



Gran kommune

Strategiplan for helse- og omsorgstjenesten

18. april 2017

Innhold

1	BAKGRUNN OG RAMMEBETINGELSER	5
1.1	STRATEGIPLAN FOR HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN – HVA ER NÅ DET?	5
1.2	NASJONALE FØRINGER – KOMMUNENS ROLLE I STØPESKJEEN	6
1.3	TJENESTENE UTVIKLES I DIALOG MED LOKALSAMFUNNET (KOMMUNEN 3.0)	7
2	UTVIKLINGSTREKK OG HOVEDSTRATEGIER	8
2.1	STYRKET HJEMMETJENESTER GJENNOM FLERE TIÅR I NORGE OG NORDEN	8
2.2	MYE HAR SKJEDD I GRAN SIDEN 2009	9
2.3	FORTSATT STYRKING AV HJEMMETJENESTENE I GRAN KOMMUNE	10
2.4	UTVIKLINGEN I ÅRENE FREMOVER ER AVHENGIG AV GRAN KOMMUNE	11
2.5	TJENESTER TIL BRUKERE MED PSYKISK UTVIKLINGSHEMMING	12
3	BOLIGER OG SYKEHJEM FOR ELDRE	13
3.1	BOLIGPOLITIKK FOR ELDRE	13
3.2	KOMMUNAL UTBYGGING AV SYKEHJEM OG BOLIGER MED BEMANNING	14
3.3	FEM ALTERNATIVER VURDERT ETTER TI KRITERIER	15
4	ANDRE TEMAER	16
4.1	TILBUDET TIL PERSONER MED DEMENS	16
4.2	HELTIDSKULTUR OG KOMPETANSE	17
4.3	VELFERDSTEKNOLOGI	18
	VEDLEGG 1: FREMSKRIVNING AV BEHOV OG BESKRIVELSE AV FEM ALTERNATIVER FOR UTBYGGING	19
	1.2 DAGENS TILBUD	19
	1.3 TO ALTERNATIVE YTTERPUNKTER	20
	1.4 FEM ALTERNATIVER FOR UTBYGGING	23
	1.5 LITT OM KOSTNADER	27
	1.6 FEM ALTERNATIVER VURDERT ETTER TI KRITERIER	29
	VEDLEGG 2: FORDELINGEN AV REGNSKAPET PÅ TRE BRUKERGRUPPER	35

1 Bakgrunn og rammebetingelser

1.1 Strategiplan for helse- og omsorgstjenesten – hva er nå det?

Hva er en strategiplan?

Helse- og omsorgstjenestene er preget av en rekke utfordringer: Det blir flere eldre og flere med demens, kommunen får nye oppgaver fra staten, ny teknologi gir nye muligheter og tjenestene er preget av mange små stillinger. Videre er det nødvendig å ta stilling til omfang og lokalisering av bygging av sykehjem og kommunale boliger.

Utfordringene innen helse- og omsorg er nok større enn innen andre kommunale tjenester. Formålet med denne planen er både å beskrive utfordringene og skissere strategier for hvordan utfordringene kan løses. Det vil være nødvendig å lage mer detaljerte planer for gjennomføring. Tilbudet innen psykisk helse er ikke med i planen.

Tidshorisont for planen er til 2040. Lang tidshorisont er særlig viktig for strategier for bygging av sykehjem og andre botilbud.

Hvordan er strategiplanen laget?

Planen er utarbeidet av ansatte i helse- og omsorgstjenesten med bistand fra Agenda Kaupang. Ledere av tjenesten har blitt intervjuet om status, utfordringer og utviklingen av tilbudet.

Det ble arrangert åpne møter i august 2016 og i mars 2017. Det ble gitt informasjon i plenum og diskutert i grupper om utvalgte tema. Kommunestyret fikk informasjon om planarbeidet 23. mars. Rådene har også fått anledning til å gi innspill. Innspillene gitt i de ulike foraene har vært en del av grunnlaget for planen.



Byggeprosjektet

For tiden forbereder Rådmannen en sak om forprosjekt av nytt sykehjem og omsorgsboliger. Her vil kommunestyret bli invitert til å fatte en beslutning om valg av tomt. En politisk beslutning kunne gjøre det mulig å utnytte tilskuddene fra Husbanken, som det er varslet at vil bli noe mindre generøse enn før.

Det er et mål at strategiplanen skal bidra til at valg av tomt og investeringene på kort sikt er i samsvar med langsiktige behov og strategier.

Kommuneplanens samfunnsdel

Dette dokumentet konkretiserer politiske mål og visjoner for Gran kommune, både som samfunn, som myndighet og som tjenesteyter. Planen har som mål at Gran kommune har en befolkning med god psykisk og fysisk helse. Det er også et mål at kommunens tjenester skal ivareta brukernes selvstendighet og styrke deres evne til å hjelpe seg selv. Tjenestene skal bidra til å forebygge helseplager, og det skal bli gitt tidlig tverrfaglig innsats. Målene gjelder også for strategiplanen for helse og omsorgstjenesten.

Budsjett og økonomiplan

Årsbudsjettet er en bindende plan for kommunens midler og hvordan disse skal brukes i budsjettåret. Gran kommune behandler årsbudsjettet og økonomiplanen samtidig. De siste årene har det vært lagt frem en tiårig plan for investeringene.

Bygging av sykehjem og omsorgsboliger vil kreve at det tas opp lån til betydelige investeringer, som igjen vil føre til renter og avdrag som skal finansieres over kommunens budsjett. Det vil være nødvendig med en økonomisk, rasjonell drift som kan sikres gjennom å utnytte mulighetene som ligger i stordriftsfordeler, velferdsteknologi, innovative løsninger, samarbeid med det sivile samfunn og private aktører mv.



1.2 Nasjonale føringer – kommunens rolle i støpeskjeen

Staten har gradvis gitt kommunene et større ansvar, blant annet for forebyggende tiltak og folkehelse. De statlige føringene har skjedd gjennom samhandlingsreformen, utvikling av nytt lovverk, nasjonale planer, stortingsmeldinger mv. Her blir noen av de sentrale statlige føringer omtalt.

Oppgaver flyttes fra staten til kommunene

Samhandlingsreformen er iverksatt og skal sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet. Videre skal tjenestetilbudet preges av høy pasientsikkerhet og være tilpasset den enkelte bruker. Reformen har medført en ny kommunerolle og har gitt kommunen ansvar for nye pasientgrupper. Kommunene skal nå tilby tjenester som omfatter forebyggende tiltak, utredning, behandling, pleie og omsorg, akuttberedskap, habilitering og rehabilitering og oppfølging på tvers av sektorer. Tjenestene skal 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.

Nye lover

Som del av innføring av samhandlingsreformen ble *Helse- og omsorgstjenesteloven* innført 1.1.2012. Loven erstattet kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, og skal bidra til et bedre grunnlag for samhandling mellom tjenestene i kommunen. Med den nye lovendringen ble kommunens plikter regulert i helse- og omsorgstjenesteloven, brukers rettigheter i pasient- og brukerrettighetsloven og yrkesutøvelsen i helsepersonell-loven.

I Helse- og omsorgstjenesteloven tydeliggjøres kommunens ansvar for et overordnet «sørge for-ansvar». I dette ansvaret så ligger det at kommunen selv kan velge hvordan den vil organisere virksomheten og tjenestene ut fra lokale forhold og behov.

Videre tydeliggjøres det i loven kommunens ansvar for å tilby forsvarlige tjenester. Alle virksomheter i den kommunale helse og omsorgstjenesten pålegges å drive systematisk kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhetsarbeid.

Videre ble *ny folkehelselov innført 1.1.2012*, med formål om å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevner sosiale helseforskjeller. Etter loven skal kommunen fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen.

Mer tverrfaglighet og økt kompetanse

I stortingsmeldingen om *fremtidens primærhelsetjeneste* beskriver regjeringen et behov for mer helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester i kommunene. Meldingen peker blant annet på tverrfaglig organisering og kompetanseløft for både medarbeidere og ledere som viktige strategier. I meldingen varsler regjeringen særlige satsinger rettet mot barn og unge, psykisk helse, rehabilitering og kapasitets- og kvalitetsutvikling for hjemmetjenester og i heldøgns omsorg

Kvalitetsreform for eldre

Regjeringen har varslet en *reform for eldre*. Den kommer til å handle om de grunnleggende tingene som ofte svikter i tilbudet til eldre: Mat, aktivitet og felleskap, helsehjelp og sammenheng i tjenestene. Det gjenstår å se hvilket innhold reformen vil få. Utfordringene som regjeringen peker på er av generell karakter, samtidig er de også relevante for Gran kommune.

1.3 Tjenestene utvikles i dialog med lokalsamfunnet (kommunen 3.0)

Hva er kommune 3.0?

Begrepet kommune 3.0 blir brukt for å signalisere en ny rolle for kommunen, hvor vi er på vei bort fra det såkalte "servicesamfunnet" og over mot "fellesskapsamfunnet". Brukeren er ikke en kunde, men en innbygger som skal bidra til fellesskapet.

Kommunen er ikke lenger først og fremst en myndighet (kommune 1.0), og heller ikke lenger en servicevirksomhet (kommune 2.0). Kommunen er et demokratisk ledet fellesskap av aktive og ressurssterke innbyggere (kommune 3.0).

Etter inspirasjon fra Danmark har flere norske kommuner etter hvert tatt i bruk dette begrepet. Erfaringene viser at det tar tid å endre rollene i tråd med ambisjonene som begrepet innebærer. Nye roller krever ny kompetanse, nye verdier og metoder for dialog med de berørte aktørene

Også i Gran vil utviklingen av helse- og omsorgstjenesten bli gjort med prinsippene for kommune 3.0. God helse- og omsorgstjenester handler om å gi alle mulighet i hverdagen. Det oppnår vi ved å forvente ansvarlighet og aktivt medspill fra alle. Vi skal bryte ned grensene mellom «dem» og «oss»

I det følgende gis en omtale av kommunens dialog med berørte parter i lokalsamfunnet og andre tjenesteleverandører.

Innbyggernes ansvar

Et av målene i kommuneplanen er som tidligere nevnt å styrke innbyggernes evne til å klare seg selv. Litt senere blir det gitt en omtale av en kommunal boligpolitikk for eldre. Et av målene med politikken er å bidra til at eldre kan ta ansvar for egen bolig i en situasjon hvor funksjonene kan bli redusert.

En boligpolitikk for eldre henger nært sammen med politikken for utvikling av kommunens arealer. Utvikling av kommunen 3.0 handler om å utvikle rollen som samfunnsaktør i tillegg til rollen som

tjenesteprodusent. Politikken favner altså videre enn helse- og omsorgstjenestene.

Bruker- og pårørendemedvirkning

Brukermedvirkning er viktig for at brukerne skal kunne ta en mer aktiv rolle og i større grad bli en ressurs i eget liv. Dette stiller større krav til omsorgstjenestene, som i større grad enn tidligere må kartlegge og forstå brukerens behov. Videre må omsorgstjenestene gjennom kommunikasjon og støtte, tilrettelegge for at brukerne reelt kan delta i beslutninger som angår dem selv.

Ved tildeling av tjenester er det viktig å legge vekt på brukerens situasjon og hva som er viktig for brukeren. Bruken av spørsmålet «Hva er viktig for deg?» kan være et viktig virkemiddel for å få fram hva som egentlig er det viktigste for brukeren. Om man skal ta mestring og brukernes mål på alvor, må man møte brukerne på en annen måte enn det som før har vært vanlig

Innsatsen fra frivillige

Ni foreninger sto bak etableringen av den første frivilligsentralen i 1981: Gran og Brandbu Sanitetsforeninger, Gran Menighets Sykepleieforening, Brandbu Menighetstjeneste, Gran Røde Kors, Gran Røde Kors Besøktstjeneste, Østre Gran Bondekvinnelag og Østre og Vestre Gran Husmorlag. I dag har Gran frivilligsentral Brua og Gran frivilligsentral Vassenden tilsammen ca. 350 frivillige bidragsyttere og genererer ca. 25 000 frivillige timer i året. Matombringning og besøksvenner er eksempel på innsats som er utført i Gran kommune.

I Norge har det vært en utvikling i retning av at frivillige nå i større grad stiller opp som enkeltpersoner, og færre gjør frivillig innsats gjennom organisasjoner. Frivillighet trenger antakelig mer koordinering enn før. For Gran blir det derfor viktig å sikre tilstrekkelig ressurser til koordinering, noe som gjelder i tilknytning til tjenestene og gjennom frivilligsentralene.

2 Utviklingstrekk og hovedstrategier

2.1 Styrket hjemmetjenester gjennom flere tiår i Norge og Norden

Færre institusjonsplasser og mer omfattende hjemmetjenester

I hele Norden går utviklingen i retning av at det er flere som får tilbud i eget hjem og færre som får tilbud på institusjon.

Sammenliknet med de andre landene er det i Norge en langt høyere andel av den eldre befolkningen som får et tilbud på institusjon.

En forklaring er at bygging av sykehjem har blitt vektlagt på nasjonalt nivå i Norge. Hos oss, finansierer staten en stor del av den kommunale byggingen av sykehjem. I de andre nordiske landene har det derimot vært en bevisst satsing på nasjonalt nivå om å utvikle andre botilbud til eldre.

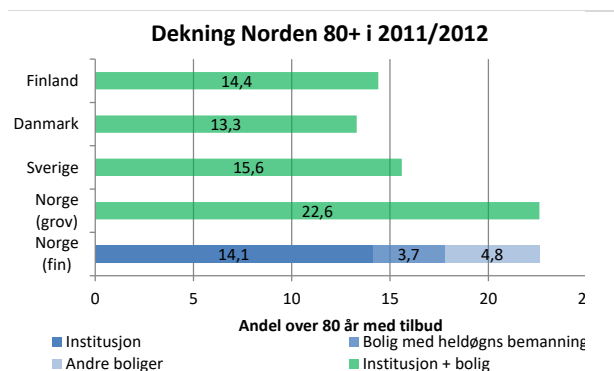
I Norge har det vært en vridning fra institusjon til bolig for funksjonshemmede. Dette skjedde gjennom den såkalte HVPU-reformen på 1990-tallet.

Utviklingen er i ferd med å snu også i Norge. De aller fleste kommuner satser mer på hjemmetjenester enn før, og dekningen for heldøgntilbudet går ned.

En økende andel av heldøgntilbudet blir gitt i omsorgsboliger og en redusert andel blir gitt på institusjon. Stjørdal og Fjell er eksempler på kommuner hvor bare rundt halvparten av heldøgntilbudet blir gitt på institusjon.

Botilbud til eldre belyst med tall

Tabellen under illustrer de store forskjellene det er i tilbudet mellom landene.



I Norge var det i 2011 4,8 % av eldre over 80 år som hadde omsorgsboliger uten heldøgns bemanning (jf. forrige figuren). Det var 14,1 % med tilbud på sykehjem og 3,7 % i omsorgsboliger med heldøgns bemanning.

Den samlede dekningen var altså på 22,6 %. I de andre nordiske landene blir det ikke utarbeidet statistikk som gir mulighet til å skille ut heldøgntilbudet. Derfor er det bare foretatt en sammenlikning av den samlede dekningsgraden for ulike botilbud.

I de tre andre landene varierer denne dekningen mellom 13,3 % i Danmark til 15,6 % i Sverige. Tilbudet i Norge er med andre ord langt mer omfattende enn det som er vanlig i de andre nordiske landene.

Dialog og mestring

Danmark og Sverige har hatt en noe vanskeligere økonomisk situasjon enn Norge. Det kan være noe av grunnen til at disse landene har kommet noe lenger i å utvikle nye måter å tilby omsorgstjenester på.

Utviklingen i Norge har skjedd i dialog med aktører i det sivile samfunn: Innbyggere, brukere, frivillige, pårørende og andre. Det har blitt vanlig å snakke om at kommunen skal skape tilbudet sammen med disse aktørene. «Samskaping» er et nytt begrep som beskriver denne dialogen. Det blir utviklet nye arenaer og rutiner for hvordan «samskapingen» skal skje i praksis.

Det blir lagt mer vekt på at brukere (og innbyggere) skal mestre eget liv. Derfor legges det vekt på aktivisering og mobilisering av ressursene hos den enkelte.

Mange i Norge har hentet inspirasjon fra det som skjer ellers i Norden. Særlig har det vært populært for nordmenn å reise til Danmark for å lære. Dette er nok en av forklaringene til at det er en nokså parallell utvikling i hele Norden.

2.2 Mye har skjedd i Gran siden 2009

«Opptur» fra 2009

I regi av «Opptur – et utviklingsprosjekt for gode omsorgstjenester» ble det i 2009 lagt frem en plan for utvikling av fremtidens omsorgstjenester. «Opptur» har vært av betydning for utvikling av omsorgstjenestene i Gran. Det ble laget en revidert handlingsplan for perioden fra 2013 til 2015. I planen ble følgende prinsipp lagt til grunn:

«Framtidens omsorgstjenester må ta utgangspunkt i å bygge opp under den enkelte sine egne ressurser og ønsker om å mestre eget liv og dagliglivets utfordringer innenfor en trygg ramme. Ved behov for kommunale tjenester skal kommunen etter en individuell vurdering sørge for et tilpasset tjenestetilbud og et tjenestenivå med god nok kvalitet i et samarbeid med den det gjelder. Det vil også være sentralt å spille på lag med pårørende og frivillige når dette er mulig og ønskelig».

Dette prinsippet og andre føringer i planen er i samsvar med hva som fortsatt regnes som gode prinsipper, både i Norge og i de andre nordiske landene.

I perioden fra 2009 har tjenestene vært preget av endringer. Endringene er et resultat av tiltak i regi av «Opptur» og andre forhold som man naturlig nok ikke visste så mye om i 2009. Viktige endringer de siste årene blir kort omtalt i det følgende.

Samhandlingsreform fra 2012

Reformen har medført at kommunene har tatt over oppgaver fra sykehusene. Både sykehjemmene og hjemmetjenesten har ansvar for brukere med mer omfattende behov for bistand enn før.

Marka har siden 2012 hatt en *forsterket sykehjemsavdeling* på 14 plasser. Avdelingen omfatter 3 KAD-plasser (kommunal akutt døgnenhet). Tilbudet, som ble lov-pålagt i 2016, preges av høy faglighet og godt utstyr. Lunner bruker en av KAD-plassene. For tiden utredes muligheten for å utvide samarbeidet med Lunner kommune om en forsterket sykehjemsavdeling.

Det utredes også muligheten for å etablere et *lokalmedisinsk senter (LMS)*, der Gran

alene eller sammen med andre kommuner samarbeider med sykehus om tjenester.

Færre sykehjemsplasser

I 2013 ble 29 sykehjemsplasser lagt ned. Et aldershjem med 11 plasser ble lagt ned i 2011. I perioden fra 2012 til 2016 har antall beboere på sykehjem blitt redusert fra 175 til 152. Reduksjonen på 23 beboere er noe mindre enn antall plasser som er lagt ned. Gran kjøper fortsatt sykehjemsplasser fra andre kommuner.

Styrking av hjemmetjenestene

De siste årene har det vært en styrking av hjemmetjenestene gjennom tiltak som hverdagsrehabilitering, velferdsteknologi, palliativ innsats, styrket kompetanse om ulike brukergrupper, samarbeid med frivillige mv.

Tiltakene innebærer at tjenestene blir tilbudt på ny måte. Antall personer med hjemmetjenester har økt fra 434 i 2009 til 519 i 2016.

Etablering av tildelingsenhet

Gran etablerte i 2010 et tildelingskontor, som innebærer at utførerne ikke lenger har ansvaret for tildeling av tjenester. De potensielle gevinstene er bedre rolledeling, bedre og mer effektiv saksbehandling, mer rettferdighet og bedre rettsikkerhet. En suksessfaktor er at det etableres en god dialog mellom tildelingskontoret og utførerne.

Etablering av bemanningsenhet

Gran etablerte i 2014 en bemanningsenhet. De potensielle gevinstene er bedre rasjonell håndtering av planlagt fravær og større stillinger for de ansatte. Forskning har vist at større stillinger har positive effekter for arbeidsmiljø, effektivitet og kvaliteten for brukerne.

En stor del av utgiftene til institusjon

Andelen av pleie- og omsorgsutgiftene brukt på institusjon har blitt redusert fra 57 % i 2009 til 48 % i 2015. Til tross for reduksjonen er andelen fortsatt høy i nasjonal sammenheng. Noe av forklaringen er at Gran har få boliger med heldøgns omsorg.

2.3 Fortsatt styrking av hjemmetjenestene i Gran kommune

Hjemmetjenesten i tall

Ved utgangen av 2016 var det 519 personer som mottok hjemmetjenester fra kommunen. Av disse var 198 personer over 80 år.

I 2016 fikk 27 % av de eldre over 80 år hjemmetjenester. For landet var tilsvarende andel på 25 %. 52 % av budsjettet i 2015 ble brukt på hjemmetjenester og aktivisering. Tilsvarende andel for landet var på 60 %.

En bruker med hjemmetjenester kostet i 2016 i gjennomsnitt 303 000 kr. Bak dette gjennomsnittet er det store variasjoner i hvor mye en bruker faktisk koster.

De fleste vil bo hjemme lengst mulig

Begrunnelsen for å satse på gode hjemmetjenester er godt oppsummert i en kronikk i Aftenposten 21. mai 2016 av Per Fugelli:

Hjemme bor tryggheten. I sykehuset er mange av oss redde.

Hjemme er du høvedsmann. Du er sjef over eget liv og egen død. I sykehuset er du under overkommando.

Hjemme er du hel. I sykehuset blir du delt i biter.

Hjemme er det vakkert, etter din smak. I sykehuset er det stygt.

Hjemme er du nær de du er glad i. I sykehuset kommer de på besøk, som fremmedlegemer.

Endring av kulturen blant ansatte tar tid

Nye måter å tilby tjenestene på utfordrer vante arbeidsmåter. For eksempel innebærer vektlegging av mestring, at de ansatte må arbeide med «hendene på ryggen». Det tar tid å forandre den etablerte kulturen. Dette gjør at de omtalte nye tiltakene ennå ikke fått full effekt.

Mange av tiltakene som prøves ut er relativt nye i nasjonal sammenheng. For eksempel er utprøving av velferdsteknologi fortsatt i en tidlig fase. Det vil være nødvendig å justere kursen på grunnlag av erfaringer som gjøres i Gran kommune og andre kommuner.

Fortsatt styrkingen av hjemmetjenesten

Det er fortsatt nødvendig å styrke kapasiteten i hjemmetjenester for eldre, slik at enda flere kan få bistand i eget hjem.

Økt satsing på boliger med mulighet for nattjeneste gjør at hjemmetjenestene styrkes, fordi et slikt tilbud regnes som hjemmetjeneste. I praksis vil brukerne i slike boliger kunne få tilnærmet den samme bistanden som beboerne på et sykehjem.

Videre foreslås det økt spesialisering, slik at det kan bli gitt bedre tjenester innen områder som rehabilitering, rus, demens, kreft, lindrende behandling (palliasjon) mv. Det bør satses på tverrfaglig organisering i tråd med den omtalte primærhelsemeldingen. For å gi rom for en slik satsing bør de to største geografiske sonene slås sammen.

Dagsenter viktig

Kommunens to dagsentre bidrar til å aktivisere hjemmeboende og til å avlaste pårørende. Gevinster ved å slå de to sentrene sammen er et sterkere fagmiljø og muligheten for å utvikle et mer differensiert tilbud til brukere med ulike behov.

Behov for utvikling av rutiner

Arbeidet i hjemmetjenesten innebærer at ansatte i stor grad arbeider alene. Det er nødvendig med gode rutiner for å sikre en god håndtering av brukere med ulike behov. Forskning har vist at mange kommuner ikke har nødvendige rutiner på plass. For Gran kan noe av utfordringen være å implementere rutiner som allerede finnes.

Kamp om fagpersonene

Gran har i dag betydelige problemer med rekrutteringen av fagfolk til deler av tjenesten. Behovene for bistand øker i de fleste kommuner, slik at det trolig blir økt mangel på arbeidskraft.

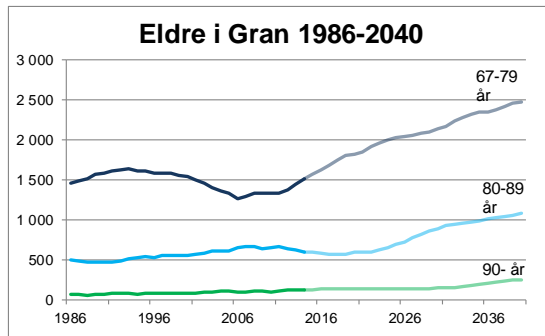
Fagmiljø og faglige utfordringer bidrar til rekruttering av dyktige fagpersoner. Samling av aktiviteten vil kunne bidra til å stryke fagmiljøene og til at Gran oppleves som en attraktiv arbeidsgiver, slik at kommunen kan rekruttere tilstrekkelige, kompetente fagfolk.



2.4 Utviklingen i årene fremover er avhengig av Gran kommune

Flere over 80 år på 2020-tallet

Økningen i antall eldre i Gran er preget av at de store etterkrigskullene gradvis blir eldre.



Beregninger av behov

Det er utført beregninger av fremtidig behov for plasser på institusjon, som viser effekten av en eldre befolkning. Først er det foretatt en beregning av behovet for institusjon, gitt at dekningen for personer over og under 80 år fortsetter på dagens nivå. Deretter er det foretatt en alternativ fremskrivning som illustrerer hvordan noe av tilbudet på institusjon kan erstattes med boliger med heldøgns omsorg. Boligtilbudet til funksjonshemmede er holdt utenfor beregningene. Beregningene illustrerer virkningen av Opptur og de langsiktige trendene.

Dagens dekning frem til 2040

I 2016 har Gran 150 plasser på institusjon (jf. tidligere omtale).

	2016	2020	2025	2030	2040
I alt	150	153	170	203	250
Langtid institusjon	129	132	147	176	218
Korttid institusjon	21	21	23	27	32
Bolig med døgnbemanning		0	0	0	0

I 2040 er det beregnet et behov for 100 flere plasser. Frem til begynnelsen av 2020-tallet vil behovet være på dagens nivå. Grunnen til det er antall personer over 80 år er omtrent uendret i denne perioden.

Kommunen har ingen boliger med døgnbemanning til den eldre delen av befolkningen, som disse beregningene omfatter.

Videreføring av langsiktige trender

Som tidligere omtalt har det skjedd betydelige endringer i tilbudet de siste årene. Nå får flere tilbud hjemme og færre på institusjon, blant annet som følge av strategier og tiltak utviklet i Opptur. Den langsiktige utviklingen i Norge og de nordiske landene har gått samme vei. Tabellen illustrerer hva som kan skje dersom disse trendene fortsetter.

	2016	2020	2025	2030	2040
I alt	150	149	160	190	234
Langtid institusjon	129	83	39	49	63
Korttid institusjon	21	27	36	42	52
Bolig med døgnbemanning	0	39	85	99	119

Andelen over 80 år i Gran med et heldøgns-tilbud er lav i nasjonal sammenheng. Derfor er det trolig et beskjedent potensial for ytterligere reduksjon. I 2040 er det beregnet et behov for 16 færre plasser enn i alternativet med videreføring av dagens dekning.

Beregningene illustrerer effekten av at det er behov for flere korttidsplasser, og at en del av langtidsplassene kan erstattes med boliger med døgnbemanning. Beregningene er ment som en illustrasjon av en mulig utvikling. I praksis er det usikkerhet knyttet til beregningene. Den faktiske utviklingen vil i stor grad være påvirket av beslutninger som blir foretatt av Gran kommune.

Boligpolitikk for eldre

Et sentralt spørsmål er i hvilken grad eldre skal få tilbud om bolig med døgnomsorg istedenfor plass på en institusjon. En tilsvarende omlegging av tilbudet ble gjort for funksjonshemmede på 1990-tallet.

Gran leier også ut boliger til leietakere mellom 18 og 95 år. 1,9 % av gruppen over 80 år leier kommunale boliger. I noen av disse boligene har kommunen etablert baser, hvor det blir gitt omsorgstjenester på dagtid. En strategi for disse boligene bør også være omfattet av denne politikken.

2.5 Tjenester til brukere med psykisk utviklingshemming

Dagens tilbud

Seksjon for tilrettelagte tjenester, yter dagtilbud og hjemmetjenester til brukere med psykisk utviklingshemning og ervervede skader både i og utenfor bemannede omsorgsboliger.

Kommune gir i dag tilbud til 78 brukere i alderen 22 til 80 år. Sammensetningen av gruppen er i endring. Det blir flere eldre brukere som får redusert funksjonsevne i yngre alder enn den øvrige eldre delen av befolkningen. Disse brukerne har behov for bistand på sykehjem.

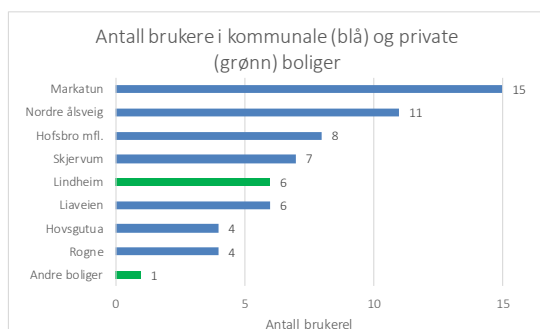
Gran var tidligere vertskommune for en HVPU-institusjon. Kommunen gir fortsatt et tilbud til noen brukere som opprinnelig var bosatt i andre kommuner.

Det er registrert 10 brukere mellom 15 og 20 år som vil ha behov for bolig i løpet av de nærmeste årene.

Nettoutgiftene til disse brukerne er middels høye utgifter sammenliknet med andre kommuner (jf. vedlegg 2). Gran bruker imidlertid lite på barn og unge under 18 år. Økt prioritering av gruppen kan bidra til at brukerne blir mer selvhjulpne.

Samarbeidet med den øvrige hjemmetjenesten har økt gjennom felles bruk av nattevakter.

Noen av boligene fra 1990-tallet er i dag lite hensiktsmessige. I flere av boligene er det ikke tilfredsstillende fasiliteter for personale. Dessuten er det små enheter som ikke gir den beste ressursutnyttelsen.



Hjertebo aktivitetssenter er et tilrettelagt dagtilbud med ulike former for aktiviteter, kreativt verksted, snekkeravdeling, forming, produksjon og kjøkkengruppe: Tilbudet blir brukt av rundt 40 personer hver uke.

Skjervumshagan tilbyr avlastning i helg, på ukedager og i sommerferien til rundt 20 familier med barn og unge med ulike typer utfordringer.

Fremtidig utvikling

Det har vært skissert to alternativer for videre bygging. Et alternativ er å bygge nye bygg for unge i sentrum. Sentrumsnære boliger sikrer tilgang til transport og andre tilbud. Alternativt kan man bygge nye bygg for eldre og la unge overta de nåværende boligene for eldre.

Enkelte pårørende til unge brukere ønsker å være med i byggeprosessen. Gran kommune vil koordinere et slikt initiativ og sørge for nødvendig kontakt med Husbanken.

Det bør gjennomføres en utredning av i hvilken grad dagens boligmasse er egnet til å dekke fremtidige behov. Løsninger som bør utredes er rehabilitering, utvidelser og nye bygg. En slik utredning vil bidra til å konkretisere innholdet i kommunen boligplan.

Det har vært et ønske at Gran er mer systematisk i dialogen med brukere og pårørende. Gjennomføring av en brukerundersøkelse vil gi et bedre grunnlag for dialog.

Nittedal som inspirasjon

Nittedal har gjennomført en vellykket bygging av boliger til utviklingshemmende, som kan være til inspirasjon for Gran. Prinsippet har vært at utviklingshemmede skal inkluderes i ordinære bomiljø og ikke i institusjonsliknende boliger.

Det har vært etablert et eget borettslag og en forpliktende avtale med syv personer som skulle kjøpe boligene. Samarbeidet mellom Husbanken, kommunen og brukere og foreldre har vært godt i hele prosjekteringsfasen..

3 Boliger og sykehjem for eldre

3.1 Boligpolitikk for eldre

Boligpolitikk og boligtrapp

Det er vanlig å sortere helse- og omsorgstjeneste i en omsorgstrapp. Laveste trinn i omsorgstrappen er forebyggende arbeid og øverste trinn er sykehjem eller tilsvarende tjenester med høy bemanning. Sorteringen danner grunnlag for en tilpasset behandling og oppfølging etter det behovet brukerne har for bistand og omsorg.

Det har også blitt vanlig å bruke begrepet *boligtrapp* som forteller om hvor brukerne av tjenester bor. Utviklingen av en differensiert boligtrapp er altså kjernen i en *boligpolitikk*. Et differensiert botilbud kan gi flere et godt alternativ til institusjon, som kan bidra til at brukerne kan bo lengst mulig i egne hjem.

Husbanken gir tilskudd til *omsorgsboliger med heldøgns omsorg*. Kommunen tilbyr også boliger til eldre uten døgnbemanning. Dessuten er det vanlig at eldre kjøper eller leier boliger med mange av de samme egenkapene som en omsorgsbolig

Kommunale botilbud krever investeringer

Bygging av sykehjem og omsorgsboliger innebærer betydelige investeringer for Gran. Byggingen er også av stor betydning for driftsutgiftene i årene som kommer. Det er viktig å se utbygging i kommunal og privat regi i sammenheng.

Lettstelte selveide boliger reduserer behovet for kommunal utbygging

I Norge har det vært en betydelig økning i antall personer over 50 år som kjøper ny bolig. Mange ønsker seg lettstelte sentrumsnære boliger med mulighet for sosial kontakt.

Bygging av flere slike boliger reduserer behovet for et kommunalt botilbud til denne gruppen.

Bygging av gode seniorboliger i privat regi kan bidra til at flere eldre kan ta ansvar for egen egnet bolig. Ofte kan det være lurt å flytte inn i slik bolig før det er aktuelt og funksjonene falle som følge av økt alder.

Noen eldre har ikke nok egenkapital til å kjøpe en ny egnet bolig. Det bør derfor være mulig å leie boliger. Kommunen kan gi råd til eldre om hva som finnes av støtteordninger i kommunal og statlig regi, og kanskje også hjelpe til med å ta opp lån på det private markedet.

Byggingen av slike boliger kan gjøres i dialog med private utbyggere. Som planmyndighet kan kommunen stille krav om for eksempel fellesarealer, slik at boligene er egnet for eldre. Det er også mulig å vurdere om kommunen skal etablere omsorgsbaser i private bygg, slik enkelte kommuner har gjort.

Bygging i sentrum?

Erfaringen fra andre kommuner har vist at det er viktig for eldre å kunne være sosiale og aktive. Eldre flytter ofte til boliger i sentrum for å få dekket disse behovene.

En spørreundersøkelse blant innbyggerne i Gran kan gi informasjon om hvor i kommunen eldre ønsker å bo og hvilke funksjoner eldre ønsker i nærheten av boligen.

3.2 Kommunal utbygging av sykehjem og boliger med bemanning

Dagens kommunale botilbud i tall

I 2016 disponerer kommunen 150 plasser i institusjon. På sykehjem er det 129 plasser, fordelt på 65 på Marka, 62 på Skjervum og 2 i andre kommuner. I tillegg har Gran kjøpt rundt 20 plasser på Granhøi aldershjem i 2016. Avtalen med Granhøi går ut i 2019.

I 2016 bodde 15,4 % av eldre over 80 år på sykehjem. 0,3 % fikk tilbud om bolig med heldøgns omsorg. Tilsvarende andeler for landet var på henholdsvis 13,6 og 3,5 %.

I 2016 ble 48 % av budsjettet brukt på institusjon. Tilsvarende andel for landet var på 40 %.

En sykehjems plass kostet i 2016 i gjennomsnitt 1 027 000 kr i året. Man kan altså tilby mye hjelp i hjemmet for det en plass på sykehjem koster.

En plass i en omsorgsbolig med døgnbemanning kan koste fra 200 000 til 700 000 kr i året. Den store variasjonen er et uttrykk for forskjeller i omfanget av omsorg som blir tilbudt i disse boligene.

Behov for flere kommunale boliger med bemanning

Gran har færre boliger med bemanning enn det som er vanlig i andre kommuner. Slike boliger vil kunne erstatte noen av langtidsplassene på sykehjemmet.

Boligene bør bygges med mulighet for å tilpasse bemanning til brukernes behov til enhver tid. Det bør være en base med mulighet for heldøgns bemanning, slik at det om nødvendig kan tilbys nattevakt. En mer differensiert boligtrapp vil kunne bidra til reduserte kommunale utgifter, og dermed en forsvarlig økonomisk drift.

Basen(e) i omsorgsboligene og hjemmetjenesten må ses i sammenheng.

Langtidsplasser kan erstattes med boliger med bemanning

Sykehjemmene har plasser med ulike funksjoner og brukergrupper. De mest aktuelle brukergruppene av langtidsplassene er personer med langtkommen demens og personer i palliativ fase som ikke får tilbud hjemme. Videre blir det flere eldre funksjonshemmede som også bruker disse plassene. Erfaringen fra andre kommuner viser at en betydelig andel av langtidsplassene kan erstattes med omsorgsboliger

Gran har også egne trygghetsplasser, som blant annet bidrar til avlastning av pårørende.

Behov for flere korttidsplasser

Korttidsplassene er viktige for at brukere skal klare seg hjemme, blant annet etter utskrivning fra sykehuset. Slike plasser blir i dag tilbudt både på Marka og Skjervum. Tilbudet på Marka omfatter de tidligere omtalte spesialiserte plassene.

Gran har få korttidsplasser, og mangler et tilbud om spesialisert rehabilitering. Slike plasser kan ses i sammenheng med samarbeidet med Lunner om forsterket sykehjemsavdeling og tjenester fra Sykehuset Innlandet.

En samling av korttidsplassene på et sykehjem vil kunne gi mulighet for et mer differensiert tilbud til brukerne og bedre utnyttelse av personalet. Samarbeidet med Lunner og Sykehuset Innlandet, vil kunne bety en ytterligere styrking av fagmiljøet og tilbudet til brukerne. De fleste ledere og ansatte i helse og omsorg i Gran kommune ønsker et sykehjem som er lokalisert i sentrum.

3.3 Fem alternativer vurdert etter ti kriterier

Fem alternativer

Det er utarbeidet fem alternativer for fremtidig utbygging av sykehjem og boliger for eldre:

1. All døgnomsorg i nybygg på Skjervum
2. All døgnomsorg i Gran sentrum
3. Døgnomsorg på to steder – Skjervum/Marka
4. Døgnomsorg på to steder – Sentrum/Marka i kommunal regi
5. Døgnomsorg på to steder – Sentrum/Marka i kommunal og privat regi

Alternativene belyser ulike lokalisering, om det skal utvikles tilbud etter eller to steder i kommunen, om det skal bygges nytt eller om man skal utnytte eksisterende boligmasse og i hvilken grad det skal bygges i privat regi.

De tre siste alternativene omfatter etableringen av et demenssenter på Marka.

Det er skissert alternative baner helt frem til 2040. I første omgang er det viktig å fatte beslutning om valg av tomt for bygging av sykehjem og omsorgsboliger. Valg av tomt kan da gjøres i samsvar med de langsiktige strategiene. På sikt kan det selvfølgelig gjøres justeringer på erfaringene som blir gjort.

Vurdering etter ti kriterier

De fem alternativene er vurdert etter ti kriterier. Best samlet skår på de ti kriteriene får alternativ 5, med etablering av et demenssenter på Marka og utbygging av øvrig døgnomsorg i sentrum. *Det anbefales derfor å velge sentrum og Marka som stedene man vil satse på i den videre utviklingen av døgn-tilbudet.*

Ordringen med investeringstilskudd fra Husbanken blir gradvis svekket. En beslutning om valg av tomt i Gran vil gjøre at Gran kan søke tilskudd før ordningen med investeringstilskudd blir ytterligere svekket. En rask beslutning vil altså kunne gi et større tilskudd fra Husbanken.

Utredningen i byggeprosjektet vil svar på hvilken av tomtene i sentrum man bør satse på. Figuren under viser en forenklet skår for de ti kriteriene:

Boform	All døgnomsorg i nybygg på Skjervum (alternativ 1)	All døgnomsorg i Gran sentrum (alternativ 2)	Døgnomsorg på to steder - Skjervum/Marka (alternativ 3)	Døgnomsorg på to steder - Sentrum/Marka i kommunal regi (alternativ 4)	Døgnomsorg på to steder - Sentrum/Marka i kommunal og privat regi (alternativ 5)
Brukere – sykehjem	Grøn	Grøn	Grøn	Grøn	Grøn
Personer med demens	Grøn	Grøn	Grøn	Grøn	Grøn
Egne kommunale boliger	Rød	Grøn	Rød	Grøn	Grøn
Egne private boliger	Grøn	Grøn	Grøn	Grøn	Grøn
Tilgjengelighet	Grøn	Grøn	Grøn	Grøn	Grøn
Kompetanse og fagmiljø	Grøn	Grøn	Grøn	Grøn	Grøn
Samarbeid Lunner og Sykehuset innlandet	Rød	Grøn	Rød	Grøn	Grøn
Årlige bemanningsutgifter	Rød	Grøn	Grøn	Grøn	Grøn
Byggekostnader	Rød	Rød	Grøn	Grøn	Grøn
Utbyggingsmuligheter	Grøn	Grøn	Grøn	Grøn	Grøn

Egenskapene ved alternativ 5 blir nærmere beskrevet i det følgende

Etablering av et demenssenter på Marka vil kunne gi et bedre tilbud til personer med demens sammenliknet med de to første alternativene. Et senter her vil gi en god utnyttelse av eksisterende bygningsmasse, med kapasitet for videre utbygging om det skulle være aktuelt.

Andre styrker er at det gir gode muligheter for beboerne i omsorgsboligene i sentrum å ha kontakt med lokalsamfunnet, at det åpner for samarbeid med Lunner om en forsterket sykehjemsavdeling og at det kanskje er lettest å rekruttere i sentrum enn andre steder i kommunen.

En svakhet er at alternativet ikke gir full utnyttelse av stordriftsfordeler. Alternativ 5 har en noe større utbygging i privat regi enn de fire øvrige alternativene, noe som vil kunne bidra til å redusere behovet for kommunale boliger.

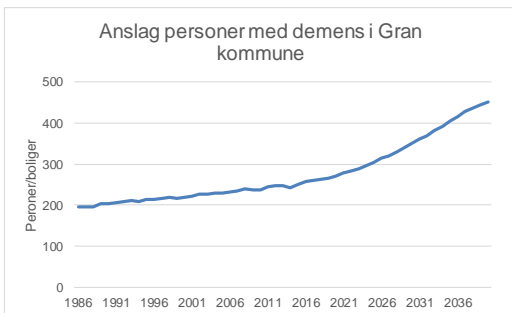
I vedlegg 1 foreligger en mer detaljert beskrivelse av alternativene, kriteriene og vurderingene som er gjort.

4 Andre temaer

4.1 Tilbudet til personer med demens

Antall personer med demens i Gran

Det foreligger ingen norske studier av forekomsten av (prevalens) 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 det er mer enn 40 prosent av eldre over 90 år som 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.



Det er anslått rundt 260 personer med demens i Gran i 2017, jf. figuren over. I perioden fra 1986 til 2017 har antall personer med demens økt med rundt 60 personer. I 2040 vil det være rundt 450 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.

Hva sier forskningen?

Sykehuset Innlandet (2015) har foretatt en kartlegging av tjenester, kostnader og sykdomsforløp for rundt 2 000 personer med

demens i Norge. Resultatet viste at gjennomsnittlig sykdomsvarighet var på 8,1 år, som forskerne har valgt å dele i tre stadier eller faser:

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

Forskerne har kartlagt at 90 prosent av personer med demens mottar hjelp fra pårørende. Når demensdiagnosen blir stilt, yter pårørende 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.

Strategier i Gran kommune

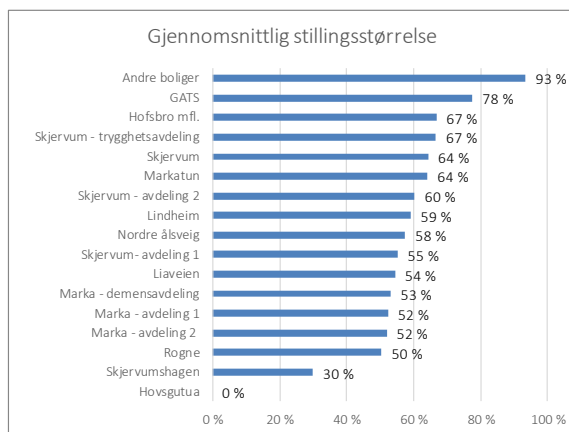
Tilbud i de to første fasene kan bidra til at de pårørende kan bistå lenger. Stabilitet og trygghet er viktig for å kunne være hjemme. Tiltak som trygghetsplasser, dagsenter og bokollektiv avlastar pårørende og utsetter innlegging på sykehjem. For kommunen kan utgiftene til økt satsing på slike tiltak føre til en større reduksjon i utgiftene til de dyre sykehjemsplassene. Ofte vil 80 % av pasienter på sykehjem ha demens, men ikke alle har behov for en skjermet avdeling.

Tre av alternativene innebærer en etablering av et demenssenter på Marka. Senteret innebærer en utnyttelse av eksisterende bygningsmasse, som er godt egnet for personer med demens. Senteret kan omfatte ulike tilbud som sykehjem og dagsenter. Kompetansen om demens på senteret vil kunne være til nytte for helse- og omsorgstjenestene også andre steder i kommunen.

4.2 Heltidskultur og kompetanse

Mye deltid

Det er vanlig å bruke gjennomsnittlig stillingsstørrelse som et samlemål for omfanget av deltid. Situasjonen for ulike enhetene er vist i figuren under. Figuren fanger ikke opp at noen ansatte har fått en noe større stilling ved at de arbeider ved flere enheter.



I Gran kommune er rundt to tredjedeler av enhetene en gjennomsnittlig stillingsstørrelse på 60 prosent eller lavere. Det er altså mange små stillinger. Omfanget av små stillinger er mer vanlig enn ellers i landet.

Hva sier forskningen?

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, mindre vikarbruk og bedre ressursutnyttelse. I det følgende gis det en kortfattet oppsummering av forskningen på feltet.

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 bidrar til en fragmentert tjeneste og virker direkte negativt inn på tjenestekvaliteten når omfanget er stort. Særlig innen pleie- og omsorgssektoren vil mange av brukerne 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.

Strategier i Gran kommune

Det er startet et prosjekt for utvikling av heltidskultur i kommunen. Prosjektet varer fra 2016 og 2019 og har som mål å øke andelen som arbeider heltid i helse og omsorg. En egen styringsgruppe med ledere og tillitsvalgte følger prosjektet.

Tiltak som skal bidra til økt stillingsprosent er alternative arbeidstidsordninger og etableringen av en vikarpool. For å høste erfaringer er det satt i gang noen piloter. I noen boliger jobber alle ansatte langvakter hver fjerde helg, mens andre steder har en blanding av ulike type vakter. Gevinster er behov for færre tjenesteytere, større stillinger og at det er lettere å reise ut på aktiviteter uten å måtte ta hensyn til den tradisjonelle overlappingen midt på dagen.

Det er et mål at gjennomsnittlig stillingsprosent skal øke til 65 prosent, og at det ikke skal utlyses stillinger under 50 prosent. Resultatene skal meldes hvert tertial.

4.3 Velferdsteknologi

Hva er velferdsteknologi?

Helsedirektoratet definerer begrepet som følger: «Velferdsteknologi er først og fremst teknologisk assistanse, som skal understøtte og forsterke brukernes trygghet, sikkerhet, mobilitet, samt å muliggjøre økt fysisk og kulturell aktivitet.» Det er også vanlig å bruke begrepet om teknologi som kan gjøre det lettere for kommunen (og andre) og tilby velferdstjenester.

Nasjonale anbefalinger

I 2015 anbefalte Helsedirektoratet å ta i bruk varslings- og lokaliseringsteknologi, elektronisk medisineringsstøtte og elektroniske dørlåser.

Nasjonalt velferdsteknologiprogram har lagt frem en ny rapport i 2017, som slår fast at velferdsteknologi gir økt trygghet for brukerne og bedre kvalitet i tjenesten. Rapporten viser også at når teknologi og tjenester er godt tilpasset brukerens behov, gir de økt opplevelse av mestring, trygghet og selvstendighet for brukerne som mottar tjenesten.

Helsedirektoratet anbefaler at følgende teknologier integreres i kommunenes helse- og omsorgstjeneste:

- Digitalt tilsyn
- Oppgraderte sykesignalanlegg/pasientvarslingssystem
- Logistikk-løsning for mer optimale kjøreruter og bedre kvalitet på tjenester

Samarbeid med Lunner

Gran og Lunner kommune samarbeider om innføring av velferdsteknologi. Det er et mål at velferdsteknologi skal bli en integrert del av tjenestetilbudet i kommunene innen 2018.

Gran kommune tester 10 mobile trygghetsalarmer med GPS. Det skal etableres et nytt bemannet mottak for trygghetsalarmer og foretas et skifte fra analoge til digitale alarmer. Gran bygger også ut hjemmesidene med informasjon om velferdsteknologi. Lunner kommune tester 10 medisindispensere i hjemmetjenesten.

Strategier og planer for videre utvikling

Kommunen bør benytte teknologi med dokumentert effekt basert på erfaringer som gjøres på nasjonalt nivå og i samarbeidet med Lunner kommune.

Et eksempel på teknologi kan være bruk av sensorer som kan redusere behovet for nattevakter uten at responstiden eller kvaliteten i tilbudet til brukerne blir redusert.

Bruk av slik teknologi bør ha konkrete planer for gevinstrealisering. På den måten kan det gjøres kunnskapsbaserte beslutninger om investeringene som gjøres med forventede gevinster.

De nye sykehjemmene bør ha en planlagt bruk av velferdsteknologi som nå finnes tilgjengelig. Dersom man velger å bruke bygningene på Markatun III til et demenssenter, kan man allerede nå begynne å oppgradere tilgjengelig teknologi.

Vedlegg 1: Fremskrivning av behov og beskrivelse av fem alternativer for utbygging

1.1 Bakgrunn

Dette vedlegget gir en mer detaljert beskrivelse av fremskrivningene av behov enn det som er omtalt i planen. Vedlegget dokumenterer forutsetninger og resultater som ligger til grunn for fremskrivningen.

I vedlegget blir det også gitt en mer detaljert omtale av de fem alternativene for utbygging og vurderingen av alternativene etter ti kriterier.

1.2 Dagens tilbud

Gran kommune har i 2017 tilbud om 150 plasser på institusjon. Tabellen på neste side gir en oversikt over disse plassene fordelt på ulike kjennetegn:

Tabell 1.1 Tilbudet på institusjon i 2017 beskrevet ved plasser, årsverk, ansatte og utgifter

	Plasser/Rom	Årsverk	Ansatte	Bemanningsfaktor	Stillingsstørrelse	Regnskap 8. jan	Utgift pr plass
Institusjon i alt	150	121,6	216	0,81	56 %	93,0	0,62
Marka	65	65,1	124	1,00	53 %	46,7	0,72
- avdeling 1	20	18,3	35	0,92	52 %	13,5	0,67
- avdeling 2 (KAD 14, andre 6)	20	21,3	41	1,07	52 %	14,6	0,73
- demensavdeling	25	25,5	48	1,02	53 %	18,7	0,75
Skjervum	62	50,5	86	0,81	59 %	35,5	0,57
- avdeling 1	27	21	38	0,78	55 %	15,0	0,56
- avdeling 2	25	23,5	39	0,94	60 %	16,7	0,67
- trygghetsavdeling	10	6	9	0,60	67 %	3,8	0,38
Fellesfunksjoner (Marka og Skjervum)		18,2				-3,3	
- institusjonsleder		1,0				-20,1	
- kjøkken		10,5				9,7	
- vaskeri		2,5				7,1	
- bioingeniør, husøkonom, merkantil, sjåfør		4,2					
Bemanningsenhet (vikarpool)		6	6		100 %	3,2	
Kjøpte plasser							
- Granhøi aldershjem	20					8,2	0,41
- Villa Skår	2					2,6	1,31

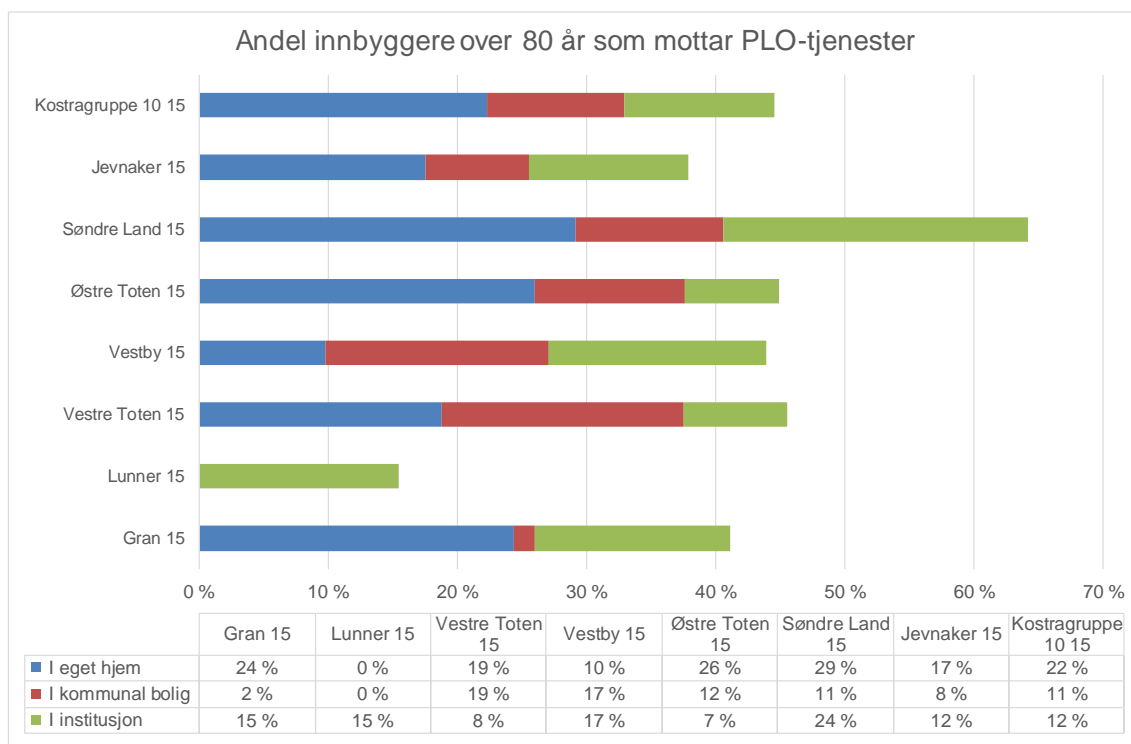
Institusjonstilbudet i Gran blir kort kommentert i det følgende, med utgangspunkt i tabellen over:

- Driften er preget av mange små stillinger med en gjennomsnittlig stillingsstørrelse på bare 55 prosent. Gran kommune har som mål å etablere en heltidskultur med en større gjennomsnittlig stillingsstørrelse (jf. avsnitt 1.2)

- Variasjonene mellom avdelingene i utgiftene for hver plass henger blant annet sammen med behovet til pasientene, muligheten til å utnytte stordriftsfordeler og bygningsmessige forhold. Utgiftene til driften av ulike plasser blir nærmere analysert i tilknytning til byggeprosjektet
- Plassene kommunen kjøper på Granhøi aldershjem har relativt lave utgifter pr. plass. Det betyr at kommunen har et døgntilbud til brukere med et noe mindre behov for bistand enn brukerne på de to sykehjemmene. Tilbudet på Granhøi bidrar til å redusere behovet for plasser på sykehjem.
- Villa Skår har relativt dyre plasser. Døgnprisen her er imidlertid lavere enn på sykehuset. Derfor har tilbudet vært brukt når det ikke er kapasitet i egne sykehjem til å ta imot pasienter som blir skrevet ut av sykehuset.

Sammenlikning med andre kommuner

I 2015 var det 41 % av eldre over 80 år som mottok pleie- og omsorgstjenester fra Gran kommunen. Figuren under viser hvor disse brukerne bor i Gran og et utvalg andre kommuner.



Figur 1.0-1 Andel personer over 80 år i 2015 med tilbud om pleie- og omsorgstjenester fordelt på eget hjem, kommunale boliger og på institusjon

I Gran var 15 % av de eldre over 80 år som bodde på sykehjem og 2 % som bodde i kommunal bolig. Sammenliknet med de andre kommunene i utvalget hadde Gran en høy andel på sykehjem og en lav andel i kommunale boliger.

1.3 To alternative ytterpunkter

Følgende to alternativer har vært utarbeidet:

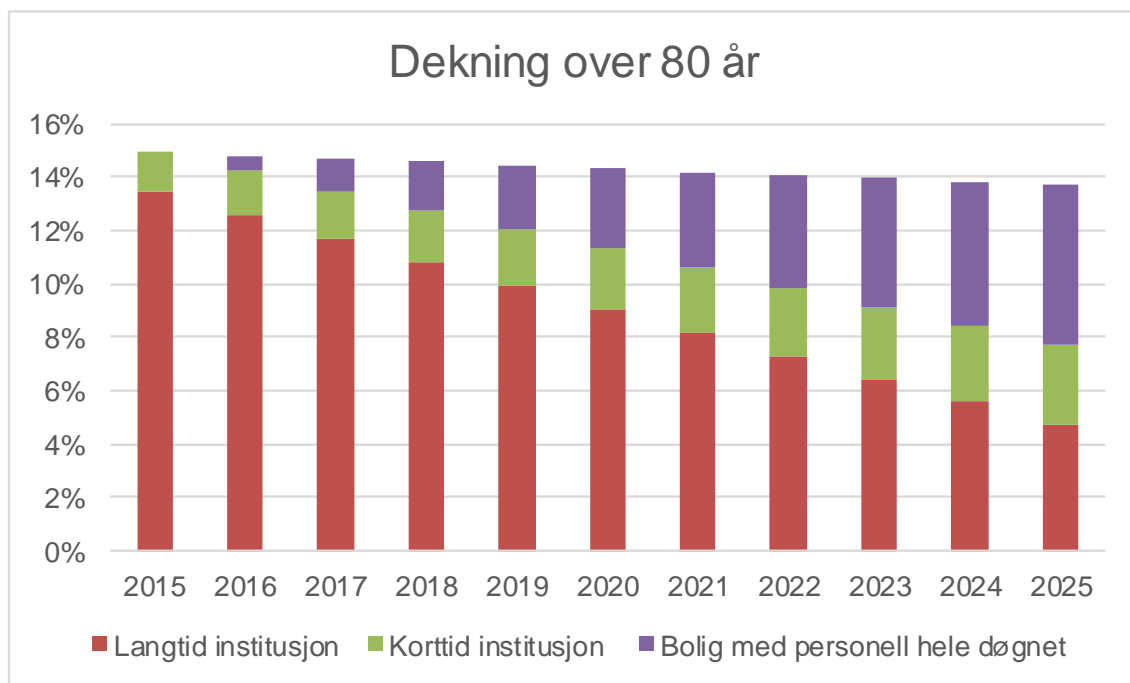
Alternativ 1: Beregningene viser effekten av flere eldre og videreføring av dagens dekning.

Alternativ 2: Beregningene illustrerer muligheten for å erstatte langtidsplasser på institusjon med bolig med døgnbemanning og konsekvensen med å øke dekningen for korttidsplasser. I dette alternativet blir den samlede dekningen redusert til et nivå som er vanlig i Sverige og Danmark.

I *alternativ 2* er det lagt til grunn en økt dekning av korttidsplasser. Både tjenestene i Gran og i andre kommuner opplever økt behov for slike plasser. Korttids plass 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 har mye å bety for pasientflyten innenfor pleie- og omsorgstjenesten, og det 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.

Dekning over ulike aldersgrupper

I 2015 var det 14,8 % av eldre over 80 år som hadde plass på institusjon. Kolonne 2015 i Figuren under viser hvordan andelen er fordelt på langtids- og korttids plasser. Gran har ikke et tilbud om boliger med heldøgns omsorg til eldre.



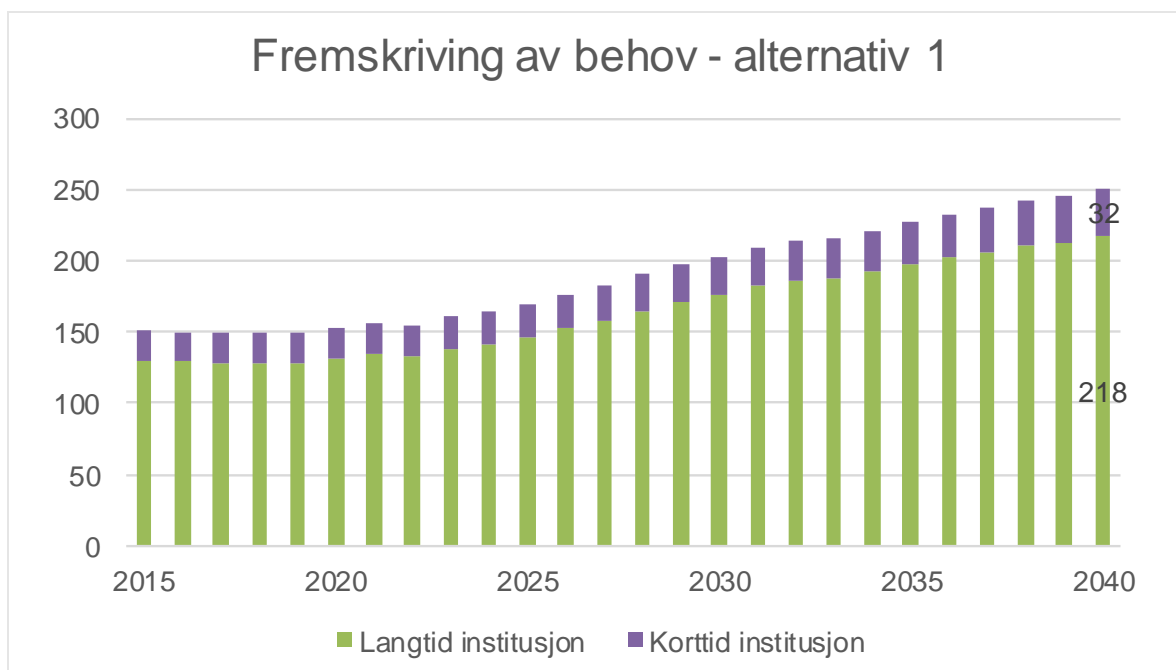
Figur 1.0-2 Andelen med ulike tilbud i alternativ 2

I alternativ 1 er det foretatt en beregning av fremtidig behov, gitt at dekningen for eldre over 80 år holdes på samme nivå helt frem til 2040. I alternativ 2 er det lagt til grunn gradvise endringer i perioden fra 2015 til 2025, slik figuren over viser. Dekningen for de ulike tilbudene er så videreført på samme nivå i perioden fra 2025 til 2040.

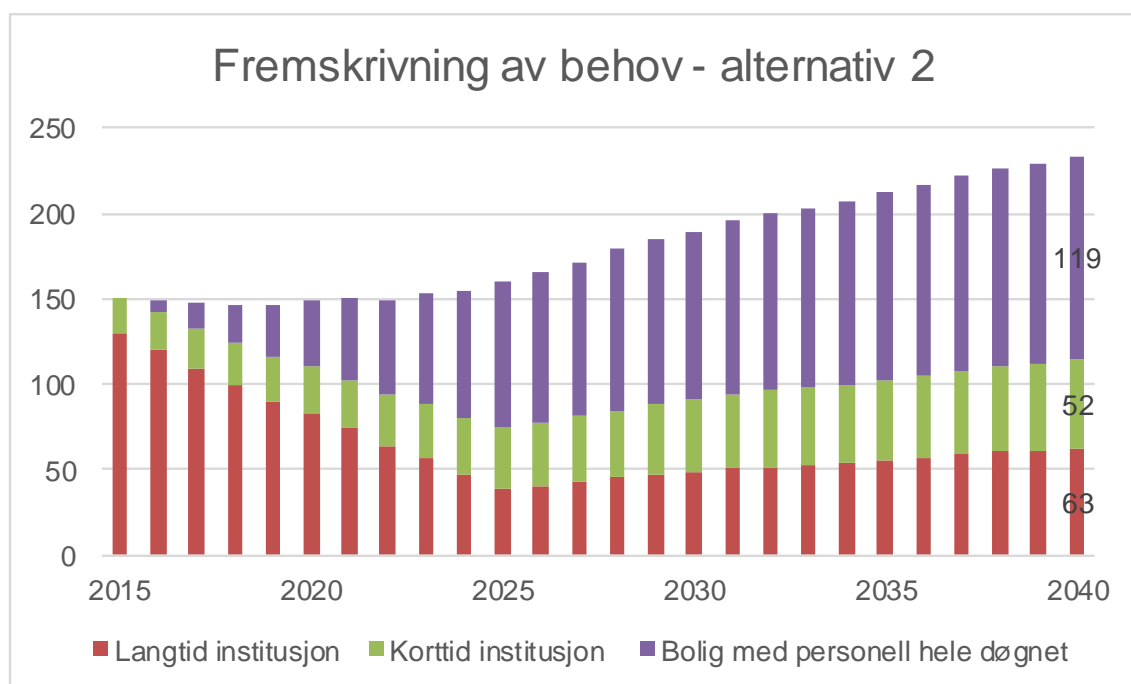
For gruppen under 80 er det lagt til grunn en videreføring av den samlede dekningen på dagens nivå. Dette er gjort i begge alternativene. Trendene på nasjonalt nivå tilsier at det ikke er realistisk med en reduksjon av dekningen for denne aldersgruppen.

Resultater av fremskrivningen

Figuren på neste side viser resultatet av beregningene i de to alternativene.



Figur 1.0-3. Fremskrivning av behov for antall plasser fordelt på ulike tilbud. Alternativ 1



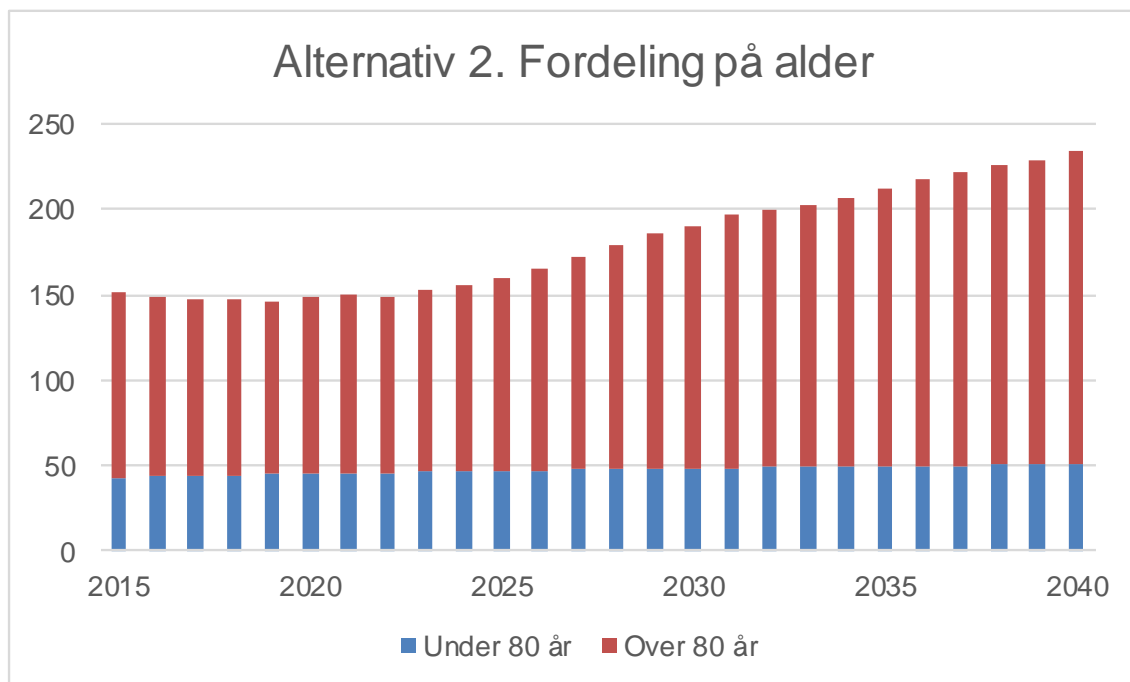
Figur 1.0-4 Fremskrivning av behov for antall plasser fordelt på ulike tilbud. Alternativ 2

I alternativ 1 er det i 2040 beregnet et behov for 100 flere plasser enn i dag. I 2040 er det beregnet et behov for 16 færre plasser enn i alternativet med videreføring av dagens dekning. Beregningene illustrerer effekten av at det er behov for flere korttidsplasser, og at en del av langtidsplassene kan erstattes med boliger med døgnbemanning.

Fordeling på alder

I 2015 ble knapt en tredjedel av plassene brukt av personer under 80 år. Korttidsplassene blir vanligvis i større grad brukt av yngre personer enn langtidsplassene. Figuren under viser hvordan

fordelingen er på alder i de to aldersgruppene i alternativ 2. Fordelingen på de to aldersgruppene er omtrent den samme i alternativ 1.



Figur 1.0-5 Fremskrivning av behov for antall plasser fordelt på ulike tilbud. Alternativ 2

Resultatet viser altså at antall plasser til personer under 80 år er omtrent uendret gjennom hele perioden. Det er behovet for plasser til personer over 80 år som øker, og da særlig på 2020-tallet. Utviklingen i behov for plasser gjenspeiler den demografiske utviklingen for de to aldersgruppene.

1.4 Fem alternativer for utbygging

I forrige avsnitt ble det lagt fram to alternativene ytterpunktene for utviklingen i behovet for plasser frem til 2040. Disse to alternativene er ment som referanser for de faktiske planene for utbygging som blir beskrevet i det følgende. Det er utarbeidet fem alternativer for fremtidig utbygging av sykehjem og boliger for eldre:

1. All døgnomsorg i nybygg på Skjervum
2. All døgnomsorg i Gran sentrum
3. Døgnomsorg på to steder – Skjervum/ Marka
4. Døgnomsorg på to steder – Sentrum/ Marka i kommunal regi
5. Døgnomsorg på to steder – Sentrum/ Marka i kommunal og privat regi

Alternativene belyser ulik lokalisering, om det skal utvikles tilbud etter eller to steder i kommunen, om det skal bygges nytt eller om man skal utnytte eksisterende boligmasse og i hvilken grad det skal bygges i privat regi.

Alternativene blir nærmere beskrevet i det følgende.

Hovedgrep – bygging av boliger med heldøgns omsorg

I dag har kommunen 150 plasser på institusjon. Et hovedgrep med byggingen som nå skal gjøres er å etablere trinnet som mangler i omsorgstrappen, nemlig boliger med heldøgns omsorg.

I første omgang erstattes 60 av de 150 plassene på institusjon med omsorgsboliger. Det betyr at pasientene i de 90 gjenværende sykehjemsplassene vil være noe skrøpeligere enn dagens pasienter, og de vil også ha behov for noe mer bistand.

Til gjengjeld vil beboerne i omsorgsboligene jevnt over være mindre skrøpelige enn gjennomsnittet av dagens pasienter på sykehjem. Det vil derfor være forsvarlig med en noe lavere bemanning i boligene enn det er på dagens sykehjem. De samlede utgiftene vil med en slik tilnærming kunne ligge like høyt eller noe lavere enn dagens nivå.

Videre er det lagt til grunn at behovet som følger av flere eldre frem mot 2040 i hovedsak skal dekkes ved å bygge flere omsorgsboliger. Det betyr at en økt andel av de eldre vil få tilbud i boliger og en redusert andel på institusjon. Andre kommuner har vist at en slik vridning er mulig. Det er skissert et mulig forløp for hvordan denne vridningen skal skje. Man trenger ikke å ta stilling til hva som skal bygges før det er nødvendig. Det betyr at man kan bygge på erfaringen man får med de første omsorgsboligene som bygges. Samtidig tar byggeprosesser flere år, og det er viktig å være i forkant.

Felles forutsetninger for de fem alternativene

Behovet for antall plasser på sykehjem og i boliger er avhengig av den demografiske utviklingen. Først midt på 2020-tallet er det behov for flere plasser. Tabellen under viser fordelingen på ulike plasser brukt i de fem alternativene.

Tabell 1.2: Samlet antall plasser i 2020, 2030 og 2040 fordelt på ulike type plasser brukt i de fem alternativene.

Boform	2020	2030	2040
Sykehjem (korttid, langtid, skjermet mv)	90	110	110
Boliger med mulighet for fellesareal og personalbase – kommunale eller privat regi	60	90	140
Beregnet behov for plasser i 2020 basert på dekningsgraden i 2017	150	200	250

Forutsetningene vist i tabellen på forrige side blir nærmere beskrevet i det følgende:

- Det er beregnet et behov for 150 plasser i 2020 (som i dag), 200 plasser i 2030 og 250 plasser i 2040. Beregnet behov bygger på dagens dekningsgrader
- Beregningen viser hvor mange plasser Gran selv trenger. Et eventuelt samarbeid med Lunner og/eller Sykehuset innlandet vil kunne øke behovet for plasser som bygges i 2020.
- Kommunen starter nå byggingen av 90 sykehjemsplasser med muligheter for fleksibel bruk. Beslutningen om fordelingen på ulike type plasser blir tatt når bygget står ferdig. En mulig fordeling kan da være: 45 langtidsplasser, 20 korttidsplasser og 25 skjermede demensplasser
- Flere korttidsplasser gjør at flere personer med et midlertidig behov for bistand vil kunne bo lengre i egne hjem. Det er sannsynlig at det i 2020 er behov for flere korttidsplasser enn i dag.
- I 2020 bygges det 60 boliger med mulighet for fellesarealer og personalbase. Disse boligene reduserer behovet for langtidsplasser på sykehjem. Slike boliger kan bygges både i kommunal og privat regi. Mesteparten av veksten dekkes i perioden med bygging av slike boliger.
- Gran kommunen kjøper i dag 21 plasser på aldershjem (Granhøi). Plassene er definert som institusjon i dag, selv om bemanningen er på linje med det som finnes i omsorgsboliger. Også i fremtiden kan kommunen kjøpe plasser på institusjon eller i boliger som er privat drevet.
- Gran har egne trygghetsplasser, som blant annet bidrar til avlastning av pårørende. Det kan vurderes å etablere disse plassene i boligene.
- Det bør etableres tilbud med ulikt omfang av bistand tilpasset brukernes behov. Etableringen av en mer differensiert boligtrapp vil kunne bidra til reduserte utgifter. Resultatet vil være en rasjonell utnyttelse av kommunale ressurser og at utgiftene kan holdes innen forsvarlige økonomiske rammer.
- En kartlegging av krav til gode boliger til eldre («plusskonsepter») vil kunne sikre utbygging i tråd med innbyggernes ønsker. Kartleggingen vil kunne være et godt grunnlag for dialog med private interessenter. En mulighet kan være å bygge egnede boliger som beboerne selv eier, men hvor det er kommunen som står for driften
- Antall personer med demens øker i Gran. Det er lagt til grunn bygging av flere slike plasser i 2030
- Fordelingen av plasser i 2030 og 2040 er foreløpig. Det kan foretas en ny vurdering av behovet på 2020-tallet, basert på erfaringene man da har.

Fem alternativer

Som neste steg i analysen er det foretatt en geografisk plassering av plassene i 2020, 2030 og 2040. Alternativ 5 illustrerer muligheten for noe større utbygging i privat regi enn de fire øvrige alternativene. De tre neste tabellene viser den geografiske fordelingen for disse årene.

Tabell 1.3: Fordeling av plasser i 2020 i fem alternativer

Boform	All døgnomsorg i nybygg på Skjervum (alternativ 1)	All døgnomsorg i Gran sentrum (alternativ 2)	Døgnomsorg på to steder - Skjervum/Marka (alternativ 3)	Døgnomsorg på to steder - Sentrum/Marka i kommunal regi (alternativ 4)	Døgnomsorg på to steder - Sentrum/Marka i kommunal og privat regi (alternativ 5)
Sykehjem - langtid	45	45	45 (Skjervum)	45 (Sentrum)	45 (Sentrum)
Sykehjem – korttid (IMA)	20	20	20 (Skjervum)	20 (Sentrum)	20 (Sentrum)
Sykehjem - skjermet demens	25	25	25 (Marka)	25 (Marka)	25 (Marka)
Boliger med mulighet for fellesareal og personalbase - kommunale	50	50	50 (Skjervum/Marka)	50 (Sentrum/Marka)	18 (Sentrum/Marka)
Boliger med mulighet for fellesareal og personalbase - private	10 Gran kommune	10 Gran kommune	10 Gran kommune	10 Gran kommune	42 Gran kommune
Beregnet behov for plasser i 2020 basert på dekningsgraden i 2017	150	150	150	150	150

Tabell 1.4: Fordeling av plasser i 2030 i fem alternativer

Boform	All døgnomsorg i nybygg på Skjervum (alternativ 1)	All døgnomsorg i Gran sentrum (alternativ 2)	Døgnomsorg på to steder - Skjervum/Marka (alternativ 3)	Døgnomsorg på to steder - Sentrum/Marka i kommunal regi (alternativ 4)	Døgnomsorg på to steder - Sentrum/Marka i kommunal og privat regi (alternativ 5)
Sykehjem – langtid	45	45	45 (Skjervum)	45 (Sentrum)	45 (Sentrum)
Sykehjem – korttid (IMA)	30	30	30 (Skjervum)	30 (Sentrum)	30 (Sentrum)
Sykehjem - skjermet demens	35	35	35 (Marka)	35 (Marka)	35 (Marka)
Boliger med mulighet for fellesareal og personalbase - kommunale	65	65	65 (Skjervum/Marka)	65 (Sentrum/Marka)	18 (Sentrum/Marka)
Boliger med mulighet for fellesareal og personalbase - private	25 Gran kommune	25 Gran kommune	25 Gran kommune	25 Gran kommune	72 Gran kommune
Beregnet behov for plasser i 2030 basert på dekningsgraden i 2017	200	200	200	200	200

Tabell 1.5: Fordeling av plasser i 2040 i fem alternativer

Boform	All døgnomsorg i nybygg på Skjervum (alternativ 1)	All døgnomsorg i Gran sentrum (alternativ 2)	Døgnomsorg på to steder - Skjervum/Marka (alternativ 3)	Døgnomsorg på to steder - Sentrum/Marka i kommunal regi (alternativ 4)	Døgnomsorg på to steder - Sentrum/Marka i kommunal og privat regi (alternativ 5)
Sykehjem – langtid	45	45	45 (Skjervum)	45 (Sentrum)	45 (Sentrum)
Sykehjem – korttid (IMA)	30	30	30 (Skjervum)	30 (Sentrum)	30 (Sentrum)
Sykehjem - skjermet demens	35	35	35 (Marka)	35 (Marka)	35 (Marka)
Boliger med mulighet for fellesareal og personalbase - kommunale	65	65	65 (Skjervum/Marka)	65 (Sentrum/Marka)	18 (Sentrum/Marka)
Boliger med mulighet for fellesareal og personalbase - private	25 Gran kommune	25 Gran kommune	25 Gran kommune	25 Gran kommune	72 Gran kommune
Beregnet behov for plasser i 2030 basert på dekningsgraden i 2017	200	200	200	200	200

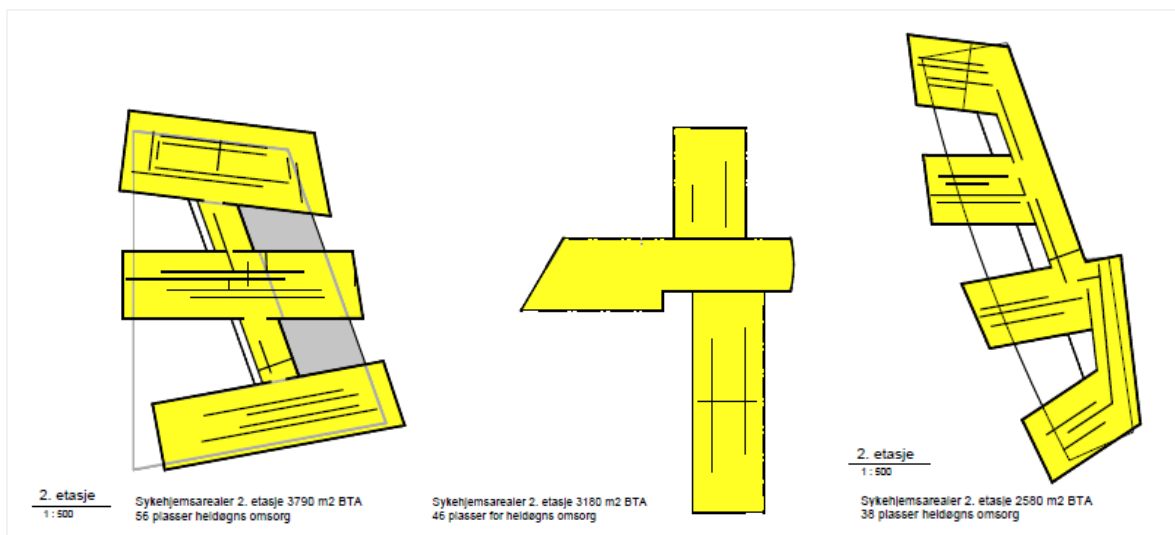
1.5 Litt om kostnader

I saksfremlegget til byggeprosjektet som er planlagt lagt frem senere våren 2017, vil det blir lagt frem detaljerte analyser av kostnadene for ulike alternativer for utbygging. I det følgende vil de mest sentrale analysene bli beskrevet.

Bemanningsutgifter for ulike bygg

Andelen som bemanningsutgifter utgjør av de totale driftsutgiftene utgjør mellom 80 til 90 % av utgiftene ved en sykehjemsplass. Utformingen av byggene har betydning for hvor effektivt driften kan legges opp. Det er foretatt en analyse av årlige driftsutgifter for tre typer bygg:

- *H-modell* kan plasseres på tomtene på Sagatangen, Hovslia og Marka
- *E-modell (omvendt)* er bare benyttet på Lidskjalv
- *Halv T-modell* er bare benyttet på Skjervum



Resultatene av beregningene er vist i tabellen under.

Tabell 1.6 Beregnede årlige utgifter og andre nøkkeltall for fire alternativer

<i>Estimat 90 sykehjemsplasser og 60 omsorgsboliger</i>	<i>Sagatangen 150 plasser</i>	<i>Hovslia 150 plasser</i>	<i>Lidskjøl 150 plasser</i>	<i>Skjervum 150 plasser</i>
Totalkostnad bemanning inkl. ledelse (mill kr)	83,6	83,6	89,0	89,1
Bemanningskostnad pr. seng (mill kr)	0,56	0,6	0,59	0,59
Antall årsverk inkl. ledelse	115,6	115,6	122,9	123,1
Pleiefaktor u/ledelse	0,73	0,73	0,78	0,78
Antall årsverk nattevakter	13,3	13,3	19,3	19,3
Antall årsverk ledelse	5,5	5,5	6,0	6,0

Driftsutgiftene er anslått til å bli 5,5 millioner kroner lavere på Sagatangen og Hovslia enn på Skjervum, jf. tabellen over. Utgiftene på Lidskjøl er beregnet til å bli lavere enn på Skjervum, men høyere enn de to andre alternativene i sentrum. Forskjellen mellom alternativene er særlig knyttet til hvor godt man får utnyttet nattevaktene i de ulike byggene.

Stordriftsfordeler

Ved sykehjem er det de totale ressursene knyttet til natt og tilgang til sykepleiekompetanse på kveld, natt og helg som fører til at mindre sykehjem og turnusgrupper/bemanningsgrupper er dyrere å drifte enn større. Samtidig er det knyttet noen flere valgmuligheter til større grupper. En turnusgruppe oppnår stordriftsfordeler når den er over en størrelse på 13–14 årsverk. Det vil være mulig å ta ut ytterligere gevinster opp til et nivå på 20 årsverk, men effekten er lavere om turnusgruppen er under grensen på 13–14 årsverk. Når turnusgruppen kommer opp i et nivå mot 20 årsverk, er det i langt større grad driftsnøytralitet knyttet til videre økning.

I forprosjektet til byggeprosjektet er det gjort analyser som viser at de nye byggene i alle alternativene med H-modell vil gi god utnyttelse av stordriftsfordeler for den ordinære driften.

Analysene viser også at all døgndrift som samles på et sted bidrar til mer effektiv drift av kjøkken, vaskeri og støttetjenester enn dersom driften skjer på to steder. Man kan også få en mer hensiktsmessig bruk av bemanning på tvers om driften bare skjer på et sted. Utnyttelsen av stordriftsfordelene skjer altså i noe større grad i alternativ 1 og 2 enn de øvrige alternativene.

Bemanningen for 25 heldøgnplasser i boliger

Kostnadsbesparelsen for Gran kommune ved å etablere flere boliger med heldøgns bemanning som erstatning for flere sykehjemsplasser, er betydelig. Dette skyldes betydelig lavere enhetskostnader for slike heldøgns tilbud enn for dagens sykehjemsplasser. I en bolig med bemanning bor brukeren pr. definisjon hjemme i egen bolig, betaler husleie og alle vanlige utgifter, og pårørende stiller ofte opp i en langt større grad enn hva som er tilfelle derom de nærmeste bor på institusjon. Forskjellen på enhetskostnadene kan være flere hundre tusen kroner for hver plass.

Det er viktig at grunnbemanningen i disse boligene ikke er for høy, men at man kan bemanne opp/ned i perioder ettersom hva behovet tilsier. Bemanningen i boligene sees fleksibelt i sammenheng med ambulante hjemmetjenester eller annen bemanning på omsorgssenteret.

Tabellen under viser resultatet av beregninger for tre ulike bemanningsløsninger for 25 boliger.

Tabell 1.7 Nøkkeltall for tre ulike bemanningsløsninger for 25 omsorgsboliger med døgnbemanning

Indikator	Mini	Medium	Maks
Antall plasser	25	25	25
Årsverk pleie	14,53	17,33	18,30
Pleiefaktor	0,58	0,69	0,73
Bemanningsfaktor	0,64	0,77	0,82
Natt - antall pr natt	0,5	1,0	1,5
Lederårsverk	0,5	0,5	1
Renhold - årsverk inkl. i husleie	1	1,3	1,3
Totalkostnad inkl. ledelse - brutto	10 167 662	12 879 324	13 974 986
Kostnad per plass - brutto	406 706	515 173	558 999

Tabellen over viser at utgiftene i disse tre ulike bemanningsalternativene kan variere fra kr 407 000 pr. plass til kr 559 000 pr. plass. Forskjellene er basert på ulike bemanningsløsninger både på dag, kveld og natt. Med en riktig organisering av dette tilbudet inn under hjemmebasert omsorg, vil denne bemanningen kunne økes og reduseres ved ulikt behov hos brukerne i boligene, og det vil kunne sees i sammenheng med den totale ressursinnsatsen i hjemmetjenesten.

1.6 Fem alternativer vurdert etter ti kriterier

De fem alternativene blir vurdert etter ti kriterier, som blir omtalt i det følgende.

1. Sykehjem – egnede lokaler

Alle alternativene innebærer betydelige kommunale investeringer. Det er lagt til grunn at investeringene i alle alternativene vil gi tidsmessige egnede lokaler for driften av de ulike plassene som er planlagt.

2. Tilbudet til personer med demens

De tre siste alternativene omfatter etableringen av et demenssenter på Marka. Senteret innebærer en utnyttelse av eksisterende bygningsmasse, som er godt egnet for personer med demens. Senteret kan omfatte ulike tilbud som sykehjem og dagsenter. Kompetansen om demens på senteret vil også kunne være til nytte for helse- og omsorgstjenestene også andre steder i kommunen. Senter for demens på Marka vil kunne styrke tilbudet til en gruppe som vokser. Et sterkt fagmiljø kan bidra til rekruttering av dyktige fagpersoner.

Det er lagt til grunn at de tre alternativene med et demenssenter vil gi et bedre tilbud til personer med demens enn de to andre alternativene.

3. Egnede kommunale boliger

I alle alternativene er det lagt til grunn bygging av sykehjem og kommunale omsorgsboliger på samme sted i kommunen. Da vil samme bygg kunne omfatte både sykehjem og omsorgsboliger. Det vil gi en rasjonell utnyttelse av bygningsmassen, og det vil gi muligheten for en rasjonell drift av de to funksjonene.

Beboerne i de kommunale boligene vil jevnt over ha et bedre funksjonsnivå enn pasientene på sykehjemmet. For disse beboerne vil det være viktig å kunne delta på sosiale arenaer og andre aktiviteter utenfor boligen.

For boligene på Skjervum vil det være begrensede muligheter for deltakelse i lokalsamfunnet. Mulighetene for slik deltakelse vil være langt bedre i Gran sentrum.

4. Egnede private boliger

En vellykket utbygging av gode seniorboliger i privat regi vil redusere behovet for kommunale boliger. Som tidligere nevnt illustrerer «*alternativ 5*» muligheten for noe større utbygging i privat regi enn de fire øvrige alternativene.

5. Tilgjengelighet

Lokaliseringen av sykehjem og omsorgsboliger vil ha betydning for reiseveien for pårørende. Kort reisevei vil gjøre det lettere å gjennomføre besøk, som også vil kunne ha betydning for hvor mange besøk som blir gjennomført. En kartlegging av reiseveien for alle besøkende vil kreve en relativt omfattende innhenting av data. I vår forenklede analyse har vi lagt til grunn at døgnomsorg to steder vil gi kortere samlet reisevei for pårørende enn dersom døgnomsorgen er lagt til ett sted. Det er altså lengst reisevei for pårørende i alternativ 1 og 2.

6. Kompetanse og fagmiljø

I de siste årene har det blitt høyere krav til å rekruttere ansatte med variert og høy kompetanse. Når antall eldre øker, blir det behov for flere ansatte med høy kompetanse i de aller fleste kommuner og i spesialisthelsetjenesten. For å kunne tilby gode tjenester, vil det være viktig for Gran kommune å lykkes i konkurransen med andre arbeidsgivere om de gode fagfolkene. En rekke forhold vil være av betydning for om Gran lykkes i denne konkurransen. Til en viss grad vil lokalisering av tilbudet være av betydning. På et noe usikkert grunnlag har vi lagt til grunn at det vil være noe lettere å rekruttere fagfolk til sentrum enn til de øvrige steder i kommunen. Begrunnelsen er at sentrum har et bedre utbygd tilbud av kollektiv transport. Videre kan man kanskje anta at en slik lokalisering kunne bety flere søkere til stillinger som følge av en kortere reisevei for ansatte. Denne antakelsen vil man kunne få verifisert dersom man har informasjon om hvor søkere til ledige stillinger er bosatt.

7. Samarbeid med Lunner kommune og Sykehuset Innlandet

Gran kommune og Lunner kommune har ved ulike anledninger vurdert et samarbeid om en forsterket sykehjemsavdeling og KAD-plasser. For Lunner kommune er et slikt samarbeid avhengig av at tilbudet blir gitt i Gran sentrum og ikke andre steder i kommunen, gitt at Gran skal være vertskommune.

Gran kommune har også vært vurdert et samarbeid med Sykehuset Innlandet om et bredt tilbud av desentraliserte spesialisthelsetjenester. Sykehuset Innlandet har ikke lagt føringer på hvor i kommunen samarbeidet skjer. Det har derimot blitt gitt signaler om at Sykehuset Innlandet gjerne vil ha et felles samarbeid med både med Gran og Lunner om slike plasser. Føringer fra Lunner om at de bare vil samarbeide i Gran sentrum kan altså også få betydning for samarbeidet med Sykehuset innlandet.

8. Årlige bemanningsutgifter

Bemanningsutgiftene for de ulike alternativene henger sammen med både mulighetene for å utnytte stordriftsfordeler og hvor godt egnet byggene er for gode bemanningsløsninger. Disse forholdene er nærmere belyst i avsnitt 2.5 i vedlegg 2. Analysen viser at bygningsmassen på Skjervum har en utforming som gir de høyeste årlige driftsutgiftene. H-modellen bygd på Sagatangen eller Hovslia gir de laveste årlige bemanningsutgiftene.

Marka et bygget for mennesker med demens, og har lokaler som gir en mer bemanningseffektiv drift enn hvis tjenestene til denne gruppen blir gitt i et nytt bygg på Skjervum.

9. Byggekostnader

Tomter i sentrum er dyrest. På den annen side krever Skjervum-alternativet etablering av midlertidige løsninger som bidrar til å øke kostnadene. Det skal også utredes om det skal bygges ny vei på Skjervum

Det er beregnet at bygging av 90 plasser vil gi samlede kostnader på 310 mill. kr. Investeringstilskuddet og momskompensasjonen utgjør i alt 130 mill. kr., slik at kommunens faktiske kostnader blir på 180 mill. kr. Hver plass koster altså kommunen rundt 2 mill. kr.

Alternativ 3, 4 og 5 innebærer at kommunen fortsatt bruker bygningsmassen på Marka. Utnyttelsen av disse plassene innebærer at det resterende behovet for etablering av nye sykehjemsplasser reduseres fra 90 til 65. Grovt regnet fører reduksjonen på 25 plasser til at kommunens utgifter til investeringer blir redusert med knapt 50 millioner kroner. Besparelsene vil imidlertid bli noe mindre fordi det vil påløpe noen utgifter til tilrettelegging av fellesarealer og arealer til støttefunksjoner. Utbyggingen av alternativene 3, 4 og 5 har altså de laveste byggekostnadene.

Husbanken gir et eget tilskudd til dagsenter for personer med demens. Tilskuddet utgjør opp til 55 % av investeringen, noe som gjør det lettere å etablere et godt tilbud for denne gruppen i de nye byggene. Arealene på dagsenteret vil også kunne brukes som fellesarealer som for eksempel kan brukes til en kafé.

10. Utbyggingsmuligheter

Bygging to steder gir større kapasitet for fremtidig utbygging enn bygging ett sted.

Det er potensiale for videre utbygging på alle de tre stedene (Marka, Skjervum og Sentrum). Beslutning om hvor det skal bygges kan tas på 2020-tallet når behovet for plasser øker som følge av at det blir flere eldre.

Oppsummering

Oppsummeringen av analysen, som er beskrevet i dette vedlegget, er gjort ved bruk av fargekoder. Dette gir et forenklet bilde av hvordan de fem alternativene kommer ut for de ti kriteriene.

Betydningen av fargekodene er som følger:

- Grønt betyr at alternativet i stor grad oppfyller kravet til god løsning
- Gult betyr at alternativet kun delvis oppfyller kravet til god løsning
- Rødt betyr at alternativet i liten grad oppfyller kravet til god løsning

Tabell 1.8 Oppsummering av hvordan fem alternativer skårer på ti kriterier'

Boform	All døgnomsorg i nybygg på Skjervum (alternativ 1)	All døgnomsorg i Gran sentrum (alternativ 2)	Døgnomsorg på to steder - Skjervum/ Marka (alternativ 3)	Døgnomsorg på to steder - Sentrum/ Marka i kommunal regi (alternativ 4)	Døgnomsorg på to steder - Sentrum/ Marka i kommunal og privat regi (alternativ 5)
Brukere – sykehjem	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt
Personer med demens	Gult	Gult	Grønt	Grønt	Grønt
Egnede kommunale boliger	Rødt	Grønt	Rødt	Grønt	Grønt
Egnede private boliger	Gult	Gult	Gult	Gult	Grønt
Tilgjengelighet	Gult	Gult	Grønt	Grønt	Grønt
Kompetanse og fagmiljø	Gult	Grønt	Gult	Grønt	Grønt
Samarbeid Lunner og Sykehuset innlandet	Rødt	Grønt	Rødt	Grønt	Grønt
Årlige bemanningsutgifter	Rødt	Grønt	Gult	Gult	Gult
Byggekostnader	Rødt	Rødt	Grønt	Grønt	Grønt
Utbyggingsmuligheter	Gult	Gult	Grønt	Grønt	Grønt

Fargekodene i tabellen på forrige side illustrerer følgende hovedpoenger:

- *Alternativ 1:* Bygging av all døgnomsorg på Skjervum vil gi lokaler som er godt egnet for driften og som gir god utnyttelse av stordriftsfordeler. De største svakhetene med dette alternativet er at det er begrensede muligheter for beboerne i omsorgsboligene å ha kontakt med lokalsamfunnet, og at lokaliseringen ikke gir mulighet for samarbeid med Lunner om en forsterket sykehjemsavdeling. Alternativet har høye årlige bemanningsutgifter og høye byggekostnader.
- *Alternativ 2:* Bygging av all døgnomsorg på Skjervum vil også gi lokaler som er godt egnet for driften og som gir god utnyttelse av stordriftsfordeler. Andre styrker er at det gir er gode muligheter for beboerne i omsorgsboligene å ha kontakt med lokalsamfunnet og at det åpner for samarbeid med Lunner om en forsterket sykehjemsavdeling. Alternativet har lave årlige bemanningsutgifter og høye byggekostnader.
- *Alternativ 3:* Etablering av et demenssenter på Marka vil kunne gi et bedre tilbud til personer med demens sammenliknet med de to første alternativene. Dessuten innebærer alternativet en god utnyttelse av eksisterende bygningsmasse. Satsing på to steder vil gi noe kortere reisevei for pårørende enn i de to første alternativene. De største svakhetene med dette alternativet er imidlertid at det er begrensede muligheter for beboerne i omsorgsboligene å ha kontakt med lokalsamfunnet og at lokaliseringen ikke gir mulighet for samarbeid med Lunner om en forsterket sykehjemsavdeling. Alternativet har lave årlige bemanningsutgifter og lave byggekostnader.
- *Alternativ 4:* Etablering av et demenssenter på Marka vil kunne gi et bedre tilbud til personer med demens sammenliknet med de to første alternativene. Dessuten innebærer alternativet en god utnyttelse av eksisterende bygningsmasse. Andre styrker er at det gir er gode muligheter for beboerne i omsorgsboligene å ha kontakt med lokalsamfunnet, at det åpner for samarbeid med Lunner om en forsterket sykehjemsavdeling og at det kanskje er lettest å rekruttere ansatte til sentrum enn andre steder i kommunen. En svakhet er at alternativet ikke gir full utnyttelse av stordriftsfordeler. Alternativet har lave årlige bemanningsutgifter og lave byggekostnader.
- *Alternativ 5:* Dette alternativet har mange av de samme egenskapene som alternativ 4. Alternativ 5 viser en noe større utbygging i privat regi enn de fire øvrige alternativene, noe som vil kunne bidra til å redusere behovet for kommunale boliger. Alternativet har lave årlige bemanningsutgifter og lave byggekostnader.

Samlet vurdering og anbefaling

De fem alternativene viser ulike baner helt frem til 2040. I første omgang er det viktig å fatte beslutning om valg av tomt for bygging av sykehjem og omsorgsboliger.

Best skår på de ti kriteriene er alternativet med etablering av et demenssenter på Marka og utbygging av øvrig døgnomsorg i sentrum. Det anbefales derfor å velge sentrum og Marka som stedene man vil satse på i den videre utvikling av døgntilbudet. Utredningen som foretas i byggeprosjektet vil gi grunnlag for hvilken av tomtene i sentrum som det er mest fornuftig å satse på.

I 2017 er det gjort endringer i ordningen med investeringstilskudd fra Husbanken til sykehjem og omsorgsboliger. Fra 2021 vil det være krav om netto tilvekst for å få tildelt tilskudd. Denne ordningen skal gradvis innføres i 2017, 2018, 2019 og 2020. Om lag 20 prosent av tilsagnsrammen i 2017 skal forbeholdes plasser som gir netto tilvekst. Denne andelen skal økes til henholdsvis 40, 60 og 80 % de neste årene.

Ordningen blir altså gradvis svekket. En beslutning om valg av tomt i Gran kan bidra til at Gran kommune kan søke tilskudd før ordningen blir ytterligere svekket. En rask beslutning vil altså kunne gi et større tilskudd fra Husbanken til kommunen.

Banene som skissert frem til 2040 er basert på dagens kunnskap og erfaring. På sikt kan det selvfølgelig gjøres justeringer på erfaringene som blir gjort.

Vedlegg 2: Fordelingen av regnskapet på tre brukergrupper

Fordeling av utgifter på tre brukergrupper

I analysen for kommunene er kommuneregnskapet for 2016 delt mellom tre brukergrupper som er avgrenset følgende:

- *Personer med nedsatt funksjonsevne:* Begrepet er brukt om mennesker som faller inn under det medisinske uttrykket «psykisk utviklingshemmet». Gruppen omfatter også autister, mennesker med Asperger syndrom, multip psykisk utviklingshemming/utviklingsforstyrrelse og mennesker med lignende behov for langvarige og koordinerte tjenester. Medregnes skal også brukere med ervervet funksjonshemming som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Brukerne skal være mellom 0 og 67 år. Et unntak er brukere med nedsatt funksjonsevne over 67 år som bor i et bofellesskap med tilsvarende tjenester som brukere under 67 år. Brukere på sykehjem er registrert under kategorien eldre mv.
- *Personer med psykiske problemer og rusproblemer:* Denne gruppen omfatter brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester innen psykisk helse/rus. Det vil ofte være stilt en diagnose, men ikke alltid. De fleste brukere i denne gruppen har sammensatte problemstillinger, med det kjennetegn at psykiske problemstillinger og rus er primæruutfordringen.
- *Eldre mv.:* Den siste kategorien omfatter personer som ikke faller inn under de to andre kategoriene. De fleste vil være eldre. Brukerne kan imidlertid være i alle aldre.

Oppdelingen av regnskapet for 2016 er gjort skjønnsmessig av personer med god kjennskap til tjenestene, under veiledning av Agenda Kaupang. Fordelingen omfatter de fire KOSTRA-funksjonene innenfor pleie- og omsorg. Agenda Kaupang har tidligere gode erfaringer med å bruke metoden for fordeling av utgiftene i rundt 30 kommuner.

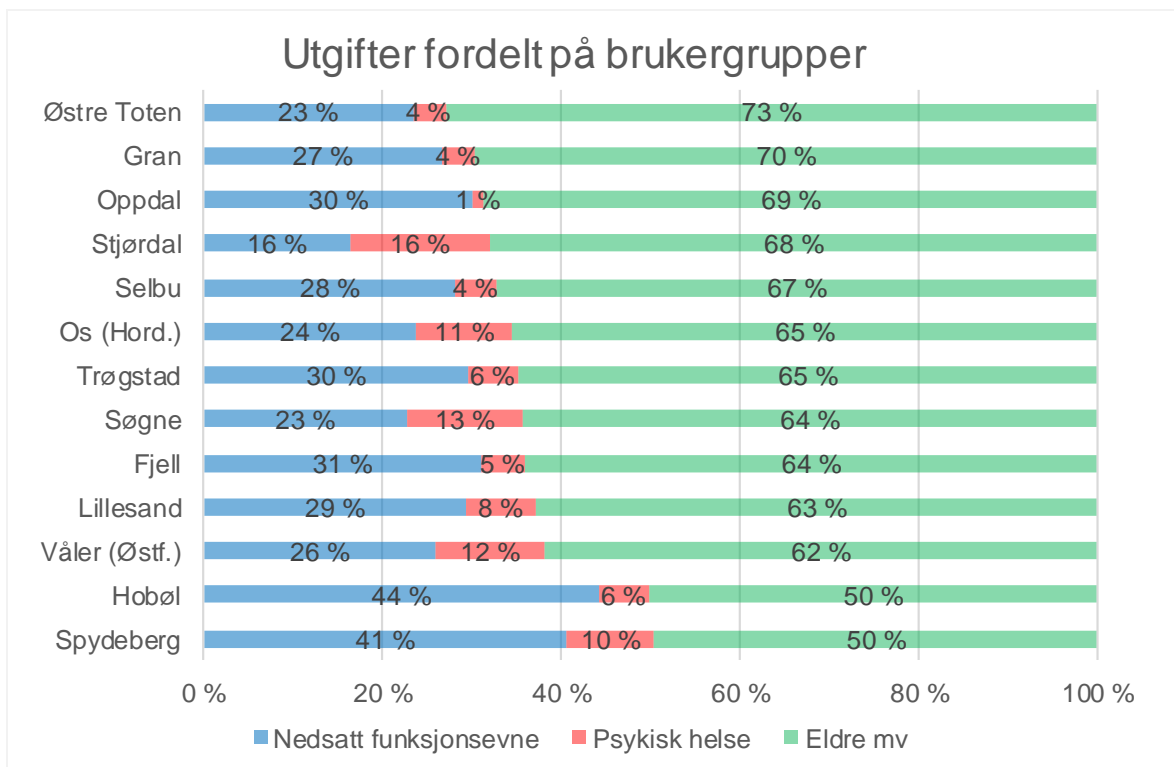
En av de tre brukergruppene er personer med rusproblemer og psykiske problemer. Kravene til rapporteringen i KOSTRA er felles for alle kommuner og uavhengig av hvordan kommunen har organisert tjenestene. I Gran kommune er psykisk helse organisert under «barn og unge». Strategiplanen omfatter bare tjenester som er organisert under «helse og omsorg». Psykisk helse er altså ikke en del av planen, selv om brukergruppen er inkludert i regnskapsanalysen.

I første runde sendte Gran kommunen et detaljert regnskap for hele kommunen med informasjon fra regnskapet 2016. Regnskapet ble så tilrettelagt av Agenda Kaupang på et mer aggregert nivå. Gran har så fordelt regnskapet på de tre brukergruppene. Innenfor hver gruppe er det også foretatt en fordeling på brukere over og under 18 år. Kommunene har fått en noe mer detaljert beskrivelse av brukergruppene enn avgrensningen omtalt i de tre kulepunktene over.

Fordelingen omfatter noe skjønn. Erfaringen har vist at fordelingen likevel blir tilstrekkelig nøyaktig for de analysene som resultatene skal brukes til.

Resultatet av fordelingen

Regnskapet for 2015 er fordelt på tre brukergrupper slik det er beskrevet over. Resultatet av fordelingen på de tre brukergruppene er vist i figuren nedenfor. Her er fordelingen for Gran sammenliknet med 12 andre kommuner i databasen til Agenda Kaupang.



Figur 2.1: Nettoutgifter fordelt på tre brukergrupper. Kilde: Bearbejdet versjon av regnskap 2015 og 2016

Det er stor forskjell mellom kommunene i hvor stor del av utgiftene som ble brukt på de tre gruppene. Andelen utgifter som ble brukt på eldre, varierer fra 50 % (Spydeberg) til 73 % (Østre Toten). Tilsvarende andel brukt på psykisk helse varierer fra 1 % (Oppdal) til 16 % (Stjørdal). Andelen utgifter brukt på personer med nedsatt funksjonsevne varierer fra 16 % (Stjørdal) til 41 % (Spydeberg). Sammenliknet med de andre kommunene brukte Gran en relativt stor del av utgiftene på eldre.

Forskjellene i sammensetning på brukergrupper henger sammen med at kommunene har ulik sammensetning av de tre brukergruppene. I det følgende gjør vi rede for hvordan vi har korrigert for behovet, for å belyse disse ulikhetene.

Korrigerjng for forskjeller i behov

I vår analyse av regnskapet som kommunene har rapport til KOSTRA, er det foretatt en korrigerjng av forskjeller i behov på grunnlag av kriteriene i det statlige inntektssystemet for 2016.

Korrigerjngen er her foretatt på grunnlag av en vektet samlet faktor basert på alle kriteriene for pleie- og omsorgstjenestene.

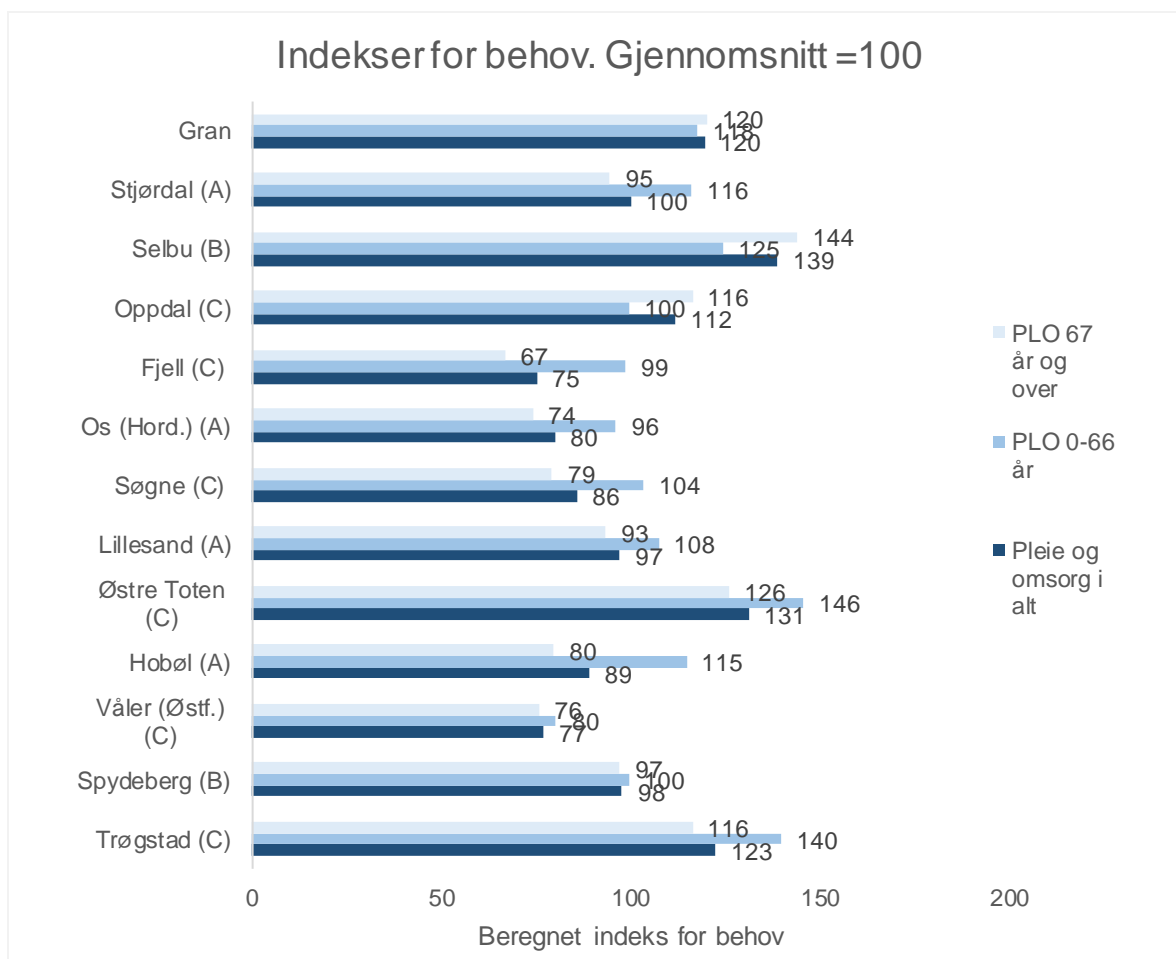
Denne samlede faktoren er imidlertid ikke egnet til å korrigere for forskjeller i behov for de tre aktuelle brukergruppene. Grunnen er at en kommune med mange eldre, ikke nødvendigvis har mange av de andre to brukergruppene.

For å få en mer presis korrigerjng, er det beregnet aldersspesifikke faktorer for hver kommune. En faktor for gruppen under 67 år¹ og en faktor for gruppen over 67 år. Den første faktoren er brukt for personer med nedsatt funksjonsevne og brukere innen psykiske helse og den siste for eldre brukere.

¹ Kriteriet «PU 16 år og over» er brukt for aldersgruppen under 67 år

Også disse faktorene er basert på kriteriene i det statlige inntektssystemet. De fleste av kriteriene lar seg fordele etter alder. Kriteriene som ikke er aldersspesifikke er brukt for begge de to korreksjonsfaktorene. Denne korrigeringen antas å gi en langt mer presis korrigerende enn å bruke en felles korreksjonsfaktor for alle brukergruppene. Samtidig må det sies at kriteriene i inntektssystemet ikke er utviklet for å foreta denne formen for korrigeringer for ulike brukergrupper. Det vil derfor være knyttet en viss usikkerhet til de beregnede korrigerende størrelsen for enkeltkommuner.

Figuren under viser korrigeringen for behov som gjøres etter kriteriene i statens inntektssystem.



Figur 2.2: Korrigerer for behov etter kriteriesett i inntektssystem samlet og fordelt på yngre og eldre. Tallene i figuren viser veid samlet indeks for den enkelte kommune (blå søyler)

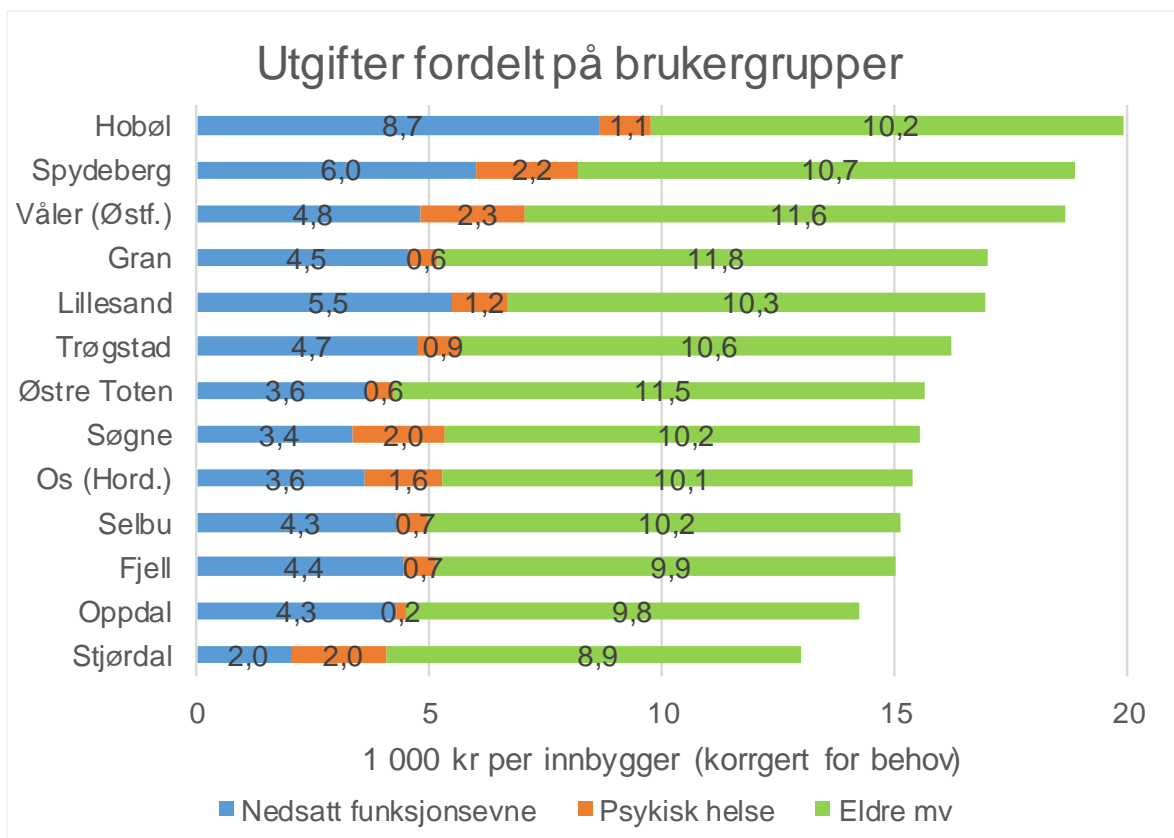
De samlede indeksene for behov (mørkeblå søyler), er fordelt på et delkriteriesett for befolkningen under 67 år (mellomblå søyler) og for befolkningen over 67 år (lyseblå søyler), jf. figuren over.

Figuren viser at Gran har høye indekser for begge de to delkriteriesettene. Høy score for gruppen under 67 år henger sammen med at kommunen har relativt mange i aldersgruppene under 67 år og PU-brukere over 16 år. Høy score for den eldste gruppen henger sammen med at kommunen samlet sett har relativt mange eldre, høy dødelighet og mange ugifte over 67 år. Det vises her til hvordan de aktuelle kriteriene i det statlige inntektssystemet er fordelt på de to aldersgruppene.

Fjell er eksempel på en kommune hvor det er relativt stor forskjell i beregnet behov for de to aldersgruppene. Det er slike forskjeller som illustrerer betydningen av å ha egne korreksjonsfaktorer for hver av gruppene.

Samlede utgifter til pleie og omsorg korrigert for behov

Korreksjon for de ulike brukergruppene i figuren under er gjort ved hjelp av korreksjonsfaktorene vist i figur 7.2. Resultatene av denne korrigeringen er vist i figuren under.



Figur 2.3: Netto utgifter til pleie og omsorg i 2016-priser korrigert for behov. Kilde: Bearbeidet versjon av regnskap 2015 og 2016

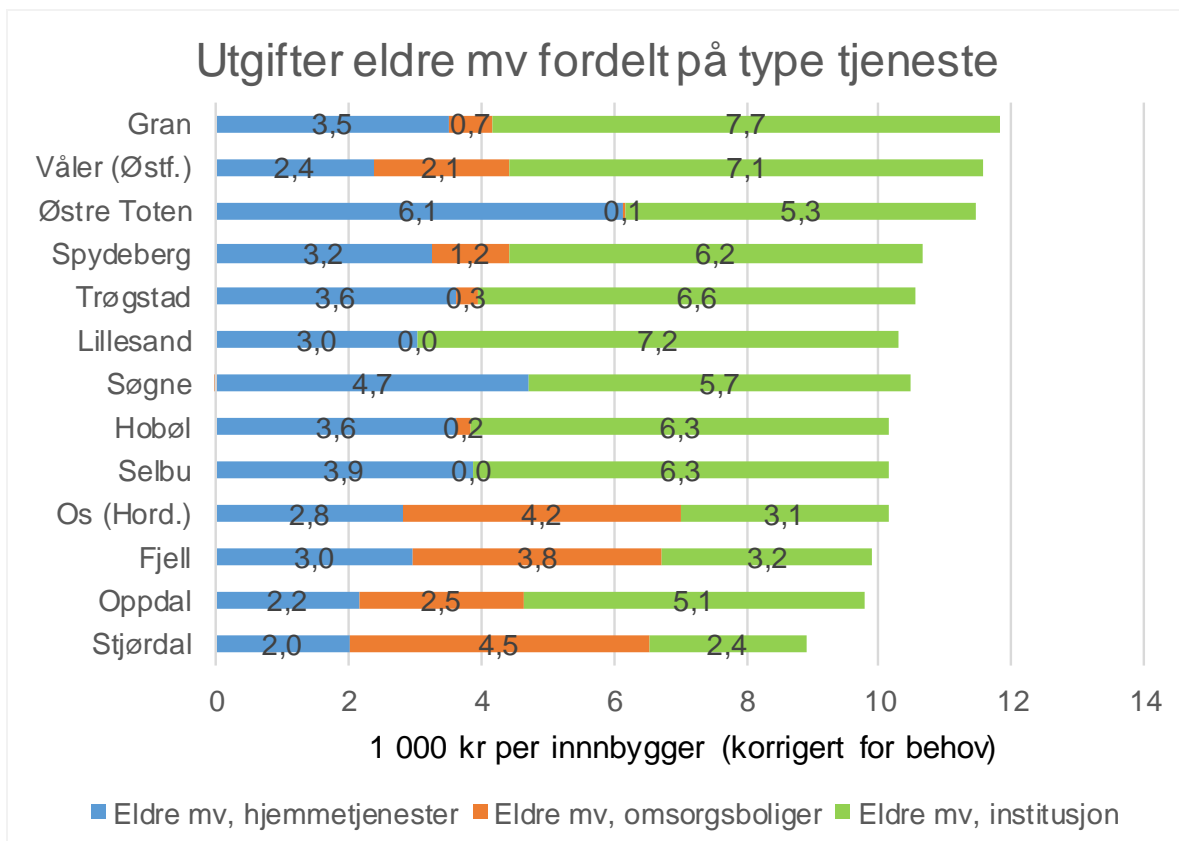
Det er store forskjeller i kommunenes utgifter til pleie og omsorg, selv etter korrigeringen av forskjeller i behov, jf. figuren over. Hobøl lå høyest i 2015 med utgifter som var rundt 50 % høyere enn Stjørdal som lå lavest.

Det er langt større variasjoner i utgiftene til personer med nedsatt funksjonsevne og psykisk helse enn utgiftene til eldre. Høye samlede utgifter ser i særlig grad ut til å henge sammen med høye utgifter til mennesker med nedsatt funksjonsevne. De fire kommunene fra Østfold har alle plassert seg blant de fem kommunene med høyest utgifter til mennesker med nedsatt funksjonsevne.

I det følgende blir situasjonen for hver av gruppene nærmere kommentert.

Utgifter til eldre korrigert for behov

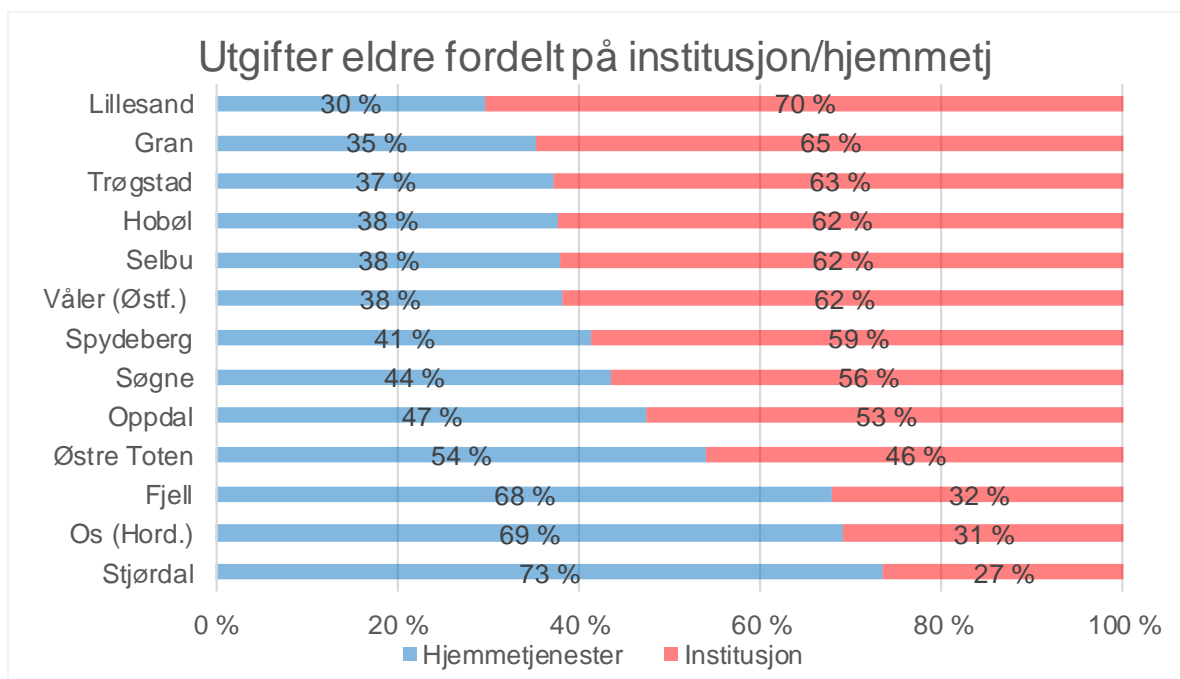
De korrigerede driftsutgiftene for den eldste gruppen er vist i figuren under. Korrigeringen er basert på kriteriesettet for befolkningen over 67 år.



Figur 2.4: Netto utgifter til pleie og omsorg til eldre mv. i 2016-priser korrigert for behov. Korreksjoner basert på delindeksen for gruppen over 67 år. Kilde: Bearbeidet versjon av regnskap 2015 og 2016

I 2015 brukte Gran mest på den eldste aldersgruppen og Stjørdal minst, jf. figuren over. Utenom de tre kommunene som brukte mest (Gran, Våler og Østre Toten) og Stjørdal, er det relativt små forskjeller i nivået på utgiftene for de andre ni kommunene. De fire kommunene med lavest samlede utgifter er også de fire kommunene som bruker mest på omsorgsboliger til denne gruppen. Det kan altså se ut til at en differensiert boligtrapp bidrar til å holde utgiftene nede.

Figuren på neste side viser fordelingen av utgiftene på institusjon og hjemmetjenester.

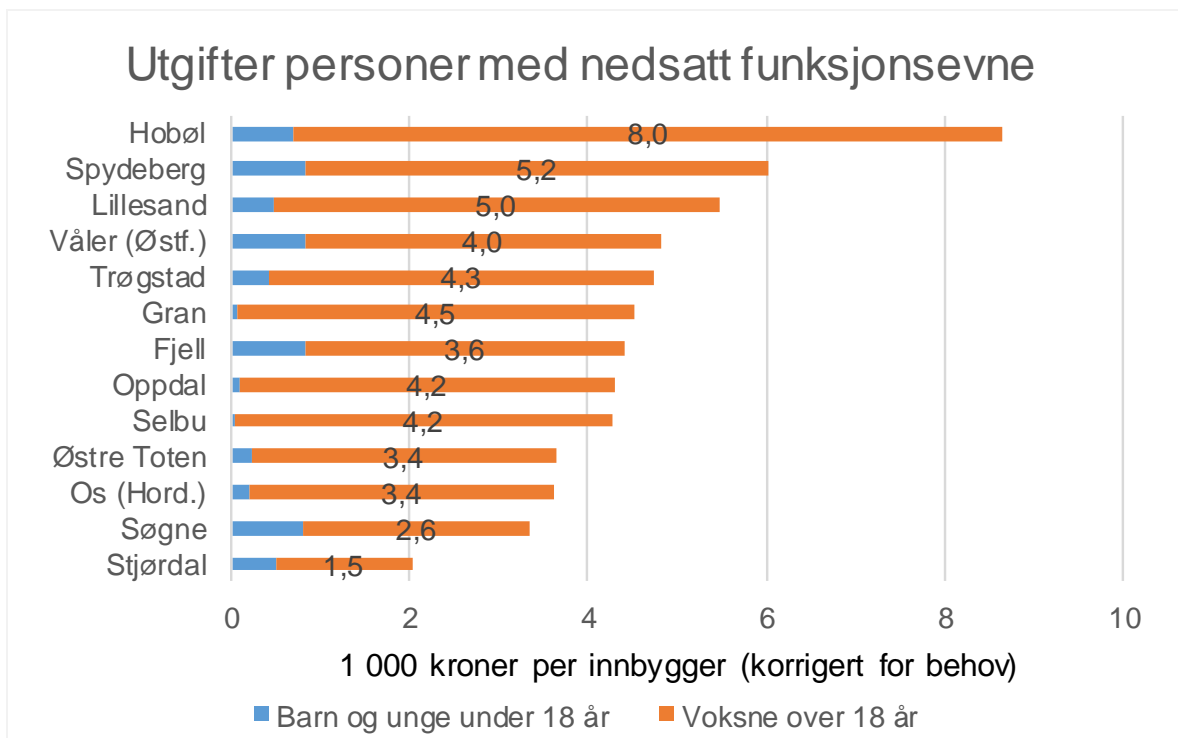


Figur 2.5: Nettoutgifter for eldre i 2015 og 2016 prosentvis fordelt på hjemmetjenester og institusjon. Kilde: Bearbeidet versjon av regnskap 2015 og 2016

Det er store forskjeller i hvor stor del av utgiftene til eldre som ble brukt på institusjon i 2015, jf. figuren over. Andelen varierte fra 27 % i Stjørdal til 70 % i Lillesand. Gran brukte en høy andel av utgiftene til eldre på institusjon.

Utgifter til personer med nedsatt funksjonsevne korrigert for behov

De korrigerede driftsutgiftene for personer med nedsatt funksjonsevne vist i figuren under. Korrigeringen er basert på kriteriesettet for befolkningen under 67 år.



Figur 2.6: Netto utgifter til pleie og omsorg til personer med nedsatt funksjonsevne korrigert for behov. Korreksjoner er basert på delindeksen for gruppen over 67 år. Kilde: Bearbeidet versjon av regnskap 2015

Det er store forskjeller i hvor mye kommunene brukte på mennesker med nedsatt funksjonsevne, jf. figuren over. Høyeste utgifter hadde Hobøl, med et nivå mer enn fire ganger så høyt som Stjørdal.

Utgiftene i Gran var på et middels nivå. Gran bruker imidlertid lite på barn og unge under 18 år. Økt prioritering av barn og unge kan bidra til at brukerne blir mer selvhjulpne. Det kan derfor være verdt å vurdere å utvide tilbudet til denne gruppen. I det følgende omtaler vi tre mulige forklaringer til nivået på utgiftene.

Effektiv drift: Høye utgifter til de ulike brukergruppene kan være et uttrykk for en lite rasjonell drift. Det er nødvendig med mer detaljerte analyser av driften for å avdekke i hvilken grad det er forskjeller mellom kommunene i hvor godt driften er lagt opp. Man vil da f.eks. kunne se på i hvilken grad driften er preget av smådriftsulemper.

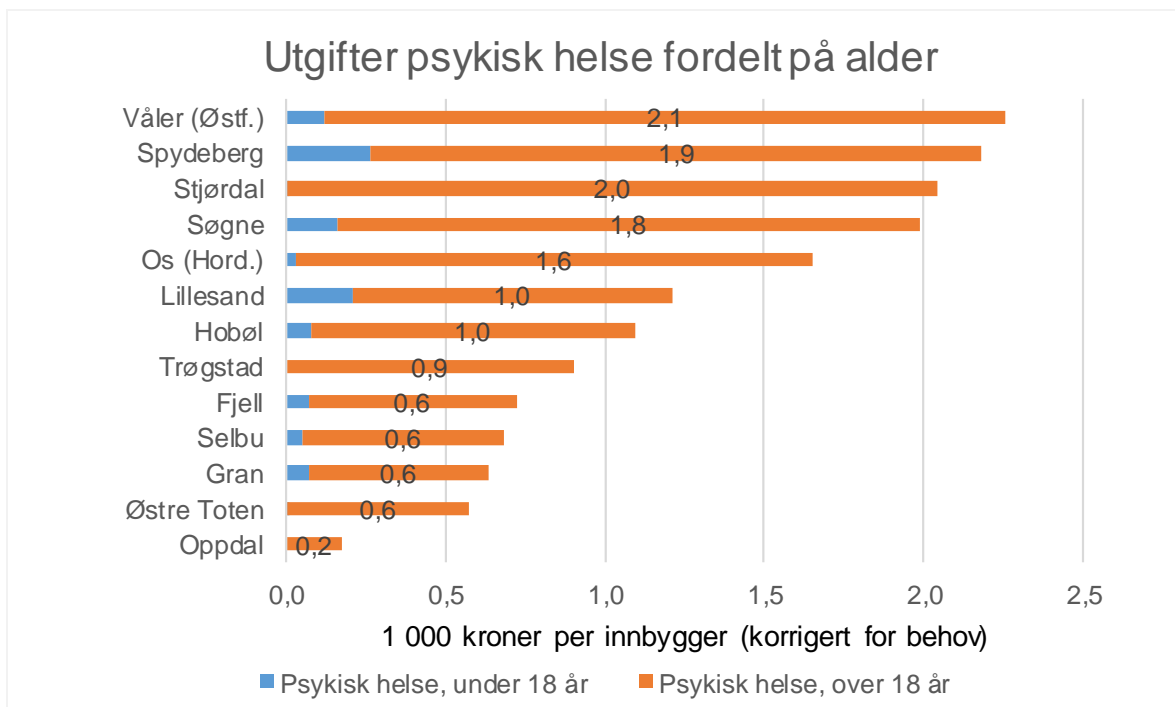
Tilfeldige variasjoner: I en kommune vil det være relativt få personer med nedsatt funksjonsevne med omfattende behov for bistand. Antallet i den enkelte kommune vil derfor være preget av tilfeldige variasjoner, som særlig vil slå ut i små kommuner. De tilfeldige variasjonene er en viktig begrunnelse bak det statlige øremerkede tilskuddet til ressurskrevende brukere. Hadde disse brukerne vært mer jevnt fordelt kunne tilskuddet istedenfor vært gitt som rammetilskudd. For disse brukerne dekker det statlige tilskuddet i gjennomsnitt omtrent 45 % av utgiftene. Det er med andre ord en betydelig kommunal egenandel, som vil være en del av nettoutgiftene til kommunen. Tilfeldige variasjoner i denne typen brukere vil altså til en viss grad forklare forskjellene vist i nettoutgiftene.

Rapporteringen til staten: Det statlige tilskuddet bidrar altså til å utjevne forskjeller i kommunenes bruttoutgifter. Vår erfaring er at det er krevende for kommunene å rapportere utgiftene som ligger til grunn for tilskuddet. Til en viss grad kan tilskuddet være påvirket av hvor dyktige kommunene er i sin rapportering. Videre har vi erfart at noen kommuner nok har rapportert på en måte som gir et tilskudd ut over det som egentlig er intensjonen med tilskuddet. Det foreligger imidlertid etter det vi

kjenner til ingen dokumentasjon av denne praksisen. Vi vet ikke i hvilken grad slike forhold kan ha påvirket nettoutgiftene i Gran og de andre kommunene vist i figuren.

Utgifter til psykisk helse korrigert for behov

De korrigerede driftsutgiftene for psykisk helse er vist i figuren under. Korrigeringen er basert på kriteriesettet for befolkningen under 67 år.



Figur 2.7: Nettoutgifter til pleie og omsorg til psykisk helse korrigert for behov. Korreksjoner er basert på delindeksen for gruppen over 67 år. Kilde: Bearbeidet versjon av regnskap 2015

Figuren over illustrerer store forskjeller i nettoutgifter pr. innbygger i kommunene. Høyest lå Våler med utgifter som lå ti ganger så høyt som for Oppdal som lå lavest. Utgiftene til Gran var på et relativt lavt nivå.

Resultatet av fordelingen av regnskapet for 2015 viser hvor stor del av utgiftene innen pleie- og omsorgstjenestene som går til de tre aktuelle brukergruppene. Innen psykisk helse har kommunen andre supplerende tjenester for de aktuelle brukerne. Det er derfor viktig å være klar over at nivået på utgiftene ikke gir en helhetlig oversikt over kommunens satsing rettet mot de aktuelle brukergruppene.

Til en viss grad kan lave utgifter innen pleie og omsorg bli kompensert med økt satsing innen andre tjenester. Det er heller ikke gitt at kommunene har en lik praksis for føring av utgiftene på ulike KOSTRA-funksjoner.

Barn og unge med psykiske problemer kan motta et tilbud fra Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT eller PP-tjenesten). Avhengig av barnets alder føres disse utgiftene som grunnskole (funksjon 202) eller styrket tilbud til førskolebarn (funksjon 211). Videre er det en høy andel barn med psykiske problemer som mottar tjenester fra barnevernet. Utgiftene her føres som barneverntjeneste (funksjon 244).

Voksne med psykiske problemer kan også ha rusproblemer og behov for sosialhjelp. Aktuelle tjenester er råd, veiledning og sosialt forebyggende arbeid (funksjon 242) og tilbud til personer med rusproblemer (funksjon 243).