



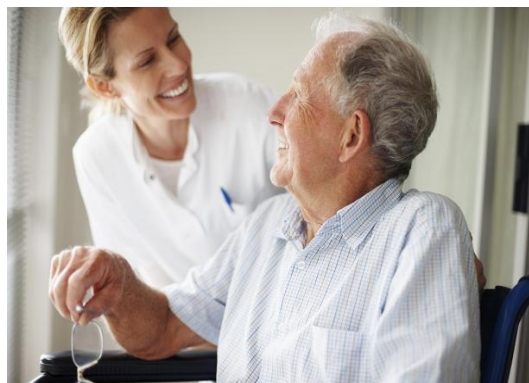
www.rennebu.kommune.no



Behovsanalyse

med spesiell vekt på bygningsmasse rom-/boligbehov for helse og omsorg

Rennebu kommune 2014 – 2030



Foreløpig utkast pr 04.09.2014

Innhold

1	Innledning.....	4
2	Styringssignaler og føringer.....	6
2.1	Kommunale planer	6
2.1.1	Kommuneplan for Rennebu - Samfunnsdel	6
2.1.2	Kommuneplan for Rennebu – Arealdel.....	6
2.1.3	Omsorgsplan.....	6
2.1.4	Demensplan.....	6
2.1.5	Folkehelse.....	6
2.2	Loverk og statlige styringssignaler.....	6
2.3	Stortingsmeldinger	7
2.3.1	St. meld nr 25 (2005-2006) - mestring, muligheter og mening.....	7
2.3.2	St. meld nr. 47(2008 – 2009),.....	8
	Samhandlingsreformen, rett behandling – på rett sted – til rett tid	8
2.3.3	Meld. st. nr. 29 (2012-2013) – Morgendagens omsorg	8
3	Kostnader og kvalitet i pleie og omsorgssektoren.	9
3.1	Tjenesteprofil og dekningsgrad	9
3.2	Kostnadsstruktur og samdriftsfordeler/-ulempen.....	10
3.2.1	Kommunenes egenfinansieringsgrad	11
3.3	Kvalitet og brukertilfredshet	11
3.3.1	Betydningen av kompetanse.....	11
3.4	Kompenserende strategier.....	11
4	Tjenesteprofil og dekningsgrad innen helse og omsorg i Rennebu	12
4.1	Hjemmetjenester.....	15
4.1.2	Dekningsgrad og behov innen hjemmetjenester	15
4.2	Institusjonstjenester.....	16
4.2.1.	Dekningsgrad og behov innen heldøgns omsorg	16
4.1	Omsorgstrappa.....	17
5	Befolkningsutvikling	18
5.1	Framskrivning av utvikling i alderssammensetning i Rennebu kommune.....	18
6	Fremtidige behov for kommunale helse og omsorgstjenester	20
6.1	Samhandlingsreformen	20

6.2	Demens.....	20
6.3	Kreftomsorg.....	21
6.4	Rus og psykiatri.....	21
6.5	Ynge brukere	21
7	Fremtidige utfordringer og muligheter for Rennebu kommune.....	22
7.1	Utfordringer.....	22
7.2	Muligheter	22
8	Bygningsmasse og rom-/boligbehov	23
8.1	Rennebu helsesenter.....	24
8.1.2	Sykehjemmet.....	24
8.1.3	Lege- og fysioterapeutttjeneste	26
8.1.4	Helsesøstertjenesten.....	26
8.1.6	Psykiaritjenesten	27
8.1.7	Kommunal ergo- og fysioterapeutttjeneste	27
8.1.8	Base for hjemmesykepleien	27
8.1.9	Helse- og omsorgskontoret	27
8.1.10	Felles innspill	28
8.2	Leiligheter/boliger	28
8.2.1	Beskrivelse av boligmassen	29
8.2.3	Bygningsmessige behov i leiligheter/boliger.....	29
9	Vurdering av boligbehov	31
9.1	Behov for sykehjemsplasser	31
9.2	Behov for kommunale boliger	32
9.2.1	For mennesker med nedsatt funksjonsevne	33
9.2.2	For mennesker med rus og/eller psykiske problemer	33
9.2.3	For eldre mennesker med hjelpebehov	33
9.3	Det private boligmarked.....	33
10	Videre prosess	33

1 Innledning

Høsten 2013 nedsatte HOO (hovedutvalg for helse, omsorg og oppvekst) en plan- og byggekomite med politikere, tillitsvalgte og brukerrepresentanter for å utrede og prioritere de bygningsmessige behov innen tjeneste for helse, pleie og omsorg slik at fleksible og fremtidsrettede løsninger som gir god driftsøkonomi velges. Det er behov for rehabilitering av store deler av bygningsmassen da den eldste delen av bygningsmassen ved Helsesenteret er fra 1978. Det har senere vært påbygninger i flere byggetrinn. Med unntak av 2 boliger for mennesker med nedsatt funksjonsevne og 2 boliger med omsorgsleiligheter, er alle tjenestene innen helse og omsorg i Rennebu kommune lokalisert i nærheten av eller på Helsesenteret.

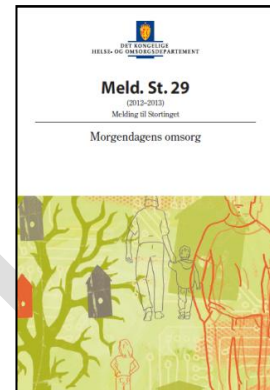


Mandatet til plan- og byggekomiteen peker på at det må tas stilling til dimensjonering av tjenestene i forhold til folketallsutvikling, befolkningens utfordringer samt hvordan tilrettelegge for gode arbeidsforhold for ansatte. Det må også tas høyde for at stadig flere tjenester og oppgaver overføres til kommunehelsetjenesten i komiteens arbeid. De kommunale omsorgstjenestene har vokst kontinuerlig de siste 40 årene. Målt i antall utførte årsverk, er omsorgssektoren seksdoblet i løpet av disse tiårene. Kommunene har gjennom blant annet kommunehelsereformen (1984), sykehjemsreformen (1988) og reformen for mennesker med utviklingshemming (1991) fått nye ansvarsområder. *Handlingsplan for eldreomsorgen, Omsorgsplan 2015* og regjeringens *Opptappingsplan for psykisk helse* har også bidratt til vekst både i ressurser og oppgaver.

Den sterke veksten i kommunale omsorgstjenester kan også ses i sammenheng med endringer i oppgavefordeling både med spesialisthelsetjenesten og familieomsorgen. Det er ventet at *St.meld. nr.47 (2008 – 2009) - Samhandlingsreformen*¹ vil forsterke dette bildet ytterligere i årene som

¹ [Samhandlingsreformen, St.meld nr 47: Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid](#)

kommer. *Meld. St. nr 29 (2012 – 2013) – Morgendagens omsorg*² peker på muligheter for hvordan disse utfordringene kan møtes gjennom blant annet å ta i bruk samfunnets samlede omsorgsressurser på en ny måte og ved å utvikle nye omsorgsformer gjennom teknologi, kunnskap, faglige metoder samt endringer av organisatoriske og fysiske rammer. *Meld. St. nr 34 (2012 – 2013) – Folkehelsemeldingen*³ gir et bilde av helseutfordringene i det 21. århundret og hvordan vi kan få et mer helsefremmende samfunn.



I 2000 var det 4,7 personer i yrkesaktiv alder per eldre, mens alderskoeffisienten for aldersbæreevne⁴ reduseres til 3,5 i 2030 og til 2,9 i 2050. Det sier seg selv at det ikke er bærekraftig å opprettholde dagens nivå på helse- og omsorgstjenestene i fremtiden og at fremtidens omsorgsutfordringer ikke kan løses på samme måte som i dag. I gjennomsnitt går ca 30 % av kommunale netto driftsutgifter til omsorg. Andel eldre over 80 år kan ha innvirkning på hvordan fordelingen av driftsutgifter i en kommune er, men trenger ikke nødvendigvis å ha det. Utviklingen de senere år viser at andelen yngre brukere under 67 år øker mest. Utviklingstrekk og framskrivninger tyder på at morgendagens brukere blir flere enn før og at de vil være i alle aldersgrupper. For å møte utfordringene peker *St.meld. nr. 47 (2008 – 2009) – Samhandlingsreformen*, på at vi må forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre.

For å gi plan- og byggekomiteen et godt grunnlag i videre planlegging, lages denne analysen over befolkningsutvikling og forventede fremtidige behov for tjenester fra helse og omsorg. Statlige styringssignaler som blant annet beskriver hvordan økningen i antall eldre kan møtes tas med i vurderingen.

² [Morgendagens omsorg](#)

³ [Folkehelsemeldingen](#)

⁴ Alderskoeffisient for aldersbæreevne vil si antall personer i yrkesaktiv alder (20–66 år) pr antall eldre i gruppen 67 år og eldre

2 Styrings signaler og føringer

2.1 Kommunale planer

2.1.1 Kommuneplan for Rennebu - Samfunnsdel

Høsten 2013 vedtok kommunestyret [kommuneplan - samfunnsdel](#) 2013 -2025 med mål og strategier. Under 2.1 Bolyst nevnes spesielt ” Et godt og inkluderende bosted bidrar til trivsel og livskvalitet. Kommunen ønsker en utvikling som fremmer folkehelse og utjevner sosiale helseforskjeller.” Dette er et viktig punkt som må hensyntas i kommunens planlegging av både av private og kommunale boliger. Samfunnsdelen har et eget avsnitt om folkehelse med følgende kulepunkter:

- Satse på forebyggende tilbud med fokus på deltagelse, aktivitet og mestring
- Stimulere til mer aktiv hverdag gjennom å legge til rette for gående og sykklister
- Tilby tjenester med riktig kvalitet til riktig tid
- Det skal jobbes aktivt med rus- og kriminalitetsforebyggende arbeid
- Utvikle tverrfaglig samarbeid for personer eller familier med sammensatte behov
- Kommunens fokus på folkehelse skal gjenspeiles i all planlegging

2.1.2 Kommuneplan for Rennebu – Arealdel

Planen vil bli lagt frem til behandling i kommunestyret i løpet av høsten 2014.

2.1.3 Omsorgsplan

Rennebu kommune vedtok [omsorgsplan](#) 2010 – 2020 våren 2010. Etter den tid har det skjedd store endringer i statens styringssignaler innen helse og omsorg gjennom stortingsmeldinger med tilhørende lovverk. Viser til 3.2 og 3.3 for mer detaljert beskrivelse av dette. Det aller meste som omhandles i vår omsorgsplan er fortsatt aktuelt, men det er behov for revidering av planen.

2.1.4 Demensplan

Rennebu kommune vedtok [demensplan](#) 2012 – 2016 våren 2012. Planen beskriver målsetting for demensomsorgen i Rennebu kommune med aktuelle tiltak. Planen er sentral som grunnlag for planlegging av bygningsmasse for denne målgruppen.

2.1.5 Folkehelse

Det er laget en oversikt over kommunens utfordringer innen folkehelse. Dette kommer som eget temamøte i kommunestyret høsten 2014 sammen med bygningsmessige behov innen helse og omsorg.



2.2 Lovverk og statlige styringssignaler

[Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester](#) m.m. trådte i kraft 1.1. 2012 og 1.7 2012 og den erstatter den tidligere kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Vi har nå en felles helse- og omsorgstjeneste med felles regelverk. Helse- og omsorgstjenesteloven ble foreslått av helse- og

omsorgsdepartementet som et av flere virkemidler for å understøtte og realisere målene med samhandlingsreformen.

Helse- og omsorgstjenesteloven skal gi kommunene et tydeligere og mer helhetlig ansvar, samt større frihet til å organisere og tilpasse tilbudet i samsvar med lokale behov.

[Folkehelseloven](#) og forebyggingsbestemmelsene i helse- og omsorgstjenestelovens er de rettslige virkemidlene for å nå samhandlingsreformens mål om å fremme folkehelse, forebygge sykdom og utjevne sosiale helseforskjeller.

2.3 Stortingsmeldinger

Flere stortingsmeldinger peker på utfordringer og gir retning for utvikling innen helse og omsorg. De sentrale meldingene her er *st.meld. nr. 25,- Mestring muligheter og mening* i likhet med *st. meld. nr. 47, Samhandlingsreformen* og *meld. st. nr. 29, - Morgendagens omsorg*.

2.3.1 St. meld nr 25 (2005-2006) - mestring, muligheter og mening

Samfunnet står overfor krevende omsorgsutfordringer de neste tiårene. De kan ikke overlates til helse- og sosialtjenesten alene, men må løses med grunnlag i et offentlig ansvar som involverer de fleste samfunnssektorer, og ved å støtte og utvikle det frivillige engasjementet fra familie og lokalsamfunn, organisasjoner og virksomheter. Så langt vi kan se i dag vil utfordringene først og fremst være knyttet til:

- nye brukergrupper
- aldring
- knapphet på omsorgsytere
- medisinsk oppfølging
- aktiv omsorg

I september 2006 la regjeringen fram St. meld. nr. 25 (2005-2006) "Mestring, muligheter, mening". Regjeringens hovedstrategi for å møte morgendagens omsorgsutfordringer er å utnytte den demografisk sett relativt stabile perioden vi har foran oss til en gradvis utbygging av tjenestetilbudet, og til å planlegge og forberede den raske veksten i omsorgsbehov som forventes omkring 2020. Allerede nå er det mulig å begynne en gradvis utbygging og foreta investeringer i forebyggende tiltak, kompetanse, ny teknologi, tekniske hjelpemidler, boliger og anlegg. Regjeringen har på denne bakgrunn utformet en Omsorgsplan med konkrete tiltak fram til 2015, basert på de følgende fem langsiktige strategiene:

- kvalitetsutvikling, forskning og planlegging
- kapasitetsvekst og kompetanseheving
- bedre samhandling og medisinsk oppfølging
- aktiv omsorg
- partnerskap med familie og lokalsamfunn

2.3.2 St. meld nr. 47(2008 - 2009), Samhandlingsreformen, rett behandling – på rett sted – til rett tid

Reformen gir retning og strategier for hvordan helse- og omsorgstjenestene skal organiseres på en ny måte. Reformen handler både om desentralisering og om å legge større vekt på forebygging. Rettslige virkemidler for gjennomføring av samhandlingsreformen inkluderer helse- og omsorgstjenesteloven og folkehelseloven. Målet er å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Økonomiske insitamenter stimulerer til økt innsats innen folkehelse og forebygging. Kommunene må betale en del av regningen når innbyggerne legges inn på sykehus samt at de overtar ansvaret for *utskrivningsklare* pasienter fra første dag. Innen 2016 må kommunene innføre tilbud om øyeblikkelig hjelp. Midler overføres fra helseforetakene til kommunene. Kommunene har et "sørge for" – ansvar, som betyr at tjenesten gitt i lov, skal gis til kommunens innbyggere.

2.3.3 Meld. st. nr. 29 (2012-2013) – Morgendagens omsorg

Dette er en mulighetsmelding for omsorgsfeltet. Den peker på følgende tre hovedmomenter:

- Få kunnskap fra, mobilisere og ta i bruk samfunnets samlede omsorgsressurser på en ny måte.
- Utvikle nye omsorgsformer gjennom teknologi, kunnskap, faglige metoder samt endringer av organisatoriske og fysiske rammer
- Støtte og styrke kommunenes forsknings-, innovasjons- og utviklingsarbeid innen omsorgsfeltet.

Den nye eldregenerasjonen har helt andre ressurser til å møte alderdommen enn tidligere generasjoner. De har både høyere utdanning, bedre økonomi, bedre boforhold og bedre funksjonsevne enn noen tidligere generasjon. En 80-åring i 2000 og en 80-åring i 2030 vil ikke være det samme. Dermed blir det feil kun å fremskrive problemene, man må også fremskrive ressursene og se hvordan brukernes egne ressurser kan benyttes. Dette gir muligheter for andre og nye tilnærminger i måten vi kan løse helse- og omsorgsutfordringene på. Omsorg for hele livsløpet blir sentralt ettersom andelen yngre brukere øker. Mulighetene for å trekke inn frivillige og pårørende i større grad enn i dag påpekes også i meldingen.

Hagenutvalgets NOU 2011:11; *Innovasjon i omsorg* peker på muligheter for fremtidens omsorg gjennom bl.a. næromsorg, framtidens boligløsninger og nærmiljø samt gjennom velferdsteknologi.

Kaasautvalget NOU 2011:17: *Når sant skal sies om pårørendeomsorg* peker på løsninger for de pårørende med omfattende omsorgsoppgaver som verdsettes og inkluderes både i yrkeslivet og i kommunenes helse- og omsorgstjenester.

3 Kostnader og kvalitet i pleie og omsorgssektoren.

Telemarksforskning har gjort en studie av [kostnader og kvalitet i den kommunale pleie og omsorgstjenesten](#). Studien ble gjort i 2011 slik at virkningene av samhandlingsreformen er ikke analysert i dette prosjektet. Studien har, til tross for dette, relevans i arbeidet med hvordan våre tjenester skal settes sammen i fremtiden og dermed også i forhold til rehabilitering av bygningsmassen innen helse og omsorg.

I dette kapittelet gjengis kort noen hovedmomenter fra konklusjonene i prosjektet.

Hovedproblemstillingene i prosjektet er:

- Hvordan ser tjenesteprofilen ut i en typisk norsk kommune og hva påvirker dekningsgraden?
- Hvordan ser kostnadene ut for ulike omsorgstjenester?
- Hvilken betydning har statlige retningslinjer og økonomiske virkemidler for kommunens prioriteringer mellom tjenestealternativer?
- I hvilken grad har ulike prioriteringer av tilbudet innen pleie og omsorgstjenestene betydning for kvaliteten og kostnadene på tjenestene?

Utgangspunktet for analysene er en firedeling av tjenestetilbudet for personer over 67 år i følgende tjenestekategorier:

- a) Langtidsopphold i institusjon
- b) Korttidsopphold i institusjon
- c) Beboere i heldøgnsbemannede omsorgsboliger
- d) Ordinære hjemmetjenester

3.1 Tjenesteprofil og dekningsgrad

Det er store variasjoner i hvordan kommunene setter sammen tjenestetilbudet, men de aller fleste kommuner har en profil som kjennetegnes av mye hjemmetjenester. Analysen av forholdet mellom tjenesteprofil og dekningsgrad viser at kommuner som har mye hjemmetjenester også har høyere dekningsgrad.

Studien som Telemarksforskning har gjennomført viser at høyere frie inntekter⁵ har en klar og sterk positiv effekt på tjenesteomfanget og synes å være den enkeltfaktoren som har størst betydning for forskjellene i dekningsgrad mellom kommuner.

Netto driftsutgifter per omsorgsplass – dvs. den kostnaden kommunen står ovenfor når tjenestene tilbys – har en klar negativ effekt på dekningsgraden. Det betyr at jo mer kommunen selv må bekoste, utenom brukerbetaling/vederlag og eventuelle statlige tilskudd, desto færre mottar tjenester.

⁵ Frie inntekter er rammetilskudd og skatteinntekter på inntekt og formue

Resultater i studien indikerer også at dekningsgraden er bedre i kommuner som satser på fagutdannet personell i stedet for ufaglært arbeidskraft.

3.2 Kostnadsstruktur og samdriftsfordeler/-ulemper

For beregning av kostnader tar prosjektet til Telemarksforskning utgangspunkt i en gjennomsnittlig norsk kommune (land-/småbykommune). Analysene viser at hjemmetjenesten har lavest kostnad pr bruker i gjennomsnittskommunen. Den er på drøyt 500 000 kr. Tilsvarende kostnader for langtidsopphold, korttidsopphold og heldøgnsbemannede omsorgsboliger er nokså like, ca 1,1 million kroner. Ved beregning av disse kostnadene er det korrigerert for ulikheter i pleiebehovet. Prosjektet finner store ikke-utnyttede stordriftsfordeler for alle de fire beskrevne eldreomsorgstjenestene. Det betyr at kostnadene kan senkes per enhet ved å øke produksjonen av slike omsorgstjenester. I praksis vil det si at kostnadene er høyere i kommuner som satser på mange enn på få tjenestekategorier. Ved overflytting av alle personer som mottar tjenester i heldøgnsbemannet omsorgsbolig til langtidsopphold i institusjon og vise versa, illustrerer tabell 1 følgende poeng: sammenlignet med gjennomsnittet, faller de samlede kostnader til pleie- og omsorgssektoren ved spesialisering uavhengig av om den går den ene eller andre veien. Men den største gevinsten oppnås ved overflytting til heldøgnsbemannede omsorgsboliger fordi det ikke-utnyttede stordriftspotensialet er størst her siden gjennomsnittskommunen har få slike tjenestemottakere, mens

Tabell 1

den har flere langtidsplasser. Korrigeres det for ulikheter i pleiebehov i de to tjenestekategoriene, finner vi at samlede kostnader i gjennomsnittskommunen faller fra 94 millioner kroner til 72 millioner kroner (-23 %) hvis de flytter alle langtidsplasser til heldøgnsbemannede

	<i>Alle heldøgns-plasser omgjøres til langtidsopphold</i>	<i>Alle langtidsopphold omgjøres til heldøgns-plasser</i>	<i>Gjennomsnittskommunen</i>
Beboere, langtidsopphold	55	0	43
Beboere, heldøgnsbemannede omsorgsboliger	0	55	12
Gjennomsnittskostnader, langtidsopphold 1000 kroner	934	0	1138
Gjennomsnittskostnad, heldøgn, 1000 kroner	0	420	1121
Brutto kostnader, mill. kroner	85	52	94
Brutto kostnader, korrigerert, mill. kroner	85	72	94

omsorgsboliger, mens de faller fra 94 til 85 millioner (-10 %) dersom alle personer i heldøgnsbemannet omsorgsboliger flyttes til langtidsopphold. Samdriftsfordeler vil i pleie og omsorgssektoren oppnås ved felles administrasjon, fleksibel utnyttning av personalet på tvers av tjenestene og i form av optimal allokering av brukere til det mest hensiktsmessige tjenestenivået (jfr. LEON-prinsippet, - Laveste Effektive OmsorgsNivå). Men som tabell 1 viser har kommuner som tilbyr færre tjenestenivåer lavere kostnader enn kommuner med mange tjenestenivåer.

Det kan være flere forklaringer på at man ikke greier å oppnå samdriftsfordeler. En forklaring kan være at kommunen påfører seg selv økte administrative utgifter jo flere tjenestenivåer man fordeler brukerne på. En annen kan være at tjenestenivåene ikke i tilstrekkelig grad klarer å koordinere tjenestene slik at de er i stand til utnytte kostnadsfordelene ved samdrift.

3.2.1 Kommunenes egenfinansieringsgrad

Det er en viktig forskjell mellom brutto- og nettokostnader i kostnadsanalysene. Bruttokostnader gjenspeiler den samfunnsøkonomiske kostnaden ved tjenestene, mens nettokostnader gjenspeiler den kostnaden kommunen står overfor, det kalles også kommunens egenfinansieringsgrad.

Beregningene til Telemarksforskning viser at langtidsopphold har lavest kommunal egenfinansieringsgrad, ca 80 %, mens korttidsopphold har høyest, ca 93 %. Hjemmetjenester og heldøgnsbemannede omsorgsboliger har en nokså lik egenfinansieringsgrad på rundt 85 %.

3.3 Kvalitet og brukertilfredshet

Studien til Telemarksforskning viser at tjenesteprofil i liten grad påvirker brukernes/pårørendes vurderinger av kvalitet på tjenestetilbudet. Man finner likevel tendenser til at brukere i kommuner som prioriterer omsorgsboliger og langtidsplasser er mest fornøgd med tjenestene. Det som har størst betydning for brukertilfredshet viser seg å være dekningsgraden. Jo flere av innbyggerne over 67 år som mottar tjenester, desto mer fornøyd er både innbyggere og brukere. Kommunens økonomi (korrigerede frie inntekter), sykehusopphold blant de eldre innbyggerne og sykefravær blant medarbeiderne i pleie og omsorg er andre faktorer som har stor betydning for brukertilfredsheten.

3.3.1 Betydningen av kompetanse

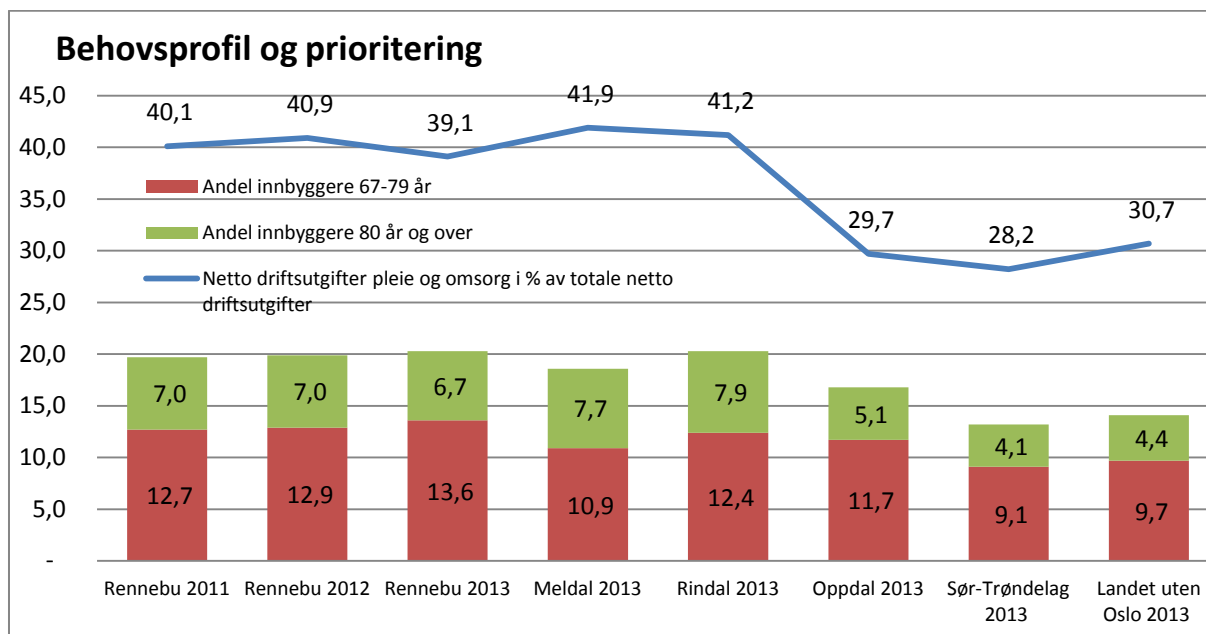
Kompetanse målt ved henholdsvis andel årsverk med fagutdanning i brukerrettede tjenester, andel årsverk med fagutdanning fra høyskole/universitet og andelen fysioterapeuter, spesialsykepleiere, ergoterapeuter og sosionomer av alle årsverk, ser ut til å ha gunstig effekt på kostnader, produksjon og kvalitet. I kostnadsanalysene er effekten tydelig fordi alle påvirker kostnadene negativt – altså at kostnadene blir lavere, alt annet likt, når andelen fagutdannede årsverk øker. Dette betyr rett og slett at fagutdannede årsverk er mer produktive enn ikke-faglærte.

3.4 Kompenserende strategier

En generell konklusjon i studien til Telemarksforskning er at det ikke nødvendigvis er profilen i seg selv som er avgjørende for kapasitet og kvalitet på tjenestene. Det avgjørende er hvordan man innretter og dimensjonerer de enkelte tjenestene i profilen. En kommune som har mye hjemmetjenester og få langtidsplasser vil således ha flere tunge brukere hjemme og en ressursbruk som tilsvarer pleiebehovet. Det betyr altså at man kompenserer for lite langtidsplasser ved økt ressursbruk i hjemmetjenesten. En annen konklusjon er at det er ikke én profil som er best for alle kommuner. Kommuner med liten andel eldre, få enslige og en relativt komprimert bosetting vil kanskje lettere kunne gi et forsvarlig pleie- og omsorgstilbud med mange korttidsplasser og en godt utbygd hjemmetjeneste. Mens det for en kommune med mange eldre, mange enslige og spredt bosetting kanskje vil være mer ressursbesparende og et bedre tilbud for innbyggerne med flere institusjonsplasser og omsorgsboliger fremfor mye hjemmetjenester.

4 Tjenesteprofil og dekningsgrad innen helse og omsorg i Rennebu

Hvordan passer så statistikken for Rennebu kommune inn i beskrivelsene i kapittel 3?



Figur 1

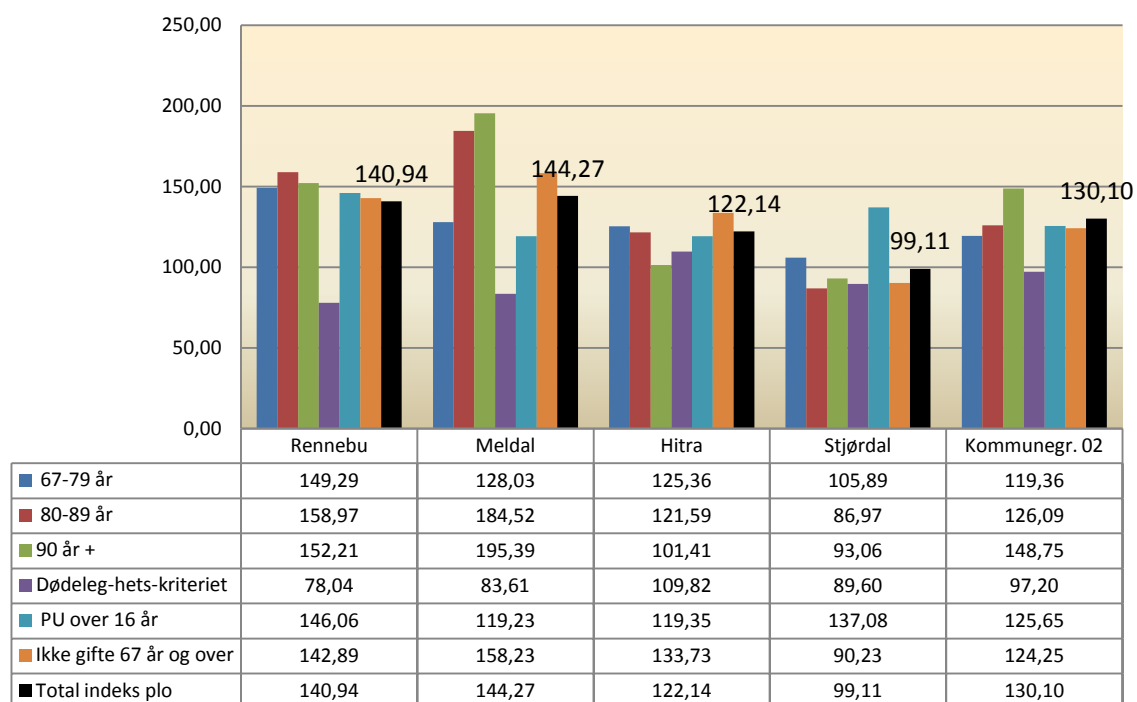
Figur 1 viser at Rennebu kommune bruker en høy andel av netto driftsutgifter til pleie og omsorg sammenlignet med landet og fylket (den blå streken i figuren). Dette skyldes blant annet at vi har en høy andel eldre. Andelen innbyggere over 67 år utgjør 20,3 % i Rennebu kommune mens denne andelen utgjør 16,8 % i Oppdal kommune og 13,2 % i Sør-Trøndelag fylke. Sammenlignet med kommuner med omtrent lik andel innbyggere som er 80 år og eldre bruker vi ikke uforholdsmessig mye til pleie og omsorg.

Figur 2 viser beregnet utgiftsbehov i utvalgte kommuner ut fra bestemte kriterier. Indeksene er beregnet av AEK Analyse AS i Ålesund og er basert på behovsindekser fra grønt hefte⁶. I gjennomsnittskommunen er utgiftsbehovet 100. Som det fremgår av figur 2 har Rennebu kommune et samlet utgiftsbehov innen pleie og omsorg som ligger ca 41 % over gjennomsnittskommunen (total indeks plo på 140,94). Tilsvarende beregnet utgiftsbehov innen helse ligger ca 35 % over behovet i gjennomsnittskommunen. Kriterier som er av stor betydning når man beregner utgiftsbehovet innen helse og omsorg er befolknings sammensetning, dødelighetskriteriet⁷, andel psykisk utviklingshemmede og andel enslige over 67 år. Andre faktorer som er av betydning når utgiftsbehovet innen helse og omsorg beregnes er blant annet avstander innad i kommunen, andel med lav inntekt og andel uføre i alderen 18 – 49 år.

⁶ Grønt hefte er beregningsteknisk dokumentasjon som viser beregning av rammetilskuddet fra staten til den enkelte kommune

⁷ Dødelighetskriteriet gir et uttrykk for det antall døde som en alders- og kjønnsstandardisert befolkning i kommunen vil ha som årlig gjennomsnitt over en periode. Det kan betraktes som en indikator som fanger opp en rekke sosioøkonomiske forhold som påvirker forekomsten av sykkelighet i befolkningen

Beregnet utgiftsbehov for pleie- og omsorgstjenesten 2012

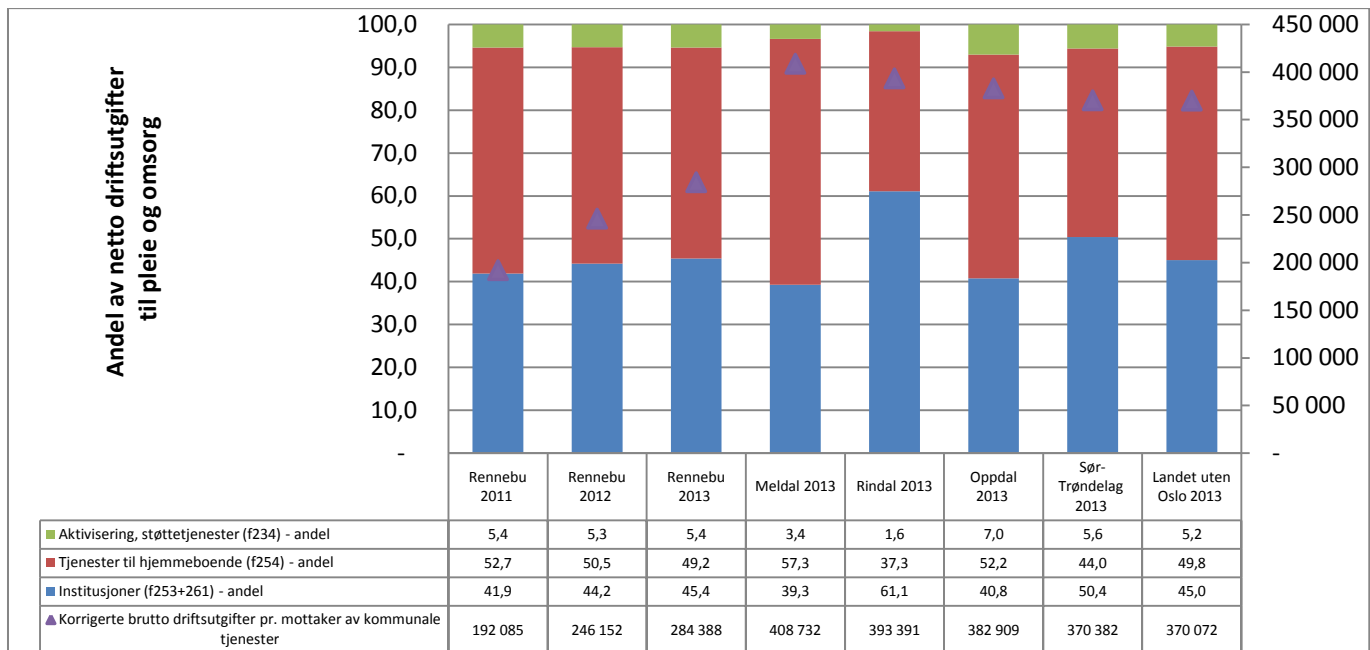


Figur 2

Tabell 2 viser at netto driftsutgifter pr innbygger i kommune Rennebu, Meldal og Rindal er høgt, dette skyldes primært høgt andel eldre sammenlignet med fylket og landet. Sammenligner man netto driftsutgifter pr innbygger 67 år og eldre viser tabellen at det er vesentlig mindre prosentvis forskjell mellom de tre nevnte kommunene og fylket/landet. Oppdal har relativt lave utgifter til pleie og omsorg, noe som sannsynligvis i stor grad skyldes en vesentlig lavere andel eldre enn det som Rennebu kommune har.

Tabell 2

Netto driftsutgifter i kr til pleie og omsorg	Rennebu	Meldal	Rindal	Oppdal	Sør-Trøndelag	Landet utenom Oslo
Pr innbygger	23 071	25 362	25 580	14 833	13 613	15 525
Pr innbygger 67 år og over	113 620	136 341	126 415	88 196	103 063	109 804

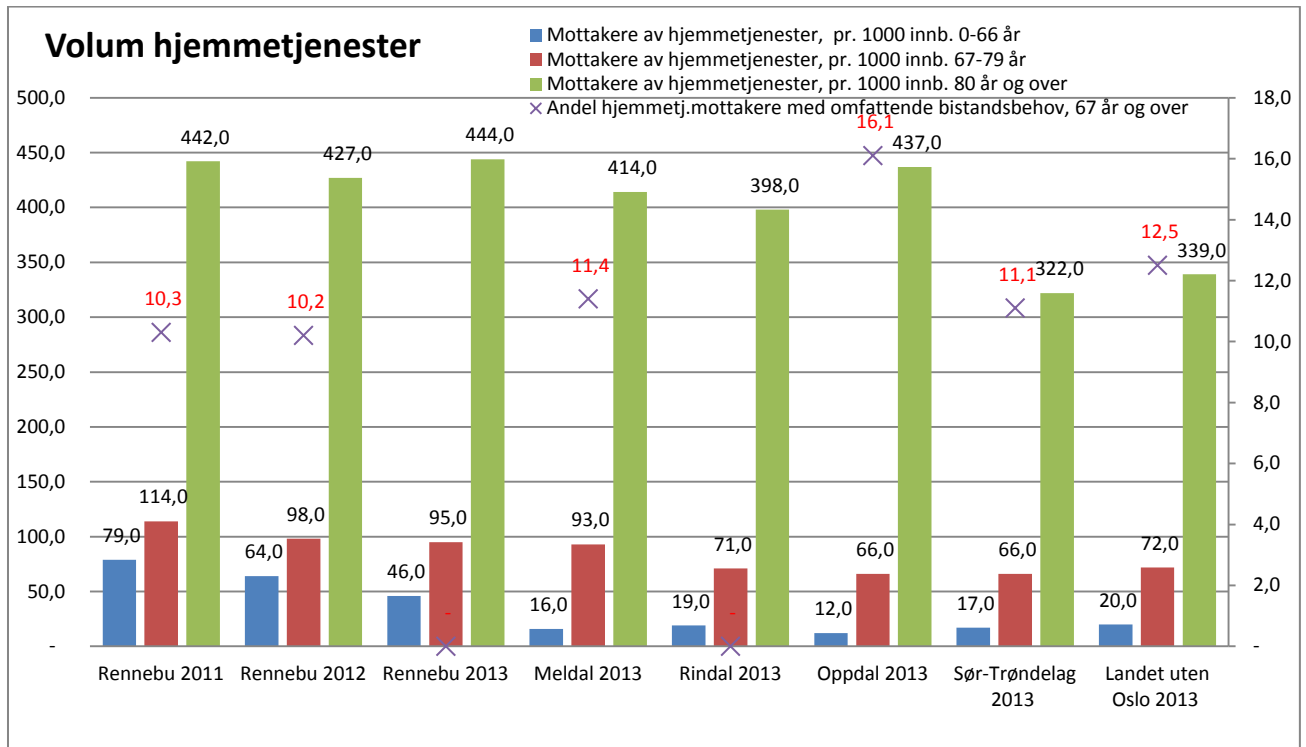


Figur 3

Figur 3 viser hvordan fordelingen mellom aktivisering/støttetjenester, institusjonsbaserte og hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester er. Tabellen viser at Rennebu har omtrent samme fordeling som landet utenom Oslo. De lave driftsutgiftene pr mottaker av tjenester som tabellen viser, skyldes sannsynligvis minst tre faktorer. Den ene er at vi har en raus tildelingspolitikk, noe som betyr at vi har mange mottakere av tjenester, men at den enkelte mottaker har relativt lite tjenester. Den andre faktoren kan skyldes feil i rapporteringen ved at avsluttende tjenester ikke er avsluttet i vårt fagsystem og dermed rapporteres dette inn som aktive tjenester. I løpet av 2013 ble det gjort en opprydding slik at registrerte brukere som ikke var aktive ble tatt ut av systemet. Figur 3 viser at dette har medført høyere driftsutgifter pr mottager (lilla trekant) noe som skyldes at et lavere antall mottagere av kommunale tjenester er rapportert inn. Den tredje og kanskje den viktigste faktoren er at tjenestene er forskjellig organisert fra kommune til kommune og dette medfører ulik registrering på hvor tjenestene plasseres i KOSTRA.

4.1 Hjemmetjenester

Figur 4 viser at Rennebu har en meget høg andel mottakere av hjemmetjenester i aldersgruppen 80+. Mottakere i de øvrige aldersgruppene ligger også høgt, forklaringen på dette er den samme som beskrevet til figur 5, nemlig raus tildeling, sannsynlig fortsatt noe feilrapportering og forskjellig organisering. Andelen mottakere med omfattende bistandsbehov har vært lavt i Rennebu og i 2013 hadde vi ingen brukere over 67 år med omfattende bistandsbehov.



Figur 4

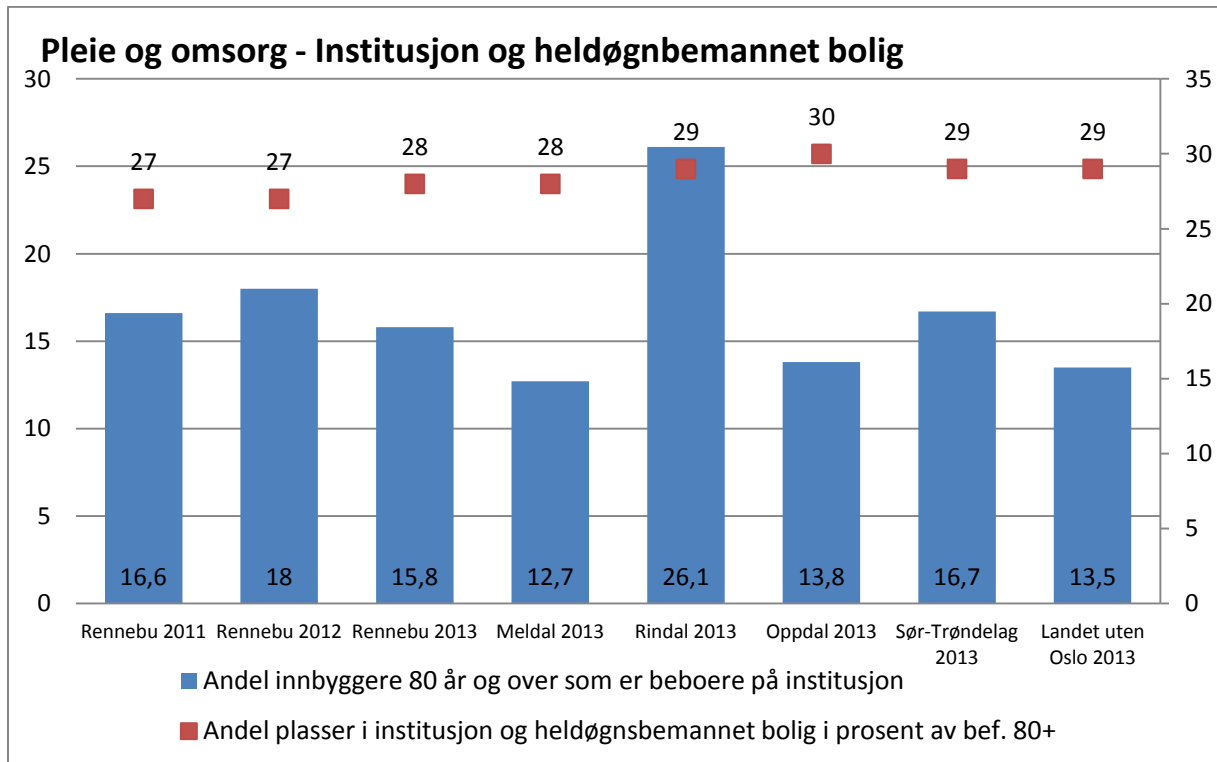
4.1.2 Dekningsgrad og behov innen hjemmetjenester

Dekningsgraden innen hjemmetjenester er meget høg og det må gjøres en vurdering av om denne prioriteringen av ressurser er riktig forutsatt at statistikken stemmer med virkeligheten. Tjenesten melder om behov for flere omsorgsboliger til eldre innbyggere med omsorgsbehov (2 – 3 personer står på venteliste pr august 2014). Kommunen har lange avstander og ansatte i hjemmetjenesten må bruke uforholdsmessig mye tid i bil til og fra brukere. Det er sannsynlig at tryggheten hos enkelte brukere vil øke med plass i en omsorgsbolig og at behovet for tjenester derved vil reduseres.

Innen rus og psykiatri har 5 – 10 brukere kommunal bolig i dag og det meldes om behov for bolig til 5 – 10 brukere i tillegg til disse.

4.2 Institusjonstjenester

I Rennebu kommune har vi heldøgnsbemannet omsorg for personer over 80 år kun på sykehjemmet. Vi har ikke heldøgnsbemannede omsorgsboliger for denne gruppen. I Joveien og Løkkjakkveien er det boliger for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Det er heldøgnsbemanning i Joveien og i deler av Løkkjakkveien.



Figur 5

Figur 5 viser andel beboere over 80 år som bor på institusjon eller i heldøgnsbemannet bolig. Etersom vi i Rennebu ikke har heldøgnsbemannede omsorgsboliger for beboere over 80 år er alle som er medregnet i denne statistikken beboere på sykehjemmet. I statistikken som fremstilles med røde firkanter er heldøgnsbemannet bolig for funksjonshemmede i Joveien medregnet.

Korrigerte brutto driftsutgifter pr kommunal institusjonsplass er lavest i Rennebu kommune av alle i tabell 3. Noe av forklaringen på dette kan være rasjonell drift ved at alle institusjonsplasser er samlet på Berkåk og ikke er spredt rundt i kommunen. En annen forklaring kan være at vi har en relativt lav andel fagutdannede og dermed lavere lønnsutgifter.

Tabell 3: Korrigerte brutto driftsutgifter i kr i institusjon pr kommunal plass pr år

Rennebu	Meldal	Rindal	Oppdal	Sør-Trøndelag	Landet utenom Oslo
878 789	897 436	908 744	884 367	949 220	977 884

4.2.1. Dekningsgrad og behov innen heldøgns omsorg

Som det fremgår av figur 5 har Rennebu en institusjonsdekning som ligger litt under snittet for fylket og litt over snittet for landet målt i forhold til andel innbyggere over 80 år som bor på institusjon. Trenden i mange kommuner er nå at et eventuelt økt behov for heldøgns omsorg dekkes gjennom

utbygging av omsorgsboliger med mulighet for heldøgns omsorg samt økning av kapasiteten i hjemmesykepleien.

Ved en vurdering av omsorgsbehovet for beboerne på sykehjemmet pr mai 2014 anslår ledelsen ved sykehjemmet følgende behov i tabell 4:

Tabell 4

Behov for type plass	Antall plasser
Rehabiliterings- og korttids plass med behandling og opptrening der målet er å komme hjem	4
Bofelleskap med mulighet for heldøgns omsorg der hovedfokuset er på miljøarbeid	11
Langtidsplasser der beboerne har behov for hjelp til det aller meste	19
Ledige plasser	4
Totalt antall plasser til disposisjon	38

Dette er et øyeblikksbilde av behovet og vi vet at det kan endre seg fort. Et eksempel på dette er at det ca en måned etter at denne vurderingen var gjort, var det en beboer i overbelegg ved sykehjemmet. Dette synliggjør behov for stor fleksibilitet i systemet.

Selv om behovene kan endre seg fort viser tabell 4 at det er rom for endringer i hvordan vi prioriterer ressursene og tilbudene innen pleie og omsorg. Tabellen viser at bare halvparten av beboerne har behov for sykehjems plass.

4.1 Omsorgstrappa

Omsorgstrappa er endret i forhold til slik den fremstilles i omsorgsplan for Rennebu kommune (2010 – 2020). Antall trinn i trappa er slått sammen til 5 hovedtrinn. I tillegg er det lagt inn flere bokser på siden av trappa som beskriver at brukere ofte er i flere trinn av trappa og mottar tjenester fra flere områder samtidig.

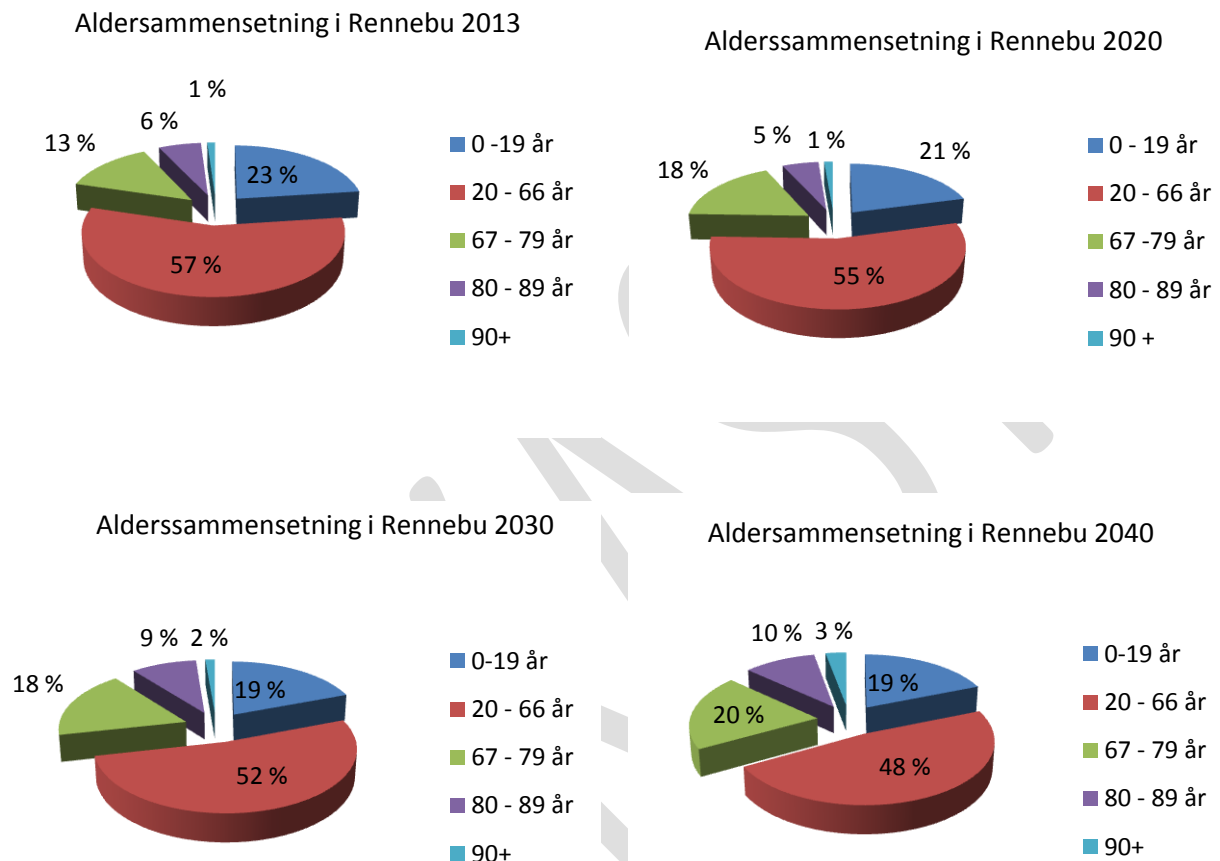


Figur 6

5 Befolkningsutvikling

5.1 Framskriving av utvikling i alderssammensetning i Rennebu kommune

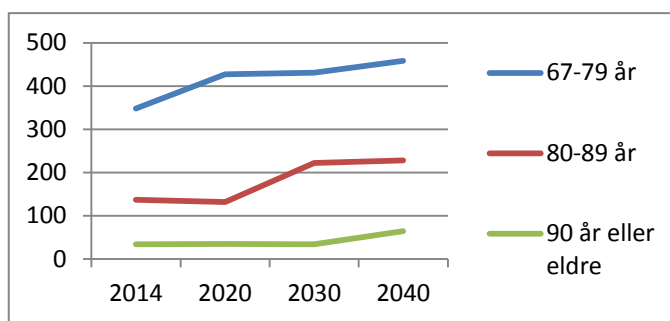
Figurene og tabellene er laget fra statistikker hentet ut fra SSB (Statistisk Sentralbyrå) og man må ikke ta det for gitt at slike fremskrivninger vil stemme, men de gir en god pekepinn på hva som kan være forventet utvikling.



Figur 7: Alderssammensetning i Rennebu fra 2013 til 2040

Figur 7 viser en dramatisk endring i alderssammensetningen i Rennebu fra 2013 til 2040. Andelen i aldersgruppen 67 år og eldre øker fra 20 % til 33 %, mens andelen i aldersgruppen fra 66 år og yngre reduseres fra 80 % til 67 %. Denne utviklingen medfører behov for endringer i hvordan utfordringene innen helse og omsorg skal løses i fremtiden. Vi får en vesentlig økning i andel innbyggere over 67 år som vil utløse store behov for pleie og omsorgstjenester hvis dagens behov, tildelingspraksis og tjenesteyting fremskrives. I tillegg reduseres andelen av befolkningen i yrkesaktiv alder (20 – 66 år) fra 57 % i 2013 til 48 % i 2040, noe som sannsynligvis vil bety økte utfordringer i å rekruttere nok personell til sektoren. Antall personer i yrkesaktiv alder (20 – 66 år) pr eldre i gruppen 67 år og eldre er i Rennebu i 2013 er på 2,8, mens den i 2030 faller til 2,2 (3,5 for landet) og i 2040 til 1,8. Det sier seg selv at det ikke er bærekraftig kun å fremskrive dagens praksis. Utviklingen de senere år på

landsbasis viser imidlertid at den største økningen i antall omsorgsmottakere er i aldersgruppen under 67 år. Figur 8 og tabell 5 viser utviklingen spesifikt for aldersgruppen 67+ i tidsrommet 2014 – 2040. For aldersgruppen 67 – 79 år er det en kraftig økning i antall fra 2014 til 2020. Denne økningen forplanter seg til en kraftig økning i aldersgruppen 80 – 89 år fra 2020 – 2030 og i aldersgruppen 90 år og eldre fra 2030 – 2040. Dette er et bilde på aldringen i de store etterkrigskullene



Figur 8

Tabell 5: Befolkningsutvikling 2014 – 2040 for aldersgruppen 67 +

	2014	2020	2030	2040
67-79 år	348	427	431	458
80-89 år	137	132	222	228
90 år eller eldre	34	35	34	64

6 Fremtidige behov for kommunale helse og omsorgstjenester

Den største utfordringen innen helse og omsorg fremover blir den store økningen i andelen eldre slik som det beskrives i kapittel 5.

Flere andre forhold er sentrale når man skal beskrive nasjonale utviklingstrekk innen kommunale helse- og omsorgstjenester, samhandlingsreformen er et av disse. Det har vært en meget stor økning i andel yngre mottakere av hjemmetjenester og denne gruppen utgjør en stadig større andel av utgiftene.

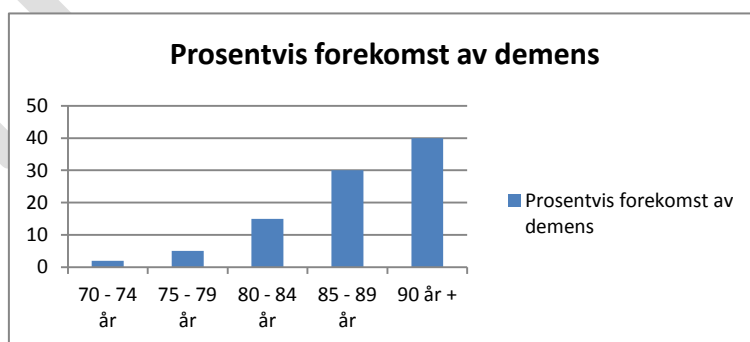
6.1 Samhandlingsreformen

Den sterke veksten i kommunale omsorgstjenester kan blant annet ses i sammenheng med endringer i oppgavefordeling både med spesialisthelsetjenesten og familieomsorgen. Samhandlingsreformen forsterker dette bildet ytterligere og setter sitt preg på kommunens pleie- og omsorgstjenester. Dette viser seg ved blant annet at kommunen er ansvarlig for utskrivingsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten fra dag en. Dersom kommunen ikke kan ta imot en utskrivingsklar pasient blir man fakturert med 4000 kr pr døgn pr pasient. Dette medfører krav både til kompetanse og kapasitet i kommunene. Rennebu kommune har taklet dette meget bra så langt ved at vi har tatt imot alle utskrivingsklare pasienter i 2013 og så langt i 2014 (august 2014). Kompetansebehovet har vi også greid å imøtekomme. Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten har fungert godt.

Fra 2016 er alle kommuner pålagt å ha et kommunalt akutt døgntilbud (KAD) som alternativ til sykehusinnleggelse. For SiO (Samhandlingsreformen i Orkdalsregionen), som Rennebu kommune er en del av, ble dette tilbudet etablert allerede ved utgangen av 2012 med SiO sengepost ved Orkdal sykehus.

6.2 Demens

I følge meld. st. nr 29 (2012 – 2013) - Morgendagens omsorg vil de 3 største utfordringene innen helse og omsorg i fremtiden være demens, enslighet og fall. Demens er en fellesbetegnelse for en gruppe hjernesykdommer som fortrinnsvis opptrer i høy alder og som medfører symptomer som hukommelsessvikt, sviktende handlingsevne, sviktende språkfunksjon, personlighetsendringer og endring av atferd. Demenssykdommene er sjeldne hos femtiåringer, men øker gradvis i forekomst med økende alder. Tabellen over viser at ca 30 % av de i aldersgruppen 85 – 89 år rammes av demens, mens det samme er tilfelle for ca 40 % av de som er over 90 år. På landsbasis anslår man at ca 80 % av beboerne på sykehjem har en demenssykdom.



Figur 9

Legger man den demografiske utviklingen i Rennebu til grunn må man påregne nærmere en dobling av antall personer med demens fra 2014 til 2040. I dag er en avdeling ved sykehjemmet på 7 plasser spesielt beregnet for beboere med demens av alvorlig grad. Dagens vurderinger tilsier at tilbudet til personer med demens er noe utilstrekkelig slik det er i dag. Det som savnes mest er et tilrettelagt botilbud til mennesker

med demens som er for syke til å være i sitt opprinnelige hjem og som foreløpig ikke har behov for så omfattende tilbud som avdelingen på sykehjemmet gir.

6.3 Kreftomsorg

Kreft rammer flest eldre. Tre av fire krefttilfeller diagnostiseres hos menn og kvinner over 60 år. I Norge skyldes derfor en vesentlig del av den kraftige økningen i krefttilfeller at vi lever lengre enn tidligere og at en økende andel av befolkningen er eldre. Fremskrivning av befolkningsutvikling tilsier at denne utviklingen vil fortsette å øke i årene som kommer. Tilbudet for kreftpasienter tilrettelegges slik at flere og flere kan motta behandling i sitt hjem og flere ønsker å dø i hjemmet sitt. Dette utfordrer kommunene både mht kompetanse og kapasitet. Rennebu kommune har så langt greid å møte behovene innen kreftomsorg ved at vi har egen kreftsykepleier samt at både sykehjemmet og hjemmesykepleien greier å møte behovene på en god måte. Den demografiske utviklingen vil også på dette området øke utfordringene både med hensyn til kompetanse og demografi.

6.4 Rus og psykiatri

Kommune bruker store ressurser på botilbud til alvorlig psykisk syke, som ofte har et begrenset tilbud i spesialisthelsetjenesten. Rus og psykisk helse er et område hvor et pasientforløp sjelden kan ses på som en rett linje. Det går ikke noen klar grense for hva som kan defineres som spesialisthelsetjeneste og hva som er primærhelsetjeneste. Etter gjennomføring av samhandlingsreformen ser en sterk vekst i etterspørsel etter kommunale tjenester for mennesker med psykiske lidelser, blant annet fordi spesialisthelsetjenesten gir kortere behandlingsopphold. På dette området har vi noen utfordringer ved at enkelte innbyggere med spesielle behov mangler bolig.

6.5 Yngre brukere

På landsbasis ser man gjennom de senere årene at andelen yngre brukere av kommunale helse og omsorgstjenester har økt. Tallene for 2013 viser at denne tendensen fortsetter. Det er derfor ikke nok å kun ta aldring av befolkningen med i betraktninger rundt fremtidens pleie- og omsorgstjenester. Yngre mottakere med andre behov og flere tildelte timer vil også komme til å prege pleie- og omsorgstjenestene fremover. I Rennebu ser vi foreløpig ikke noe til denne tendensen, men vi må påregne at den vil komme.

7 Fremtidige utfordringer og muligheter for Rennebu kommune

7.1 Utfordringer

Med bakgrunn i beskrivelsene som er gjort så langt kan fremtidige utfordringer innen helse og omsorg i Rennebu kommune oppsummeres som følger:

- Kraftig økning i andel eldre, - i aldersgruppen 80 + starter økningen fra 2023. I flg. st. meld 29; Morgendagens omsorg vil de største utfordringene for denne gruppen være:
 - Demens
 - Enslighet
 - Fall
- Økende behov for hjemmetjenester hos brukere under 67 år. På landsbasis er det en kraftig økning i hjemmetjenester hos denne gruppen. Vi har foreløpig ikke sett denne tendensen i særlig grad i vår kommune.
- Økende behov for botilbud innen rus og psykiatri.
- Tidlig utskriving fra spesialisthelsetjenesten. Så langt har Rennebu kommune taklet dette på en god måte med å ta imot utskrivingsklare pasienter fra dag en. Det er sannsynlig å anta at antall utskrivingsklare pasienter vil øke i takt med at andelen eldre øker. Dette medfører økt kommunalt behov for
 - Kompetanse
 - Kapasitet

7.2 Muligheter

Den nye eldregenerasjonen har helt andre muligheter til å møte alderdommen enn tidligere generasjoner. Derfor blir det viktig å fremskrive ressursene i minst like stor grad som problemene. Ressursene hos den enkelte innbygger kan oppsummeres som følger:

- Bedre helse/funksjonsevne
- Bedre boforhold
- Bedre økonomi
- Høyere utdanning

St. meld 29; Morgendagens omsorg peker på muligheter for fremtidens omsorg gjennom blant annet:

- Fremtidens boligløsninger og nærmiljø
- Næromsorg
- Velferdsteknologi
- Endret verdsetting av pårørendeomsorg

8 Bygningsmasse og rom-/boligbehov

Tabell 6 viser oversikt over kommunale bygg og boliger innen helse og omsorg pr 2014. Med unntak av 7 leiligheter er alt plassert på Berkåk. Det er i alt 64 leiligheter og 38 sykehjemsplasser.

Tabell 6

Type bygg	Adresse	Byggeår	Merknad
Helsesenter(hovedbygg)	Gamle kongevei 39A	1978	Identisk med Holtålen og Agdenes
Helsesenter påbygg 1	Utsikten/legekontor/fysio	1987	"Utsikten" med 7 rom
Helsesenter påbygg 2	Sørstuggu/Nordstuggu m. sokkel	2002	Totalt 38 plasser (45 før ombygging/enkeltrom)
Trygdebolig Berkåk	Gamle kongevei 30	1975	5 leiligheter
Trygdebolig Berkåk	Gamle kongevei 32, 34	1978/ 2012	3 + 2 + 1 leiligheter (fellesrom ombygd til liten leilighet i 2012)
Trygdebolig Innset		1985*	2 leiligheter (fra Innset sanitetsforening)
Sanitetsbolig/trygdeboliger	Gamle Kongevei 24	1988*	2 leiligheter (fra Rennebu sanitetsforening)
Sanitetsbolig - sokkel		1988*	Møterom, møtesal, kjøkken.
Omsorgsboliger Berkåk	Gamle kongevei 39B	2000	15 leiligheter, fellesareal, utleiehybel
Omsorgsboligen Voll "Staure"	Voll, 7393 Rennebu	2001	5 leiligheter m/fellesrom (Egen stiftelse i regi Voll grendalag)
Omsorgsbolig/bolig	Løkkjakkveien 5, Berkåk	1990	5 leiligheter m/fellerrom, base.
Omsorgsbolig/bolig	Løkkjakkveien 7, Berkåk	2004*	5 leiligheter (delvis finansiert tilskudd psyk.)
Omsorgsbolig/bolig	Joveien 3, Berkåk	1990/ 2009	4 + 2 leiligheter (inkl. 1 avlastningsleilighet) 2 nye leiligheter og noe oppussing i 2009
Boligavdelingen	Gamle kongevei 39A	1987	13 leiligheter med fellesareal (inkl. 1 hybel)
			Hår og fotpleielokaler i sokkel
Arbeidssenter		Ca. 1980	Gammelt kontorbygg – tidl. Interdata
Vedsentral			Leier produksjonslokale av KRR(midlertidig)

* byggeår ca.

8.1 Rennebu helsesenter

Rennebu helsesenter består av sykehjem og dagsenter for hjemmeboende eldre i 2. etasje. I første etasje er det lege-, helsesøster-, psykiatri og ergoterapitjeneste, base for hjemmesykepleie, kjøkken, helse- og omsorgskontor, administrasjon for helse og omsorg, vaktmestertjeneste, kommunalt hjelpemiddellager, møterom, garderobe og diverse lagerrom. Fysioterapeutttjenesten er lokalisert i sokkeletasjen.

8.1.2 Sykehjemmet

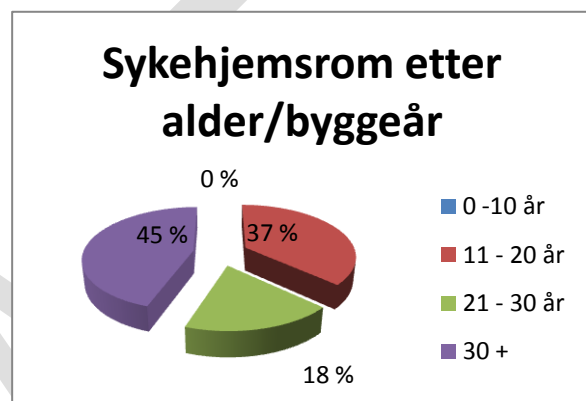
Da sykehjemmet ble bygget i 1978 delte de aller fleste beboerne rom med en annen og det var heller ikke krav om eget bad og toalett på rommet. I dag er det 17 pasientrom i den eldste delen, som ikke har eget bad og toalett, dette utgjør 45 % av totalt antall rom på sykehjemmet (figur 10). Med unntak av noen rom på "Trygda" mangler disse rommene eget bad/WC.

I 1987 ble Helsesenteret påbygd med rom for fysioterapitjeneste i sokkelen, legetjeneste i 1. etasje og 7 pasientrom på "Utsikten" på sykehjemmet. Disse rommene har eget bad/WC

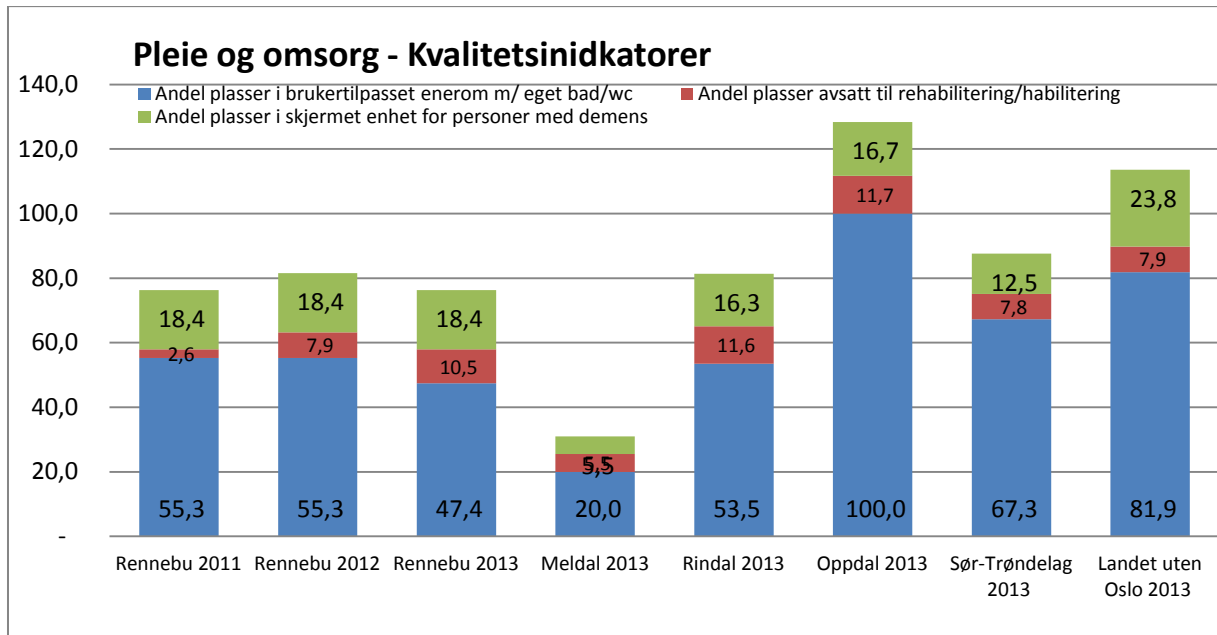
og utgjør 18 % av totalt antall pasientrom ved sykehjemmet. Neste byggetrinn fulgte i 2002 med påbygg for hjemmesykepleiens kontorer, ergoterapeut, hjelpemiddellager, vaktmesterrom, stort møterom – Knutstuggu

samt div lager i første etasje og Nord- og Sørstuggu på sykehjemmet med totalt 14 rom, dette utgjør 37 % av alle pasientrom. Alle disse rommene har eget bad/WC.

I 2012 ble kjøkkenet rehabilitert samt at det ble bygd 4 nye kontorer og kaffe-/arbeidsstua ble tatt i bruk som dagsenter for hjemmeboende eldre etter noe rehabilitering av lokalene.



Figur 10



Figur 11

Kvalitetsindikatorerne i figur 11 kan egentlig ikke summeres, men de gir en indikasjon på opphoping av kvalitet. Denne figuren viser at 47,4 % av rommene ved sykehjemmet eget bad. Det er stort behov for rehabilitering, spesielt av den eldste delen av sykehjemmet.

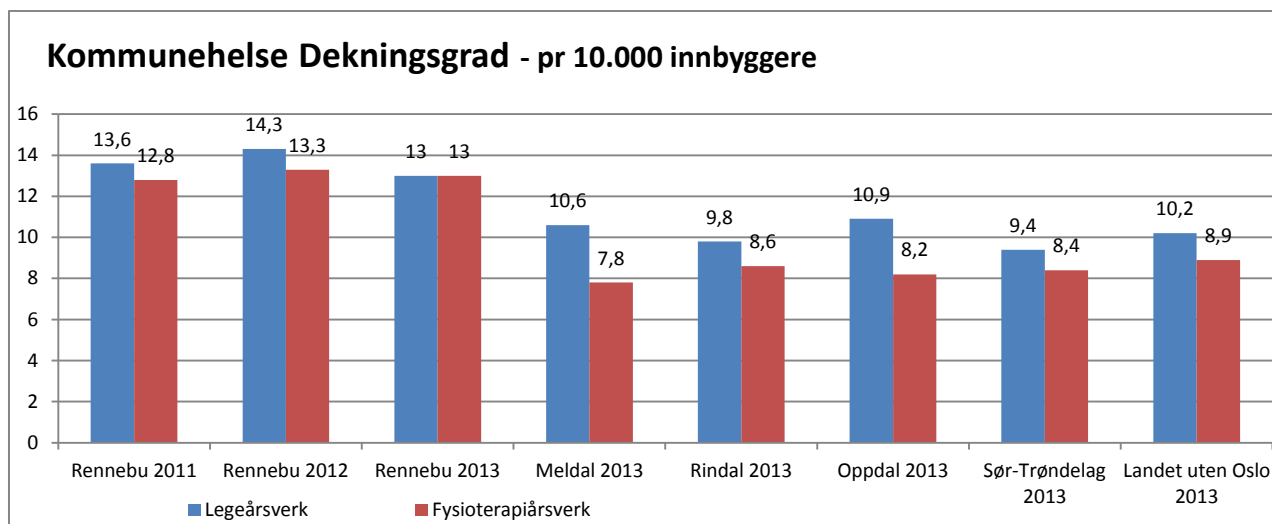
Kulepunktene nedenfor er satt opp etter innspill til plan- og byggekomiteen både fra sykehjemmet, kreftsykepleier, demensteamet og rehabiliteringsteamet samt ut fra komiteens egne vurderinger. Her vurderes ikke hvor på sykehjemmet de forskjellige tjenestene skal være plassert. Det tas heller ikke stilling til hvor mange langtids-, kortids- og rehabiliteringsplasser osv. det er behov for.

Dette er foreløpige punkter:

- Avklare om man ønsker oppdeling i små enheter f. eks med avdelinger på 6 - 8 pasienter eller større avdelinger med et sentralt servicetorg
- Mer tilpasset bygningsmasse til mennesker med demens med for eksempel større "vandre-areal" på skjermet enhet, kanskje som "sirkelløype"
- Mulighet til å stenge av og lydisolere 1 -2 rom/leiligheter for uagerende pasienter
- Mer og godt tilpasset avlastningstilbud for hjemmeboende, - både dagtilbud og korttidsopphold
- Avsette 2 rom til kreftsykepleie, et for pasient og et for pårørende-/samtalerom. Rommene kan brukes fleksibelt. Bør helst ha mulighet for egen inngang og være i tilknytning til rehab-/korttidsavdeling.
- Bad/WC på alle rom
- Oppgradere alt som er nedslitt
- Større treningsrom/fysioterapeutrom (Ta bort badet, - innspill fra fysioterapeuten)
- Behov for stort aktivitetsrom med mulighet for fleksibel inndeling slik at det kan brukes av flere grupper, både som dagsenter for hjemmeboende eldre og andre grupper.
- Felles areal for dagsenter og kantine kan komme i konflikt med utvidet drift av dagsenter. Vurdere annen plassering av kantine.

8.1.3 Lege- og fysioterapeutttjeneste

Disse to tjenestene er sammensatt av både privatpraktiserende og kommunalt ansatte. Figur 12 viser at vi har god dekning både av leger og fysioterapeuter sammenlignet både med snitt for landet, fylket og nabokommuner i forhold til folketallet.



Figur 12

Legetjenestens bygningsmasse er fra 1987 og det er behov for rehabilitering av alle rom. Arealet og antall rom dekker tjenestens behov. Med en organisering av spesialsykepleiere som kreftsykepleier, diabetessykepleier osv. under helse, vil det være behov for et ekstra kontor som disse kan bruke 1 – 2 dager i uken avhengig av behov. Dette kan ses i sammenheng med behovene til helsestasjonen. Det samme gjelder møterom/spiserom. Innspill til bygningsmessige behov ved legetjenesten oppsummeres i kulepunktene nedenfor:

- Laboratoriet må utvides og avtrekk må på plass
- Skjerming for adgang med kontroll/låsing/kodesystem/avstenging av dører.
- Mer lagerplass
- Stort nok handikaptoalett i tilknytning til venterom
- Lydisolering

Fysioterapeutttjenestens lokaler er fra 1987 og det er behov for rehabilitering av rommene. Behov som har fremkommet fra fysioterapeutttjenesten er:

- Utvidelse av arealet for trenings- og behandlingsrom

8.1.4 Helsesøstertjenesten

Det er relativt god dekning av helsesøstre i forhold til antall barn.

Helsestasjonens bygningsmasse er, i likhet med legetjenesten, fra 1987 og det er behov for rehabilitering av alle rom. Virksomhetsområdet Helse er utvidet med psykiatri- og ergoterapeutttjeneste og det må gjøres en helhetlig vurdering av om det er hensiktsmessig at disse

tjenesteområdene skal plasseres fysisk nærmere de andre tjenestene innen Helse. Behov som har fremkommet fra helsesøstertjenesten er:

- Et ekstra kontor, ses i sammenheng med behov på legekantoret
- Tidsinnstilt låsing av aktuelle dører/kodesystem
- Bygge om slik at gjennomgang via helsestasjon til legekantorene unngås
- Større felles møterom/spiserom for hele virksomhetsområdet Helse.

8.1.6 Psykiatritjenesten

Kostrastatistikken viser at Rennebu kommune har god dekning med psykiatriske sykepleiere. Ikke alle disse arbeider direkte i psykiatritjenesten, men bruker fagkompetanse på andre områder innen helse og omsorg.

Psykiatritjenesten har kontorer i den eldste delen av Helsesenteret og det er behov for rehabilitering av rommene. Spesielt er det behov for lysisolering både av vegger og dører.

8.1.7 Kommunal ergo- og fysioterapeutteneste

Ergoterapeut og kommunal fysioterapeut deler kontor i den nyeste bygningsmassen av Helsesenteret. Kontoret er i nærheten av lager for tekniske hjelpemidler, noe som er gunstig. Det må vurderes om plasseringen er gunstig når/hvis sykehjemmet bygges ut med egen korttids- og rehabiliteringsavdeling.

8.1.8 Base for hjemmesykepleien

Hjemmesykepleien er en tjeneste i vekst. Statlige styringssignaler med samhandlingsreformen og flere stortingsmeldinger underbygger denne utviklingen, viser til kapittel 2. Samarbeid med hjemmehjelpene er tett og det er behov for mer plass i hjemmesykepleiens base. Behov som har fremkommet fra hjemmesykepleien er:

- Større fellesrom med plass til både hjemmesykepleie og hjemmehjelp
- Mer kontorplass, hvorav et med flere arbeidsstasjoner for dokumentasjon
- Medisinerom med kodelås og avtrekk/lufting
- Garderobeplass med dusj/toalett og egne skap til alle ansatte

8.1.9 Helse- og omsorgskantoret

Samorganisering av et eget helse- og omsorgskontor er nytt fra 2014. Kontoret innehar funksjoner som hjemmehjelp, IKT, deler av forvaltning, merkantile funksjoner med mer. Kontorene er plassert ved hovedinngangen til Helsesenteret og 4 av kontorene ble rehabilitert/bygd i 2012 (leder for TFF bruker et av disse kontorene). Behov som har fremkommet fra helse- og omsorgskantoret er:

- Eget kontor til alle ansatte, det er 2 kontorer for lite til å få til dette i dag
- Varemottak med unntak av kjøkkenet er i hovedinngangen, dette er uhensiktsmessig
- Base for hjemmehjelp og hjemmesykepleie bør samlokaliseres
- Kopi-/postrom/kassapparat/makuleringsmaskin, behov for større plass til dette, er spredt på flere plasser i dag pga. plassmangel.

8.1.10 Felles innspill

Fra flere av tjenesteområdene og fra plan- og byggekomiteen har det kommet innspill som angår hele eller deler av enheten:

- Garderobe med dusjer/WC og skap for alle ansatte
- Kombinert møte-/videokonferanse-/undervisningsrom
- Flere møte- og samtalerom
- Carporter med motorvarmere for alle kommunale biler
- Ladestasjon for elbiler, kontakter på parkeringsplassen
- Vurdere adskilt rom for kantine og dagsenter
- Helhetlig vurdering av behov for kontorplasser
- Helhetlig vurdering av om enkelte samarbeidspartnere bør være lokalisert på Helsesenteret slik som PPT, barnevern, logoped...

Ellers må selvsagt helhetlig tenking legges til grunn i utforming og interiør. Det er også viktig å sørge for godt inneklima.

8.2 Leiligheter/boliger

Det fokuseres på boligbehov som følger av kommunens oppgaver som ansvarlig for pleie- og omsorgspolitikken. Det legges til grunn at kommunen ønsker en mest mulig ressurseffektiv helse- og omsorgstjeneste og boligpolitikk slik at kommunens boliger skal bidra positivt til brukernes evne til egenomsorg, mestring og reduksjon av bistandsbehov. Kommunen mangler en helhetlig boligsosial plan.

Boligdelen av pleie- og omsorgspolitikken skal altså bidra optimalt til at omsorgstrappa samlet sett (viser til figur 6 side 17) er effektiv. Men det er samtidig viktig å unngå å blande boligpolitikk og omsorgspolitikken slik at omsorgsbolig ikke tildeles til personer som ikke har omsorgsbehov av betydning og som samtidig har kapasitet til å skaffe seg bolig på egenhand.

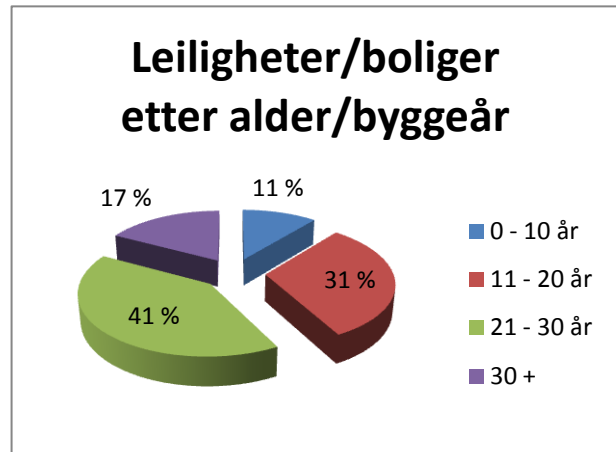
Kommunal bolig kan tildeles brukere i ulike trinn i trappa, med ulike begrunnelser og med ulike sett av tjenester i tillegg, eventuelt at brukeren greier seg helt uten tjenester:

- brukeren kommer seg ikke inn på boligmarkedet alene grunnet rus/sosiale problemer
- brukeren har uhensiktsmessig bolig og mangler kapital til å eie selv
- brukeren har behov for et boligmiljø som bidrar til å stabilisere funksjonsevne/bremse funksjonssvikt
- brukeren har behov for bolig med integrerte tjenester hele/deler av døgnet (heldøgns omsorg)

For omsorgsboligenes del blir effektiviteten definert ved om de har riktig utforming og om kommunen har riktig kapasitet i boligmassen, om de blir tildelt de riktige brukerne og om de faktisk fører til økt mestring. Effektiv boligmasse bidrar til gunstige løsninger både for brukere og for kommunen.

8.2.1 Beskrivelse av boligmassen

I dag har vi 64 leiligheter, dette inkluderer 10 leiligheter i Løkkjakkveien og 6 i Joveien som ligger organisatorisk under TFF (tjeneste for funksjonshemmede). De andre leilighetene/boligene bebos i hovedsak av eldre brukere med hjelpebehov. Standarden på denne boligmassen er svært variabel. De eldste "trygdeboligene" på utsiden av Gamle Kongeveg er bygd i 1975 og 1978, dette er 11 leiligheter og utgjør 17 % av leiligheter som helse og omsorgstjenesten har, viser til tabell 6 og figur 13. Utenfor Berkåk sentrum er det totalt 7 leiligheter, hvorav 2 (bygd i 1985) er på Innset og 5 (bygd i 2001) er på Voll.



Figur 13

Leilighetene på Innset er bygd av Innset sanitetsforening, men eies og driftes i dag av Rennebu kommune. Leilighetene på Voll er bygd, eies og driftes av en stiftelse med navn omsorgsboliger Voll mens tildeling av plasser gjøres av Rennebu kommune. I 1987 ble Boligavdelingen bygd med 13 leiligheter. Dette bygget har vært drevet nærmest som et aldershjem med fast bemanning på dagtid helt frem til 2014, da leilighetene ble definert på lik linje med andre kommunale leiligheter der tjenester tildeles ut fra behov og ikke ut fra bosted.

I forbindelse med HVPU-reformen ble boligene i Løkkjakkveien 5 og Joveien 3 bygd i 1990. Disse boligene hadde til sammen 9 leiligheter. I 2004 ble 5 leiligheter i Løkkjakkveien 7 bygd og i 2009 ble Joveien Bofellesskap utvidet med ytterligere 2 leiligheter. I Joveien er det fellesareal for brukerne med blant annet TV-stue, mens Løkkjakkveien mangler dette. Det mangler også kontor og hvilerom (hvis hvilende nattevakt) for ansatte i Løkkjakkveien. Beboerne i leilighetene i Løkkjakkveien og Joveien var i utgangspunktet psykisk utviklingshemmede. Etter hvert har dette endret seg slik at beboerne i dag har en mer varierte og sammensatt hjelpebehov.

Arbeidssenteret som brukerne innen TFF (tjeneste for funksjonshemmede) benytter er et ombygd kontorbygg fra 1980. Vedsentralen flytter inn i nye lokaler på Torslaft høst 2014. Omsorgsboligen i Gamle Kongevei 39 B ble bygd i 2000 med 15 leiligheter, utleiehybel og fellesareal.

8.2.3 Bygningsmessige behov i leiligheter/boliger

Det er stor variasjon på standarden i leilighetene/boligene. I de nyeste leilighetene er standard og vedlikehold meget bra mens det er kritisk dårlig i den eldste boligmassen som nærmer seg 40 år.

8.2.3.1 Bygningsmessige behov i den eldste boligmassen

Leilighetene i Gamle kongevei 30, 32 og 34 som er bygd i 1975 og 1978 er i kritisk dårlig stand. Teknisk etat vurderer bygningsmassen til å være for dårlig til rehabilitering og anbefaler at bygningene rives og erstattes med nye. Det samme gjelder arbeidssenteret som TFF benytter. Bygget er i dårlig bygningsmessig stand, noe som er u hensiktsmessig både med hensyn til organisering av aktiviteter for brukerne og kostnader til oppvarming. Øvrige bygningsmasse er i tilfredsstillende stand.

8.2.3.2 Bygningmessige behov i øvrige boliger/bygg

Utover behovene for nybygg som beskrives ovenfor er følgende bygningmessige behov innen boliger/leiligheter fremkommet:

- Flere bygg med bofellesskap både for personer med demens og andre grupper (antall ikke avklart). Nye bofellesskap/omsorgsboliger må tilrettelegges for mestring og bruk av velferdsteknologi.
- Aktivitetssenter med mulighet for fleksibel bruk av mange forskjellige typer brukergrupper. Kan for eksempel dekke behovene for arbeidssenteret (TFF), dagsenter for hjemmeboende eldre, dagsenter for psykiatri, lavterskeltilbud NAV osv.
- Knytte sammen omsorgsboligen i Gamle Kongeveg 39 B med Helsesenteret slik at man ikke trenger å gå ut for å komme mellom.
- Fellesareal i Løkkjakkveien 7.
- Kontor, hvilerom og lager i Løkkjakkveien 5.

9 Vurdering av boligbehov

Gjennomgang av lovverk, styringssignaler, kostnader og kvalitet samt befolkningsutvikling viser et krevende bilde med hensyn til hvilke fremtidige utfordringer vi har innen helse og omsorg. Store deler av bygningsmassen er foreldet og nedslitt og tilfredsstillende ikke dagens krav. Økningen av andel eldre starter for fullt fra midten av 2020-åra. Frem til da har vi en relativt stabil andel eldre. Dette gir oss mulighet til å utnytte den stabile perioden til å planlegge og forberede hvordan vi kan møte "eldrebølgen" på en best mulig måte. Når disse utfordringene sammenfaller med behov for rehabilitering av bygningsmassen har vi en utmerket mulighet til å se disse utfordringene i sammenheng og utforme bygningsmassen innen helse og omsorg slik at vi er beredt til å møte fremtidens utfordringer på en god måte.

Lovverket gir kommunene stor frihet med hensyn til hvordan tjenestene settes sammen og hvilken tjenesteprofil man velger, forutsatt at man sørger for at de som oppholder seg i kommunen gis forsvarlige helse- og omsorgstjenester⁸. Samtidig peker flere stortingsmeldinger på nødvendigheten av å endre dagens praksis da det på ingen måte er bærekraftig kun å fremskrive dagens praksis samtidig med at andelen eldre øker kraftig^{9 10 11 12}.

Behovet for bygningsmessige endringer av eksisterende bygningsmasse innen de enkelte tjenesteområdene i kommunen er omtalt i kapittel 8. Nedenfor følger en vurdering av behovet for sykehjemsplasser og leiligheter basert på fremtidens utfordringer.

9.1 Behov for sykehjemsplasser

Når dagens sykehjemsrom skal oppgraderes slik at det blir eget bad og toalett på alle rom vil dette nødvendigvis medføre at antall rom ved sykehjemmet reduseres noe. Hvor mange rom dette dreier seg om vil først være klart når arkitekten har gjort sine vurderinger. Det må gjøres en faglig og politisk vurdering av hvordan tapet av rom skal kompenseres. Aktuelle stortingsmeldinger peker i retning av at det må legges til rette for egenmestring og at dette sannsynligvis oppnås bedre i en omsorgsbolig enn i et sykehjem.

Enkelte kommuner (f. eks. Melhus kommune) velger å bygge omsorgsleiligheter som med enkle grep kan omgjøres til sykehjemsrom for å dekke fremtidige behov. Andre bygger omsorgsboliger med mulighet for heldøgns omsorg, mens andre satser på utbygging av hjemmesykepleien for å dekke økte behov innen pleie og omsorg. Enkelte kommuner øker også sykehjemskapasiteten. En av konklusjonene i studien til Telemarksforskning (kapittel 3) er at det er ikke én profil som er best for

⁸ [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester](#)

⁹ [St.meld.nr.25 \(2006-2007\) Mestring, muligheter og mening](#)

¹⁰ [Samhandlingsreformen, St.meld. nr 47: Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid](#)

¹¹ [Morgendagens omsorg](#)

¹² [Folkehelsemeldingen](#)

alle kommuner. Kommuner med liten andel eldre, få enslige og en relativt komprimert bosetting vil kanskje lettere kunne gi et forsvarlig pleie- og omsorgstilbud med mange korttidsplasser og en godt utbygd hjemmetjeneste. Mens det for en kommune med mange eldre, mange enslige og spredt bosetting kanskje vil være mer ressursbesparende og et bedre tilbud for innbyggerne med flere omsorgsboliger og/eller institusjonsplasser fremfor mye hjemmetjenester.

I KOSTRA måles sykehjemsdekning i forhold til antall innbyggere som er 80 år og eldre, viser til figur 5 på side 16. Tabell 7 viser en økning i antall eldre 80+ fra 171 personer i 2014 til 292 personer i 2040. Dette er en økning på 71 %. Den utviklingen som sannsynligvis vil kreve størst behov for økning i pleie- og omsorgstjenester er den sterke økningen i antall 90 år og eldre som vi får fra 2030 til 2040 med nærmere en dobling. Det er en vesentlig høyere andel i den eldste aldersgruppen (90+) som har behov for helse- og omsorgstjenester sammenlignet med den nest eldste gruppen (80 – 89 år). Hvis dagens sykehjemsdekning skal beholdes i 2040 betyr det at antallet plasser må økes med minst 27 til totalt 65 plasser. Legger man til grunn at aldersgruppen 90+ får nesten en dobling i denne perioden må man kanskje øke med enda flere plasser hvis dagens praksis skal opprettholdes.

Tabell 7: Befolkningsutvikling 2014 – 2040 for aldersgruppen 80+ i Rennebu

	2014	2020	2030	2040
80-89 år	137	132	222	228
90 år og eldre	34	35	34	64
80 år og eldre	171	167	256	292

Hvis man legger vurderingen av omsorgsbehov basert på beboere pr mai 2014 til grunn (tabell 4 på side 17) er det behov for å øke antall plasser med 14 til totalt 52 plasser. Legger man til grunn at morgendagens eldre vil ha bedre funksjonsevne, bedre boforhold og bedre økonomi kan man kanskje redusere behovet for sykehjems plasser en god del. Dette handler til syvende og sist og hvilke funksjoner man ønsker å legge til sykehjemmet. Ønsker man at sykehjemmet skal bestå av kun:

- 1) Rehabiliterings- og korttidsplass inkl. tidlig utskrevne fra spesialisthelsetjenesten
- 2) Lindrende behandling
- 3) Mennesker med demens av alvorlig grad
- 4) Behandling og pleie av de aller sykeste

Dersom man velger en slik profil kan det være at man i fremtiden trenger færre sykehjems plasser enn man har i dag. En slik profil vil forutsette utbygging av omsorgsboliger med mulighet for heldøgns omsorg.

9.2 Behov for kommunale boliger

Kommunal bolig kan tildeles ut fra at man befinner seg på forskjellige trinn i omsorgstrappa (figur 6 side 17). Rennebu mangler en boligsosial plan. Denne behovsanalysen gir ikke en helhetlig og

fullstendig oversikt over boligbehovet til alle grupper, blant annet omtales ikke behovet for boliger til flyktninger.

9.2.1 For mennesker med nedsatt funksjonsevne

Dette behovet dekkes i dag av boligene i Joveien og Løkkjakkveien, totalt 16 leiligheter. Opprinnelig var boligene tiltenkt psykisk utviklingshemmede. I dag bor det brukere med forskjellige typer funksjonshemminger og med variert grad av hjelpebehov i boligene.

Slik situasjonen er i dag har man ikke behov for økning av boliger til denne brukergruppen. Men dette kan endre seg fort hvis man for eksempel får en trafikkskadet med omfattende omsorgsbehov eller et multihandicaped barn med behov for barnebolig eller omfattende avlastning.

9.2.2 For mennesker med rus og/eller psykiske problemer

Innen rus og psykiatri meldes om behov for kommunal bolig til 5 – 10 brukere, viser til kapittel 4.1.2 på side 15. Behovet for gruppene som omtales i pkt. 9.2.2 og 9.2.3 vil i noen tilfeller være sammenfallende.

9.2.3 For eldre mennesker med hjelpebehov

Det finnes ikke statistikk på hvor mange leiligheter den enkelte kommune tilbyr i forhold til eldre innbyggere. I Rennebu har vi totalt 64 kommunale leiligheter. Når vi trekker fra de 16 leilighetene i Joveien og Løkkjakkveien som benyttes av mennesker med nedsatt funksjonsevne, har vi 48 leiligheter som brukes av eldre med hjelpebehov. Tabell 7 på side 32 viser at antall eldre over 80 år vil være stabil frem til 2020. Fra 2020 til 2030 vil antall eldre over 80 år øke med 53 %. Hvis dekningen av leiligheter skal holdes på dagens nivå i forhold til eldre på 80 år og mer må antallet økes til 73 leiligheter innen 2030 og til 84 leiligheter i 2040, en økning på henholdsvis 25 og 36 leiligheter. Å fremskrive behovet for kommunale leiligheter kun basert på økningen av antall eldre blir ikke helt riktig ettersom ca 25 % av de som bor i kommunal bolig (utenom Joveien og Løkkjakkveien) er under 80 år, men det gir en pekepinn.

Hvilke funksjoner som legges til sykehjemmet vil være av stor betydning når man skal vurdere behovet for kommunale leiligheter/omsorgsboliger.

9.3 Det private boligmarked

Kommunen må også vurdere om det er mulig å bidra med tilrettelegging og stimulering slik at private aktører kan bygge ut boliger som er attraktive for eldre. Slike boliger kan fungere som buffere før man starter å gå omsorgstrappa. Enkelte steder er slike boliger organisert som en stiftelse der beboerne betaler kun leie i stedet for å kjøpe leiligheten (f.eks. Leirfjord kommune).

10 Videre prosess

I analysen trekkes det ingen endelig konklusjoner, men analysen er ment som et grunnlag og hjelp i det videre arbeidet.

Så langt er følgende planlagt med hensyn til fremdrift i prosessen:

Fremdriftsplan pr 04.09.2014:

Dato	Aktivitet/møte	Hvem	Ansvarlig
08.09.2014	Gi en oversikt over utfordringsbildet og diskutere innspill	Pårørendeforeningen	Helse- og omsorgsleder
11.09.2014	Drøfting av behov og retning for HO med behovsanalysen som bakgrunnsinfo	Lederteam HO, kommuneoverlegen, hovedtillitsvalgte	Helse- og omsorgsleder
15.09.2014	Møte	Plan og byggekomiteen	Leder HOO
29.09.2014	Møte	Plan og byggekomiteen	Leder HOO
01.10.2014	Gi en oversikt over utfordringsbildet og diskutere innspill	"Eldres dag"	Helse- og omsorgsleder
02.10.2014	Drøfting av behov og retning for HO med behovsanalysen som bakgrunnsinfo	Virksomhetsområdet Helse	Helse- og omsorgsleder
07.10.2014 Kl 15 - 17	Drøfting av behov og retning for HO med behovsanalysen som bakgrunnsinfo, gruppearbeid	Sykehjemmet	Helse- og omsorgsleder
07.10.2014 Kl 13 - 15	Drøfting av behov og retning for HO med behovsanalysen som bakgrunnsinfo, gruppearbeid	Hjemmesykepleien	Helse- og omsorgsleder
09.10.2014	Drøfting av behov og retning for HO med behovsanalysen som bakgrunnsinfo, gruppearbeid	TFF	Helse- og omsorgsleder
Oktober	Drøfting av behov og retning for HO med behovsanalysen som bakgrunnsinfo	Helse- og omsorgskontoret	Helse- og omsorgsleder
Oktober?	Tema-møte om: <ul style="list-style-type: none"> • Rehab av bygningsmassen • Folkehelse 	Kommunestyret	Ordfører
Oktober	Møter etter behov, klargjøre kravspesifikasjon til arkitektfirma og velge arkitektfirma	Plan- og byggekomiteen	Leder HOO
Oktober/ november	Oppstartmøte med arkitektfirma	Plan- og byggekomiteen	Leder HOO

Behovsanalysen vil fullføres før temamøte i kommunestyret og legges frem som saksdokument.