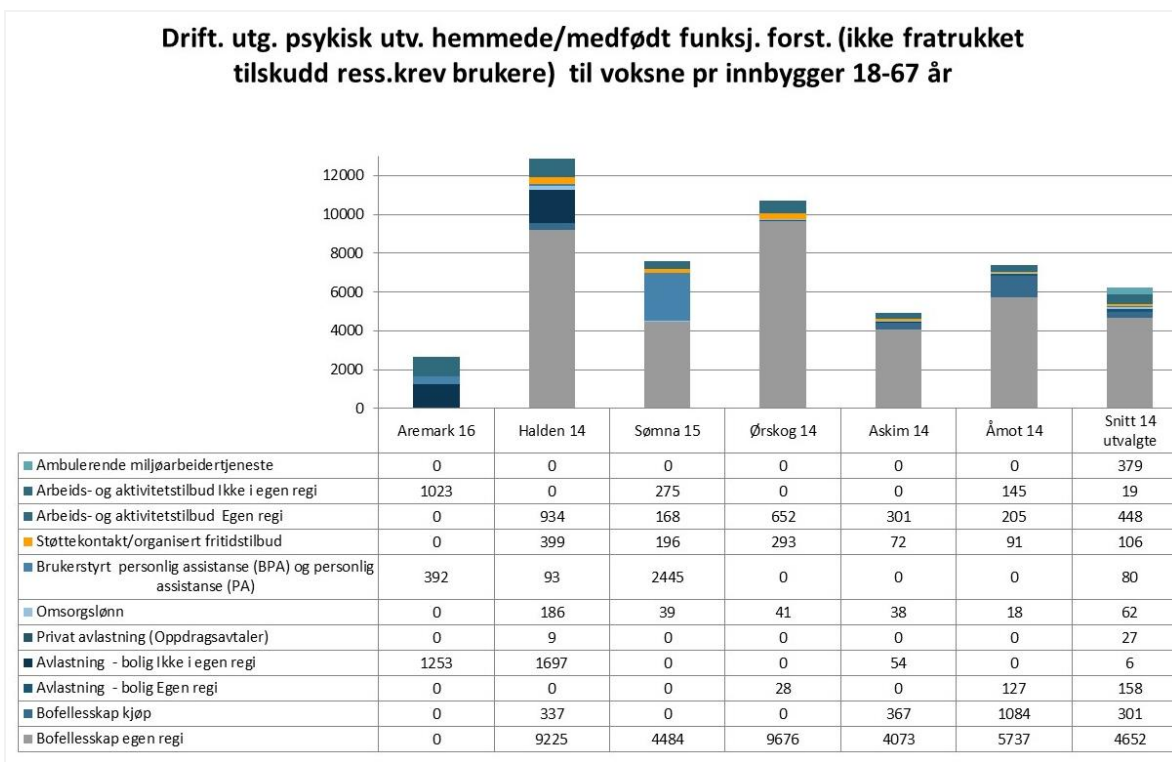
Figuren viser at

- ▶ andel brukere i barnebolig er lav i alle kommunene og ikke alle kommunene har dette
- ▶ andel brukere med avlastning i Aremark ligger samlet sett i det nedre sjiktet, men andel barn med avlastning i bolig ligger noe høyere enn snittet for referansegruppen. Aremark har ikke brukere som mottar privat avlastning
- ▶ andel brukere med omsorgslønn varierer mellom kommunene. Aremark har en relativt høy andel brukere innenfor denne tjenesten
- ▶ tjenester organisert som BPA er relativt lave i alle kommuner og de færreste kommunene har dette
- ▶ andel brukere med støttekontakt varierer mellom kommunene. Aremark har ikke oppgitt å ha dette
- ▶ få kommuner oppgir å yte ambulante tjenester til barn og unge innenfor denne målgruppen.

## Tjenester til mennesker med psykisk utviklingshemming mv. over 18 år

### Netto driftsutgifter pr. innbygger

I neste figur viser vi netto driftsutgifter til psykisk utviklingshemmede mv. pr. innbygger i alderen 18–67 år. I denne oversikten er ikke tilskuddet til ressurskrevende brukere fratrukket. Vi presiserer at én bruker kan ha flere tilbud, f.eks. både avlastning og støttekontakt.



Figur 1-34: Driftsutgifter psykisk utviklingshemmede pr. voksne innbygger 18–67 år

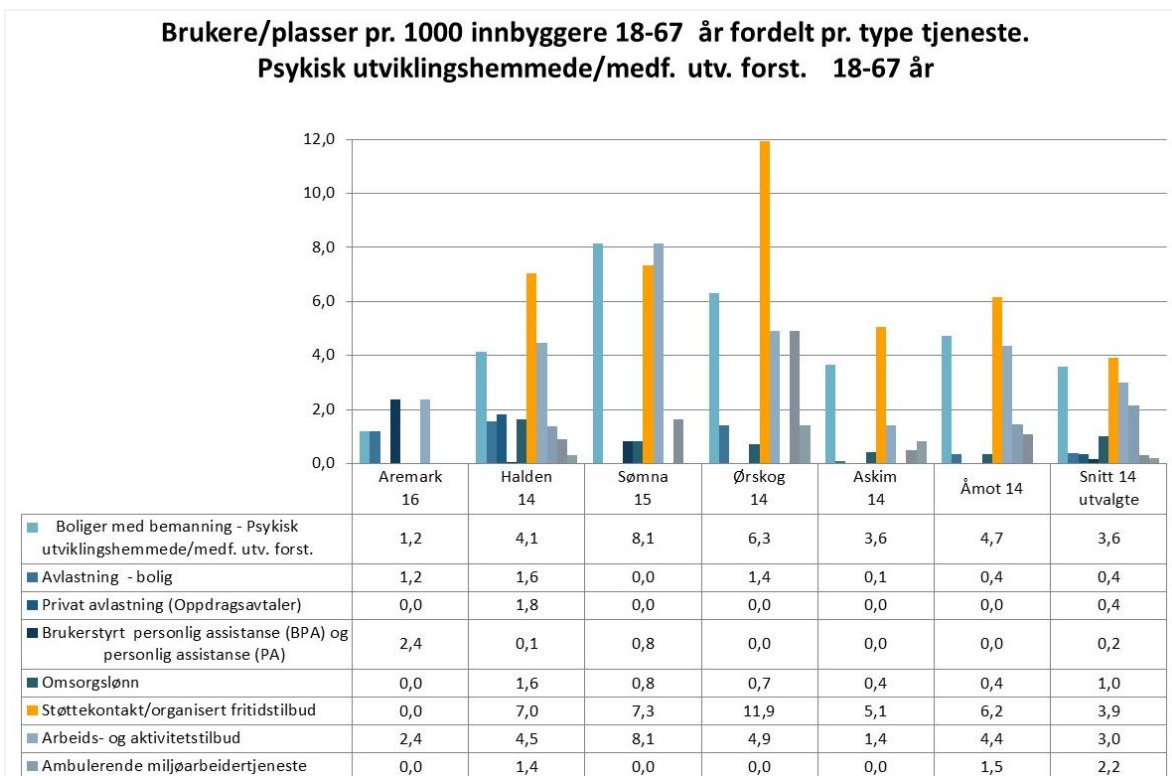
Figuren viser følgende:

- ▶ Aremark har samlet sett lavest utgifter pr. innbygger 18–67 år. Utgiftene er i hovedsak knyttet til avlastning i bolig og dag/aktivitetstilbud. Ingen av tjenestene ivaretas i egenregi.
- ▶ Utgifter til avlastning i bolig varierer mellom kommunene. Aremarks utgifter til avlastning i bolig er nest høyest i sammenlikningen.
- ▶ Aremark har ikke utgifter til omsorgslønn, støttekontakt eller bofellesskap. Alle de andre kommunene har dette.
- ▶ Ikke alle kommunene har utgifter til BPA-ordning for denne brukergruppen. Aremark har dette og utgiftene ligger over snittet for referansegruppen.
- ▶ Alle kommunene har utgifter til støttekontakt. Aremark kommunes utgifter ligger i det nedre sjiktet, og lavere enn gjennomsnittet for referansegruppen.
- ▶ Utgifter til arbeid- og aktivitetstilbud varierer. Aremark har høyest utgifter pr. innbygger i denne aldersgruppen.
- ▶ Kommunene i vår sammenlikning har ikke skilt ut utgifter til ambulante tjenester for brukergruppen. I flere kommuner er det ressurser fra boligene som benyttes til dette, uten at utgiftene er skilt ut.



## Antall brukere over 18 år

I neste figur viser vi antall brukere av ulike tiltak i alderen 18–67 år.



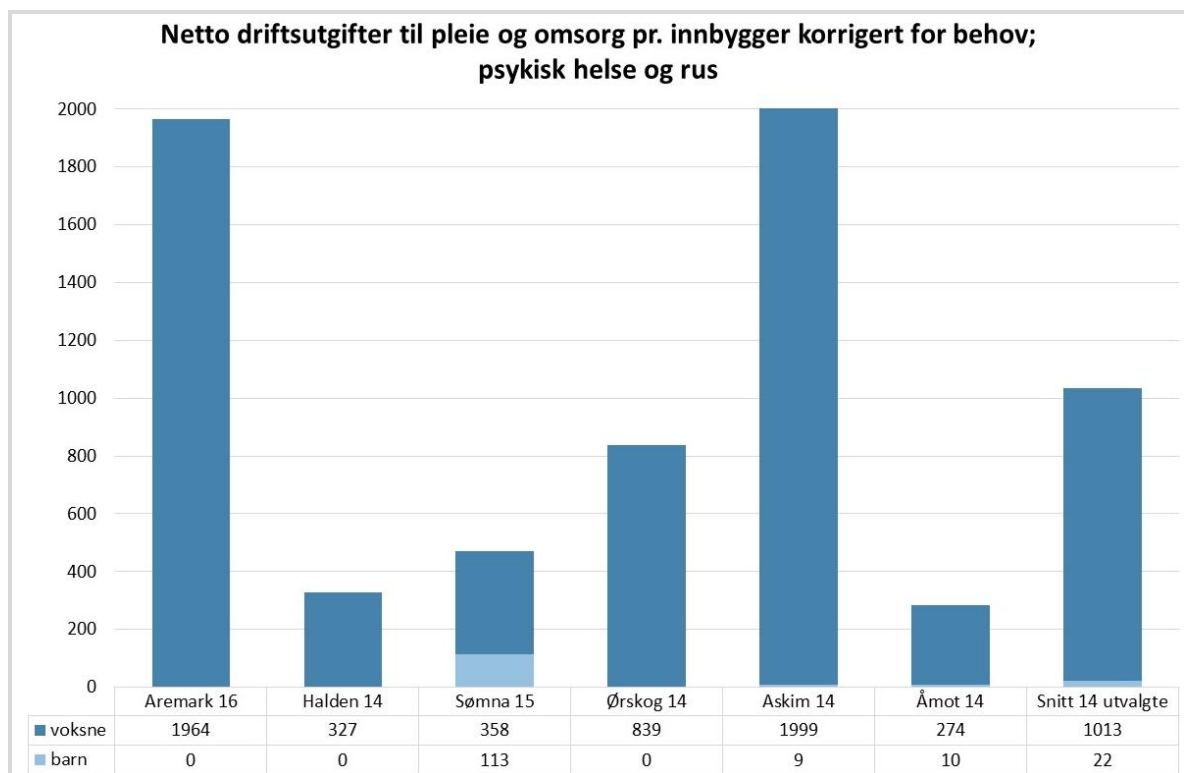
Figur 1-35: Brukere/plasser pr. 1 000 innbygger 18–67 år

Figuren viser at

- ▶ Aremark har oppgitt å ha 1,2 brukere i bolig med bemanning. Dette er brukere som har tjenester organisert som BPA
- ▶ alle kommunene, minus Sømna, har avlastning i bolig for denne målgruppen. Andelen brukere er lav. Aremark ligger over snittet for referansegruppen. Når det gjelder avlastning i familier har ikke alle kommunene brukere innenfor denne kategorien. Aremark har ikke dette
- ▶ Aremark har tjenester organisert som BPA til brukere i aldersgruppen, og andel brukere er høyest i sammenlikningen. Flere av de andre kommunene har ikke dette
- ▶ Aremark kommune er eneste kommune i sammenlikningen som ikke har brukere som mottar omsorgslønn og støttekontakt innenfor denne målgruppen
- ▶ andel brukere med dagtilbud / arbeids- og aktivitetstilbud varierer mellom 1,4 i Askim til 8,1 brukere i Sømna. Aremark ligger på et mellomnivå, noe under snittet i referansegruppen
- ▶ andel brukere som mottar ambulante miljøarbeidertjenester varierer mellom kommunene. Aremark har ikke oppgitt å ha brukere her

## 1.14 Psykisk helse og rus

Utgifter til psykisk helse og rus innenfor PLO fremkommer i figuren under.



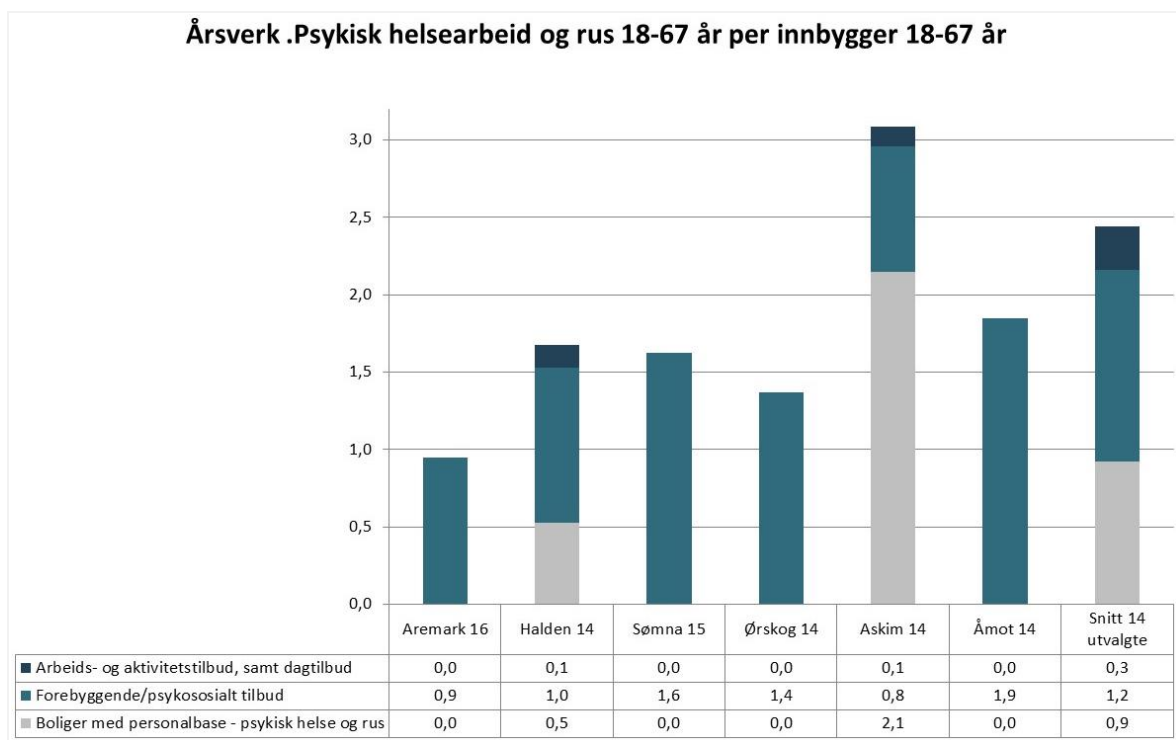
Figur 1-36: Nettodriftsutgifter, psykisk helse og rus – behovskorrigert

Figuren over viser at utgifter til formål innen psykisk helse og rus varierer betydelig mellom kommunene. Aremarks utgifter til dette formålet ligger høyt, med 1 964 kr pr. innbygger korrigert for behov. Utgiftene er kun knyttet til tjenester innenfor brukergruppen voksne. Dette ser vi også er tilfellet i de øvrige kommunene.

I tillegg til utgifter ført under PLO i KOSTRA har mange kommuner utgifter for denne brukergruppen ført under Sosial i KOSTRA. I gjennomgangen vår har vi foretatt en regnskapsanalyse. I den forbindelse ble i underkant av 550 000 kroner flyttet fra KOSTRA-funksjon 242 til 254. Utgiftene omhandler psykiatri (tilsvarende 0,8 årsverk knyttet til psykiatrikoordinator). I 2016 kjøpte Aremark et tilbud for en bruker i form av heldøgnsstilbud. Dette er hovedforklaringen til kommunens høye utgifter. Tiltaket ble avviklet november 2016.

## Årsverk psykisk helse og rus

Antall årsverk fordelt på ulike tjenestetyper innen psykisk helse og rus fremkommer i neste figur.



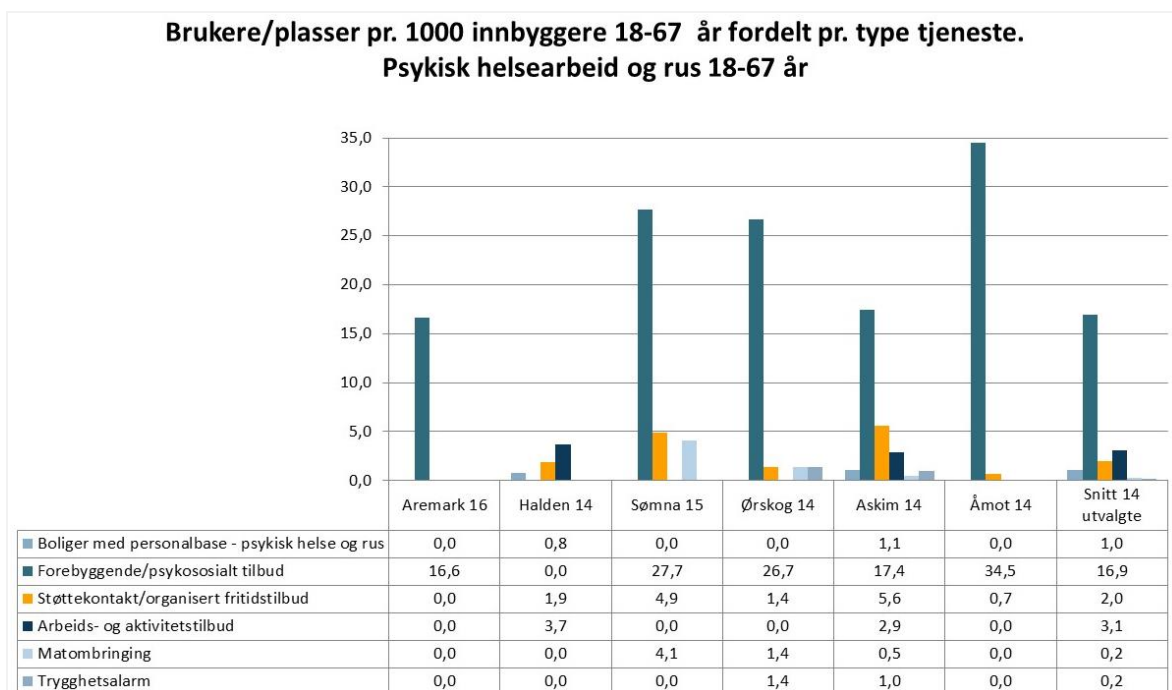
Figur 1-37: Årsverk Psykisk helsearbeid og rus 18–67 år

Andel årsverk til ulike tjenester innen psykisk helse og rus varierer mellom kommunene. Figuren viser at Aremark ligger lavt. De har kun oppgitt å ha årsverk knyttet til psykiatrisk koordinator.

Få kommuner i sammenlikningen har årsverk knyttet til arbeids- og aktivitetstilbud for målgruppen. To av kommunene har årsverk til bolig for brukerguppen. Aremark har ikke dette.

### Antall brukere over 18 år

I neste figur viser vi antall brukere av ulike tiltak i alderen 18–67 år. Vi presiserer at en bruker kan ha flere tilbud. I figuren under ser vi at Aremark bare har oppgitt å ha brukere som mottar forebyggende psykososialt tilbud.



Figur 1-38: Antall brukere psykisk helsearbeid og rus fordelt på tjenester – plasser pr. 1 000 innbyggere 18–67 år

Figuren viser at antall brukere varierer mellom kommunene:

- ▶ Halden og Askim er eneste kommunen i sammenlikningen som har brukere i bolig. Aremark hadde dette i deler av 2016, men tiltaket ble avvirket før 31.12.2016.
- ▶ Andel brukere med forebyggende/psykososialt tilbud varierer fra 17,4 i Askim, til rundt 28 i Sømna. Aremark har i underkant av 17 brukere pr. 1 000 innbygger korrigert for behov.
- ▶ Alle kommunen minus Aremark har brukere med støttekontakt/organisert fritidstilbud.
- ▶ To kommuner har brukere med et arbeid eller aktivitetstilbud. Aremark har det ikke.
- ▶ Flere kommuner oppgir at de ikke har brukere med matombringing innenfor denne kategorien. Aremark har det ikke.
- ▶ Andel brukere innenfor denne kategorien med trygghetsalarm er lav. Aremark er blant kommunene som ikke har dette.

## 1.15 Oppsummering av kostnadssammenlikningen pleie og omsorg

Aremark har et beregnet utgiftsbehov innen pleie og omsorg pr. innbygger som utgjør 135 % av gjennomsnittet for landet. Dette skyldes i hovedsak at kommunen har en eldre befolkning.

Vi har i våre analyser vist at kommunens utgifter til pleie og omsorg er høye, og at dette i hovedsak skyldes høye utgifter til institusjonstjenester for eldre.

Kommunens utgifter til pleie og omsorg har økt i perioden 2001 til 2016. Økningen har vært størst innenfor institusjonstjenesten, og 56 % av utgiftene innen PLO er knyttet til institusjonstjenester. Vurderingen er at kommunen ikke har klart å vri de kommunale pleie- og omsorgstjenester i tråd med BEON- prinsippet og iht. kommunens målsetting om at innbyggerne i kommunen skal kunne ta ansvar for egen helse og bli boende lenge i eget hjem.

Detaljgjennomgangen i pleie og omsorg viser at utgiftene knyttet til ulike hjemmetjenester for brukere i kategorien: *andre brukere, i hovedsak eldre* ligger høyt i sammenlikningen. Andel årsverk innenfor hjemmetjenesten ligger på et mellomnivå når vi ser dette i forhold til antall innbyggere.

Utgifter til sykehjem ligger høyest i vår sammenlikning. Når vi tar hensyn til reelle plasser i bruk er enhetskostnad pr. plass høy, og høyest i vår sammenlikning. Hovedvekten av plassene i sykehjem benyttes til langtidsplasser. Andel plasser som benyttes til korttidsplasser er relativt høy, men kommunen har lav gjennomstrømning på plassene. Dette kan indikere at plassene ikke fungerer etter formålet.

Aremark har en samlet dekningsgrad innenfor institusjon og bolig med heldøgn som ligger forholdsvis høyt i vår sammenlikning, med i underkant av 29 %<sup>5</sup>. Korrigerer vi for antall plasser i bruk og antall plasser benyttet for innbyggere over 80 år reduseres dekningsgraden til 15,6 %. Gjennomsnittet for landet er 13,5 %. Det er kommuner som har dekningsgrad på under 10 %. Dette er kommuner som har satset på hjemmebaserte tjenester, inkludert boliger med mulighet for heldøgn bemanning. Aremark har ikke oppgitt å ha boliger med heldøgn. KOSTRA viser at Aremark har et belegg i institusjon på 76%. Dette er svært lavt og tilsier at kommunen har mer kapasitet på sykehjemsplasser enn det er behov for

Kommunens netto driftsutgifter til pleie og omsorg, for barn og unge innenfor kategorien psykisk utviklingshemmede og personer med utviklingsforstyrrelser, ligger i det øvre sjiktet når vi korrigerer for antall innbyggere i samme alder.<sup>6</sup> Her er utgiftene i hovedsak knyttet til kjøp av tjenester (avlastning). Utgifter til samme brukergruppe for de over 18 år<sup>7</sup> ligger lavt i sammenlikningen. Kommunens utgifter til denne aldersgruppen er også i hovedsak knyttet til kjøp av tjenester, avlastning og dag/aktivitetstilbud. I tillegg har kommunen utgifter til tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse.

Når det kommer til utgifter til psykisk helsearbeid og rus ligger Aremark høyt på utgifter ført under pleie og omsorg i KOSTRA. Hovedvekten av utgiftene er knyttet til voksne og til kjøp av heldøgnstjenester.

## 1.16 Prioritering innen Helse (KOSTRA)

Gjennomgangen i Aremark kommune er knyttet til tjenester ført under pleie og omsorg i KOSTRA. Vi velger likevel å presentere en kort analyse av tjenestene ført under helse i KOSTRA.

### Tjenester som inngår i området helse i KOSTRA

I henhold til KOSTRA blir følgende utgifter normalt sett rapportert under området kommunehelse:

- ▶ Funksjon 232: Forebygging, skole og helsestasjonstjeneste  
Her inngår all helsestasjonstjeneste, også helsestasjon for eldre og helsestasjon for innvandrere, og all skolehelsetjeneste. Dette innbefatter foreldreveiledningsgrupper, annen grupperettet helsestasjonstjeneste, jordmortjeneste og svangerskapskontroll.
- ▶ Funksjon 233: Forebyggende arbeid, helse og sosial  
Under denne funksjonen hører miljørettet helsevern, bedriftshelsetjeneste, smittevern og annet forebyggende arbeid etter kommunehelseloven, sosialt forebyggende arbeid som bevilgningsfunksjon/skjenkekontroll, forebyggende edruskapsarbeid, krisesentre og utekontakt.

<sup>5</sup> Basert på 21 plasser og at alle plassene benyttes til innbyggere over 80 år

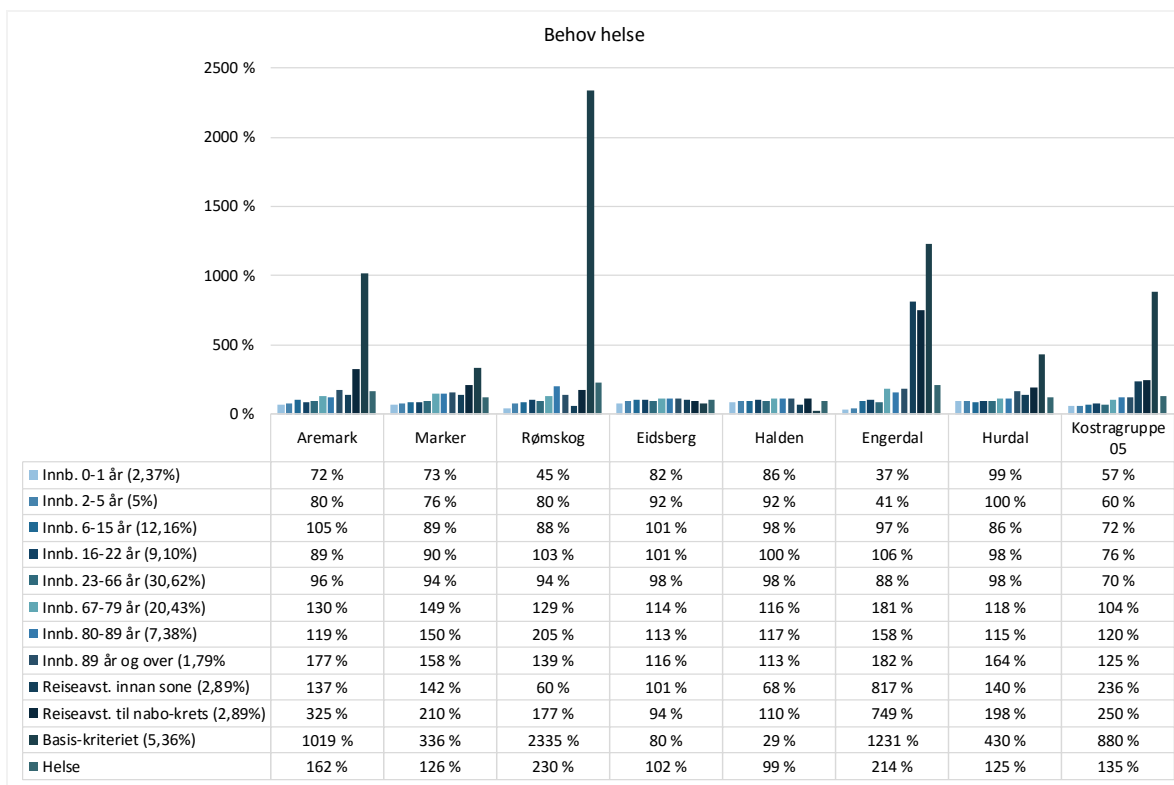
<sup>6</sup> Korrigert for innbyggere 0–17 år

<sup>7</sup> Korrigert for innbyggere i alderen 18–67 år

- Funksjon 241: Diagnose, behandling og rehabilitering  
Her føres utgifter til leger med og uten driftsavtale og kommunalt ansatte leger, sykepleiere og annet personell på helsesenter/legekontor, legevakt, fysioterapi, ergoterapi, inklusiv fysioterapeuter og ergoterapeuter.

### Kommunenes behov for helsetjenester

Aremark kommunes beregnede behov for helsetjenester, basert på Kommunal- og moderniseringsdepartementets (KMD) kriteriesett for rammetildeling til kommunene, er 162 % av landsgjennomsnittet.

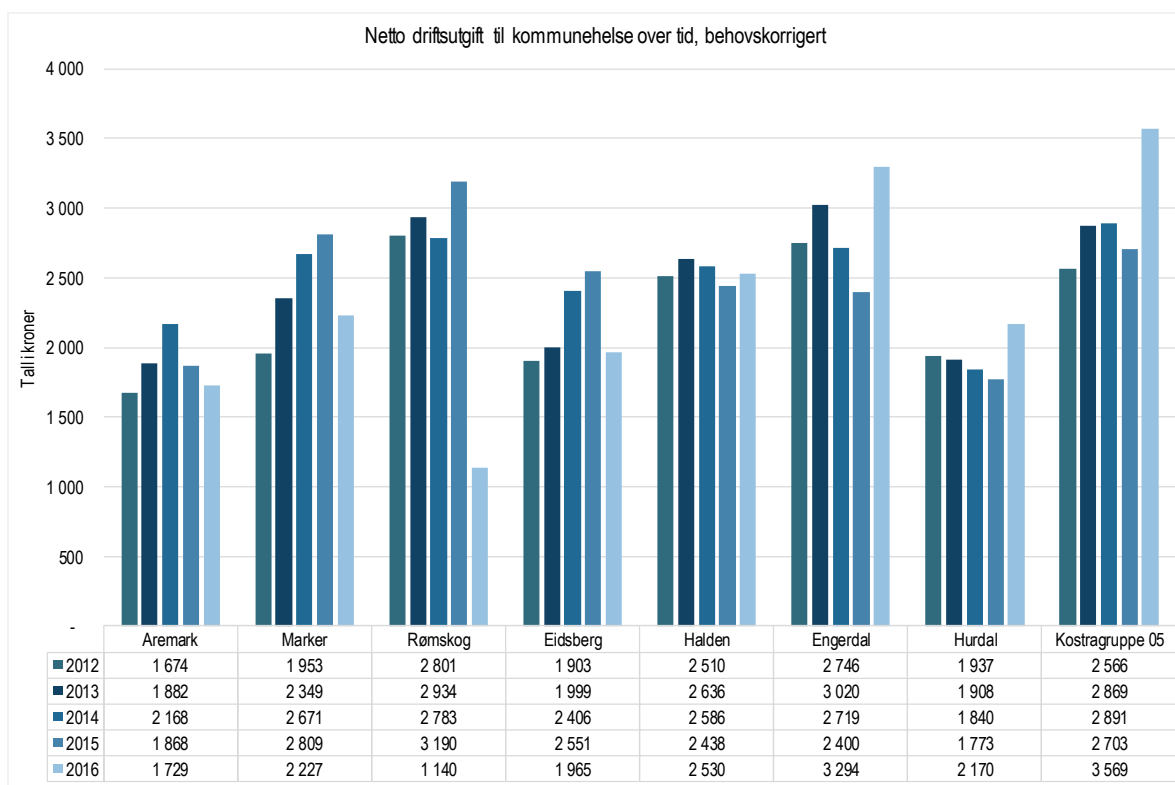


Figur 1-39: Beregnet behov for helsetjenester. Kilde: KOSTRA 2016

Det er særlig andel eldre innbyggere som trekker opp behov for helsetjenester, samt reiseavstander og basiskriteriet.

## Utvikling i utgifter over tid

Hvordan utgiftene innenfor helse utvikler seg over tid varierer mellom kommunene, og kan skyldes flere forhold. I Aremark har utgifter til helse redusert i perioden fra 2013 til 2016 jf. figuren under.

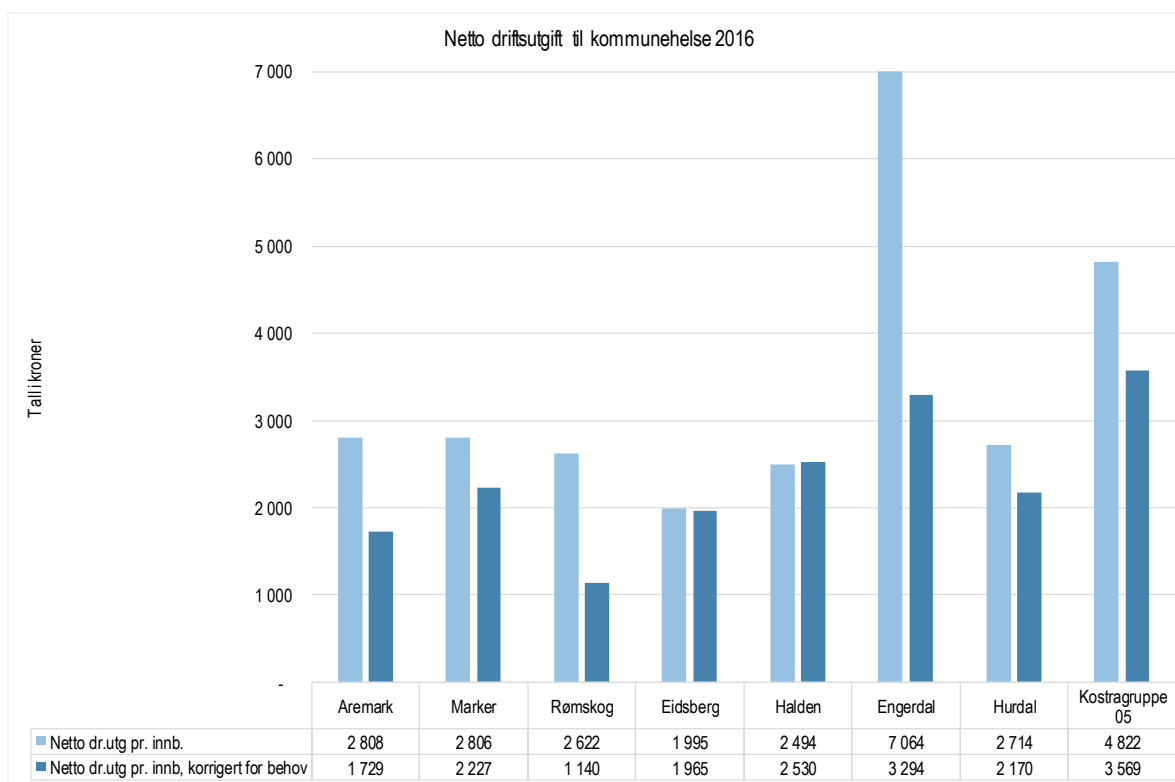


Figur 1-40: Utvikling i driftsutgifter over tid, korrigert for behov. Kilde KOSTRA 2016

Mange kommuner har hatt nedgang i utgifter innen helse. Engerdal og snittet for KOSTRA-gruppe 5 har hatt en høy økning i nettodriftsutgiftene fra 2015 til 2016. Aremark hadde på lik linje med Marker, Rømskog og Eidsberg en nedgang i utgiftene fra 2015 til 2016. Aremark har redusert utgiftene og lå i 2016 nesten på nivå med 2012.

## Prioritering

Kommunenes prioritering av helsetjenester uttrykkes gjennom netto driftsutgifter pr. innbygger. Sammenligningskommunenes prioriteringer kan leses i etterfølgende figur.



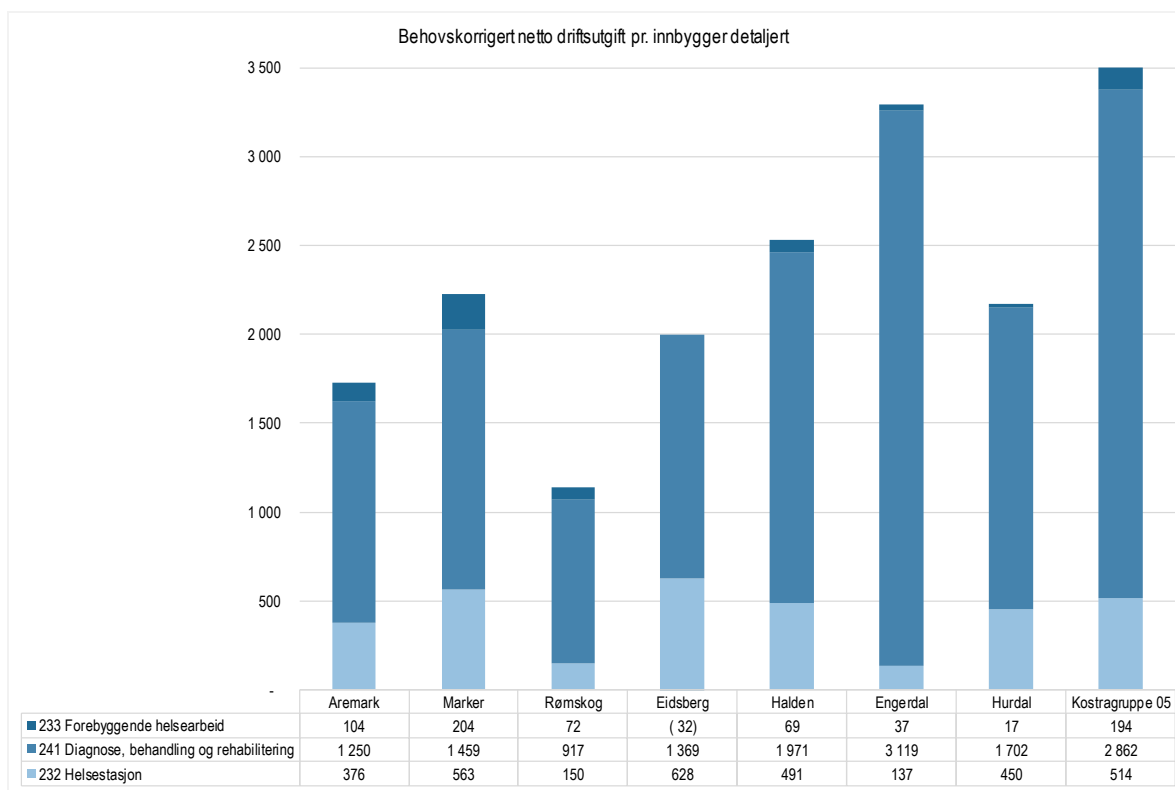
Figur 1-41: Netto driftsutgifter til kommunehelse. Kilde: KOSTRA 2016

Den lyseblå søylen viser netto utgift pr. innbygger uten behovskorrigerering, mens den mørkeblå søylen viser netto utgift pr. innbygger etter behovskorrigerering. Sammenligningen viser at Aremark kommune har et netto utgiftsnivå til helsetjenester som ligger nest lavest i sammenlikningen. Snittet i KOSTRA-gruppe 5 utgjør over 1800 kr. mer pr. innbygger korrigeret for behov enn i Aremark.



## Driftsutgiftene fordelt på ulike tjenesteområder

En nærmere analyse av hvordan de samlede driftsutgiftene til helsetjenestene fordeler seg på de tre tjenesteområdene som er nevnt innledningsvis gir nærmere kunnskap om hvordan ressursene er fordelt og om prioriteringer. En slik oversikt er presentert i neste figur.



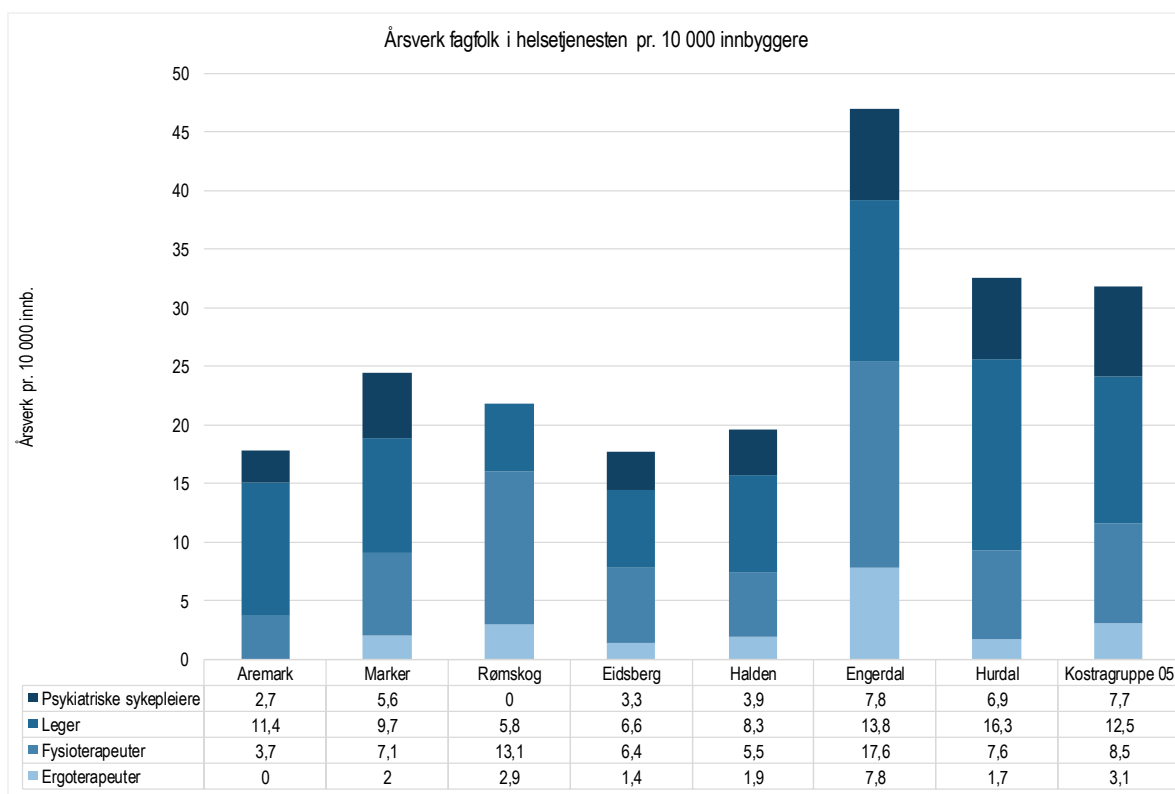
Figur 1-42: Behovskorrigert netto driftsutgift helse pr. innbygger, behovskorrigert. Kilde: KOSTRA 2016

Hovedvekten av kommunenes utgifter innen helse er knyttet til diagnose, behandling og rehabilitering. Dette er tjenester knyttet til legetjenesten, legevakt, fysioterapi, ergoterapi mv. Driftsutgiftene til dette formålet er vesentlig lavere i Aremark kommune enn snittet i KOSTRA-gruppe 5, og nest lavest av sammenlikningskommunene. Forebyggende helsearbeid er det kommunen har lavest utgifter til innenfor helse. Aremark ligger i midtsjiktet, vesentlig lavere enn snittet i KOSTRA-gruppe 5.

Aremark ligger også i midtsjiktet når det gjelder utgifter til helsestasjonstjenester med 356 kr pr. korrigerede innbygger, og lavere enn snittet for KOSTRA-gruppe 5.

## Årsverk – kommunehelsetjenesten

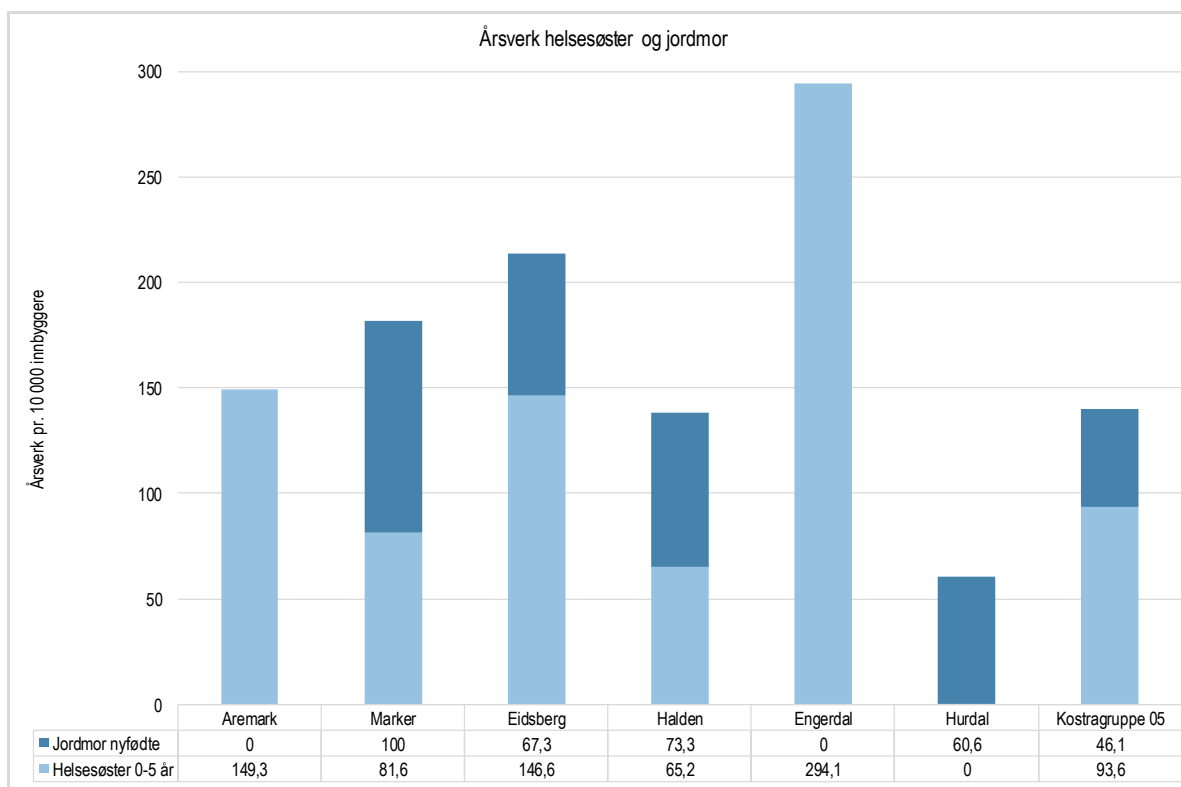
I figuren nedenfor gjengir vi noen aktuelle tall for årsverksinnsatsen i kommunehelsetjenesten i Aremark kommune sammenlignet med de andre kommunene.



Figur 1-43: Årsverk psykiatriske sykepleiere, leger, fysioterapeuter og ergoterapeuter. Kilde: KOSTRA 2016

Figuren viser noe variasjon i andel årsverk. Aremark har relativt lav dekning av psykiatriske sykepleiere og fysioterapeuter. Aremark har ikke rapportert om årsverk til ergoterapi i helsetjenesten. Aremark kjøper dette nå i 2017 av Halden. Andel årsverk til leger i Aremark ligger i det øvre sjiktet med 11,4 årsverk pr. 10 000 innbygger. Det er likevel lavere enn snittet i KOSTRA-gruppe 5.

I neste figur ser vi på hvordan kommunene prioriterer jordmor og helsesøstre for de yngste barna.



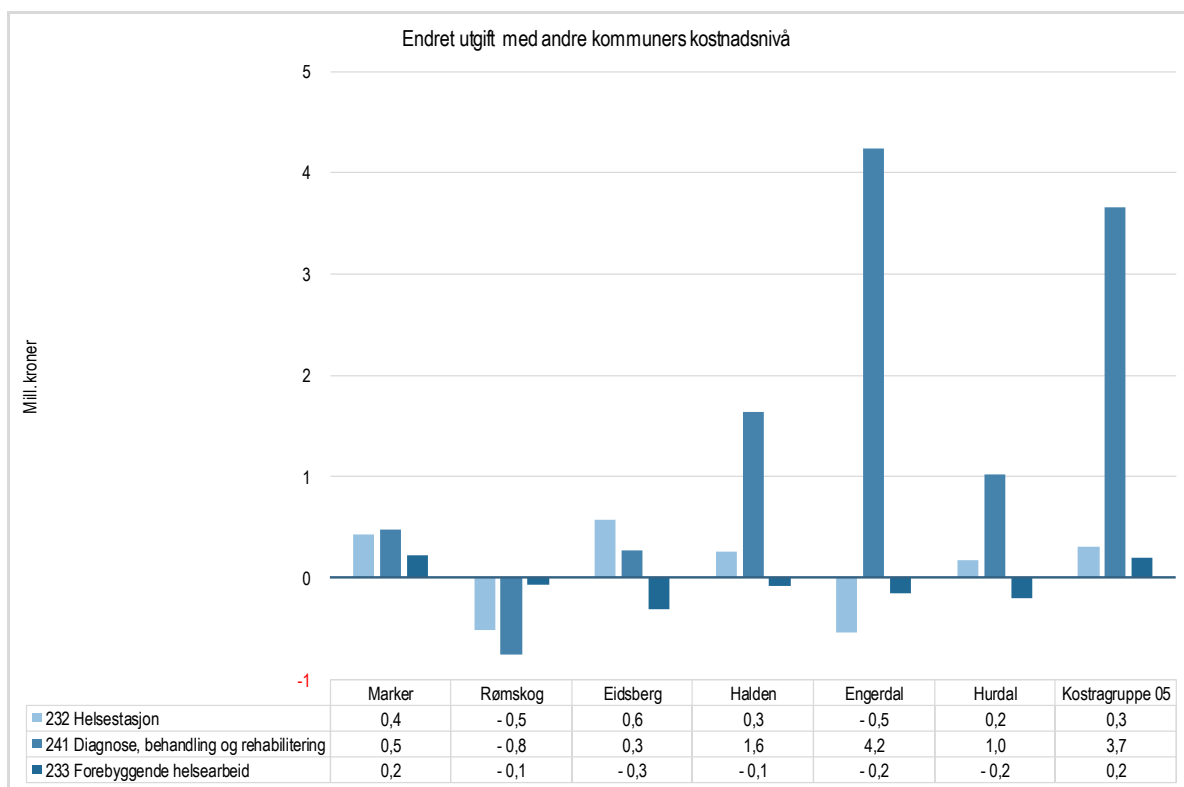
Figur 1-44: Årsverk helsesøster og jordmor. Kilde: KOSTRA 2016 (Rømskog er tatt ut, mangler data)

Aremark har ikke oppgitt å ha jordmor for nyfødte. Årsverk til helsesøster i Aremark ligger i det øvre sjiktet, ser man bort fra Engerdal.

### Oppsummering helse

Analysen viser at Aremark har lave utgifter innen helse, også etter at vi har korrigert for behov. Andel årsverk til ulike fagprofesjoner innen helse varierer noe, men er jevnt lav ser man bort fra årsverk til lege.

Analysen vår har vist at bare Rømskog har lavere utgifter til tjenester ført under helse i KOSTRA jf. figuren på neste side.



Figur 1-45: Endrede utgifter med andre kommuners driftsnivå. Kilde: KOSTRA og Agenda Kaupang sine egne beregninger

Figuren viser at Aremarks utgiftsnivå ville endret seg dersom man la andre kommuners kostnadsnivå til grunn. Hadde Aremark hatt samme kostnadsnivå som Marker skulle man brukt ca. 1,1 mill. kr mer til formålet. Dersom man kopierte Rømskog sitt nivå ville Aremark hatt 1,4 mill. kr lavere utgifter til helse. Sett i forhold til KOSTRA-gruppe 5 ville utgiftene i Aremark økt med 4,2 mill. kr.

## 1.17 Kvalitet

### Kommunebarometeret

Den beste og mest oppdaterte kvalitetsmålingen er Kommunebarometeret til Kommunal Rapport. Kommunene rangeres på grunnlag av 200 indikatorer og vektorer vedtatt av Kommunal Rapport. Det foreligger en måling for 2017, basert på kvalitetsdata og KOSTRA-tall for 2016.

I endelig versjon av Kommunebarometeret 2017, publisert i juli, er Aremark på en 113. plass. Da er plasseringen korrigert med hensyn til økonomiske rammebetingelser. Ser vi kun på nøkkeltallene og ignorerer økonomiske forutsetninger, er kommunen på en 125. plass. Nøkkeltallene (141) er samlet sett klart bedre enn normalen i Kommune-Norge, og har hatt en svært god utvikling siste år. Kommunal Rapport gjør noen endringer i metoden hvert år. Nye og bedre nøkkeltall kommer til, mens andre fjernes. Dette påvirker kommunene sin plassering i forhold til hverandre. En god plassering et enkelt år kan, på samme måte som en dårlig plassering, skyldes tilfeldigheter. Likevel vil kommuner som ligger langt nede på en tabell som regel ha en del å lære av kommunene som ligger i toppen av den samme tabellen.

Pleie og omsorg har hatt en positiv utvikling. Det er det viktig å vite at registrering i denne sektoren er betydelig omarbeidet i denne utgaven av Kommunebarometeret, med flere nøkkeltall som skal gi et bilde av tilbudet i hele omsorgstrappen. Målet er å bli mindre orientert mot sykehjem og gi et

bredere bilde av tjenestene. Ulempen er at en del kommuner vil oppleve kraftig endring i plassering i år, som følge av endret metode.

Tabell 1-6: Kommunebarometeret 2016, endelige tall. Kilde: Kommunal Rapport

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nøkkeltallene alene	81	197	79	28	127	197	288	125
Totaltabellen - justert for økonomiske forutsetninger	112	177	66	13	96	240	295	113
Rangering inntektsnivå	186	186	203	217	202	148	147	210
Grunnskole	64	137	321	256	374	337	276	208
Pleie og omsorg	336	403	60	155	5	110	141	46
Barnevern	17	92	35	2	43	37	58	19
Barnehage	108	82	91	134	309	366	322	100
Helse			109	160	120	102	304	129
Sosial	118	246	244	51	177	210	305	130
Kultur		15	10	20	25	92	33	94
Økonomi	176	294	302	197	198	106	301	408
Kostnadsnivå		245	201	41	25	242	298	360
Miljø og ressurser	73		328	260	271	273	294	153
Saksbehandling			6	169	211	237	205	341
Vann, avløp og renovasjon			407	397	320	104	175	110

Innenfor temaet pleie og omsorg rangeres kommunene etter 19 kriterier. Aremark er rangert som nr. 46. Tall for alle indikatorer og sammenligningskommuner framgår av tabellen på neste side.

Tabell 1-7: Indikatorene og verdier for eldreomsorg. Kilde: Kommunebarometeret 2016, Kommunal Rapport

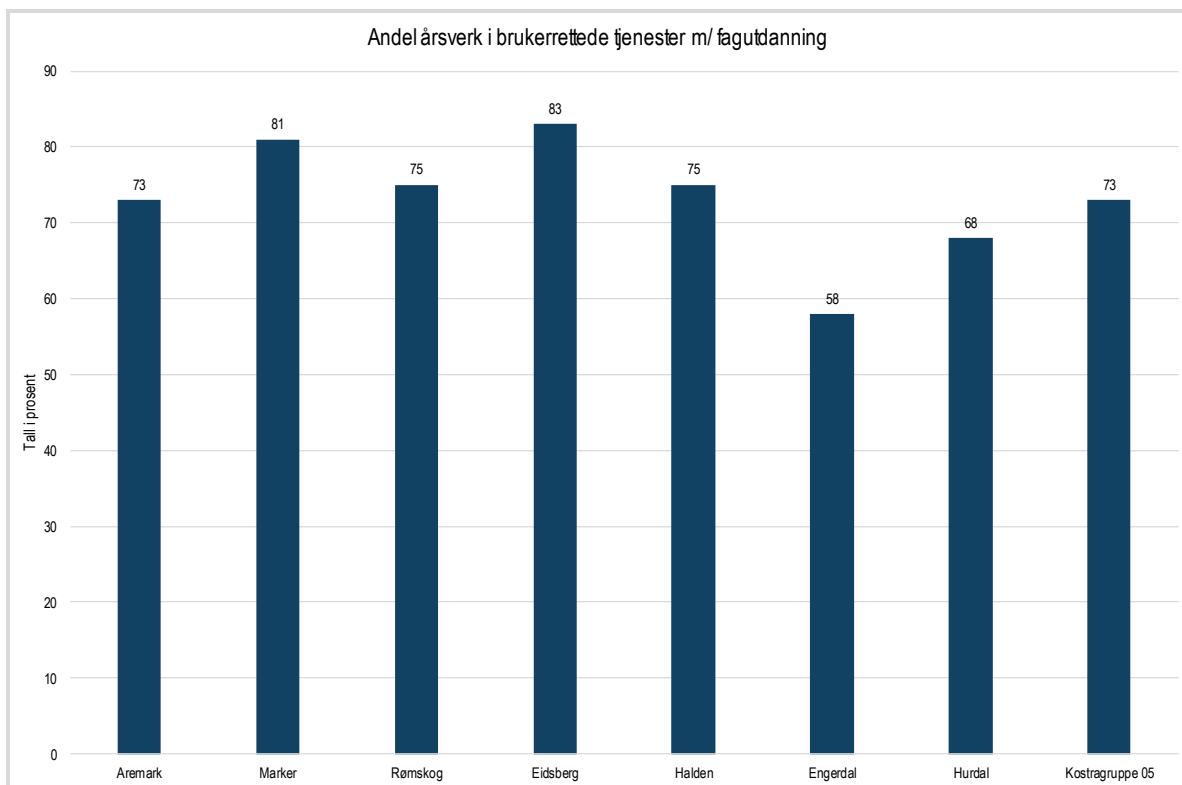
20 % vekt i barometeret	Kommunens nøkkeltall			46 .plass		Andel nøkkeltall som har blitt bedre		
	Plass			Landet		Kommunens karakter		
	KB 2015	KB 2016	KB 2017	KB 2017	KB 2017	KB 2015	KB 2016	KB 2017
<b>PLEIE OG OMSORG</b>								<b>15</b>
BEMANNING: Andel ansatte med fagutdanning (10 %)	75	77	73	294	74	3,4	4,6	3,2
SYKEHJEM: Andel av beboere i institusjon totalt med omfattende bistandsbehov (10 %)	63	75	74	247	75	2,5	3,7	3,5
DEMENTE: Andel plasser til demente, mot antall over 80 år på sykehjem (10 %)	43	50	50	123	38	3,7	4,2	4,0
KORTTIDSPASSER: Andel korttids plasser av alle totalt antall plasser med heidøgns omsorg (5 %)	2				18	1,0		
BEMANNING: Tid med lege på sykehjem (5 %)	0,47	0,44	0,66	89	0,55	3,0	2,6	3,7
BEMANNING: Tid med fysioterapeut på sykehjem (5 %)	0,70	0,66	0,66	56	0,43	5,1	4,7	4,5
ENEROM: Andel brukertilpasset enerom på sykehjem med bad/wc (5 %)	100	100	100	1	82	6,0	6,0	6,0
DAGTILBUD: Antall vedtak om dagaktivitet, målt mot andel over 80 år som ikke bor på institusjon (5 %)		10	9	103	8		3,5	3,0
REHABILITERING: Plasser avsatt til rehabilitering i institusjon per 1.000 innbyggere over 67 år (5 %)					4			
PROFIL: Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken, hjemmesykepleie (5 %)	8,6	8,2	9,1	32	4,8	4,9	4,7	5,5
HJEMMETJENESTE: Andel vedtak om hjemmetjenester som iverettes innen 15 dager (5 %)	100	99	98	251	96	6,0	5,4	4,9
SAMHANDLING: Antall døgn på sykehus for utskrivningsklare pasienter, per 10.000 innb. (5 %)	0	0	0	1	157	6,0	6,0	6,0
TRYGGHET: Antall trygghetsalarmer, målt som andel av hjemmboende eldre over 80 år (2,5 %)	49	50	40	184	39	4,9	5,0	3,7
BEMANNING: Årsværk av ergoterapeut per 1.000 innb. over 80 år (2,5 %)					5			
BEMANNING: Årsværk av geriatrisk sykepleier per 1.000 innb. over 80 år (2,5 %)	13	14	0	340	9	3,6	3,7	1,0
HJEMMETJENESTE: Mottakere av matombringning, gruppa over 80 år som ikke bor på institusjon (2,5 %)	33	31	25	153	12	4,5	4,2	3,4
FUNKSJONSHEMMETE: Andel med funksjonshemninger som får bistand til å delta i arbeid og studier (5 %)	75	75	86	134	77	2,8	2,9	4,5
FUNKSJONSHEMMETE: Andel med funksjonshemninger som får bistand til å delta i organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter (5 %)	68	73	70	125	59	4,6	4,8	4,6
FUNKSJONSHEMMETE: Mottakere av BPA, støttekontakt og omsorgslønn per 1.000 innbyggere (5 %)					9			

Tabellen viser utvikling i Aremark over tid. Aremark har ifølge kommunebarometeret hatt en positiv utvikling på gjennomsnittlig tildelte timer til hjemmesykepleie pr. uke, samt andel med funksjonshemninger som fikk bistand til å delta i fritidsinteresser mv. Andel rom med egne bad/wc i institusjon er uforandret, dette er også overliggedøgn for utskrivningsklare pasienter. Aremark hadde ikke dette i 2016. På indikatorer som omhandler geriatrisk sykepleier har Aremark hatt et kraftig fall fra 2015 til 2016. Kommunen har også hatt en nedgang på skåren som omhandler

ansatte med fagutdanning. Denne er redusert fra 2015 til 2016. Andel brukere med dagaktivitet, trygghetsalarm og matombringning er også redusert, noe som gir en lavere skår.

## Kompetanse

Kommunebarometeret viste at i Aremark har 73 % av de ansatte fagutdanning. Snittet for landet er 74 %. I de beste kommunene er andelen minst 84 %. Andelen i Aremark har ifølge kommunebarometeret gått ned. I figuren under viser vi hvordan dette var i kommunene vi tidligere har sammenliknet Aremark med.

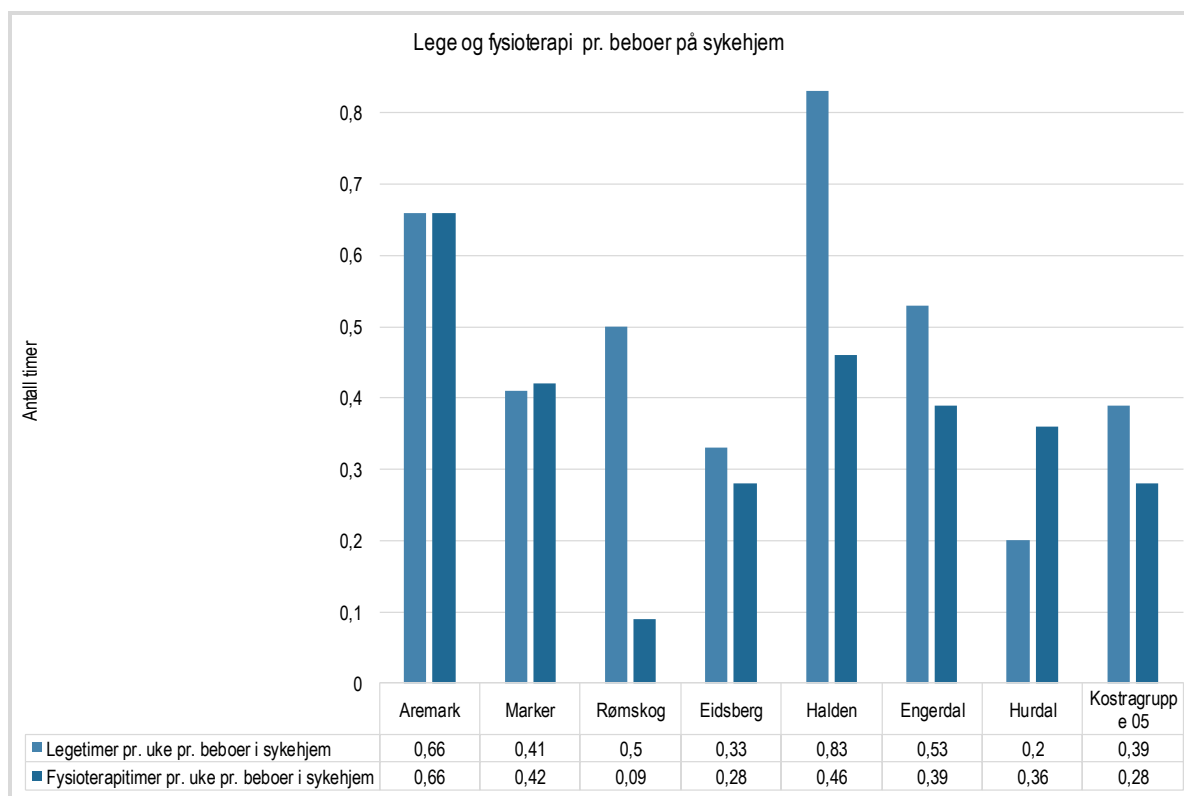


Figur 1-46: Kompetanse blant ansatte i brukerrettede tjenester PLO. Kilde: KOSTRA 2016

Figuren viser at Aremark er den kommunen, nest etter Engerdal og Hurdal, som har færrest ansatte med høyskole og/eller fagutdanning i sammenligningen. Tilstrekkelig kompetanse, og utnyttelsen av den, er helt avgjørende både for den opplevde kvaliteten og ressursbruken, og den kan også påvirke kostnadene. Erfaringen er at dersom man har ansatte med feil eller manglende kompetanse, kan dette medføre behov for flere årsverk. På samme måte kan riktig kompetanse og god organisering medføre behov for færre årsverk/ansatte.

Utviklingen stiller økte krav både til kapasitet og kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det er ikke bare behov for personale med mer kompetanse, men delvis også med en annen kompetanse enn det man tradisjonelt har tenkt og planlagt for i tjenestene. Det stilles større krav til samarbeid, og det er behov for innovasjon og utvikling av tjenestene i tråd med endrede behov. Langt oftere vil det være behov for tett samhandling mellom flere tjenesteytere med ulike kompetanse. Mange brukere har behov for flere tjenester samtidig og over lang tid. Det er derfor behov for mer teambasert tjenesteyting og en flerfaglig tilnærming.

Selv om andelen med fagutdanning er noe lav, ser vi at lege og fysioterapidekningen i Aremark er bedre enn mange av sammenligningskommunene, se figuren på neste side.



Figur 1-47: Lege og fysioterapidekning i sykehjem Kilde: KOSTRA 2016

Veksten i behov for tjenester i kommunene skaper bærekraftutfordringer. Det vil bli problematisk og kostbart å rekruttere nok helse- og sosialpersonell. Dette gjør det nødvendig å utnytte de samlede ressursene bedre, for å skape helhet og kontinuitet og for å ivareta innbyggernes behov for helse og omsorgstjenester.



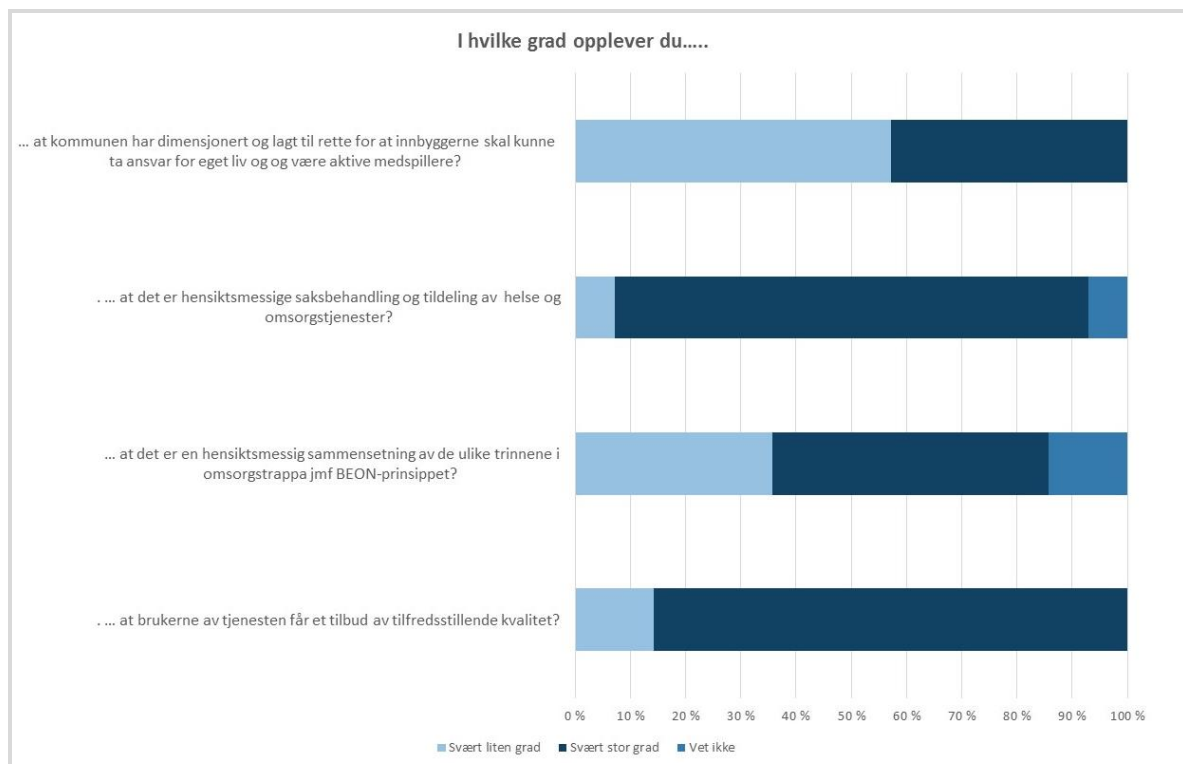
## 2 Kvalitativ undersøkelse

I forbindelse med gjennomgangen av helse og omsorg i Aremark ble det gjennomført en kartlegging, med formål om å få belyst ansattes vurderinger knyttet til tema som omhandlet:

- ▶ Kvalitet
- ▶ Omsorgsprofil
- ▶ Organisering og styring
- ▶ Ledelse
- ▶ Struktur
- ▶ Kompetanse
- ▶ Samhandling og samarbeid

Totalt deltok 3 ledere, 3 tillitsvalgte og 8 ansatte.

Resultatet av kartleggingen fremstilles visuelt i figurene under. I tillegg kommenteres de viktigste funnene kort.

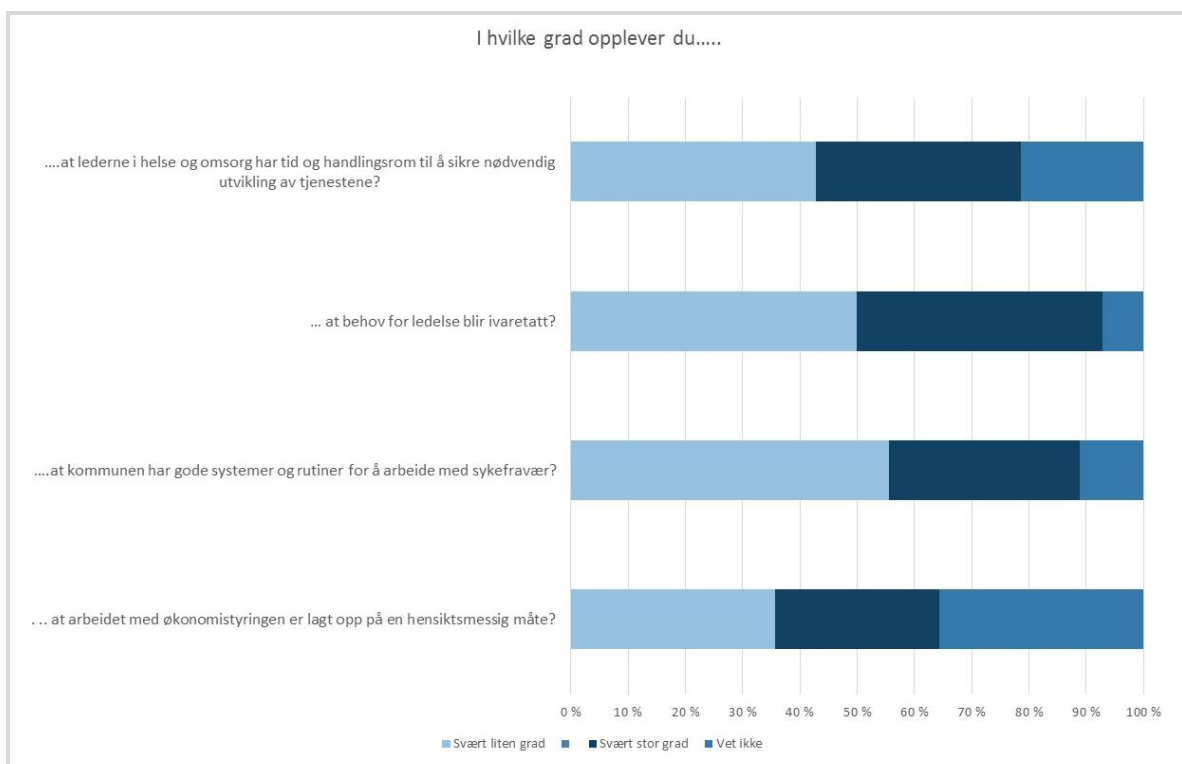


Figur 2-1: Resultater fra kartlegging av ansatte i Aremark kommune

Figuren viser at

- ▶ 85 % av de spurte opplever at brukerne av tjenestene får et tilbud av tilfredsstillende kvalitet
- ▶ rundt 35 % opplever ikke at omsorgstrappens sammensetning er i tråd med BEON-prinsippet. Flere peker på at manglende tilbud om bolig med mulighet for bemanning gjør at behovet for sykehjem øker
- ▶ 90 % opplever at kommunen har en hensiktsmessig saksbehandling og tildeling

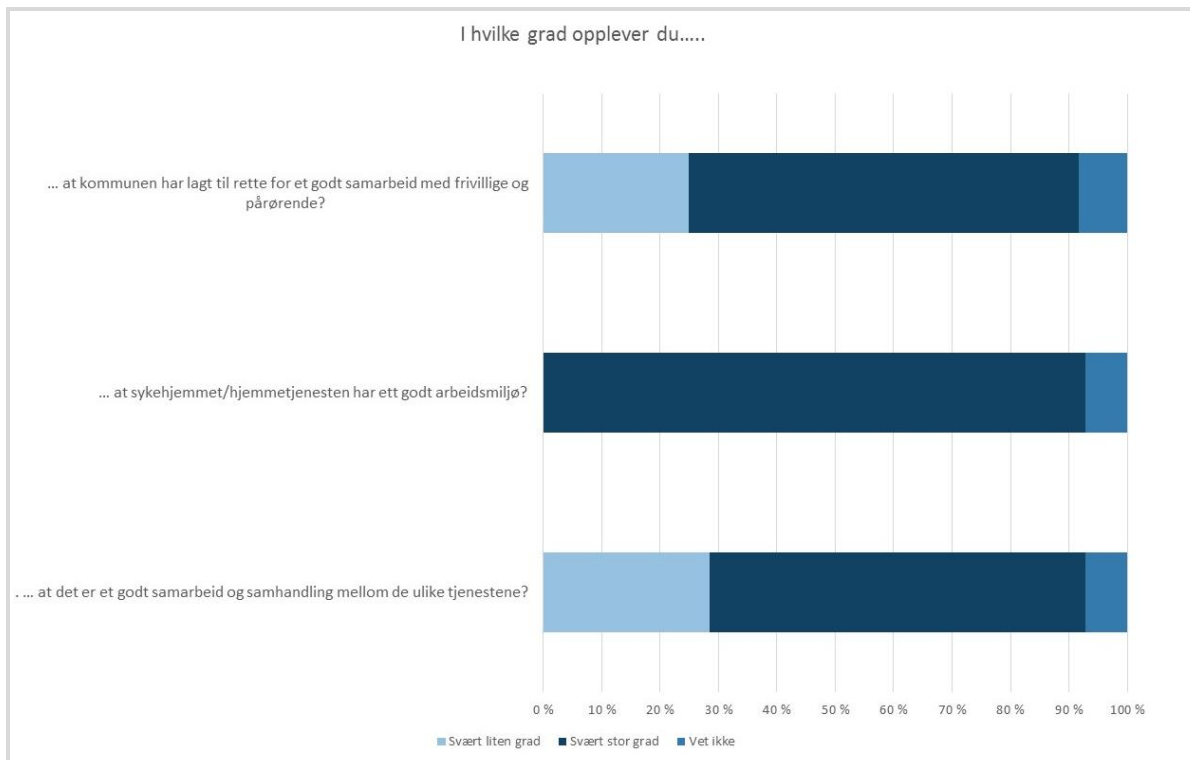
- ▶ i underkant av 60 % mener at kommunen ikke har dimensjonert og lagt til rette sine tjenester på en måte som fremmer at innbyggerne kan ta ansvar for eget liv og være aktive medspillere. Det pekes blant annet på manglende tjenester og kapasitet, og at dette muligens medfører at man får plass på sykehjem før reelt behov



Figur 2-2: Resultater fra kartlegging av ansatte i Aremark kommune

Figuren over viser at

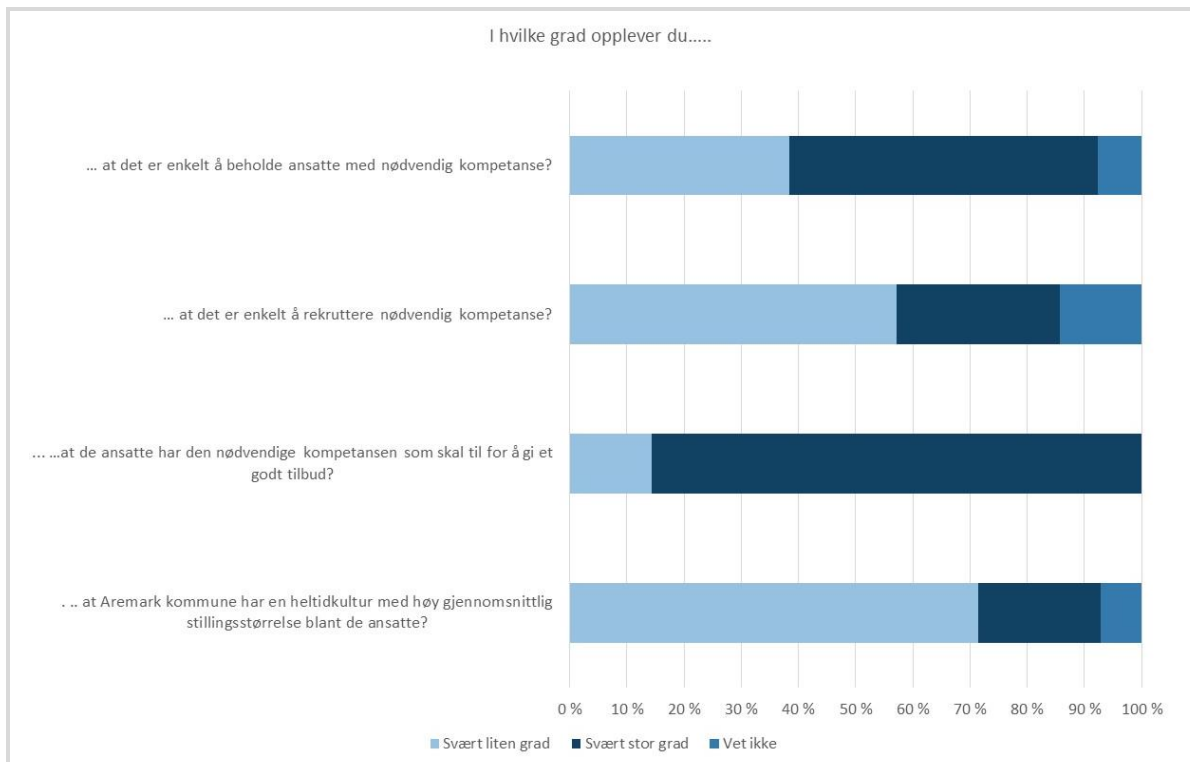
- ▶ informantene er delt i oppfatningen rundt økonomistyring. Ca. 35 % mener at denne ikke er hensiktsmessig. Årsaken er i hovedsak kommunens økonomiske situasjon, og at den har vedvart over tid. Noe som gjør dette området krevende. Vel 30 % opplever at økonomistyringen er lagt opp hensiktsmessig. Rundt 45 % svarer at de ikke vet
- ▶ rundt 55 % opplever i liten grad at kommunen har gode systemer og rutiner for oppfølging av sykefravær
- ▶ ca. 50 % av informantene gir uttrykk for at behov for ledelse ikke blir ivaretatt. Dette blant annet som følge av leders kontrollspenn og mange oppgaver. Flere uttaler at omorganiseringen ikke har medført mer tid til ledelse. Flere gir uttrykk for behov for mer stedlig ledelse, og avklarte ansvarsforhold mellom virksomhetsledere og avdelingsleder
- ▶ informantene er delt i oppfatningen om leder har tid og handlingsrom til å sikre nødvendig utvikling av tjenesten. Ca. 45 % mener at leder ikke har dette. Ca. 33 % opplever at leder har dette, og rundt 22 % svarer at de ikke vet



Figur 2-3: Resultater fra kartlegging av ansatte i Aremark kommune

Figuren viser at

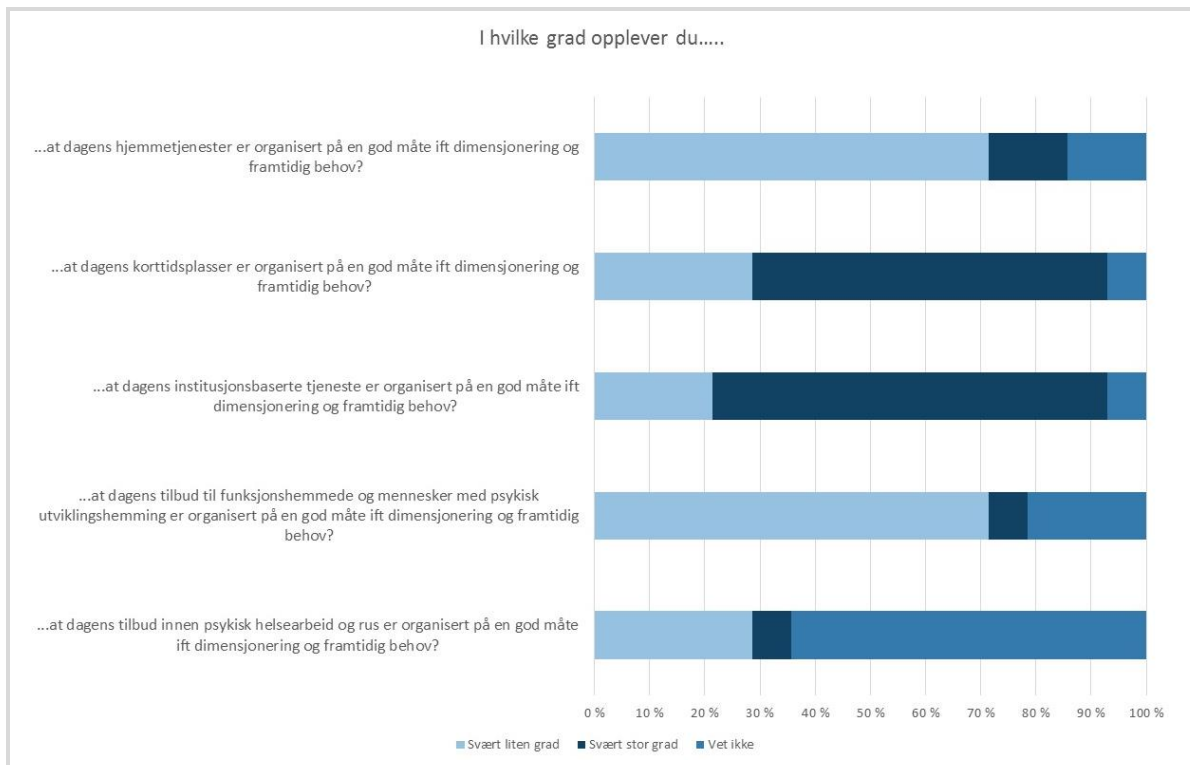
- ▶ 65 % av informantene gir uttrykk for at samarbeidet og samhandlingen mellom tjenestene er gode. Nærhet og kjennskap til hverandre trekkes frem som viktige faktorer i dette
- ▶ over 90 % uttaler at arbeidsmiljøet i hjemmetjenesten og på sykehjemmet er godt. De som ikke vet er ansatte som jobber i andre deler av tjenesten
- ▶ 71 % av informantene opplever at kommunen i svært stor grad har lag til rette for samarbeid med frivillige og pårørende
- ▶ rundt 75 % opplever at kommunen har et godt samarbeid med frivillige og pårørende



Figur 2-4: Resultater fra kartlegging av ansatte i Aremark kommune

Figuren viser at

- ▶ informantene i kartleggingen i liten grad opplever at kommunen har en heltidskultur med høy gjennomsnittlig stillingsstørrelse (72 %). Til tross for dette kommer det fram at man mener at de ansatte har nødvendig kompetanse (85 %)
- ▶ i underkant av 30 % opplever at det er enkelt å rekruttere nødvendig kompetanse
- ▶ 50 % av informantene er enig i at det er enkelt å beholde nødvendig kompetanse

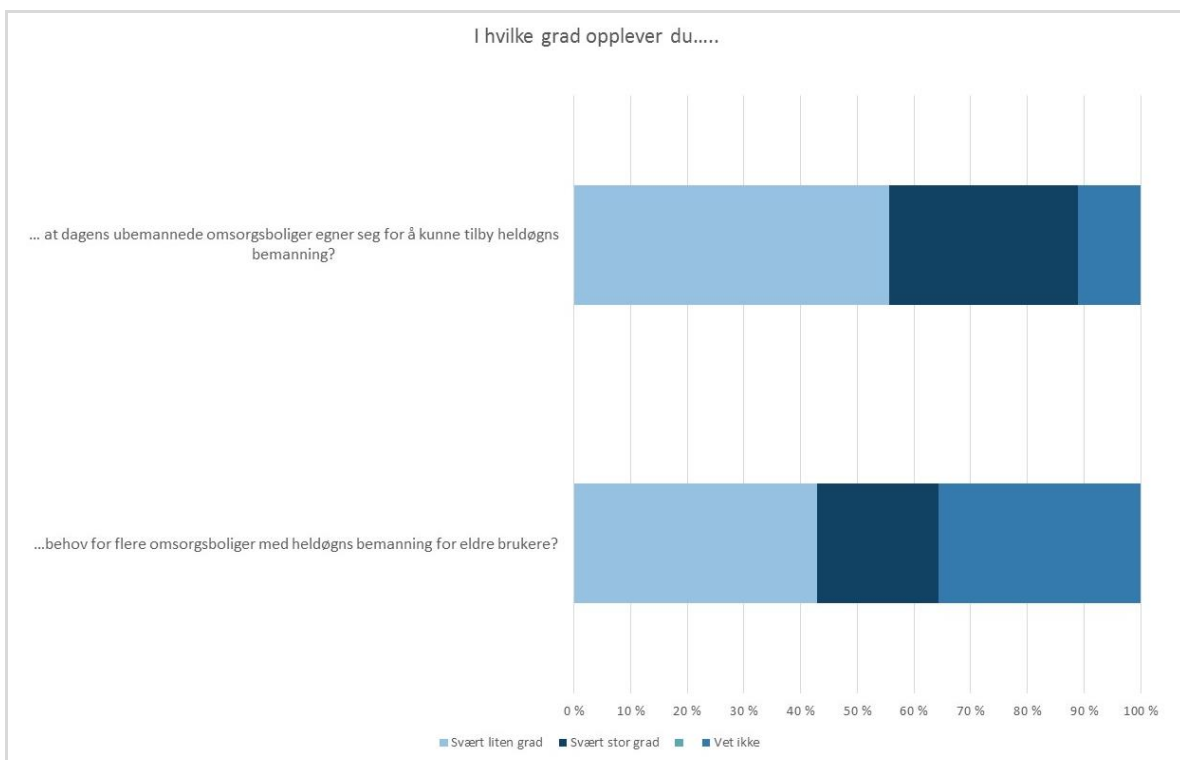


Figur 2-5: Resultater fra kartlegging av ansatte i Aremark kommune

Figuren viser at

- ▶ hovedvekten av informantene, ca. 65 %, gir uttrykk for at de ikke vet om dagens tilbud innen psykisk helsearbeid og rus er hensiktsmessig organisert og dimensjonert. Mange peker på at tilbudet er lite, og at det mangler tjenester for å ivareta dagens og fremtidens behov. Organiseringen beskrives av flere som lite formålstjenlig og sårbar
- ▶ hovedvekten av informantene, i overkant av 70 %, gir uttrykk for at tilbudet til funksjonshemmede og mennesker med psykisk utviklingshemming ikke er hensiktsmessig organisert og dimensjonert. Flere uttaler at man mangler tjenester og kapasitet
- ▶ hovedvekten av informantene beskriver at institusjonstjenesten er organisert på en god måte og dimensjonert ift. dagens og fremtidens behov. I underkant av 30 % er ikke enig, og trekker særlig frem sykehjemmets bygningsmasse som krevende/vedlikeholdsetterslep, lange ganger / oversiktighet mv. Noen uttaler også at kommunen vil ha behov for langt flere plasser enn det sykehjemmet rommer i dag
- ▶ hovedvekten av informantene opplever at kommunens korttidsplasser er organisert på en god og fremtidsrettet måte
- ▶ hovedvekten av informantene uttaler at de i liten grad opplever at hjemmetjenesten er organisert på en god og fremtidsrettet måte. Høyt arbeidspress (i perioder), fordeling av oppgaver og samarbeid mellom ulike faggrupper trekkes frem som utfordringer

De siste dataene fra kartleggingen fremkommer i figuren under og er knyttet til omsorgsboliger.



Figur 2-6: Resultater fra kartlegging av ansatte i Aremark kommune

Figuren viser at

- ▶ i overkant av 40 % av informantene opplever ikke at det er behov for flere omsorgsboliger med heldøgns bemanning for eldre. Rundt 20 % opplever at det er et økt behov
- ▶ hovedvekten av informantene (55 %) uttaler at dagens ubemannede omsorgsboliger er lite egnet for å kunne tilby heldøgns bemanning. Flere uttaler at boligen hvor kommunen tidligere tilrettela med stedlig bemanning, og som rommer 8 boenheter, kunne vært egnet til et slikt formål, men at denne nå benyttes til annet formål

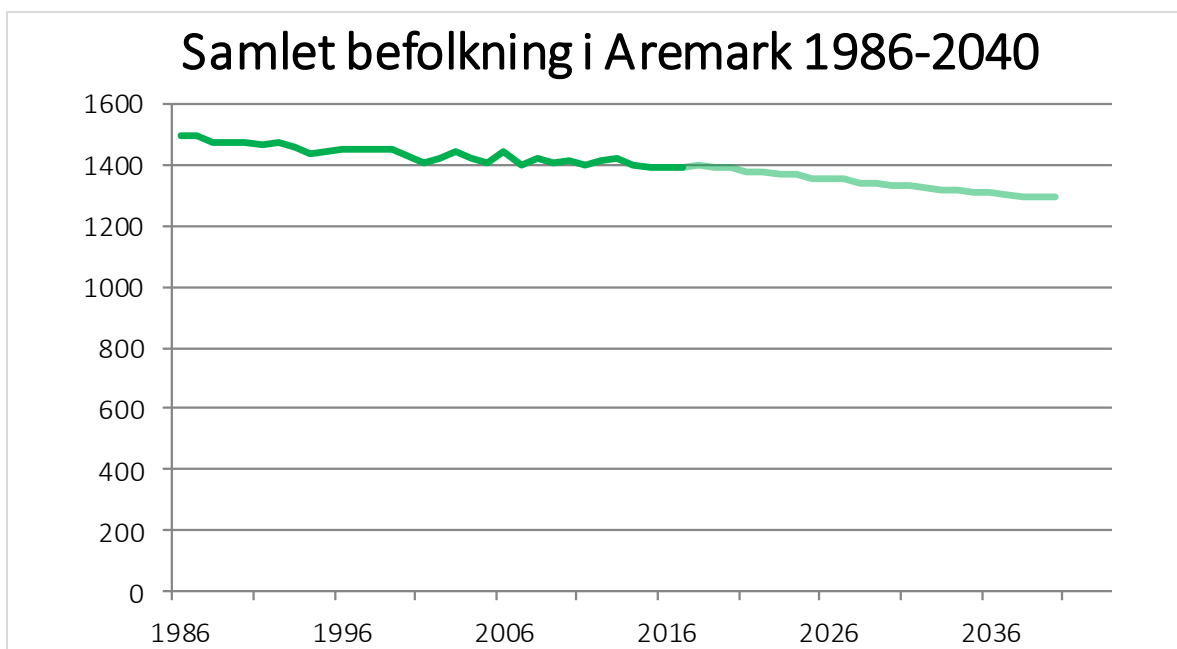
# 3 Framskrivninger

## 3.1 Demografi og framskrivning av behov

Aremark kommune har de siste 10 årene hatt en befolkningsnedgang på 1,4 %. Samtidig endrer befolkningens sammensetning seg til å utgjøre en større andel eldre og færre i grunnskolealder og yngre. Dette er endringer som har betydning for etterspørsel/behov for kommunale tjenester og som kommunen derfor må ta hensyn til i sin videre planlegging, prioritering og dimensjonering.

## 3.2 Demografisk utvikling

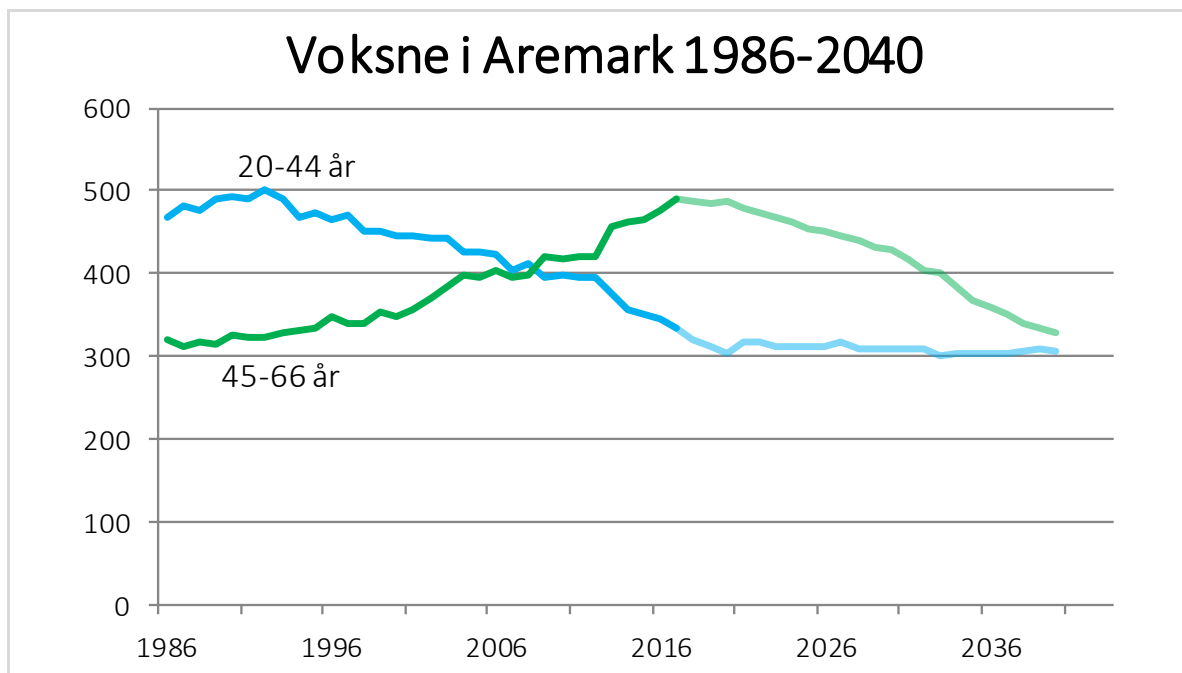
Figurene som følger viser registrert utvikling for perioden 2006–2014 og fremskrevet utvikling for perioden 2014–2027. Framskrivningen er utarbeidet av Statistisk sentralbyrå (SSB). Denne framskrivningen bygger på en videreføring av registrerte trender for flytting og for dødelighet og fruktbarhet. Resultatene for hele kommunen er vist i figuren under.



Figur 3-1: Antall personer i Aremark 2006-2040. Registrert utvikling 1986-2017 og fremskrevet utvikling 2017-2040. Kilde: Alternativ MMMM til Statistisk sentralbyrå (SSB)

Ved inngangen til 2017 bodde det rundt 1 400 personer i Aremark, jfr. figuren over. Siden 1986 har folketallet blitt redusert med rundt 100 innbyggere. Framskrivningen til SSB innebærer en ytterligere reduksjon på rundt 100 personer frem mot 2040.

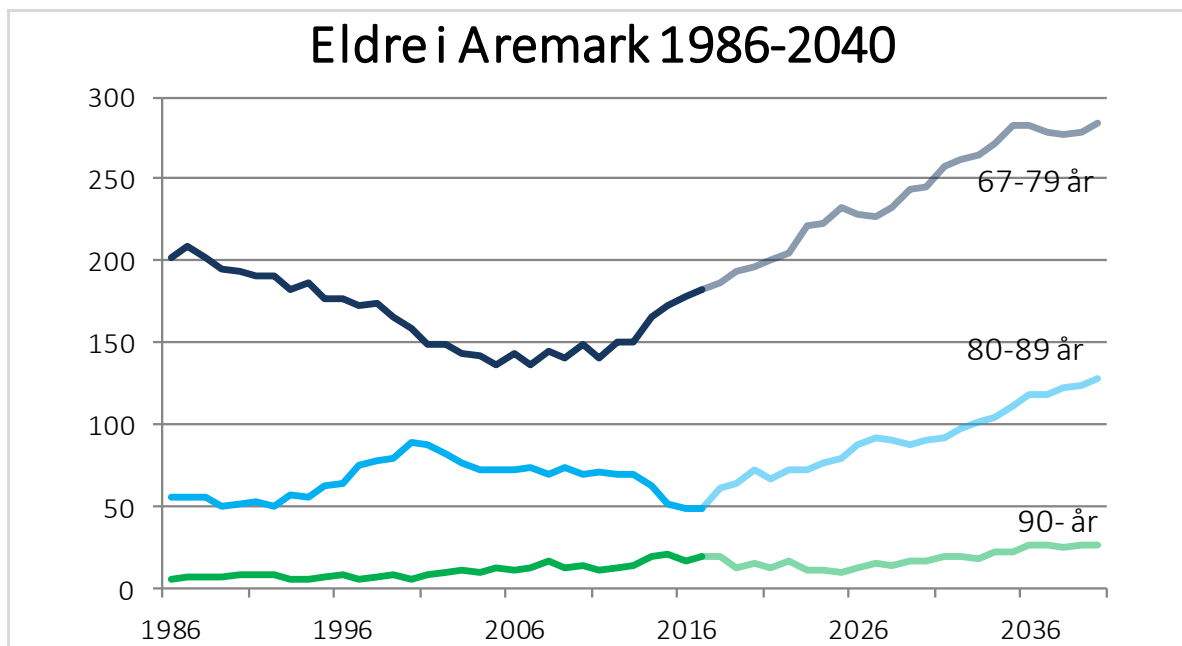
I figuren under viser vi historiske tall og prognosen for befolkningsutvikling for innbyggere mellom 20-66 år.



Figur 3-2: Antall voksne mellom 20 og 66 år i Aremark 1986–2040. Registrert utvikling 1986–2014 og fremskrevet utvikling 2014–2040. Kilde: Alternativ MMMM til Statistisk sentralbyrå

De siste 30 årene har det vært en økning i antall voksne mellom 45 og 66 år, mens det har blitt noe færre voksne mellom 20 og 44 år (jf. figuren over). I 2040 vil størrelsen på de to gruppene være på samme nivå.

Prognosen viser at andel eldre vil øke i Aremark.



Figur 3-3: Antall eldre over 67 år i Aremark 1986–2040. Registrert utvikling 1986–2014 og fremskrevet utvikling 2014–2040. Kilde: Alternativ MMMM til Statistisk sentralbyrå



Aremark kommune vil få en sterk vekst for alle de eldste aldersgruppene i perioden til 2040, jf. figuren over. For tiden er det gruppen mellom 67 og 79 år som vokser sterkest. Antall eldre over 80 begynner å vokse på 2020-tallet og blir mer enn doblet frem til 2040. På 2030-tallet vil det bli en vekst i gruppen over 90 år. Basert på framskriving av antall eldre i Aremark vil vi senere foreta en analyse på hvordan dette påvirker behovet for pleie og omsorgstjenester. Før det vil vi se på utvikling av andel eldre med demenssykdom og forhold knyttet til demensomsorgen. Da dette er forhold som vil ha stor betydning.

### 3.3 Demenssykdom

Demenssykdom er et syndrom kjennetegnet av

- ▶ svikt i kognitive funksjoner som hukommelse, orienteringsevne, forståelse, abstrakt tenkning og vurderingsevne,
- ▶ sviktende emosjonell (følelsesmessig) kontroll, og
- ▶ sviktende funksjonsevne i forhold til dagliglivets aktiviteter.

Symptomene varierer fra pasient til pasient. Hos rundt 80 % er hukommelsessvikt første symptom, mens demens hos andre kan starte med språkproblemer (afasi), personlighetsforandring eller orienteringsvansker. Det er vanskelig å stille diagnosen tidlig i forløpet. Mange sykdommer kan føre til demens. De to vanligste er Alzheimers sykdom, der hjernecellene av hittil ukjente årsaker ødelegges, og vaskulær demens, som kan skyldes tilstopping eller forsnevring av hjernens blodårer.

Det antas at 50–60 % av demenstilfellene skyldes Alzheimers sykdom og om lag 25 % vaskulær demens, mens de øvrige tilfellene forårsakes av en rekke forskjellige sykdommer. De fleste tilfeller av demens utvikler seg gradvis og fører etter hvert til en fullstendig hjelpeløshet.

Sykehuset Innlandet (2015)<sup>8</sup> har foretatt en kartlegging av tjenester, kostnader og sykdomsforløp for rundt 2 000 personer med demens i Norge. Resultatet viser at gjennomsnittlig sykdomsvarighet var på 8,1 år, som forskerne har valgt å dele i tre stadier:

1. Fra symptomdebut til diagnosestilling (gjennomsnittlig varighet 3,0 år)
2. Fra diagnosestilling til innleggelse på institusjon (gjennomsnittlig varighet 3,0 år)
3. Opphold på institusjon (gjennomsnittlig varighet 2,1 år)

### 3.4 Personer med demens i Aremark kommune

Det foreligger ingen norske studier av forekomsten av (prevalens) av demens i befolkningen. Derimot er det foretatt ulike internasjonale studier av forekomsten av demens i ulike aldersgrupper slik det er vist i tabellen under. Felles for studiene er at forekomsten av demens øker med alderen, og at en betydelig andel eldre har demens. Ellers viser studiene nokså store forskjeller i andelen med demens i de ulike aldersgruppene. Disse forskjellene illustrerer usikkerheten knyttet til en nøyaktig tallfesting av antall demente.

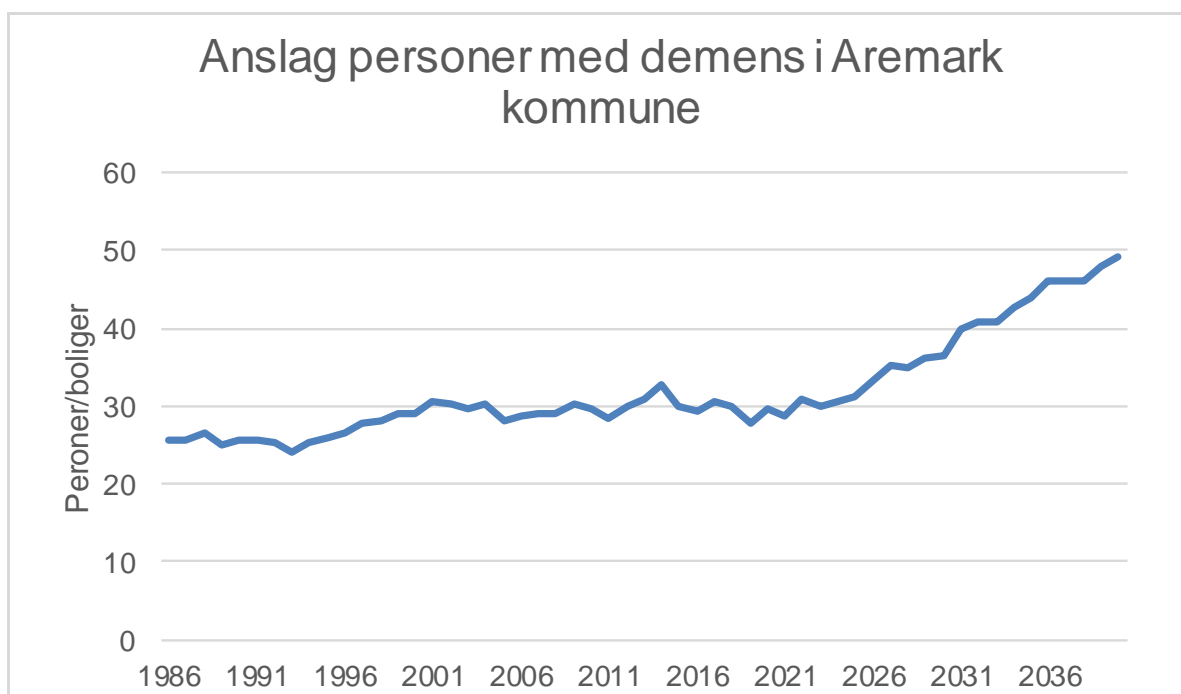
---

<sup>8</sup> Sykehuset Innlandet (2015). «Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC)». Utført av Alderspsykiatrisk forskningssenter.

Tabell 3-1: Anslått forekomst av demens i ulike aldersgrupper (kilde: Bærum kommune)

Aldersgruppe	Andel personer med demenssykdom		
	Lancet 2005	Rotterdam-studien	Prince 2013
60-64 år	0,9		1,6
65-69 år	1,5	0,9	2,6
70-74 år	3,6	2,1	4,3
75-79 år	6,0	6,1	7,4
80-84 år	12,2	17,6	12,9
Over 85 år	24,8		
85-89 år		31,7	21,7
Over 90 år		40,7	43,1

Forekomsten fra Prince-studien er brukt til å anslå antall personer med demens i Aremark kommune. Resultatet av disse beregningene er vist i figuren under.

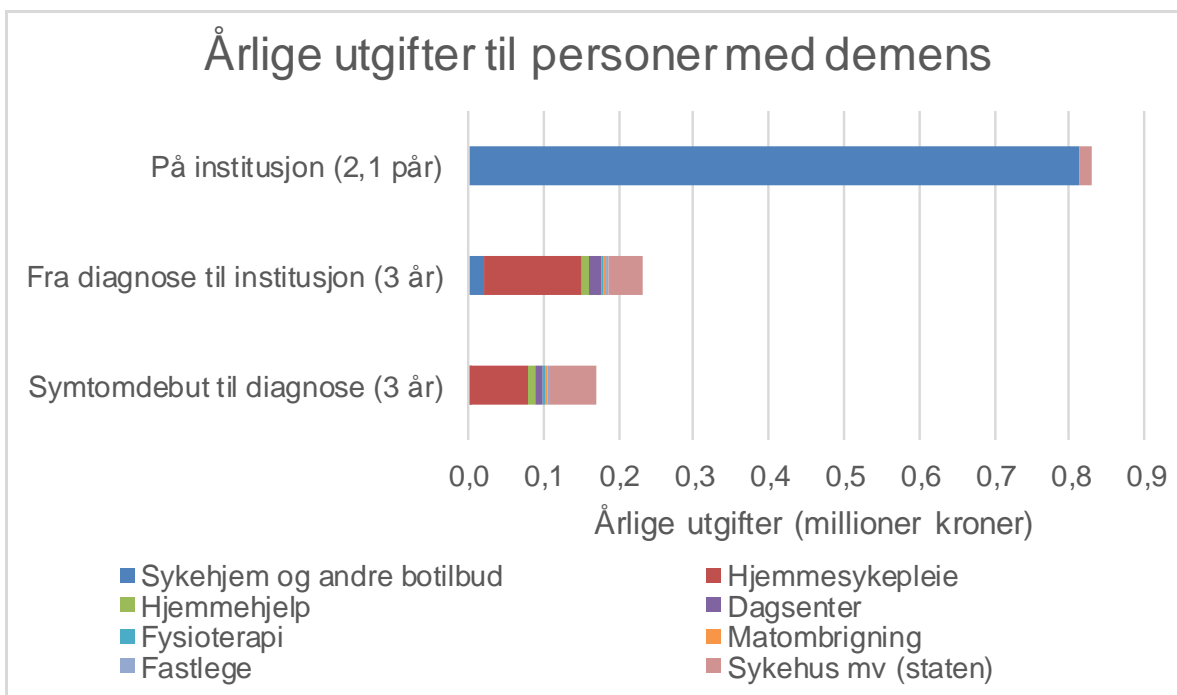


Figur 3-4: Anslag for antall personer med demens i Aremark kommune 1986-2040 basert på Prince-studien og framskrivingen til SSB (MMMM)

Det er anslått at det er rundt 30 personer med demens i Aremark i 2017, jf. figuren over. I perioden fra 1986 til 2017 har antall personer med demens økt med rundt 5 personer. I 2040 vil det være rundt 50 personer med demens i kommunen. Nye medisiner kan bidra til å redusere forekomst/tjenestebehov. På den annen side vil redusert dødelighet av hjerte- og karsykdom og kreft øke forekomsten av demens. Fysisk aktivitet blir ansett å være et viktig forebyggende tiltak.

## Utgifter til ivaretagelse av mennesker med demenssykdom i norske kommuner

Studien fra Sykehuset innlandet har også kartlagt tjenester og utgifter knyttet til de tre fasene av sykdomsforløpet. Kartleggingen viser tilbudet som ble gitt da kartleggingen ble foretatt. Resultatet av kartleggingen er vist i figuren under.



Figur 3-5: Årlige utgifter til personer med demens fordelt på tre stadier i sykdomsforløpet. Kilde: Bearbeidet av Agenda Kaupang på grunnlag av Sykehuset Innlandet (2015)

Tilbudene til personer med demens blir nærmere kommentert i det følgende:

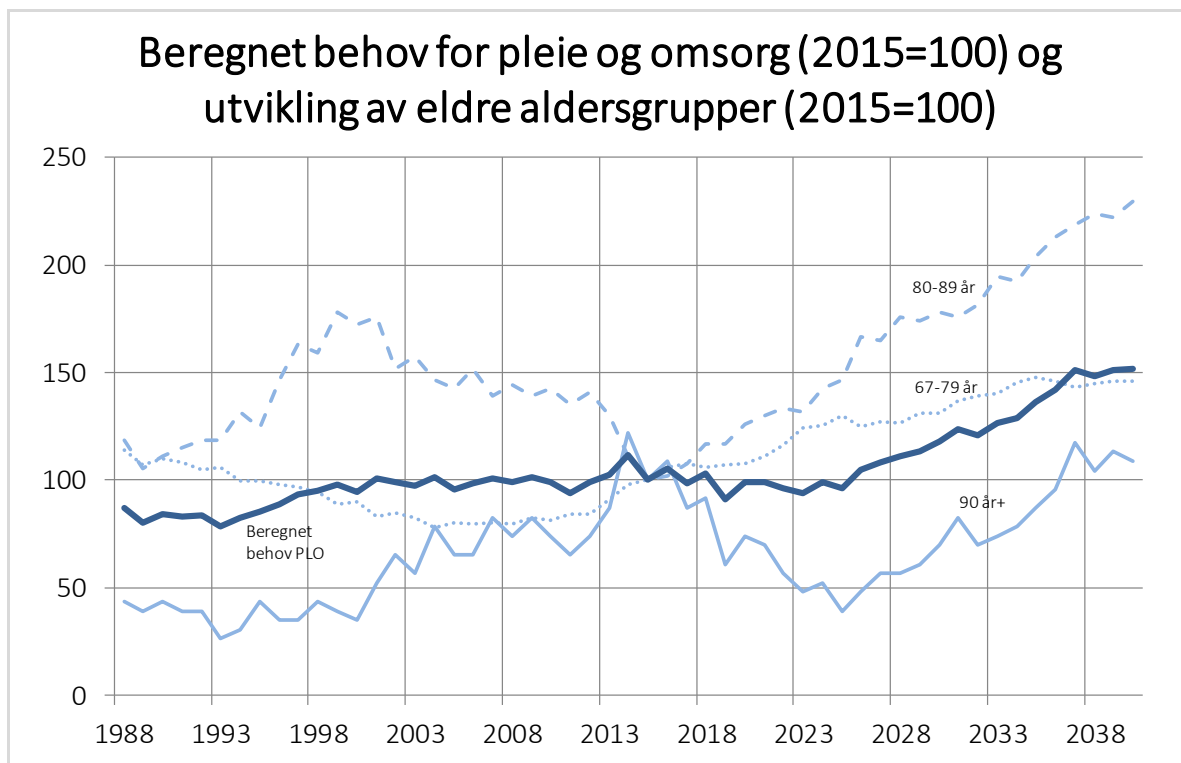
- ▶ **Hjemmesykepleie og hjemmehjelp:** I de to første fasene av forløpet var det flest personer med demens som mottok disse tjenestene. Halvparten av personer med demens fikk hjemmesykepleie. Siste måned før innleggelse på sykehjem mottok pasienter med demens fire timer hjemmesykepleie i uken.
- ▶ **Dagsenter:** Rundt 20 % av personer med demens benyttet et dagsenter.
- ▶ **Sykehjem og andre boformer:** Utgiftene til sykehjem var særlig høye de siste leveår (ca. 2 år) i den siste fasen på rundt 2 år var tjenesten med klart høyest utgifter. Det var 30 % av personer med demens som bodde i omsorgsbolig. Tilsvarende andel for bokollektiv var på 5 %.
- ▶ **Sykehus mv.:** I de to første fasene av forløpet blir en vesentlig del av tilbudet gitt av spesialisthelsetjenesten.

I tillegg gjør pårørende en betydelig innsats. Forskerne har kartlagt at 90 % av personer med demens mottar hjelp fra pårørende. Når demensdiagnosen blir stilt ytes det i den andre fasen i gjennomsnitt 60 til 85 timer hjelp i måneden. I den tredje fasen på institusjon faller bistanden fra pårørende til 7 timer i måneden.

Kartleggingen til forskerne viser hvilke tilbud som var vanlig i norske kommuner for noen år siden. Signalene i «Demensplan 2020» viser at statlige myndigheter har ambisjoner om å styrke tilbudet til personer med demens. Det er med andre ord behov for et mer omfattende tilbud enn kartleggingen over viser.

### 3.5 Fremtidig behov for pleie og omsorgstjenester

Vi har foretatt en beregning av behovet for pleie- og omsorgstjenester som følge av demografiske endringer for hele perioden fra 1988 til 2040 ved hjelp av de demografiske kriteriene i det statlige inntektssystemet. Resultatet av beregningene viser at behovet for tjenester øker med rundt 50 % frem til 2040, jf. figuren under.

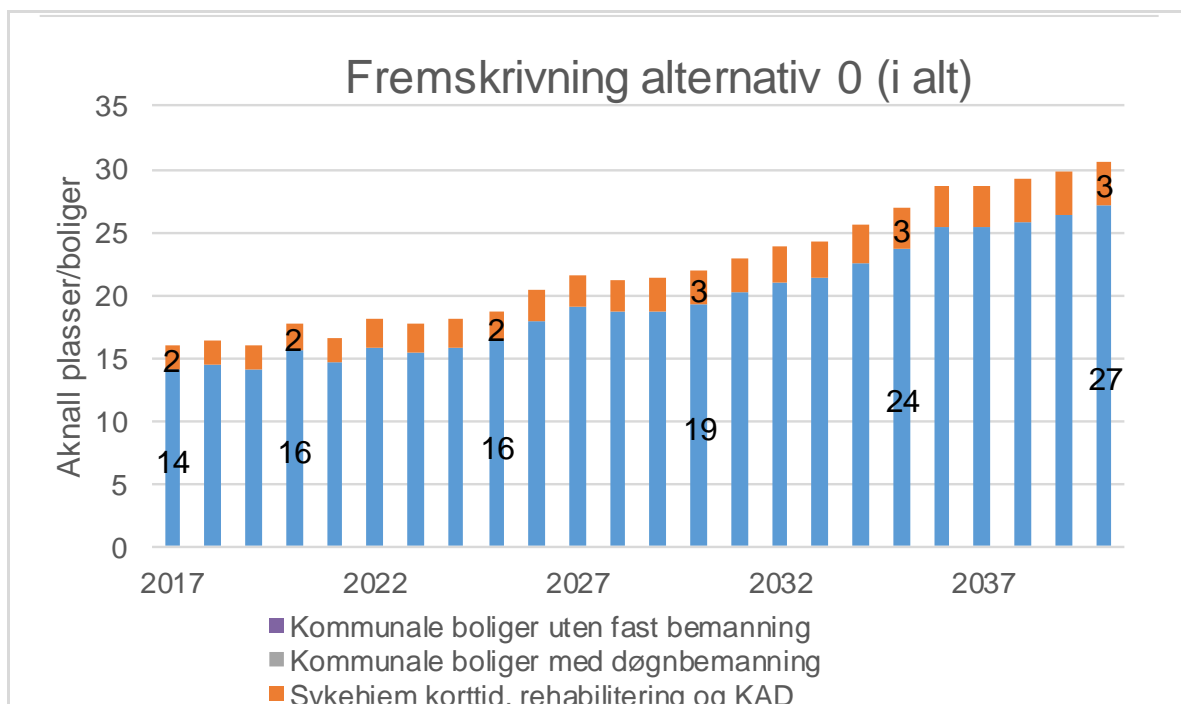


Figur 3-6: Beregnet behov for pleie- og omsorgstjenester (2015=100) i Aremark kommune og utvikling av tre aldersgrupper eldre (2015=100) som sentral del av grunnlag for beregning av behovet

Analysen viser at behovet for pleie og omsorgstjenester økte i perioden fra 1988 og frem til rundt 2013. Deretter har behovet falt noe. Behovet for pleie og omsorgstjenester er forventet å ligge på samme nivå som 2015 frem mot ca. 2025. Etter dette forventes det at behovet for tjenester vil øke som følge av økt andel eldre. Framskrivningen tar ikke hensyn til endringer i oppgavefordeling, reformer mv. Dette er forhold som vil kunne påvirke etterspørsel/behov for pleie og omsorgstjenester. Utvikling og endringer i helse og sykdomsforløp vil også påvirke innbyggernes behov for tjenester.

### 3.6 Fremtidig behov for døgnplasser av Agenda Kaupang

Vi har beregnet hvor mange døgnplasser Aremark kommune er i behov av fremover dersom dagens dekning videreføres<sup>9</sup>. Framskrivningen er også basert på at utviklingen i befolkningen blir som beskrevet i kapitlene over. Beregningene er ment som referanse for å vise effekten av planlagte endringer i tilbudet. Resultatene av beregningene i et slikt «nullalternativ» er vist i figuren under.

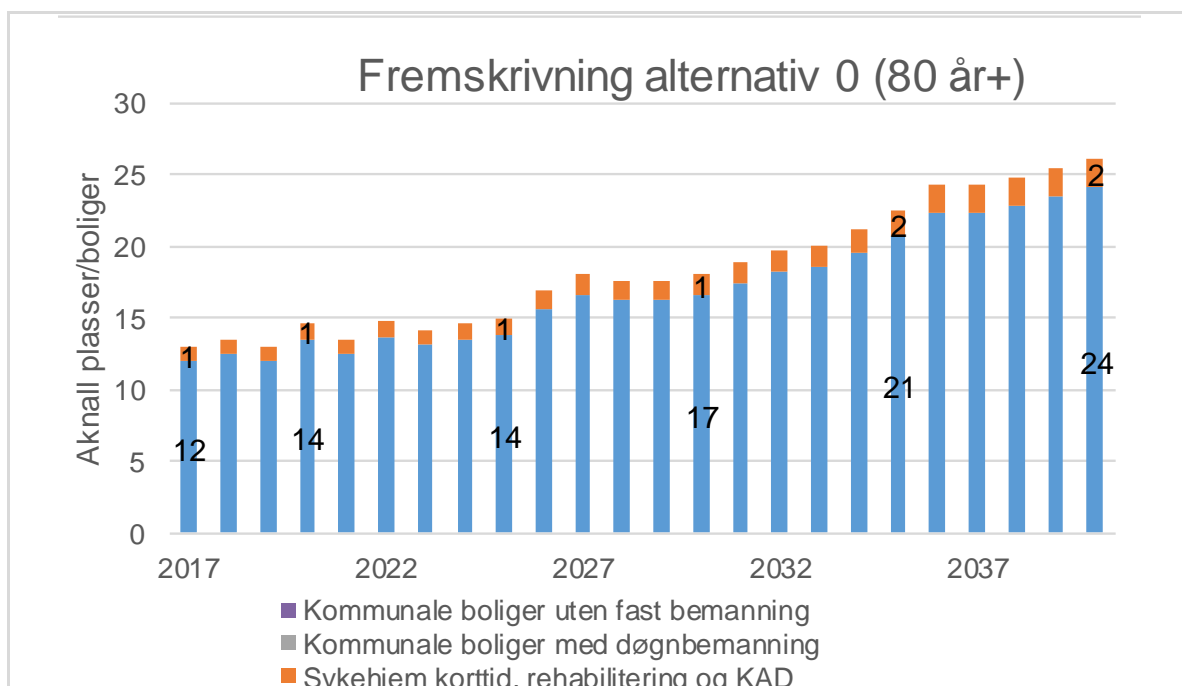


Figur 3-7: Beregnet behov for plasser med heldøgns bemanning 2017–2040 med dagens dekningsgrader for tre aldersgrupper

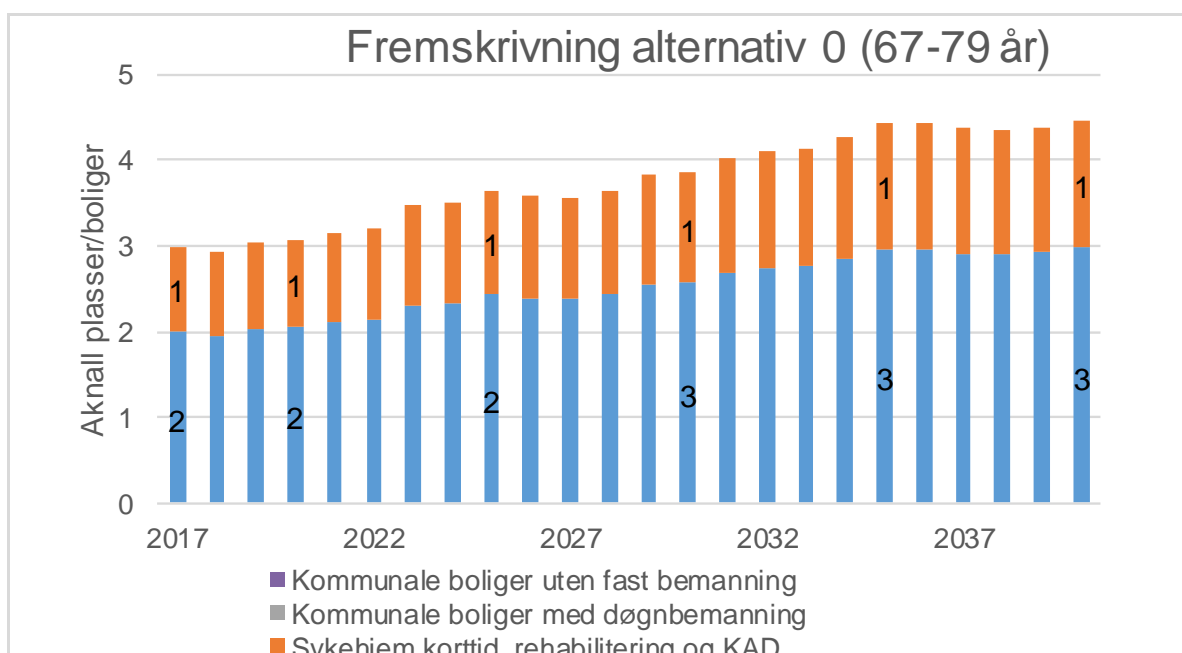
De første årene er det beregnet at behovet for plasser er omtrent på dagens nivå. I 2040 er det beregnet et behov for 30 plasser, omtrent dobbelt så mange plasser som er i bruk i dag. I 2030 vil det beregnede behovet kunne utgjøre 22 plasser. Frem til 2025 er det bare en svak økning på 2 plasser i det beregnede behovet.

Det ser med andre ord ut til at dagens kapasitet på sykehjemmet vil kunne vare i rundt ti år til dersom kommunen velger å videreføre dagens dekningsgrad. Resultatene av beregningene illustrerer den demografiske utviklingen fordelt på to aldersgrupper. Den yngste gruppen bruker en noe større andel korttidsplasser enn den eldste gruppen.

<sup>9</sup> Videreføring av 16 plasser (totalt)



Figur 3-8: Beregnet behov for plasser for eldre over 80 år med heldøgns bemanning 2017–2040 med dagens dekningsgrader



Figur 3-9: Beregnet behov for plasser for eldre over 80 år med heldøgns bemanning 2017–2040 med dagens dekningsgrader

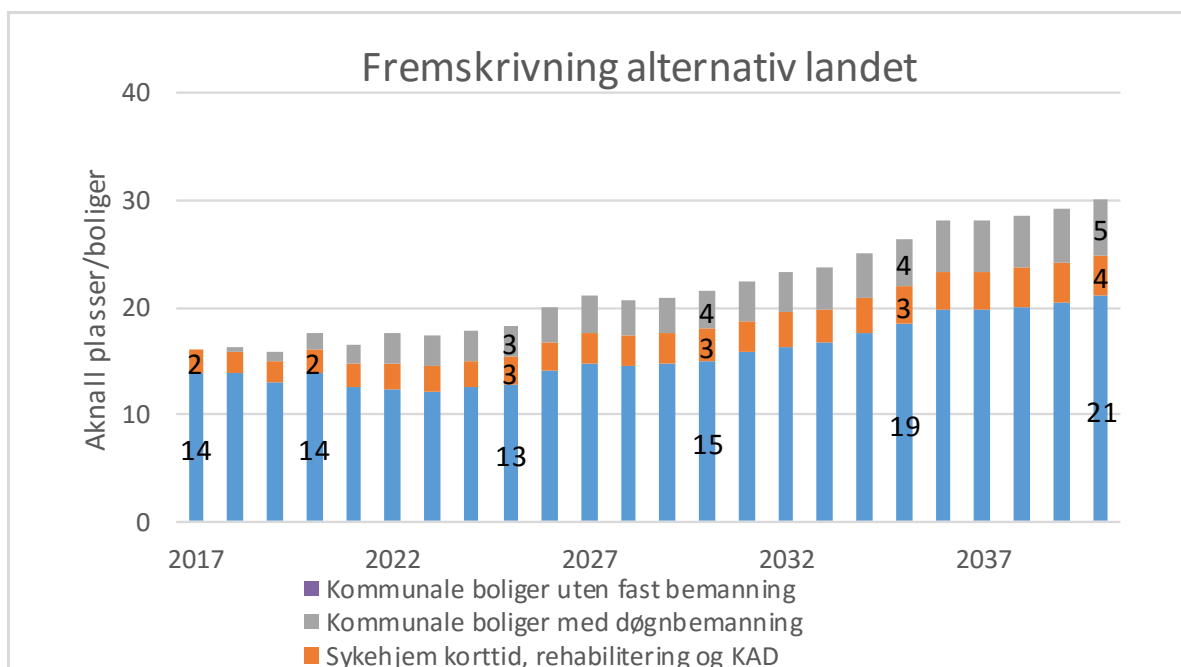
### Alternative utviklingsbaner

Det blir her lagt frem en alternativ framskrivning av behovet for plasser på sykehjem og boliger med døgnbemanning. Også denne framskrivningen bygger på fremskrevet befolkning i kommunen for aldersgruppene under 67 år, 67–79 år og over 80 år. For de to yngste aldersgruppene er det lagt til grunn konstante dekningsgrader i årene fremover. Antall plasser er beregnet ved å multiplisere dekningsgrader og antall personer i de tre aldersgruppene.

For gruppen over 80 år er det lagt til grunn tre alternative dekningsgrader:

- ▶ Alternativ 0 «En videreføring av dagens praksis»: Utgangspunktet er dekningen i 2017. Alternativet er ment som en referanse for et eller flere alternativer med endret praksis. Resultatene er beskrevet over.
- ▶ Alternativ 1 «Som landet»: Det er lagt til grunn en samlet dekning for korttids- og langtidsplasser sykehjem på 13,3 % i 2022. For boliger med døgnbemanning er det lagt til grunn en dekning på 3,2 % i 2022. Det samlede nivået for døgntilbudet blir omtrent på linje med det som er vanlig i resten av landet.
- ▶ *Alternativ hjemmetjenestemodell*: Her legger vi til grunn en samlet dekning for korttids- og langtidsplasser i sykehjem på 10 % i 2022. For boliger med døgnbemanning er det lagt til grunn en dekning på 5 % i 2022. Det samlede nivået for døgntilbudet blir omtrent på linje med det som er vanlig i resten av landet.

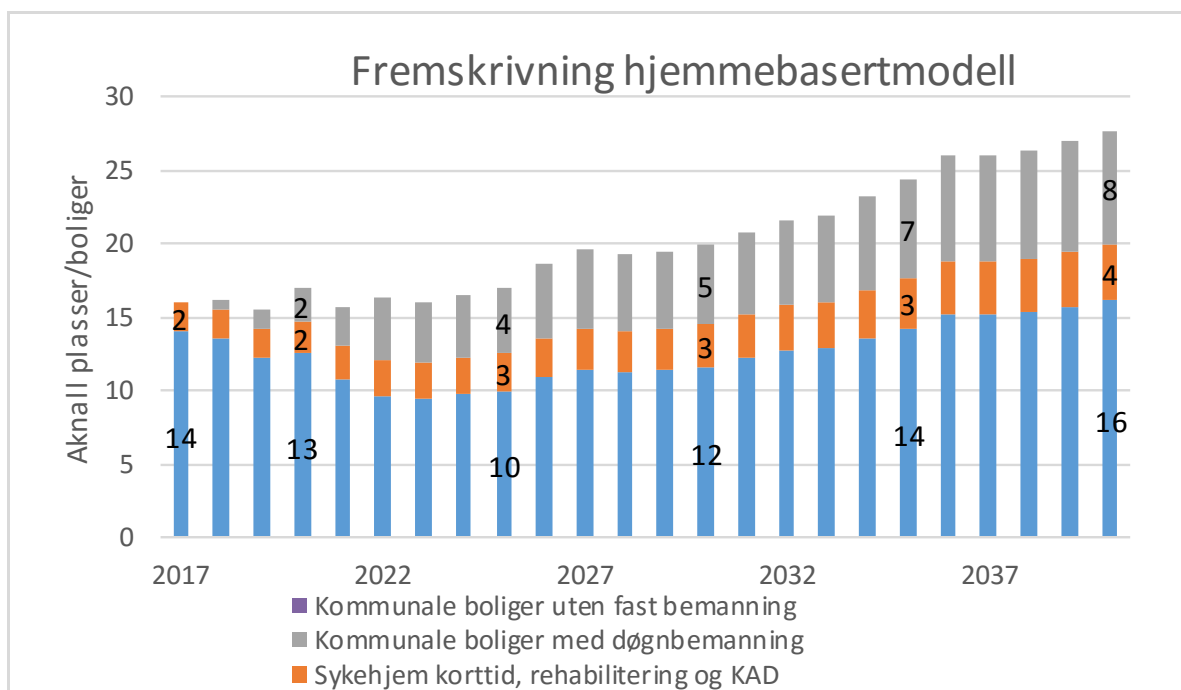
I alternativ 1 «Som landet», vist i figuren under, ligger det inne at kommune både har sykehjems-/institusjonstjenester og tilbud om bolig med mulighet for heldøgns bemanning.



Figur 3-10: Framskrivning av samlet behov for plasser basert på gjennomsnitt for landet

Figuren viser at dersom Aremark legger snittet for landet til grunn vil behovet for ulike plasser øke som følge av demografi. Økningen vil først skje etter 2025. Skal kommunen klare å holde antall sykehjemsplasser nede må kommunen, i tillegg til å satse på ambulante hjemmetjenester også utvikle tilbud om bolig med mulighet for heldøgnsomsorg.

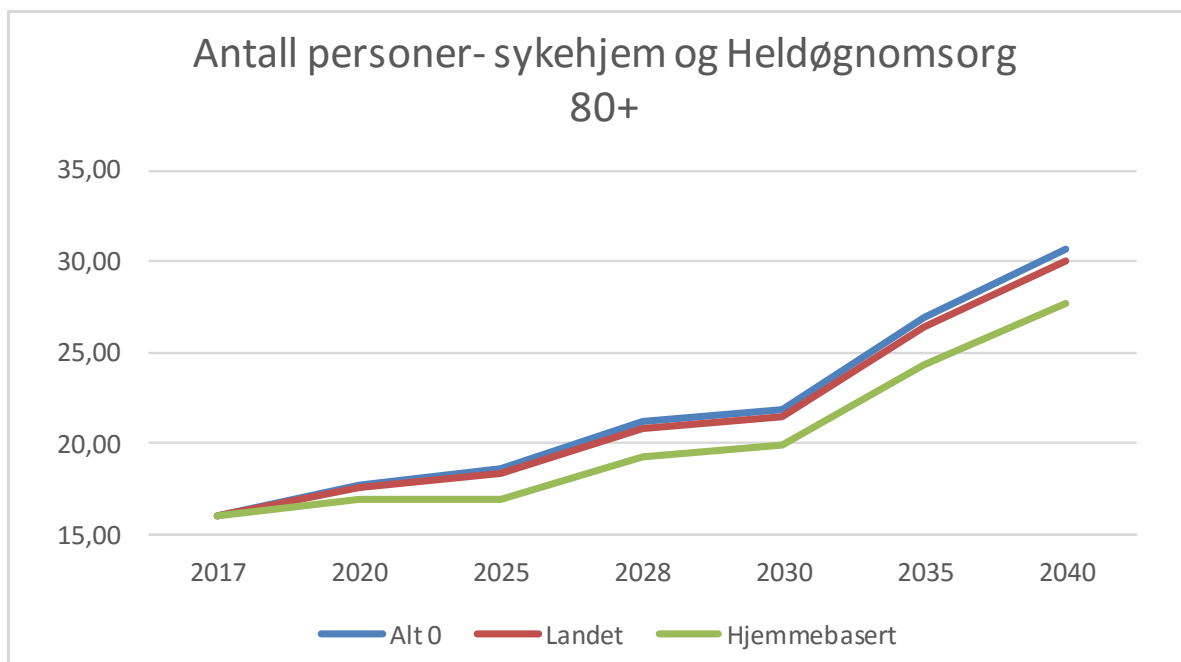
I figuren under har vi lagt til grunn en enda sterkere satsning på hjemmetjenester. Framskrivningen er basert på erfaringer fra kommuner som gjennom mange år har satset på hjemmetjenesten både i form av ressurser og kompetanse. Dette fordrer at kommunen tilrettelegger for at flere får sine behov for helse og omsorgstjenester ivaretatt i eget hjem med hjemmetjenester og velferdsteknologi mv. eller i bolig med heldøgns tjenester, og at institusjonstjenester kun benyttes for målrettet korttidsopphold, inkl. avlastning. I tillegg til langtidsopphold for de som har så omfattende behov for helse og omsorgstjenester at dette ikke kan ivaretas utenfor institusjon.



Figur 3-11: Framskrivning av behov for plasser basert på gjennomsnitt for landet, 80+

Figuren viser at behov for institusjonsplasser reduseres frem mot 2034, og at det da er forventet å øke fremover mot 2040. Behovet for bolig med mulighet for heldøgnsomsorg og at det i 2025 vil være behov for 3 færre plasser enn dagens 16.

Resultatene av de ulike beregningene for utviklingen i døgn tilbudet er vist i figuren under:



Figur 3-12: Utvikling av behov for sykehjem og boliger med heldøgnsomsorg, ulike scenarier

Figuren viser at det ikke er store forskjeller i antall plasser totalt sett. Forskjellen er at kommunen i tillegg til ambulante hjemmetjenester også tilbyr omsorgsboliger/plasser med mulighet for heldøgnsomsorg, i tillegg til institusjon., Ved inngangen til 2017 var det 16 personer i Aremark som hadde et heldøgnstilbud i Aremark. Alle personene fikk sine behov for heldøgn ivarettatt i



institusjon. tilbud i sykehjemmet. Dersom kommunen velger å løse fremtiden behov som i 2016 vil behovet for plasser øke til 30 i 2040 (alternativ 0). Dersom Aremark legger seg på samme dekningsgrad som landet vil behovet for plasser utvikle seg i tråd med alternativ 0, men i dette alternativet legges det inn et mer differensiert tilbud, bestående av både omsorgsboliger med heldøgnsomsorg og institusjon. Analysen viser da at det i 2025 vil være 16 personer som vil være i behov av institusjon. 3 vil være i behov av bolig med mulighet for heldøgn. I 2040 vil det være 25 brukere i institusjon og 5 i bolig med mulighet for heldøgn. Legger man til grunn en mer hjemmeorientert modell vil det være 13 personer med behov for sykehjem i 2025, og 4 i bolig med heldøgn. Frem mot 2040 vil behovet for institusjon øke til 20, og det vil være behov for 8 boliger med heldøgn bemanning.

*Konklusjon:* Aremark bør i årene fremover satse på å gi gode hjemmetjenester, slik at behovet for plasser på sykehjem kan holdes på et lavt nivå. Lykkes kommunen med denne strategien, vil alternativet «*hjemmebasert praksis*» være et realistisk alternativ som kan legges til grunn for videre planlegging. Behovet for plasser holder seg relativt stabilt frem mot 2025, med noe økning fra 2025 og ut mot 2040.



## Saksframlegg

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
Levekårsutvalget	31/17	12.10.2017

### Gjennomgang av skolesektor

Vedlegg

1 AgendaKaupangAnbefalinger

### Saksopplysninger

Det vises til vedtak i PS 22/17:

«Det nedsettes et utvalg bestående av Jørgen Grønlund, Øivind Strand og Wenche Høidal som, i samarbeid med rektor, til neste møte i Levekårsutvalget legger fram en oversikt over hvordan det skal arbeides med anbefalingene i Agenda Kaupangs rapport på kort og lang sikt. Bjørn Tangen er vararepresentant for Wenche Høidal til dette utvalget.»

Utvalgets forslag følger vedlagt.

### Vurdering

Utvalgets forslag vurderes som et godt utgangspunkt for det videre arbeid med rapporten.

### Rådmannens innstilling

Det vedlagte forslag til oversikt over det videre arbeid med anbefalingene fra Agenda Kaupang godkjennes.

<b>Anbefaling</b>	<b>Kort sikt</b>	<b>Ansvarlig</b>	<b>Lang sikt</b>	<b>Ansvarlig</b>
Politikerne som skoleeiere i Aremark må forsterke innsatsen med det systematiske og langsiktige arbeidet for å utvikle opplæringskvaliteten i skolen.	Det utarbeides et årshjul for tilstandsrapportering f o m 2018	Ordfører og leder i levekårsutvalget	Arbeidet med tilstands-Rapportering evalueres og forbedres	Ordfører og leder i levekårsutvalget
Kvalitetsutviklingen i skolen bør settes i system: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Arbeidet med tidlig innsats gjøres til et langvarig utviklingsarbeid for skolen</li> <li>o Satsningsområdene bør settes ytterligere i system og ansvaret må forankres tydelig hos skoleledelsen</li> <li>o Det bør utarbeides en plan for kompetanseutvikling av lærerne i leseopplæring</li> <li>o Satsningsområdene bør utvides til også å omfatte regning og skriving og tilhørende kompetanseheving bør gjennomføres, jf. Meld. St. 21 2016/2017, se s. 8 og s. 52 kap. 5.3.1</li> </ul> Plikt til intensiv opplæring <ul style="list-style-type: none"> <li>o Arbeidet med sosial kompetanse bør systematiseres og ansvaret for oppfølging bør plasseres tydeligere hos skoleledelsen.</li> </ul>	Følge opp anbefalingen fra AK i rapportering, budsjettarbeid og planarbeid	Rådmann Virksomhetsleder (VL)	Systematisk oppfølging og evaluering av utviklingsarbeidet	Levekårsutv og kommunestyre
Det bør utarbeides retningslinjer for hvordan inspeksjon skal foregå for å oppdage og forebygge mobbing.	Retningslinjer utarbeides og innarbeides i ped plattform som vedtas i SMU 17.10.17	VL/Rektor Skolemiljøutvalg (SMU)	Personalgruppa drøfter jevnlig ulike problem-Stillinger. Møter annenhver måned. Praksis og retningslinjer evalueres Årlig.	VL/Rektor SMU

Det bør utvikles en opplæringskultur som kjennetegnes av en enhetlig og god klasseledelse.	Mal for «Den Gode Timen» som innarbeides i ped plattform Som vedtas i SMU 17.10.17	VL/Rektor SMU	Praksis evalueres	VL/reaktor SMU
Det bør være en overordnet målsetting for Aremark kommune at flere elever skal få et tilfredsstillende læringsutbytte av den ordinære undervisningen. o Som ledd i dette bør det i samarbeid med PPT gjøres en kartlegging av hvilke elever som vil komme til å ha rett til spesialundervisning gjennom hele grunnskoleløpet og hvilke elever som har forutsetninger for å kunne få tilfredsstillende utbytte av den ordinære opplæringen	Anbefalingen drøftes i samarbeids- møte med PPT	VL/Rektor	Praksis skal rettes mot sammenholdte klasser i størst mulig utstrekning.  Alternative læringsarenaer skal utvikles for å ivareta flest mulig elever innenfor ordinær, tilpasset opplæring.	VL/Rektor PPT Levekårsutv SU SMU
Det bør vurderes om skolen skal utvides til 5-dagers skoleuke og debatten bør tas på bakgrunn av vurderinger av læringseffekter og ikke praktiske og sosiale faktorer. o Eventuell ledig tid ved 5-dagers skoleuke benyttes til samarbeid mellom skolens personale o Dersom 5 dagers skoleuke ikke kan gjennomføres bør det vurderes om barn som ikke har SFO på onsdager og står i fare for å falle utenfor, bør få tilbud om gratis SFO	Utredning om 5-dagers skoleuke for alle klassetrinn  Budsjettvedtak Desember 2017	VL/reaktor  Kommunestyret	Hvis 5 dagers skoleuke innføres dette fra skoleåret 2018/2019  Hvis ikke 5 dagers skoleuke vurderes gratis SFO onsdager	Rådmann VL/reaktor  Kommunestyret
Det må sørges for at alle barn reelt kan delta på leksehjelp.	Ikke praktisk mulig å iverksette på	VL/Rektor	Organisering av leksehjelp i tråd med	Rådmannen VL/Rektor Kommunestyret

	kort sikt, men bør bli en del av utredningen av 5 dagers skoleuke		målsettingen i lovverket	
Kulturskolens arbeid og kvalitetsutvikling bør innlemmes i den årlige rapporten om tilstanden kommunen er forpliktet til å lage for grunnskolen.	Kulturskolen innlemmes i tilstandsrapporten høsten 2017	Rådmann VL/Rektor	Utvikling av kulturskolen innarbeides i Årsplan 2018	Rådmann VL/Rektor
Det bør vurderes om voksenopplæringen er i stand til å utføre tjenester i småskala til et begrenset elevtall eller om det er bedre å kjøpe tjenestene.	Utredes høsten 2017	Rådmann VL/Rektor Kommunestyre Levekårsutvalget	Konsekvenser av utredning Legges inn i budsjett 2018 mv	Rådmann VL/Rektor Kommunestyre Levekårsutvalget
Det bør utarbeides et tydelig mandat for skoleledelsen. Ansvar og krav til de ulike rollene må spesifiseres med særlig vekt på oppfølgingsansvar for skolens læringsarbeid	Ressursbruk til ledelse gjennomgås og mandat utarbeides	Rådmannen	Ressursbruk og mandat vurderes årlig ifm behandling av budsjett	Rådmann Levekårsutvalget Kommunestyret



AREMARK  
KOMMUNE

Arkiv: A20  
Arkivsaksnr: 2017/1518-1  
Saksbehandler: Per Ole Pihlstrøm

## Saksframlegg

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
Levekårsutvalget	32/17	12.10.2017

### Felles samarbeidsutvalg skole og barnehage

Vedlegg

1 Innspill felles su

#### Saksopplysninger

Det vises til tidligere politisk behandling av spørsmålet om felles samarbeidsutvalg for skole og barnehage. Levekårsutvalget vedtok at det skulle innhentes innspill fra partene i utvalget vedrørende saken.

#### Vurdering

Vi må arbeide for at elevene får en mer meningsfylt rolle i arbeidet med saker til samarbeidsutvalget. I hovedsak peker innspillene mot at ordningen med felles samarbeidsutvalg for skole og barnehage bør fortsette.

#### Rådmannens innstilling

Ordningen med felles samarbeidsutvalg mellom skole og barnehage i Aremark kommune videreføres.

## Innspill til Levekårsutvalget ang. Felles samarbeidsutvalg mellom skole og barnehage

### Barnehagens ansattrepresentanter

Vi som har sittet i SU dette året har kun erfaring fra felles SU.

Vi synes det har vært veldig positivt med felles SU; da vi har fått innblikk i skolens drift og utfordringer. Og vi tenker at det er positivt at skolen også får om barnehagen. Det har også vært positivt at: mens det har vært felles SU har Fau i barnehagen hatt møter med styrer og tatt opp saker fortløpende, saker som ikke trenger å behandles i samarbeidsutvalget.

Det som ikke har vært så positivt er; for barnehagens ansatte-representanter har det vært flere SU møter mens det har vært felles SU, enn da barnehagen hadde eget samarbeidsutvalg med ca 2 møter pr år.

### FAU – skole

Tilbakemelding fra FAU på felles SU:

- Vi i FAU synes det er viktig å se «hele løpet» under ett da vi er en liten kommune med skole og bhg som nærmeste naboer.
- SU er en arena hvor det legges viktige føringer for hvilke holdninger vi i Aremark samfunnet ønsker at våre barn skal ha.
- Da er det en fordel at dette er forankret i et felles SU med skole og bhg.
- Færre møter og mindre belastning. Vi er trossalt en liten kommune hvor mange dekker flere funksjoner.

Skulle det være slik at det har blitt «mye skole» og bhg føler at de har fått mindre tid/mindre prioritert, så synes vi at det tas grep med innspill fra ansattrep fra bhg i samarbeid med leder av SU. Det er praktiske ting som enkelt kan la seg løse.

Vi synes at det har vært et positivt grep der man ser på hele løpet fra barnehage til skoleslutt.

### Skolens ansattrepresentanter

Ser nytten av å samarbeide med barnehagen, da vi er et naturlig bindeledd med dem, men med tanke på eleven synes jeg vi bør ha et eget SU. Vi veier både for og imot, og følger det flertallet ønsker.

### FAU – barnehage

Vi syns det har fungert godt med felles SU så langt.

Vi ser det er positivt at man ser oppvekst under ett, og representanten fra både skole, barnehage, foreldre, politikere og ledelse får samme informasjon og jobber mot samme mål.

Vi har ett forslag om at dersom møtetiden blir lang bør sakene om skole taes først i SU-møtene slik at representantene for elevene kan gå når de sakene er klare.

### Elevrepresentanter – skole

Elevrepresentantene som deltok i fjor har gitt tilbakemeldingen. De ønsker ikke et felles SU. De forstår lite av sakene fra barnehagen og synes de har lite å bidra med. De synes møtene derfor blir lange og uinteressante. De ønsker et eget SU for skolen.





## Saksframlegg

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
Levekårsutvalget	33/17	12.10.2017

### Vedlegg

- 1 Kommunedelplan+for+kulturbygg+og+fysisk+aktivitet+2016-2026
- 2 Prioritert plan 2018 til 2020 og uprioritert langsiktig plan 2018 til 2026

## Rullering av handlingsprogram for idrett og friluftsliv 2018-2021

### Saksopplysninger

Kommunale delplaner for anlegg og områder for kulturbygg, idrett og friluftsliv skal være et styringsverktøy ved tildeling av kommunale/ fylkeskommunale tilskudd og spillemidler. Kommunedelplaner er en betingelse for tildeling av stønad. Kommunen skal i samarbeid med ulike brukergrupper få en best mulig oversikt over behovene for anlegg og områder for fysisk aktivitet, idrett og friluftsliv.

Kommunedelplanen ble vedtatt i 2014 og skal revideres hvert 4. år, mens det kortsiktige handlingsprogrammet må rulleres og godkjennes av kommunestyret hvert år.

Prioritert kortsiktig handlingsprogram 2017 -2020 og uprioritert langsiktig liste 2017-2026 er sendt ut på høring til lag og foreninger som står i Kommunedelplan for kulturbygg og fysisk aktivitet 2016 til 2026. Det har ikke kommet innspill på denne høringen fra de aktuelle.

Kommunen har ikke mottatt noen henvendelser angående spillemidler.

### Vurdering

Bygging/ombygging av bibliotek og kulturscene er nå ferdig stilt. Stoler til kulturscena er montert i september. Meråpent bibliotekløsning er på plass innen utgangen av 2017. Det utarbeides nå en søknad til fylkeskommunen om midler til lokale kulturbygg, med eventuell

tildeling i 2018.

Det er påbegynt et arbeid med lysløypa. Lys og armaturer er i noen grad skiftet ut. Utvidelse til å bli en rundløype og skifte resten av stolper og armatur er estimert fra virksomhet teknisk til 250.000 ,-og skal startes i 2018.

Skjæra friluftsområde. Badebrygge er lagt ut og man jobber videre med båtbygge.

### **Rådmannens innstilling**

Handlingsprogram for kulturbygg, idrett og friluftsliv 2018-2021 vedtas.

# **Kommunedelplan for kulturbygg og fysisk aktivitet 2016 – 2026**

## **Aremark kommune**

**Vedtatt i kommunestyret 10. desember 2015, sak 58/15.**

**Med tekst endringer vedtatt i kommunestyret 15. desember 2016, sak 62/16**



## **Forord**

Den reviderte kommunedelplanen for kulturbygg og fysisk aktivitet for Aremark kommune bygger på tidligere planer på området.

Oppvekst- og kulturutvalget behandlet i møte 15.5.2014 en revidering av kommunedelplanen for kulturbygg og fysisk aktivitet 2014 - 2026. Kommunestyret godkjente en revisjon av planen i møte 12. juni 2014, sak 14/14. Det ble oppnevnt plankomite med følgende sammensetning:

1. Ann-Kristin Jansson, Oppvekst og kulturutvalget
2. Anne Kristine Dahl, Oppvekst og kulturutvalget
3. 1 representant fra idrettsrådet
4. Leder av husstyret for Myrland ungdomsgård
5. 1 representant fra eldrerådet
6. 1 representant fra Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne
7. Kommunefysioterapeut
8. Virksomhetsleder teknisk drift Ann-Catrin Johansson
9. Virksomhetsleder kultur Rita Lindblad
10. Folkehelsekoordinator Mary Ann Gløboden
11. Miljøvernkonsulent Ann Kristin Halvorsrud

Ansatte i administrasjonen har fungert som arbeidsgruppe.

Oppstart av planarbeidet ble annonsert i Halden Arbeiderblad 11. juli 2014 samt Grenseavisa og kommunens hjemmeside, med frist 15. august 2014 for innspill. Lag og foreninger i Aremark ble tilskrevet og invitert til et åpent møte 9. september 2014 der det ble informert om planarbeidet og bedt om innspill.

Kommunedelplanen legges fram til 1. gangs behandling i Plan og utviklingsutvalget den 25.9.14 og skal legges ut på offentlig ettersyn med 6 ukers høringsfrist.

Plandokumentet legges fram for 2. gangs behandling i Plan og utviklingsutvalget i november, og behandles i Kommunestyret 11. desember 2014.

Aremark,

Jon Fredrik Olsen  
Rådmann

## **Innhold**

### **1. BAKGRUNN FOR PLANEN**

- 1.1 Innledning
- 1.2 Statlige føringer
- 1.3 Fylkeskommunale føringer
- 1.4 Folkehelse
- 1.5 Østfold idrettskrets føringer
- 1.6 Kommunale føringer

### **2. KLARGJØRING AV BEGREPER**

- 2.1 Idrett
- 2.2 Fysisk aktivitet
- 2.3 Friluftsliv
- 2.4 Idrettsanlegg
- 2.5 Friluftsområder og friområder
- 2.6 Kulturbygg
- 2.7 Barn og voksne

### **3. MÅL**

- 3.1 Statlige mål og satsningsområder
- 3.2 Fylkeskommunale mål og satsningsområder
- 3.3 Folkehelse
- 3.4 Østfolds idrettskrets – strategiplan (vedlegg)
- 3.5 Kommunale mål og satsningsområder
  - 3.5.1 Kommuneplan for Aremark
  - 3.5.2 Kommunedelplan Fosby 2014 - 2026
  - 3.5.3 Folkehelsearbeidet i Aremark
- 3.6 Lokale mål for lag og foreninger

### **4. STATUS**

- 4.1 Om Aremark kommune
  - 4.1.1 Folketall
  - 4.1.2 Arealfordeling
- 4.2 Idrettsanlegg
  - 4.2.1 Idrettsanlegg
- 4.3 Kulturbygg
- 4.4 Friområder
- 4.5 Aktiviteter

### **5. VIRKEMIDLER**

- 5.1 Spillemidler
- 5.2 Kommunale tilskudd
- 5.3 Mva-komp.

## **6. EVALUERING AV DELPLAN FOR IDRETTS- OG FRILUFTSLIV I HANDLINGSPLAN FOR IDRETT OG FRILUFTSLIV 2013 - 2016**

### **7. BEHOV**

- 7.1 Idrettsanlegg
- 7.2 Nærmiljøanlegg
- 7.3 Kulturbygg
- 7.4 Friluftsanlegg

## **8. KOMMUNEDELPLAN FOR KULTURBYGG OG FYSISK AKTIVITET 2014 – 2026.**

### **9. HANDLINGSPROGRAM**

- 9.1 Prioritert handlingsprogram 2015-2018
- 9.2 Uprioritert liste – langsiktige behov 2015 - 2026

### **10. DRIFT- OG VEDLIKEHOLD**

## **1 BAKGRUNN FOR PLANEN.**

### **1.1 Innledning**

Idrett og friluftsliv er dypt forankret i vårt samfunn og forbindes gjerne med gode verdier som livskvalitet, sosialt fellesskap, naturopplevelser, helsefremmende virkninger etc. Det er imidlertid mye som taler for at aktivitetsnivået synker og at terskelen for å utøve fysisk aktivitet er blitt høyere. Det er et stadig krav til bedre tilrettelegging av tiltak, for at denne verdien skal opprettholdes. Noe av årsaken må sannsynlig tilskrives den teknologiske utvikling, som alltid søker forenklinger. Overgangen fra å utøve fysisk aktivitet til å være tilskuer er kort.

Forskning kan bekrefte at barn, ungdom og spesielt voksne, beveger seg mindre, øker i vekt og utvikler tidligere helseskade på grunn av inaktivitet. Dataalderens fascinasjon konkurrerer med spenningsmomentene i naturopplevelser og med konkurranseaspektet i idrettslig sammenheng. Bildet er allikevel mer nyansert. Det utvikler seg alternative aktivitetstilbud som "matcher" det moderne menneske, og etter hvert assimileres i de mer tradisjonelle idrettsgrenene. Rollerblade, skateboard og snowboard, er eksempler som appellerer til barne- og ungdomskulturen.

Målet med planarbeidet er at kommunen i samarbeid med ulike brukergrupper skal få en best mulig oversikt over behovene for anlegg og områder for fysisk aktivitet, idrett og friluftsliv. Planen skal være et styringsverktøy ved tildeling av kommunale /fylkeskommunale tilskudd og spillemidler, og er en betingelse for tildeling av stønad.

### **1.2 Statlige føringer**

**Stortingsmelding nr. 39 (2000-2001) "Friluftsliv – Ein veg til høgare livskvalitet"- "Friluftsliv meldingen"**

**Stortingsmelding nr. 26 (2011-2012), "Den norske idrettsmodellen"**

### **1.3 Fylkeskommunale føringer**

**Østfold mot 2050**

**Regionalplan Fysisk aktivitet 2011 -2014**

### **1.4 Folkehelse**

***Stortingsmelding 34 (2012-2013) "Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar"***

***Regional plan for folkehelse i Østfold 2012 - 2015***

### **1.5 Østfold idrettskrets føringer**

***Strategiplan for perioden 2014 – 2016 (vedlegg)***

### **1.6 Kommunale føringer**

***Kommuneplan for Aremark***

***Kommunedelplan Fosby 2014 - 2026***

***Folkehelsearbeidet i Aremark***



## **2 KLARGJØRING AV BEGREPER**

### **2.1 Idrett**

Med idrett forstås aktivitet i form av konkurranse eller trening i den organiserte idretten.

### **2.2 Fysisk aktivitet**

Fysisk aktivitet oppfattes som egenorganisert trenings- og mosjonsvirksomhet, herunder Friluftsliv og aktiviteter preget av lek.

### **2.3 Friluftsliv**

Friluftsliv er opphold og aktiviteter i friluft i fritida med sikte på miljøforandring og naturopplevelse. Begrepet er nært beslektet med fysisk aktivitet.

### **2.4 Idrettsanlegg**

Det er ulike idrettsanlegg, med ulike krav til standard og utforming. Det har betydning bl.a. i forhold til støtte- og tilskuddsordningene. De såkalte *nærmiljøanleggene* defineres som anlegg allment tilgjengelig for egenorganisert trening.

*De ordinære anleggene* har mulighet for konkurranser og treningsopplegg for ulike idrettsorganisasjoner. I østfold finnes bl.a. regionale anlegg som tilfredsstillende nødvendige krav for profesjonell idrettsutøvelse.

*Nasjonale anlegg* skal ivareta behov for idrettskonkurranser på nasjonalt og internasjonalt nivå.

### **2.5 Friluftsområder og friområder**

Fellesbetegnelser på grønne områder som er tilgjengelig for allmennhetens frie ferdsel.

### **2.6 Kulturbygg**

Lokale kulturbygg er fellesbenevnelsen for samfunnshus, kulturhus, grendehus, bygdetun, allaktivitetshus, bydelshus og organisasjonseide forsamlingshus. De skal fungere som et kulturelt og sosialt møtested i lokalsamfunnet for alle alders- og befolkningsgrupper og for all lovlig organisasjons- og kulturvirksomhet.

Lokale kulturbygg vil ofte være samlokalisert med andre typer lokaler. Dette kan være skoler, barnehager, idrettsanlegg, bibliotek, næringslokaler m.m.

### **2.7 Barn og voksne**

Barn er i aldersgruppen 6-15 år. Ungdom er i alderskategorien 16-19 og Voksne er over 20 år.

## **3 MÅL**

### **3.1 Statlige mål og satsningsområder**

For å forsøke å motvirke den fallende tendensen er det fra statlig hold iverksatt en rekke tiltak for å stimulere idretts og friluftsliv. Her vektlegges at alle skal gis mulighet til å drive friluftsliv som helsefremmende, trivselsfremmende og miljøvennlig aktivitet i nærmiljøet og naturen for øvrig.

## Stortingsmelding 39 “Friluftsliv meldingen” 2000 - 2001

### Mål:

“Ønsket om naturkontakt og naturoppleving er karaktertrekk som kanskje klarast skil friluftsliv frå andre nærliggjande fritidsaktivitetar. Desse er sjølve grunnstamma i friluftslivet, men også kontakt med kulturminne og kulturmiljø er viktige faktorar. Ein legg òg vekt på fysisk aktiv og miljøvennleg utøving. I dag har folk endå meir reelle behov for periodevis fråvere av stress, støy og motorbruk anten det skjer i urørt natur eller i område som er meir påverka av menneske”.

Satsingsområder og mål er beskrevet slik:

“Alle skal ha høve til å drive friluftsliv som helsefremjande, trivselsskapande og miljøvennleg aktivitet i nærmiljøet og i naturen elles“.

### Nasjonale resultatmål:

- «Friluftsliv basert på allemannsretten skal haldast i hevd i alle lag av befolkninga.
- Barn og unge skal få høve til å utvikle dugleik i friluftsliv.
- Område av verdi for friluftslivet skal sikrast slik at det fremjar miljøvennleg ferdsel, opphald og hausting, og at naturgrunnlaget blir teke vare på.
- Ved bustader, skular og barnehagar skal det vere god tilgang til trygg ferdsel, leik og annan aktivitet i ein variert og samanhengande grøntstruktur med gode samband til omkringliggjande naturområde.
- Dei to første, nasjonale måla er aktivitetsorienterte og *vil fremje sjølve utøvinga av friluftsliv*, mens dei to neste skal medverke til å *dekkje dei arealbehov friluftslivet har*. Målgruppa barn og unge er gitt særleg prioritet. Den aktivitetssskapande verksemda blir teken hand om av dei frivillige organisasjonane, skulen og barnehagane, mens det å sikre arealbehovet til friluftslivet i hovudsak er sett på som ei reint offentleg oppgåve.»

## Stortingsmelding 26 , ”Den norske idrettsmodellen” 2012 – 2013.

### Overordnede mål:

Statens overordnede mål med idrettspolitikken kan sammenfattes i visjonen *idrett og fysisk aktivitet for alle*. Idrett og fysisk aktivitet for alle innebærer at staten gjennom sin virkemiddelbruk skal legge til rette for at alle som ønsker det skal ha mulighet til å delta i idrett eller drive egenorganisert fysisk aktivitet.

Med idrett forstås i denne sammenheng trening og konkurransevirkosomhet i den organiserte idretten. Fysisk aktivitet refererer til egenorganiserte trenings- og mosjonsaktiviteter. I tillegg er det et mål å stimulere til fysisk aktivitet i form av friluftsliv. Fysisk aktivitet kan selvsagt utøves i en rekke andre sammenhenger enn det som inngår i definisjonen over. For det forebyggende helsearbeidet vil eksempelvis omfanget av fysisk aktivitet i hverdagen være av minst like stor betydning som treningsaktiviteter.

### **Viktige satsingsområder:**

Regjeringen vil legge særlig vekt på noen viktige satsingsområder for den statlige idrettspolitikken de kommende årene:

- Økt satsing på anlegg for idrett og egenorganisert fysisk aktivitet, herunder friluftsliv.
  - «Særskilt satsing på idrettsanlegg i storbyer og pressområder.
  - Bidra til å skape gode rammebetingelser for den organiserte idretten slik at den er i stand til å opprettholde og videreutvikle sine primæraktiviteter.
  - Økt satsing på ungdomsidrett. Satsingen på ungdom vil avspeiles i både anleggsog aktivitetspolitikken.
  - Sikre gode rammebetingelser for barneidretten.
  - Bidra til å videreutvikle toppidretten innenfor faglig og etisk forsvarlige rammer, og som bidrar til en positiv prestasjonskultur som kan ha overføringsverdi til andre samfunnsområder.
  - Legge til rette for egenorganisert fysisk aktivitet og friluftsliv.
  - Måltrettet satsing for å nå inaktive.
  - Bidra til et godt aktivitetstilbud for grupper med behov for særlig tilrettelegging.
  - Bidra til å opprettholde og utvikle idretten som en viktig arena for inkludering.»

## **3.2 Fylkeskommunale mål og satsningsområder.**

### **Østfold mot 2050.**

#### **Visjon:**

**”Grenseløse Østfold”**. Planen er bygd opp med utgangspunkt i 3 hovedtema: **Levekår og folkehelse – Verdiskaping – Miljø**

I planen er det gjennomgående et særskilt fokus på klima – og energi som er den viktigste globale utfordringen, mens **folkehelse** er en av Østfolds største utfordringer.

Med utgangspunkt i de 3 hovedtemaene er det formulert 3 langsiktige hovedmål for utviklingen i Østfold.

#### **Mål for Levekår og folkehelse:**

God livskvalitet for alle som bor i Østfold.

#### **Mål for Verdiskaping:**

Østfold skal være attraktiv for mennesker og kapital, og tilby et velfungerende arbeidsmarked med et bærekraftig næringsliv preget av innovasjon, kompetanse og samhandling.

#### **Mål for Miljø:**

Østfold skal være et fylke som ivaretar klima, natur og kulturlandskap, og som tar miljøhensyn i offentlig og privat sektor.

### **Regionalplan Fysisk aktivitet 2011 -2014**

Planen beskriver og begrunner hvilke føringer som skal ligge til grunn for prioritering av de virkemidler østfoldsamfunnet har for å stimulere til økt fysisk aktivitet – for flest mulig. Virkemidlene er av to hovedtyper:

- Økonomiske virkemidler, som spillemidler, statlige friluftsmidler og fylkeskommunale midler.
- Juridiske virkemidler som plan- og bygningsloven, relevante særlover og fylkesplanen.

Planen beskriver hvilke føringer som bør ligge til grunn for de økonomiske virkemidlene fylkeskommunen er satt til å forvalte, både når det gjelder fordeling av statlige midler og disponering av egne midler.

Planen gir føringer for hensyn som bør tas i kommunale planer, både i samfunnsdelen og i arealplanlegging.

Planen er delt i to ; del A: Friluftsliv og del B: Idrett.

### **Del A: Friluftsliv**

Friluftsliv er en del av vår kultur, koster lite å tilrettelegge og har potensial til å aktivisere mange. I flere overordnede statlige styringsdokumenter uttrykkes det tydelig at fysisk inaktivitet er i ferd med å bli framtidens store helseproblem. Sosiale ulikheter med hensyn til livsstil er en viktig utfordring for samfunnet. Friluftsliv er en av de viktigste satsningsområder for å øke fysisk aktivitet og styrke folkehelsen.

#### **Mål friluftsliv:**

Alle i Østfold skal ha mulighet til friluftsliv som helsebringende, trivselsfremmende og miljøvennlig aktivitet, i nærmiljøet og i naturen ellers.

I folkehelsearbeidet skal friluftsliv ha en sentral plass i utviklingen av Østfoldsamfunnet, og friluftsliv skal være et viktig tema i samfunnsdebatten og på den politiske dagsorden.

Miljødepartementet, som statlig organ, har følgende hovedkriterier som skal være bærende for friluftslivet:

- Skal være helsebringende
- Skal være miljøvennlig
- Styrke allemannsretten
- Naturområder i og ved byer og tettsteder er svært viktige arealer å prioritere for å sikre friluftsliv som en aktivitet for alle.

### **Del B: Idrett**

«Det er en målsetning for idretten at alle skal kunne delta. Dette vil i noen tilfeller kreve spesiell tilrettelegging, og målet er å føre en idrettspolitik som følger prinsippene om universell utforming. Universell utforming skal være et gjennomgående prinsipp, men i handlingsprogrammet for idretten har det særlig fått fokus under “Anlegg og områder for fysisk aktivitet».

Planen har et handlingsprogram for idretten og er bygd opp med tre fokusområder:

- aktivitetsfremmende tiltak
- anlegg og områder for fysisk aktivitet
- programsatsing i Østfold

### **Mål for Aktivitetsfremmende tiltak:**

- Folkehelseperspektivet er med i all planlegging
- Øke den fysiske aktiviteten blant barn og ungdom i Østfold
- Bevare frivilligheten i Østfold-idretten
- Styrke idrettens organisasjon på kommunalt nivå
- Gi utviklingsmuligheter for talenter innen idrett og som kan hevde seg i toppen av norsk idrett og legge til rette for idrett/ utdanning
- Gi mennesker som står utenfor arbeidslivet mulighet til å delta i et aktivitetstilbud.
- Etablere ”Verdens beste idrettsregion” for og mellom følgende brukergrupper på norsk og svensk side: idrettsforeninger, ungdom og ungdomsledere, inaktive voksne og aktuelle samarbeidspartnere (skole, foretak, kommuner) og folkehelseprosjekter i samarbeid med næringslivet.
- All ungdom gis et fysisk aktivitetstilbud – uansett tilknytning til organisasjoner

### **Anlegg og områder for fysisk aktivitet:**

Planlegging av anlegg for idrett og friluftsliv skal gå inn som en naturlig del av planprosessen sammen med andre arealkrevende tiltak. Det må derfor legges særlig vekt på nåværende og framtidige utbyggingsmønstre når det gjelder boliger, skole, friområder og trafikkanlegg m.v. Det er viktig å samordne planleggingen av friluftsliv- og idrettsanlegg i skog og mark slik at sammenfallende behov og ressurser utnyttes. Sambruk og flerbruk er stikkord i denne sammenhengen.

Det må legges vekt på interkommunalt samarbeid på basis av regionale behovsvurderinger når det heretter skal gis støtte til bygging av større anlegg innenfor planperioden.

### **Mål for Anlegg og områder for fysisk aktivitet:**

- Gjennomføre partnerskapsmodellen i alle tilbud.
- Nærmiljøanlegg og rehabilitering av eksisterende idrettsanlegg skal prioriteres.
- Idretts- og friluftsanlegg skal planlegges sammen for å få til felles enhetlige løsninger.
- Det skal skje en samordning mellom kommunene når større anlegg skal bygges.
- Behovsanalyse skal legges til grunn for utbygging/prioritering.
- Det skal tilrettelegges for utvidet bruk av eksisterende og nye anlegg.
- Tilgjengeligheten skal økes for rullestolbrukere og andre med nedsatt funksjonsevne.
- Det skal stilles krav til at kommunale arealplaner sikrer tilstrekkelige områder til idrett og friluftsliv.

## **Fokusområder under “anlegg og områder for fysisk aktivitet”**

### **• Universell utforming:**

Prinsipper for universell utforming skal legges til grunn i utformingen av bygninger og uteområder. Planlegging, prioritering og gjennomføring av tiltak må skje i samarbeid med råd /organisasjoner for funksjonshemmede.

### **Mål:**

Det skal legges til rette for at alle i Østfold kan drive med idrett- uavhengig av funksjonsnivå

• **Skyteanlegg:**

Østfold har mange skyteanlegg av ulike kategorier. Det er gjennomført og planlagt relativt mange skyteanlegg med elektroniske skiver. Planen beskriver et klart behov for å koordinere utbyggingsvirksomheten, ikke minst med tanke på de miljømessige konsekvenser som utbygging vil kunne medføre for bolig- og friluftsområder.

Fylkesplanen 2009-2012 foreslår gjennom et eget handlingsprogram en styrt samordning av de mange uteanleggene med samling om noen få større regionale anlegg. Eventuelle nye anlegg og anleggsenheter bør vurderes lagt til eksisterende større baner. Baner som er modne for rehabilitering bør vurderes nedlagt, eller samordnet med større eksisterende eller flyttet til et utpekt område for miljøbelastende anlegg.

**Mål:**

Samordne uteanleggene til noen få regionale anlegg.

• **Motorsportanlegg:**

Østfold har i dag 13 motorsportanlegg. Av miljømessige hensyn bør lokalisering av anlegg for motorsport samles på utpekte steder i fylket. Alle anlegg av disse kategoriene gis særskilt konsekvensvurdering på bakgrunn av regionale og miljømessige betraktninger før spillemidler kan gis.

**Mål:**

Samle anlegg for motorsport på utpekte steder i fylket.

**Mål for Programsatsning i Østfold:**

Aktuelle kommuner og anleggssøkere orienterer seg om eventuell mulighet for å komme i betraktning for 2010 ved fornyet programsatsning for 2011- 2014.

Det satses på følgende:

- Idrettshaller med tilleggsfunksjoner tilrettelagt for mindre idretter
- Prosjekter som gir gode kombinasjonsløsninger ved samlokalisering
- Svømmehaller med minimum 25m basseng
- Anlegg for nye idretter og aktiviteter
- Andre prioriterte prosjekter

Kriterier for programsatsingen:

- Spillemidler tildelt under programmet kommer i tillegg til ordinære spillemidler
- Som hovedregel skal byggestart for anlegget være senest to år etter at tilsagn om ekstraordinære spillemidler er gitt.
- Kommuner sender søknader til fylkeskommunen.
- Fylkeskommunen samordner søknader fra kommunen i eget fylke og oversender søknadene til Kulturdepartementet innen søknadsfristen.

**Fokusområder for programsatsingen:**

• **Svømmehaller:**

Det er registrert 36 svømmeanlegg i Østfold. De aller fleste er bygd på 60- og 70 tallet. Flere av anleggene er rehabilitert, men mange gjenstår. Det er fortsatt behov for nye

svømmehaller i Østfold og rehabilitering av eksisterende anlegg. Kulturdepartementet har de siste årene prioritert svømmeanlegg gjennom programsatsingen.

**Mål:**

- Fylkets svømmehaller skal tilfredsstillende en akseptabel standard hva angår vannkvalitet og bruk.
- Kystfylket Østfold må ta høyde for at det er tilstrekkelig antall anlegg for svømme- og livberging som holder kvalitetsmessig god standard.

**Strategi:**

- Kommunene ber svømmehalleiere om å foreta en gjennomgang av sine anlegg i samsvar med forutsetninger og retningslinjer for en standardheving.

**• Interkommunale anlegg:**

Departementet åpner for muligheten til å søke om ekstra tilskudd til større interkommunale idrettsanlegg på gitt vilkår.

**Mål:**

- Å få tilsagn om tilskudd på anlegg som faller inn under ordningen.

**Strategi:**

- Drøfte aktuelle interkommunale/ regionale anlegg med aktuelle kommuner.

**• Flerbrukshaller:**

Det er bygd 37 flerbrukshaller i Østfold ved bruk av spillemidler. I tillegg kommer en Håndfull haller uten spillemidler. Flerbrukshallene er anvendbare til mange aktiviteter og idretter, også for barn og unge. Denne type haller har derfor blitt prioritert av mange kommuner. De mange små idretter har tilpasset seg flerbrukshaller. I departementets satsningsprogram er det derfor åpnet for at flerbrukshaller bygges med tilleggslokaler for de mindre idrettene.

**Mål:**

Gi mindre idretter tilpassede lokaler i tilknytning til flerbrukshaller.

**Strategi:**

- Øke tilskuddsmulighetene for tilleggslokaler i flerbrukshaller.
- Rette oppmerksomheten på anleggsbehovene for de mindre idretter.

### 3.3 Folkehelse

**Stortingsmelding 34 (2012-2013) “Folkehelsemeldingen”.**

**Mål:**

«Økt fysisk aktivitet er et sentralt virkemiddel for å bedre folks fysiske helse. Særlig viktig er samordningen av idrett og friluftsliv med tanke på friluftsområdenes betydning for fysisk aktivitet.»

Stimulere til levende lokalsamfunn der helse, miljø og kultur ses i sammenheng.  
Stimulere frivillige organisasjoner til å aktivisere barn og ungdom.

Oppsummert viser sentrale utviklingstrekk at det er behov for en helhetlig gjennomgang

av den statlige idrettspolitikken, for å legge til rette slik at alle som ønsker kan drive idrett og fysisk aktivitet.

### **Regional plan for folkehelse i Østfold 2012 – 2015**

Folkehelseplanens fire temaer gjenspeiles i visjonen: **Visjonen om det trygge, sunne, levende og rettferdige Østfold.**

#### **Hovedmål:**

Folkehelsearbeidet i Østfold skal bidra til at forebyggende og helsefremmende arbeid gir positive resultater for den enkelte og for samfunnet. Østfold skal bli et ledende fylke i å utjevne sosiale helseforskjeller.

### **3.4 Østfold idrettskrets mål og satsningsområder.**

Det vises til eget vedlegg.

### **3.5 Kommunale mål og satsningsområder**

#### **3.5.1 Kommuneplan for Aremark 2014 - 2026**

##### **Kommuneplanens overordnede mål og visjoner:**

Samfunnsdelen i kommuneplanen for Aremark er for tiden under revisjon. Kommuneplanens nåværende langsiktige del (samfunnsdelen) inneholder følgende hovedmålsettinger som har betydning for kultur, friluftsliv og fysisk aktivitet:

- Øke folketallet (for å opprettholde dagens tjenestetilbud ønsker kommunen å øke folketallet i planperioden).
- Opprettholde dagens sysselsettingsnivå (gjennom aktiv næringspolitikk der man utnytter nye muligheter innen så vel landbruksnæringen som kommunikasjonsteknologi).
- Være en god oppvekstkommune (punktet må ses i sammenheng med ønsket om å øke folketallet).
- Føre en bærekraftig miljø- og ressurspolitikk.
- Søke samarbeidsløsninger med andre kommuner (inn/utland) for å opprettholde et godt tjenestetilbud med begrensede ressurser.

#### **3.5.2 Kommunedelplan Fosby sentrum 2014 – 2026.**

Hovedmål som er oppført i komunedelplan for Fosby sentrum og som har betydning for komunedelplanen for kulturbygg og fysisk aktivitet:

«De tre kommunene Aremark, Marker og Rømskog har i felles planstrategi fastslått at felles visjon skal være:

*Grenseland – et bedre sted å bo*

For å utdype denne visjonen og tilpasse den til de lokale utfordringene legges det i planperioden opp til tre hovedmål i Kommunedelplan Fosby sentrum 2014-2026:

1. Et levende sentrum
2. Et grønt tettsted
3. Et livskraftig kommunesenter



De tre hovedmålene for Fosby kan sammenfattes til:

Fosby – levende, grønt og mangfoldig!

Det grønne tettstedet med et levende sentrum skal gi møteplasser, aktiviteter og opplevelser i skjæringspunktet mellom natur, kultur, næring og økonomi. Grunnlaget i Fosby er svært positivt for å utvikle et mangfoldig tettsted gjennom natur, kultur og næring og opplevelsene knyttet til disse. Tettstedet Fosby kan utvikles til å bli en ”perle” av et tettsted både for fastboende og besøkende.

Et grønt tettsted gir god ramme rundt et levende sentrum og et livskraftig kommunesenter. Det støtter opp under stedets egenart og skal støtte oppunder kvalitet- og trivselsopphold for fastboende og besøkende. Det skal være et livskraftig lokalsamfunn som bidrar til å sikre et økende innbyggertall i tettstedet og bidra til god bokvalitet i hele kommunen.

De skal legges en god plattform for å tiltrekke nye innbyggere og turister med økt innbyggertall som mål. Gjennom økt folketall og god livskvalitet skal flere bli boende og sette pris på stedets kvaliteter. Trygghet, trivsel og tilhørighet for barn, unge og voksne er kjennetegn for bærekraftige lokalsamfunn.

Stedsidentiteten for Fosby bygger på :

- kultur, kulturminner, kulturhistorie
- natur i form av skog, jord og vassdrag
- nåtidens stedsidentitet som tettsted med godt bomiljø, moderne funksjoner og tilrettelegging for positiv livsutfoldelse og folkehelse.

Fosby er et grønt tettsted innenfor en grønn kommune. Kommunen er grønn i betydning:

- store naturområder med skog, myr og vassdrag. Landskaper og naturen er dominert av skog.
- landbruk med et aktivt skog- og jordbruk.
- uansett hvor man befinner seg i kommunen så er naturen og landbruket nære.

For Fosby som tettsted er det viktig å bevare den grønne rammen som natur og landbruk gir. Dette gir rom for opplevelser gjennom sanseinntrykk og opplevelser gjennom aktiviteter. Natur- og landbruksområdene gir muligheter for friluftsliv og rekreasjon. Det er viktig å bevare grøntområdene og tilrettelegge for opplevelser og mangfold knyttet til disse.»

### **3.5.3 Folkehelsearbeidet i Aremark kommune 2015 – 2018.**

Det kommunale folkehelsearbeidet er forankret blant annet i Folkehelsemeldingen, St.m. 34, Folkehelseoven og Regional plan for folkehelse i Østfold 2012-2015.

Aremark kommune har inngått partnerskapsavtale med Østfoldhelse, og hovedmålet her er utjevning av sosiale helseforskjeller. Aremark har valgt helsefremmende arbeid for barn og unge, samt folkehelse og frivillig arbeid som kommunale satsingsområder i partnerskapsavtalen.

Folkehelsearbeidet ledes av den administrative folkehelsekomiteen, hvor rådmannen er leder. Komiteen består for øvrig av kommunes ledergruppe, folkehelsekoordinator,

kommuneoverlege og daglig leder for Aremark frivilligsentral. Folkehelsekomiteen skal se til at Aremark kommune oppfyller Folkehelseovens krav.

Viktige mål for folkehelsearbeidet:

- ivareta strategien «helse i alt vi gjør», altså fremme en helhetstenkning der forebyggende og helsefremmende strategier og aktiviteter er med i planleggingen.
- mobilisere nærmiljøet til innsats
- bygge opp kunnskap om befolkningens helsetilstand gjennom utarbeiding av en kommunal helseoversikt
- utvikle metoder for å måle og dokumentere effekten av innsatsen

Delmål:

- arbeide for tilrettelegging av fysisk aktivitet i hele kommunen
- arbeide for utjevning av sosiale helseforskjeller
- arbeide for at folkehelseperspektivet blir ivaretatt ved all kommunal planlegging

Aremark kommune har mange ulike folkehelse tiltak, som. f.eks. Aktiv på dagtid i samarbeid med NAV og Østfold idrettskrets, Aremark frivilligsentral med mange helsefremmende lavterskel tilbud, og fra høsten 2014 deltar kommunen i prosjektet Helsefremmende skoler og barnehager i regi av Østfoldhelse.

### **3.6 Lokale mål for lag og foreninger.**

Aremark kommune har en rekke frivillige organisasjoner som gjør en stor innsats for kulturlivet i kommunen.

Aremark idrettsråd er et samordningsorgan for idrettslagene i kommunen. Det velges av lagene selv for å samordne, prioritere, fremme og følge opp lagenes interesser, ønsker og behov overfor kommunen og koordinere virksomheten lagene imellom.

Oversikten under viser at det er et bredt tilbud aktiviteter som lag og foreninger kan tilby innbyggerne i Aremark kommune. De har behov for anlegg og lokaler til sine aktiviteter.

### **Lag og foreninger i Aremark:**

#### **Idrett og friluft:**

#### **Aremark IF**

1798 Aremark

### **Bjørkebekk IF**

Bjørkebekk  
1798 Aremark

### **Aremark Gjeddeklubb**

1798 Aremark

### **Aremark Jeger og Fiskerforening**

Lillebyåsen 16  
1798 Aremark

### **Sang og musikk:**

### **AreCanto**

1798 Aremark

### **Barnekoret Gledessprederne**

1798 AREMARK

### **Søndagsskoler:**

### **Aremark søndagsskole**

1798 Aremark

### **Diverse foreninger:**

### **Aremark Revylag**

Hallesby  
1798 Aremark

### **De unges misjon**

1798 Aremark

### **Foreningen Skytterhusets Venner**

Kvisler  
1798 Aremark

### **MS Thors venner**

Strømsfoss  
1798 Aremark

### **Aremark Frivilligsentral**

Rådhuset  
1798 AREMARK

### **Aremark historielag**

1798 AREMARK

### **Aremark Lions Club**

Lillebyåsen  
1798 Aremark

### **Aremark skolekorps**

Postboks 30,  
1798 Aremark

**NMK Aremark**

Pb. 31

1798 Aremark

**Aremark Pensjonistforening**

1798 Aremark

**Aremark skytterlag**

Nordby

1798 Aremark

## **Strømsfoss Velforening**

Strømsfoss  
1798 Aremark

## **Kvisler 4H**

Kvisler  
1798 Aremark

## **Aremark BMX klubb**

Katrinemoen  
1798 Aremark

## **Festivalforeningen**

1798 Aremark

## **4 STATUS**

### **4.1 Om Aremark kommune**

I Aremark er det tre tettbygde områder; Fosby, Strømsfoss og Bjørkebekk. Fosby ligger midt i kommunen i knutepunktet mellom fylkesvei 21 og fv. 863. Fosby er kommunesenter og er derfor senter for offentlige tjenestefunksjoner. Innbyggertallet i Fosby grunnkrets har i perioden 1999-2013 variert mellom 425-462 personer.

Kommunen grenser mot kommunene Marker (nord), Halden (sør) og Rakkestad i vest. Aremark kommunen er også grensekommune mot Sverige.

#### **4.1.1 Folketall**

Kommunen hadde 1425 innbyggere i 2013. Antallet foreløpig i 2014 viser 1408 innbyggere. Befolkningsutviklingen har vært relativt stabil, og innbyggertallet i Aremark har i perioden 1999-2013 variert fra 1414 - 1458 personer.

#### **4.1.2 Arealfordeling**

Arealfordeling for  
Aremark kommune.

Areal, km<sup>2</sup>

Jordbruksar 20,8

eal

Skog 241,1

Våtmark 11,2

Ferskvann 39,1

Annet 7,0

TOTALT 319,1

### **4.2 Kulturbygg, Idrettsanlegg mm.**

Det vises til egen oversikt som vedlegges plandokumentet.

### 4.2.1 Idrettsanlegg.no

På nettadressen [www.idrettsanlegg.no](http://www.idrettsanlegg.no) er alle anlegg som det er søkt spillemidler til registrert. I anleggsregisteret er anleggene delt inn i; klasser (nasjonalanlegg, ordinære idrettsanlegg og nærmiljøanlegg), kategorier (fotballanlegg, skianlegg, motorsportanlegg osv) og ulike anleggstyper (kunstgressbane, hoppbakke, go-cart osv).

Det er en forutsetning for at søkere kan motta stønad, at anlegget er oppført i registeret. Fra og med 2008 skal alle søknader med vedlegg leveres elektronisk på denne nettadressen.

### 4.3 Kulturbygg mm.

I Aremark finnes det i dag følgende bygninger i denne kategorien:

**Furulund Allbrukshus** - med bl.a. kafeteria, møterom og festsal, bygdekino og svømmebasseng

**Myrland Ungdomsgård** - er kommunens fritidsklubb og et rusfritt møtested for ungdommen.

**Brukstua** – driftes / organiseres av Aremark Frivilligsentral. Bruktbutikk og sosial møteplass. Åpent 2 dager i uka. Mulighet for møter og kurs i de samme lokalene.

**Strømsfoss Mølle** – Riksmuseum for møller og galleri. Mølla ble bygd i 1897. Den var i drift til 1966. Mølla ble restaurert og istandsatt i 1995, og i 2012 ble den malt på nytt innvendig.

**Kanaltangen** – amfi, stubbefolkhytter, gjestebrygger, lavvo og gapahuker. Store arrangement her på sommerstid.

**Arestad gamle Prestegård** – Vakkert beliggende ved Aremarksjøen, rett nord for Aremark kirke. Arestad gamle prestegård er en av bygdas eldste bygninger fra tidlig på 1700-tallet. En av fylkets best bevarte barokk- / renessansehager. Bygning og hageanlegg eies og forvaltes i dag av Aremark Historielag. Lokalene kan leies til ulike tilstelninger.

**Arebekken bygdetun** - opprinnelig en husmannsplass fra 1723 under Prestegården. Til bygdetunet hører, foruten våningshus, låve og stabbur, en gammel bekkvern med liggende vasshjul (fjorkall) og ei restaurert smie. Det har blitt arrangert bygdetunsdager her tidligere.

**Ole Ulsrød's Stiftelse** – er et gårdsmuseum som er privat og omfatter to hus. Bygd opp av Ole Ulsrød, en svært driftig mann med sans for å ta vare på de gamle håndverkstradisjoner og redskaper. Museumet består av over 1000 gjenstander.

#### **Aremark skole**

Kulturskolen bruker klasserom til instrumentundervisning på ettermiddag.

**Aremarkhallen** - Idrettshallen ble offisielt åpnet i oktober 2010. Hallen har en spilleflate for håndball med internasjonale mål. I tillegg kan det spilles Fotball, Basketball, Volleyball, Badminton, Tennis og Innebandy. Stavhopp er også mulig. Hallen benyttes som skolens gymsal. Det er mulig å arrangere større møter, messer og andre arrangement i hallen.

**Bjørkebekk grendehus** – Huset ble bygget i 1954 og er eid av Bjørkebekk idrettsforening.

**Kvernmoen leirsted** – Stedet eies og driftes av St. Georgs Gildene og brukes som leirsted for speidere.

**Brekka motorsportanlegg** – Anlegget eies og driftes av NMK Aremark.

### **Kirker**

Det er 2 kirker i kommunen: Aremark og Holmgill kirke.

### **Aremark menighetshus**

For å kunne motta statstilskudd må kulturhusene være åpne for all lovlig kultur- og organisasjonsvirksomhet. Det vil i praksis si at verken kirkene eller bedehusene vil kunne motta statstilskudd til kulturbygg.

## **4.4 Friområder.**

### **Sikrede friområder:**

Det finnes to sikrede friområder i Aremark. Det er Skjæra ved Aremarksjøen og Tripperød ved Aspern. Skjæra driftes av kommunen, mens det er inngått en avtale med Bjørkebekk IF vedrørende drift av Tripperød. Videre utvikling av plasser for allmennheten skal hovedsakelig skje på disse sikrede plassene.

### **Andre opparbeidede plasser:**

Det arbeides med å etablere leirplasser med gapahuker for allmennheten langs hele Haldenvassdraget. På Tangen i Strømsfoss har det tidligere blitt satt opp 2 gapahuker. I forbindelse med Regionalpark Haldenvassdraget er det satt opp en gapahuk på Tripperød og en i Vestfjella. I tillegg er det noen steder langs vassdragene som er enkelt tilrettelagt med toalett, søppelstativ og eventuelt en bål plass. Disse stedene driftes gjennom Kanaltjenesten.

### **Vassdrag:**

Både Haldenvassdraget og Stora Lee er attraktive friluftsområder der man kan bade, fiske, kjøre båt eller padle.

### **Utsettingssteder for båter:**

Det finnes to utsettingssteder for båter i Aremarksjøen. Det er ved Strømsfoss i nord og ved Skodsberg i sør. Det er dessuten opparbeidet båtutsettingsplasser i Aspern ved Tripperød og i Stora Lee ved Stora Lee Camping, Tolsby.



## 4.5 Aktiviteter

### **Merkede turløyper:**

Familierunden, Over Fladlandsåsen, Natursti Skjæra og blåmerket løype til Tutjern

### **Skiløyper:**

Lysløype fra Aremark skole.

### **Tur/orienteringskart:**

Båtsportkart Haldenvassdraget, orienteringskart Bjerkebekk, orienteringskart Øfsa, orienteringskart Hiås, orienteringskart Holmgil, orienteringskart Otteid – Aremark. Orienteringskart Lindtjern, orienteringskart Krok vann, orienteringskart Nye Remmevannet, orienteringskart Rivekrakken – Haug, orienteringskart Tuseter, turkart Torpedalsfjella, orienteringskart Vestfjella, turkart Aremark.

### **Badeplasser:**

Det finnes flere badeplasser i Aremarksjøen, Aspern (Tripperød) og Store Lee.

### **Lekeplasser/områder:**

Aktivitetsløype ved Festivalplassen, lekeplasser i boligfeltene, Kanaltangen.

### **Naturstier**

Signalen, Tripperød og Skjæra.

## 5 VIRKEMIDLER

Det er både juridiske og økonomiske virkemidler som er aktuelle i denne sammenhengen. Frilufsloven, Plan- og bygningsloven, Naturvernloven, Kulturminneloven, Viltloven, Vassdragsloven og Motorferdselsloven er lover som kan komme til anvendelse. De viktigste økonomiske virkemidlene er spillemidler, kommunale tilskudd og mva-komp. I tillegg kan det finnes noen midler til friluftsliv og tilrettelegging for allmennheten gjennom Miljødirektoratets naturforvaltningsmidler og gjennom jordbruksavtalen.

### 5.1 Spillemidler

De økonomiske forutsetningene for statens anleggspolitikk er knyttet opp mot spillemidler. Spillemidler til anlegg for idrett og fysisk aktivitet er hjemlet i ”pengespilloven”. Overskuddet fra spillvirksomheten fordeles til idrettsformål, kulturformål og til samfunnsnyttige eller humanitære organisasjoner som ikke er tilknyttet Norges idrettsforbund og olympiske og paraolympiske komité.

Spillemidlene fordeles på disse anleggstypene:

- Ordinære anlegg inkludert rehabilitering, der en kan søke om midler på inntil 1/3 av godkjent kostnad der maksimalt tilskuddsbeløp er kr. 1000 000 hvis ikke annet gjelder. Nedre grense for godkjent kostnad er kr. 150 000.
- Nærmiljøanlegg som er anlegg eller områder tilrettelagt for egenorganisert fysisk aktivitet, hovedsakelig beliggende i tilknytning til bo- og/eller oppholdsområder. Det gis støtte med inntil 50 % av godkjent kostnad som er begrenset oppad til kr. 600.000. Nedre godkjent ramme er kr 50.000.

## **5.2 Kommunale tilskudd**

Ved opparbeidelse eller rehabilitering av kommunale anlegg avsettes midler på investeringsbudsjettet. For anlegg i regi av andre utbyggere bidrar ofte kommunen med tilskudd.

I tillegg tildeles lag og foreninger årlig kulturmidler til drift. Tildelingskriteriene legger vekt på *aktivitetsnivå* og prioriterer *barn og unge under 20 år*. Dessuten er det anledning å søke støtte til enkelt arrangementer og lederopplæring.

## **5.3 Mva-komp**

Alle som oppfyller vilkårene for å motta spillemidler til idrettsanlegg, med unntak av kommuner/fylkeskommuner og kommunale foretak, kan på grunnlag av anleggsregnskapet søke om kompensasjon av merverdiavgift. Ordningen er rammestyrte. Det blir tildelt midler etter søknad innenfor den rammen Stortinget bevilger for det enkelte år.

## **6 EVALUERING AV HANDLINGSPLAN FOR KULTURBYGG, IDRETTS- OG FRILUFTSLIV 2015 - 2018**

Det er utarbeidet forslag til handlingsplan for kulturbygg, idretts og friluftsanlegg som vedlegg 3 og 4.

### **Evaluering av kortsiktig handlingsprogram**

**Anlegg/område - Status:**

#### **IDRETTSANLEGG MM:**

Innendørs skytterhall – Skytterhuset, uløst

Kunstgressbane, uløst

Flombelysning og ny startbom på BMX banen, løst

Lerduebane, Skytterparken, løst

Rehabilitering av taket på svømmehallen, (løses våren 2015)

### **Evaluering av langsiktig handlingsprogram 2013 – 2023 - uprioritert liste**

Den langsiktige planen inneholder anlegg som det ved utarbeidelse av forrige plan var ønskelig å realisere i ovennevnte tidsrom. Nevnte tiltak har ikke blitt realisert. Se vedlegg 4.

### **STED - BEHOV – STATUS.**

## **7 BEHOV**

### **7.1 Idrettsanlegg**

#### **BMX banen**

Tilkobling til kommunalt vann og avløpsanlegg

Tidtakningssystem

Rydding av ny parkeringsplass

#### **Idrettsanlegget (gressbanen).**

Midler til vedlikehold av anlegget og klubbhus.

### **Grusbanen.**

Midler til vedlikehold av anlegget.

### **Lysløype.**

Nytt lysarmatur og generelt vedlikehold av anlegget.

### **Aremarkhallen.**

Midler til vedlikehold av anlegget og utskifting/supplering av inventar og utstyr.

## **7.2 Nærmiljøanlegg**

### **Elgfestivalområdet.**

Oppgradering og vedlikehold av området.

## **7.3 Kulturbygg.**

### **Bibliotek**

En planlagt ombygning av skolens gymnastikksal til bibliotek.

### **Bjørkebekk grendehus.**

Oppussing av bygningen. Nytt sanitæranlegg.

## **7.4 Friområder.**

Ønsket nytt tiltak er båtutsettingsplass oppstrøms i Strømsfoss.

## **8 KOMMUNEDELPLAN FOR KULTURBYGG OG FYSISK AKTIVITET**

### **2014 - 2026**

Kommunedelplanen fokuserer på å utvikle Aremark til en god bokommune som bl.a. prioriterer sikkerhet, miljø og kultur. Å tilrettelegge for et aktivt kulturliv er helt sentralt i denne sammenheng. Det forutsetter bygg og anlegg der dette kulturlivet kan utfolde seg.

Målet med planarbeidet er at kommunen i samarbeid med ulike brukergrupper skal få en oversikt over behovene for anlegg og områder for fysisk aktivitet og for kulturbygg. Det er disse behovene for fremtidig utbygging som skal prioriteres og danne grunnlaget for bevilgninger og arealplanlegging de kommende år. I tillegg er formålet med planen at den skal motivere til et samarbeid om utarbeidelse av en mer helhetlig politikk for fysisk aktivitet i kommunen.

#### **Visjon for fysisk aktivitet:**

- Mulighet for fysisk aktivitet og naturopplevelse for alle.
- Bedre folkehelse gjennom økt fysisk aktivitet i befolkningen.

#### **Hovedmål:**

- Fremme god fysisk, psykisk og sosial helse blant Aremarks innbyggere.

- Tilrettelegge både for friluftsliv, mosjonsidrett, idrettskonkurranser og toppidrett, med særlig vekt på tiltak som kommer store grupper til gode og med spesiell vekt på barn og unge, eldre og funksjonshemmede, samt inkludering og integrering av andre kulturer.
- at flest mulig skal få tilgang til gangveier, turstier og friluftsområder i sitt nærmiljø, samtidig som en tar vare på og videreutvikler mulighetene for å oppleve vassdraget og skogområdene.
- planlegge slik at både befolkningen i Aremark og tilreisende kan få natur- og kulturopplevelser i forbindelse med friluftsaktiviteter.
- at tiltak og tilrettelegging tar hensyn til kultur- og naturmiljøet og naturens variasjons-rikdom, og at det stilles krav om en estetisk, miljømessig og universell god utforming av bygg og anlegg.

#### **Visjon for utbygging av kulturbygg:**

- Utbyggingen skal fremme et allsidig og kvalitativt kulturliv hvor alle skal ha mulighet for aktivitet.

#### **Målsetting for kulturbygg:**

- nybygg eller rehabilitering av eldre bygg til kulturformål skal dekke behovet for flest mulig av Aremarks innbyggere.
- arbeide for fysisk tilrettelegging for funksjonshemmede.
- sørge for en best mulig utnyttelse av eksisterende og eventuelt kommende kulturbygg og anlegg.
- samarbeide med lag og foreninger som eier private anlegg slik at man kan få en best mulig utnytting også her.  
det skal legges vekt på tilpasning til omgivelsene og lokal byggeskikk og den estetiske og universelle utformingen av byggene.

## **9 HANDLINGSPROGRAM.**

Kommunedelplanen skal inneholde en prioritert liste for utbygging av anlegg og områder som planlegges igangsatt eller fullført i planperioden. Handlingsprogrammet revideres og rulleres hvert år med vedtak i kommunestyret slik at prioriteringsrekkefølgen kan endres ut fra framdriften på de enkelte anlegg og ved eventuelle endrede forutsetninger.

Gjennomføring av tiltak som krever kommunale midler er satt opp i handlingsprogrammet med forbehold om at de prioriteres i kommunens økonomi- og handlingsplan og budsjett.

Tiltakene i handlingsprogrammet foreslås med forbehold om at nødvendige reguleringsplaner godkjennes og tillatelser innhentes.

På bakgrunn av behov for tiltak, anlegg, områder, målsettinger og prioriteringer er det satt opp prioritert handlingsprogram for kulturbygg og for utbygging og tilrettelegging av anlegg og områder for fysisk aktivitet for perioden 2015 - 2018.

### **9.1 Prioritert Handlingsprogram 2015 – 2018.**

Se vedlegg 3.

## **LANGSIKTIG PLAN 2015 – 2026 UPRIORITERT LISTE.**

Den langsiktige planen inneholder anlegg som det er behov for, men som ennå ikke er blitt vurdert i kommunens økonomiplan. Se vedlegg 4.

### **10 DRIFT- OG VEDLIKEHOLD.**

Et bra vedlikehold av anlegg av alle typer vil gi alle en positiv opplevelse, for brukere og allmennheten.

Drift og vedlikehold av idrettsanlegg og lekeområder har blitt forsømt i de siste årene. Det trengs derfor en opprustning av de fleste anleggene og områdene. Aremark Folkebad har behov for helrenovering, både ifht ventilasjon, varme og tilgjengelighet for funksjonshemmede.

I Aremark Idrettspark er det behov for opprusting av gressmatten, grusbanen, gjerder, løpebane og tribune, garderober og området rundt.

Grusbanen ved Furulund vil bli brøytet på vinterstid. Kommunen har ansvar for drift av Idrettshallen og lysløypa fra skolen til Lillebyåsen. Lysløypa har et stort vedlikeholdsbehov og traseen trenger å ryddes.

Kommunen står for drift og vedlikehold av Rådhuset og skolen, som leies ut gratis til barn- og ungdomsforeninger og til pensjonister. Når det gjelder private bygg og anlegg, er det eierne selv som står for drift og vedlikehold.

Kommunen opparbeider lekeplassene i boligområdene, men når det gjelder vedlikehold er dette forsømt. Balløkkka ved skolen vil kreve utskifting av kunstgressmattene hvert 10-15 år.

Dette vil beløpe seg til ca. kr. 50 000,- pr. gang. I tillegg kreves det årlig vedlikehold av gressmatta og utskifting av planker. Dette er forsømt og medfører en reduksjon av ballbingens levetid og at den ikke ser attraktiv ut.

Kommunen har inngått avtale med Bjørkebekk IF om drift og vedlikehold av Tripperød friområde i Bjørkebekk.

Haldenvassdragets kanalselskap ved Kanaltjenesten står for drift av en del opparbeidede leirplasser langs Haldenvassdraget og Stora Lee som befinner seg i Aremark.

Frivillige i lag og foreninger gjør en stor innsats med dugnad i anlegg og områder som i dag finnes i Aremark i tilknytning til idrett, friluftsliv og kultur.

Vedlikehold av anlegg som er svært lite brukt, eller ikke brukes i det hele tatt, skal ikke prioriteres fra kommunens side.

- Vedlegg:
1. Oversikt over anleggsenheter
  2. Strategiplan – Østfold idrettskrets 2014 – 2016

3. Prioritert handlingsprogram for utbygging og tilrettelegging av anlegg og områder for idrett og friluftsliv i Aremark kommune 2015 – 2018
4. Uprioritert liste over langsiktige behov for kulturbygg, idrettsanlegg og Friluftsområder 2015 - 2026

**PRIORITERT HANDLINGSPROGRAM FOR UTBYGGING OG TILRETTELEGGING AV ANLEGG OG OMRÅDER FOR KULTURBYGG,  
IDRETTSANLEGG OG FRILUFTSOMRÅDER I AREMARK KOMMUNE 2017 - 2021**

Tiltak	Ansvar	Invest. i 1000 kr	Drift pr år i 1000 kr	Anleggstart – finansiering															
				2018				2019				2020				2021			
				K	T	P	A	K	T	P	A	K	T	P	A	K	T	P	A
Kunstgressbane	Kommune/ AIF	5-6 mill.														X	X		X
Lysarmatur til lysløypa	Kommune							X											
Aktivitetsplass Furulund Nærmiljø anlegg	Aremark kommune							X	X	X	X								
Skjæra friluftsområde Friluftsanlegg. Båt og badebrygge	Aremark kommune			X															
Utvidelse av lysløypa til å bli en rundløype				X															

K = kommunen T= tippemidler A = Andre (offentlige) midler P = private midler, herunder dugnad

**Kunstgressbane:** Det er ikke innhentet noe tilbud på dette, dette er et estimat fra Terje Brestrup forutsatt at det anlegges på allerede opparbeidet grunn f.eks grusbanen. Beløpet inkluderer mål, nett og lysmaster, muligens også kostebilen man må ha.

**Lysløypa:**  
 1. Planering inkl. fylling av bark og fikse grøfter: 100.000 kr( kan evt gjøres på dugnad)  
 2. Lys og stolper 150.000 kr  
 Dette er kun et estimat fra Virksomhet teknisk, det er ikke innhentet tilbud enda.

**UPRIORITERT LISTE OVER LANGSIKTIGE BEHOV FOR KULTURBYGG, IDRETTSANLEGG OG FRILUFTSOMRÅDER  
I AREMARK KOMMUNE 2018- 2026**

Område type Anleggstype/sted	Område Kategori Anleggskategori	Dimensjonering	Eier/utbygger	Anslått utbyggingskostnad	Anslåtte driftsutgifter pr. år
P-plasser ved innfallportene til friluftsområder	Friluftsanlegg				
Duellbane, 25 m Pistolskyting	Skytterparken		Aremark Pistolklubb		
Sanitæranlegg Remnevannet	Friluftsanlegg				
Sandvolleybane Tripperød	Nærmiljøanlegg		Bjørkebekk IF		
Fladebyåsen	Aktivitets-/lekeområde/ fellesanlegg		Fladebyåsen Velforening	Ca. 75.000	
BMX banen Tilkobling til kommunalt vann og avløpsanlegg Tidtakningssystem Rydding av ny parkeringsplass				Ca. kr.100000 « kr 75000 « kr 10000	
Elgfestivalområdet. Oppgradering og vedlikehold av området.					
Bjørkebekk grendehus Oppussing av bygningen. Nytt sanitæranlegg.					



Innendørs skytterhall – Skytterhuset	Aktivitetsområde		A.Skytterlag, AJFF, A.Pistolklubb	320	Ikke beregn
Sanitæranlegg - Klaretjern					
Båtutsettingsplass – oppstrøms Strømsfoss					

**PS 34/17 Orienteringer**

**PS 35/17 Referatsaker**

**PS 36/17 Forespørsler**