

Handlingsplan for helse og mestring Vinje kommune

Oktober 2023

Prosjektteam: Audun Thorstensen, Maria Ekman (EY) og Tor Erik Baksås (EY)

Forord

Telemarksforsking har på oppdrag for Vinje kommune bistått i utarbeidelse av en handlingsplan for fremtidens helsebehov.

I vårt arbeid har vi benyttet en kombinasjon av ulike metoder, herunder dokumentanalyse og litteraturgjennomgang, statistiske analyser basert på data fra Statistisk sentralbyrå/KOSTRA og intervjuer med ledere innen helse og mestring i kommunen.

Analysen omfatter:

- Nasjonale forventninger til framtidige helse- og omsorgstjenester
- Situasjonsbeskrivelse og utfordringsbilde
- Kvalitative analyser
- Oppsummering og anbefalinger

Audun Thorstensen fra Telemarksforsking har vært prosjektansvarlig hos oppdragstaker, mens Maria Ekman og Tor Erik Baksås fra EY har vært innleide konsulenter.

Vi vil takke for godt samarbeid med Vinje kommune i gjennomføringen av oppdraget, og for levering av data og for at ansatte behjelpelig har stilt seg til disposisjon for intervjuer og kontaktpunkter for øvrig. Våre primære kontaktpersoner i Vinje kommune har vært teknisk sjef Åge Verpe og kommunalsjef for helse og mestring Kari Dalen.

Bø, 30.10.2023

Audun Thorstensen
Prosjektleder

Innholdsfortegnelse

1 Bakgrunn og metode

2 Nasjonale forventninger

3 Situasjonsbeskrivelse og utfordringsbilde

4 Kvalitative analyser

5 Oppsummering og anbefalinger



1. Bakgrunn og metode

Bakgrunn og mandat

Vinje kommune ønsker bistand til utarbeidelse av en handlingsplan for fremtidens helsebehov.

Telemarksforskning forstår det slik at kommunen ønsker at eksisterende kommunedelplan og demografinotatet fra KS konsulent skal være en del av datagrunnlaget. Kommunen ønsker at Telemarksforskning skal innhente nyere data og sammenstille denne i en konkret, kortfattet og pedagogisk handlingsplan av dagens og fremtidens behov for helsetjenester. Her skal bygningsbehovene inkluderes.

Vinje kommune skal overta Åmotshaugen, hvor det er etablert et helsesenter med legevakt, tannhelse og fysioterapi. Kommunen ønsker i den forbindelse en kartlegging og behovsanalyse av hvordan de best mulig kan benytte seg dette samt andre omsorgsbygg i Rauland og Haukeli for å møte fremtidens helsebehov.

Kommunens investeringsbehov er knyttet til befolkningsutviklingen de neste årene. Handlingsplanen må derfor synliggjøre hvilke tilpasninger og mulige byggetrinn som kan møte den demografiske utviklingen. Telemarksforskning forstår det slik at resultatet av denne rapporten også vil være en premissgiver for kommunens langsiktige eiendomsstrategi inne helse og omsorg.

Metode

Dokumentgjennomgang og innledende analyser

Vi har gjort en dokumentgjennomgang av kommunens eksisterende planverk og strategier innenfor helse og omsorg. I tillegg har vi utarbeidet en oversikt over nasjonale forventninger til framtidige helse- og omsorgstjenester.

Kvalitative analyser

Telemarksforskning besøkte Vinje kommune 18. september for intervjuer med nøkkelpersoner innenfor helse og mestring. I den forbindelse fikk vi også se helse og mestring sin bygningsmasse. Vi ble vist kommunens sykehjem, omsorgsboliger og boliger for personer med særlige behov i Åmot. Vi besøkte også kommunens omsorgssenter i Rauland som nå er under ombygging, samt desentralisert legesenter og helsestasjon. I Øvre Vinje fikk vi se kommunes omsorgssenter og lokalene til hjemmetjenesten. Kommunen har også kjøpt en tomt i umiddelbar nærhet til omsorgssenteret som gir muligheter for å utvide tilbudet av omsorgsboliger i Øvre Vinje.

2. Nasjonale forventninger til helse og omsorgstjenestene

I dette kapittelet gir vi en oversikt over utfordringene som skisseres i framtidens helse- og omsorgstjenester, og de nasjonale føringene som adresserer dette.

Ulike politiske føringer, nye oppgaver, demografi etc. gjør at kommunale helse- og omsorgstjenester må tilpasses en bærekraftig framtid. De siste årene har det kommet en rekke nasjonale føringer som retter seg inn mot organisering og utvikling av kommunale helse- og omsorgstjenestene. De ulike helsepolitiske føringene dekker flere felt i tjenestene, men det er likevel noen klare felles tendenser; mer kommunalt ansvar, økt krav til effektivitet, økt krav til kvalitet, bedre brukertilpasning og bedre samhandling mellom tjenester. Det er samtidig en forventning om at kommunene skal satse på forebygging og tidlig innsats, og legge til rette for å redusere innbyggere sin avhengighet til kommunale helsetjenester i fremtiden. Disse nasjonale føringene bør være forankret i planlegging og organiseringen i hvordan kommunen utvikler sitt tjenestetilbud i årene som kommer. Å redusere innbyggernes behov for kommunale helsetjenester i fremtiden, kommer til å bli viktig i arbeidet fremover. Dette kan gjøres på flere måter, blant annet gjennom økt satsing på velferdsteknologi og digitalisering, heltidskultur og forebyggende arbeid

Meld. St. 7 (2019-2020): Målet er å realisere pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte

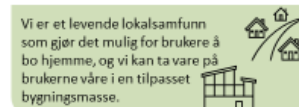


Vi ser helhetlig på tjenestetilbudet og klarer å rekruttere og beholde kompetansen vi trenger, og kan tilby heltidsstillinger.

Vi utnytter potensialet i velferdsteknologi og digitalisering, og tilbyr brukere og ansatte nyttige tjenester.



De pårørende er anerkjennes og er kompetente. Deres nære er trygge og får tilbud om tjenester på et riktig nivå.



Vi er et levende lokalsamfunn som gjør det mulig for brukere å bo hjemme, og vi kan ta vare på brukerne våre i en tilpasset bygningsmasse.



Vi jobber aktivt med folkehelse og forebygging fordi det gir trivsel, bedre helse, og reduserer fremtidig behov for tjenester.

2. Nasjonale forventninger til fremtidige helse- og omsorgstjenester

Forventningene til helse- og omsorgstjenestene øker samtidig som ressursene er under press. Befolkningen blir eldre, medisinsk teknologi er kostbar, og problemstillingen med for eksempel antibiotikaresistens vil bli mer omfattende ([Fremtidens helse- og omsorgstjenester – FHI](#)). Kommunene får stadig nye og større oppgaver innenfor helse- og omsorg, og må ha fokus på kontinuerlig forbedring og nye måter å levere tjenestene på. Distriktskommuner er i stort preget av en aldrende befolkning, vanskeligheter med å bosette yngre krefter, og det kan være problemer med å få ansatt og beholdt riktige fagkompetanse.

Med stortingsmeldingen «Bu trygt heime» vil regjeringen ha fokus på økt innsats for et mer aldersvennlig samfunn preget av åpenhet, trygghet og fellesskap. Meldingen har fire innsatsområder: levende lokalsamfunn, tilpasning- og planlegging av bosted, kompetente og myndiggjorte medarbeidere, og trygghet for brukere og støtte til pårørende. Det overordnede målet er å bidra til at eldre kan bo trygt hjemme så lenge som mulig, og at behovet for helse- og omsorgstjenester utsettes gjennom bedre planlegging, forebygging og mer målrettede tjenester.

Gjennom de helsepolitiske føringene stilles nye krav og kommunene får større og mer ansvar. Kommunene er en nøkkel til å løse det fremtidige utfordringsbildet. Dette er også tydelig i nyere offentlige utredninger. Det stilles større krav til effektivitet og kvalitet, bedre brukertilpasning og en styrket samhandling mellom tjenester. Det er en forventning om at kommunene skal satse på forebygging og tidlig innsats for å forebygge og redusere fremtidig tjenestebehov. Dette er viktige momenter i planlegging og organiseringen i hvordan Vinje kommune utvikler sitt tjenestetilbud frem mot 2030. Sentrale grep i dette er en fleksibel bygningsmasse, digitalisering og velferdsteknologi, heltidsskolekultur, og forebyggende arbeid.

Eldreomsorg

Tjenestetilbud til eldre utgjør en stor andel av utgiftene i kommunale helse – og omsorgstjenester (Kjelvik & Mundal 2013). I forskningsstudiet *Friske leveår* har forskere (FHI, NTNU og UiT og Nasjonalt senter for aldring) funnet at en økning i levealder ikke har gitt en større økning i helsetjenester i hjemmet for eldre over 70 år. Dette kan komme av at de eldre over 70 år er friskere, eller at terskelen for å få hjelp er blitt høyere. Førstegangsbiand i hjemmet har blitt utsatt til stadig høyere alder fordi eldre er mer selvhjulpne. Samtidig øker behovet for hjemmebaserte tjenester fordi det blir stadig flere ([Chang m/fl, 2023](#)). I parallell blir det flere som havner i kategorien «yngreomsorgen», dvs. andel yngre tjenestemottakere.

Utfordringsbildet knyttet til eldrebølge må ikke undervurderes. Det er risiko for økt forsørgerbyrde, noe som gir større press på helse og omsorgstjenesten og stort behov for tilgang på arbeidskraft. Det er en nasjonal, politisk målsetting om at eldre mennesker skal leve så lenge som mulig i egne hjem, og motta behandling og tilbud i hjemkommunen. Det er en stadig forventning om å redusere antall sykehjemsplasser, og flytte oppgaver fra institusjonsomsorgen til hjemmebaserte tjenester. Videre er det også et økende fokus på uformell omsorg, eksempelvis gjennom pårørende og frivillighet for å sikre at brukere med omfattende omsorgsbehov skal kunne bo i egne hjem.

Frivillighet og uformell omsorg

Regjeringen oppmuntrer til å ha en aktiv frivillighetspolitikk i kommunene (Meld. St. 24), og kommunene har ansvar for å se frivillighetssentralene inn i dette. I de kommunale helse- og omsorgstjenestene er det både et behov for, og potensiale i, å ta i bruk en større del av lokalsamfunnet for å beholde og utvikle gode velferdstilbud. Dette kan ligge både hos brukerne selv, familie og sosiale nettverk, og i frivilligheten.

Flere utredninger viser at det er viktig at omsorgen som ytes av pårørende opprettholdes på dagens nivå (Meld.St.15(2017-2018); Blix m.fl, 2021). Det er også nasjonale ønsker om at bidrag fra frivillige økes; «en gjennomtenkt og kompetent organisering er en av suksessfaktorene for å sikre økt frivillighet i omsorgstjenesten» (Meld.St.15 (2017-2018)).

2. Nasjonale forventninger til fremtidige helse- og omsorgstjenester (2)

Flere politiske føringer fremhever det store potensialet i den mangfoldige frivillige sektoren. Noen eksempler her er handlehjelp, turgrupper, måltidsfellesskap, informasjonsarbeid og rusmiddelforebyggende arbeid. Det understrekes videre at det bør være en sentral del av kommunens satsing på både folkehelse tiltak og forebyggende arbeid (se også folkehelse og forebyggende arbeid). Dette fastslåes blant annet gjennom Folkehelseloven § 4, som spesifiserer at kommunen har et ansvar for folkehelsearbeid, blant annet gjennom samarbeid med frivillig sektor når de utvikler egen frivillighetspolitikk.

Utvikling av den frivillige sektoren er en sentral oppgave for kommunene. I de politiske føringene vektlegges det at å engasjere seg i frivillig arbeid i seg selv kan bidra til økt livskvalitet, eksempelvis med tanke på sosial omgang med andre. Her trekkes det spesielt frem at ungdommer og eldre bør anses på som viktig ressurs, og at samarbeid med ulike brukerorganisasjoner bør formaliseres. Det understrekes at et godt samarbeid mellom offentlig sektor og sivilsamfunn er sentralt for fremtidens samfunnsutvikling.

Velferdsteknologi og digitalisering

Digitalisering er å utnytte teknologien som finnes til å fornye, forenkle og forbedre, slik at tjenestene kan bli mer effektive, tilgjengelige og enklere. For den kommunale helse- og omsorgstjenesten handler dette om elektronisk pasientjournal og eventuelle andre verkøyt som benyttes for å samhandle med pasienter og brukere, dokumentasjonsløsninger, og samhandlingsverktøy som anvendes både innad i en kommune og på tvers i regioner. Flere kommuner forteller at det har vært en enorm progresjon i digitalisering under pandemien.

Velferdsteknologi refererer til teknologisk assistanse som kan bidra til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltagelse, mobilitet og fysisk aktivitet. Målet med denne type teknologi er blant annet å styrke brukerens evne til å klare seg selv i hverdagen.

Helsepolitiske føringer har de siste årene fokusert i større grad på utvikling og bruk av velferdsteknologi i kommunale helse- og omsorgstjenester, og det er et uttalt mål at «velferdsteknologi skal være en integrert del av kommunal helse- og omsorgstjeneste innen 2025» (Helsedirektoratet 2012). I Nasjonal helse – og sykehusplan (2020-2023) trekkes det frem at det er et behov for å satse på innovasjon omkring digitalisering og velferdsteknologi og at dette vil være til fordel både for brukere og helsepersonell i tjenestene.

Nye måter å ha kontakt med hverandre via digitale plattformer kan gi brukerne trygghet, og hjelpeapparatet oversikt og kort vei til å sette inn hjelpetiltak så raskt som mulig. Gjennom nye teknologiske løsninger vil man kunne gjøre helserelaterte målinger på seg selv og sende til lege eller hjemmetjenester (Telemarksforskning 2020).

Av muligheter som trekkes frem er blant annet elektroniske medisindosetter sikre riktige medisiner til rett tid uten at helsepersonell alltid må være tilgjengelig, treningsapper og digitale kalendere. Ulike typer sensorer kan benyttes både i private hjem og ved institusjoner som sikrer at man raskt oppdager f.eks. om bruker står opp av seng, faller, går ut, blir våt etc. Det utvikles også GPS-løsninger som sikrer at brukere kan bo lengre hjemme selv ved svekket hukommelse, og begynnende demens.

Det finnes stadig flere digitale løsninger til bruk for en mer effektiv tjeneste; slik som digitale vaktbøker, ruteplanleggere etc. I de helsepolitiske føringene vektlegges det at flere av disse løsningene kan være tidsbesparende, slik at mer av tiden kan benyttes direkte mot bruker, og tjenesten vil slik sett også kunne absorbere flere brukere uten at ressursbruken øker tilsvarende.

Arbeidskraft, kompetanse og heldidskultur

Av NOU 2023:4 Tid for handling fremkommer det at personellveksten i helse- og omsorgstjenesten så langt har vært vesentlig høyere enn befolkningsveksten. Bemanningsutviklingen i tjenesten er ikke å anse som bærekraftig, svaret på utfordringene er ikke avgrenset til å handle om flere folk på jobb. Helse og omsorg er den sektoren som det er forventet størst utfordringer med å skaffe arbeidstakere i årene fremover. Dette gjelder særskilt sykepleiere, men også helsefagarbeidere og spesialsykepleiere (NAV 2017, Helgesen og Herølsen 2017). Tiltak som tilrettelegger for best mulig bruk av ansattes tid og kompetanse er derfor avgjørende. Personellet er den viktigste ressursen i helse- og omsorgstjenesten og avgjørende for god pasientbehandling. Tjenesten må utvikles slik at personellet får utvikle seg og blir tilført kompetanse. Gjennom å føle eierskap og tilhørighet til tjenesten, vil personellet oppnå mestring, utvikling og et arbeid som gir mening. Mange av tiltakene som Helsepersonellkommisjonen i NOU 2023:4 foreslår, skal gjennomføres av personellet. En levelig arbeidsbelastning, trivsel, motivasjon og faglig utvikling er viktig for å rekruttere og beholde ansatte. Det må være attraktivt og mulig å stå i arbeid gjennom et langt yrkesliv, helst i hele stillinger og med lavere sykefravær enn i dag.

Betydelige tiltak må til for å endre helse- og omsorgstjenestene tilstrekkelig. Derfor anbefaler Helsepersonellkommisjonen en helhetlig innsats på flere tiltaksområder, som sammen vil bidra til omstillingen. Tiltakene er strukturert under følgende seks områder:

- organisering av helse- og omsorgstjenestene,
- oppgavedeling,
- arbeidsforhold og arbeidstid,
- utdanning og kompetanseutvikling,
- prioritering og reduksjon av mindre viktige og til dels uønskede tjenester, og digitalisering og teknologisk utvikling

2. Nasjonale forventninger til framtidige helse- og omsorgstjenester (3)

Tallet på tjenestemottakere og oppgaver vil øke drastisk de neste 20-25 år sammenlignet med tallet på innbyggere i arbeidssfør alder. Tiltak og endringer bør iverksettes tidlig for å møte denne virkeligheten. Helsedirektoratets kompetanseløft 2025 omfatter en rekke tiltak som går ut på rekruttering, men også å beholde og utvikle personell og ressurser i kommunen.

Heltid og deltid

Det er et felles ønske blant arbeidsgivere og arbeidstakere om å arbeide mot flest mulig hele stillinger i helse- og omsorgstjenesten, og i arbeidsmiljøloven er det vedtatt en sterk presisering av at heltid skal være hovedregelen (NOU 2023:4). I helsesektoren er det fortsatt en utstrakt bruk av deltidstillinger. I satsing Kompetanseløft 2020 viser Helsedirektoratet til at deltidsbruken påvirker kvaliteten i tjenesten og er til hinder for kontinuitet i arbeid med sårbare brukere, samtidig som det påvirker de ansatte i sektorens tilfredshet rundt egen arbeidssituasjon. I denne utfordringen ligger det en mulighet gjennom ulike tiltak som øker ansatte sine stillinger til et nivå som er til å leve av, og samtidig øke den totale tilgangen til ressurser for å dekke en del av de behovene som vil komme i årene fremover. Det er en sterk helsepolitisk anbefaling at kommunene satser sterkere på å skape en heltidskultur i helse – og omsorgstjenestene. I gjennomgangen kommer vi til å vurdere om vi vil anbefale kommunen å gå inn i en prosess for å skape en «Heltidskultur» via KS. KS samarbeider sammen med mange norske kommuner, der jobber med en rekke mulige tiltak som fremmer heltid innen helsesektoren. Det kan ligge potensielt mange årsverk skjult her, som kan bli viktige å effektivere i fremtidens helsetjeneste.

Utelatt helsehjelp

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Senter for omsorgsforskning laget en hurtigoversikt som viser hvilke kapasitets- og kvalitetsutfordringer som ligger i kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette kan være oppgaver som blir satt på vent, oversett, glemt eller utelatt. Et kartlagt utfordringsbilde for helse og omsorgstjenester er «missed care» eller «utelatt helsehjelp». Utelatt helsehjelp er forekomst av utelatt helsehjelp og typer helsehjelp som blir utelatt. Studier viser at det å utelatte helsehjelp er vanlig i kommunale helse- og omsorgstjenestene.

En studie fra norsk kontekst viser at 77 % av helsepersonell i sykehjem oppgir at de en eller flere ganger har neglisjert omsorgsbehov. Dette kan være ulike oppgaver relatert til grunnleggende fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle behov hos pasienten. Eksempler på konkrete oppgaver kan være kroppsvask, oppfølging i måltidssituasjoner, tilrettelegging for sosiale aktiviteter og samtale med pasienten om døden.

I tillegg utelates oppgaver som angår pasientens medvirkning, for eksempel det å respondere når hen ringer på, gi informasjon og opplæring eller å etterkomme ønsker om mat og påkledning. Også administrative oppgaver som ikke involverer direkte pasientkontakt, utelates, for eksempel å dokumentere helsehjelp og oppdatere informasjon i pasientjournalen.

Medvirkende forhold til at helsehjelp blir utelatt, er kartlagt. Dette knyttes til en opplevelse av tidspress relatert til organisering av helsehjelp oppgis som en hovedårsak til at sykepleiere og andre helsearbeidere utelater oppgaver. Følgende årsaker nevnes:

- Tidspress oppleves når den tilmålte tiden ikke dekker pasientgruppens behov
- når tiden må brukes på andre oppgaver enn det som oppfattes som direkte pasientrelatert
- når arbeidsmengden intensiveres fordi antall pasienter øker eller deres helsetilstand forverres
- når bemanningen oppleves å være for lav eller kompetansen utilstrekkelig
- når arbeidsmiljøet ikke gir rom for fleksibilitet og samarbeid
- når ledelsen ikke anerkjenner eller inkluderer ansatte i beslutninger om prioritering.

Noen studier viser til at utelatt helsehjelp kan fungere som et barometer på arbeidsintensivering, men sammenhengene er komplekse. Hvorvidt bemanningen oppleves som tilstrekkelig eller ikke, kan for eksempel være mer utslagsgivende enn faktisk bemanning. Det ser også ut til å være sterk vekselvirkning mellom hvor godt arbeidsmiljøet er organisert, og tendensen til å bortprioritere oppgaver.

Potensielle konsekvenser er at pasienter ikke får dekket sine grunnleggende behov knyttet til helsetjenester, herunder:

- fysiske behov, som eliminasjon, ernæring og hygiene
- psykososiale og eksistensielle behov, som kontakt, trøst og respekt
- behov for sikkerhet og medisinsk overvåkning
- behov for informasjon, opplæring og veiledning

Noen av de utelatte oppgavene har en direkte og umiddelbar konsekvens, mens andre har mer indirekte følger eller konsekvenser på sikt. For eksempel kan utelatt dokumentasjon forhindre viktig informasjonsutveksling, som enten kan lede til mer utelatt helsehjelp eller true pasientsikkerheten.

- Kilde: [Kapasitets- og kvalitetsutfordringer i kommunale helse- og omsorgstjenester: oppgaver som blir satt på vent, oversett, glemt eller utelatt.](#)

2. Nasjonale forventninger til framtidige helse- og omsorgstjenester (4)

Variasjon i kvalitet i omsorgstjenestene

Senter for omsorgsforskning har gjennomført et forskningsstudie som måler, kartlegger og analyserer variasjon i kvalitet i omsorgstjenester mellom kommuner og mellom offentlige og private tjenesteytere. Her fant de at kommuner slik som Vinje som har store geografiske avstander mellom innbyggerne og tjenestene kan ha ekstrakostnader som ikke fanges opp av kommunenes inntektssystem i tilstrekkelig grad. De fant også at store geografiske avstander kan medføre ulikheter i tjenestetilbudet mellom innbyggerne i kommuner, og kan få konsekvenser for idealet om lik tilgang til likeverdige omsorgstjenester.

Folkehelse og forebyggende arbeid

Folkehelseloven forplikter kommunene til å fastsette overordnende mål og strategier for folkehelsearbeid og oppfordres til å ta i bruk kunnskapsbaserte tiltak for å møte helseutfordringer. Folkehelsearbeid beskrives videre som kommunens «innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk eller somatisk sykdom, skade og lidelse, og som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen» (Folkehelseloven 2011, s. 57). I kommunalt folkehelsearbeid er det stadig mer fokus på sosiale påvirkningsfaktorer, som vektlegger forebyggende innsats for å hindre forekomst av spesifikke tilstander og sykdommer. Påvirkningsperspektivet bidrar til å tydeliggjøre sammenhengen mellom ulike faktorer, og den sosiale fordelingen av disse påvirkningsfaktorene. Påvirkningsperspektivet innebærer samtidig et behov for nye strategiske tilnærminger i lokalt folkehelsearbeid, som igjen krever et tverrsektorielt tilnærming. Når påvirknings-faktorene er så mangfoldige og interagerende er det særskilt viktig at det kommunale folkehelsearbeidet har et klart rammeverk som sikrer en systematisk og langsiktig tilnærming til folkehelsearbeid i alle sektorer (Helsedirektoratet 2017, 2018; Løseth & Veenstra 2015). I forlengelsen av dette er det viktig å ha gode og robuste tjenester innenfor helsetjenester for barn – og unge, rus- og psykiatri og barnevern, og gode samarbeid mellom tjenestene (se Psykisk helse og rus). I de nasjonale føringene vektlegges det at det er viktig at satsingen på folkehelse og forebyggende arbeid bør dimensjoneres ut ifra befolkningsvekst, interkommunale muligheter og demografi og utfordringsbilde.

Det er imidlertid ikke kun yngre deler av befolkningen det det er viktig å tenke forebygging og folkehelse. Tall fra SSB viser at halvparten av alle 80-89-åringer i befolkningen ikke har brukt omsorgstjenester (Haugstvedt og Otnes 2019). Intensjonen bak reformen «Leve hele livet», er å finne- og legge til rette for lokale løsninger for å sikre at eldre skal kunne mestre livet lenger.

Slike lokale løsninger kan blant annet være sosiale møteplasser og kontakt mellom generasjoner. En viktig jobb kommunen kan gjøre, er å gjøre de eldre innbyggerne i stand til i størst mulig grad å ivareta eget liv. Å leve et selvstendig liv i eget hjem så lenge som mulig, har stor egenverdi for den enkelte, og i tillegg kan det samfunnsøkonomiske og kommunaløkonomiske være svært positivt.

Psykisk helse og rus

Kommunene har de siste årene fått mer ansvar fra spesialisthelsetjenesten knyttet til kartlegging, utredning, behandling, rehabilitering og oppfølging innenfor psykisk helse- og rus-omsorgen. Dette har ført til økt press på de kommunale rus- og psykiatri helsetjenestene. Mange kommuner rapporterer at psykisk helse er deres største folkehelseutfordring og at de mangler kunnskap om tiltak, verktøy og metoder som de kan ta i bruk. Det har blitt etablert tilskuddsordninger til å etablere og utvikle organisatorisk forpliktende samarbeidsmodeller mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Både knyttet opp til støtte- og oppfølgings tiltak knyttet til bolig og arbeid, og etablering læringsnettverk for å utvikle helhetlige pasientforløp i kommunene (Omsorgsbiblioteket, Senter for omsorgsforskning).

De nasjonale føringene på feltet fremhever at en viktig målsetting med lokalt rus – og psykiatriarbeid blant annet bør være at flere skal oppleve god psykisk helse, og utjevne de sosiale forskjellene i psykisk helse. En annen sentral målsetting som fremheves er at de kommunale tjenestene bør prioritere tidlig innsats. Dette innebærer å legge til rette for å tidlig fange opp de som trenger hjelp og iverksette tiltak tidlig for å redusere risiko for å utvikle mer alvorlige lidelser. Psykisk helse skapes ikke i helsesektoren. Et viktig strategisk mål fremover er derfor å sørge for at de sektorene som har de mest sentrale virkemidlene for å fremme psykisk helse også har et eierskap til området. Barnehager, skoler, arbeidsplasser, lokal- og nærmiljø er de viktigste arenaer for å fremme god psykisk helse. Godt samarbeid og koordinering på tvers av de kommunale tjenesteområdene, fremheves som særlig viktig i satsingen på tidlig innsats og forebyggende arbeid.

Ekspertutvalget for tematisk organisering av psykisk helsevern leverte rapporten «Forenkle og forbedre» rett før sommeren. Styrking av kommunalt tjenestetilbud og samhandling er en av fire hovedanbefalinger. Rapporten er nå på høring.

2. Nasjonale forventninger til framtidige helse- og omsorgstjenester (4)

Psykisk helse og rus forts.

Videre fremheves viktigheten av, både innenfor rus og psykiatri, å ha tilgjengelige, lavterskeltilbud, der målsettingen er god oppfølging, behandling muligheter for deltagelser i arbeid eller annen aktivitet og god livskvalitet. De siste årene er det også blitt økt fokus på individuelt tilpassede tjenester og brukermedvirkning. Brukermedvirkning i de kommunalt psykisk helsearbeid kan for eksempel være alt fra å inkluderes i kommunale råd til medvirkningsmuligheter i egen behandling. Brukermedvirkningsperspektivet stiller store krav både til tjenesteutøverne og kommunene (Omsorgsbiblioteket, Senter for omsorgsforskning), og bør inkluderes i kommunenes planarbeid.

Bakgrunnsmateriale

- Alle trenger et trygt hjem – Nasjonal strategi for den sosiale boligpolitikken (2021-2024)
- Demensplan 2025 – handlingsplan
- Det nasjonale velferdsteknologiprogrammet (2013-2024)
- Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten, ekspertutvalgets rapport (2023)
- Fellesskap og meistring — Bu trygt heime (Meld. St. 24 2022–2023)
- Folkehelsemeldinga - Gode liv i eit trygt samfunn (Meld. St. 19, 2018-2019)
- Forenkle og forbedre. Rapport fra ekspertutvalg for tematisk organisering av psykisk helsevern (2023)
- Gjennomgang av allmennlegetjenesten. Ekspertutvalg (2023)
- Helsefellesskap – Helsedirektoratet (2023)
- Kompetanseløft 2025
- KS: Bemanningsutfordringene i helse- og omsorgssektoren – utfordringsbildet og løsningsdimensjoner
- Leve hele livet (Meld. St. 15, 2017–2018)
- Mestre hele livet: Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)
- Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (Meld. St. 7, 2019–2020)
- Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet (2015 – 2019)
- Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser: Sammensatte tjenester – samtidig behandling
- NOU 2023: 13 - På høy tid — Realisering av funksjonshindredes rettigheter
- NOU 2023: 4 - Tid for handling — Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste
- NOU 2023: 8 - Fellesskapets sykehus— Styring, finansiering, samhandling og ledelse
- Program for folkehelsearbeid i kommunene 2017-2027, en satsning for å fremme barn og unges psykiske helse og livskvalitet
- Sammen om aktive liv. Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020-2029
- Senter for omsorgsforskning: variasjon i kvalitet i helse- og omsorgstjenestene

3. Situasjonsbeskrivelse og utfordringsbilde

I denne delen vil vi se nærmere på innretningen av dagens helse- og omsorgstilbud i Vinje kommune. Vi har kartlagt dagens tjenestetilbud, herunder ressursbruk på ulike tjenester, og dekningsgrader med utgangspunkt i tilgjengelig statistikk (KOSTRA). Vi vil også vise tall for sammenlignbare kommuner. Framstillingen er i hovedsak basert på KOSTRA-tall (2022), samt utfyllende informasjon fra kommunen. Vi ser videre på hvilke konsekvenser den demografiske utviklingen vil kunne få for kommunens økonomi og ressursbehov i framtida, herunder framtidig behov for omsorgsplasser.

- 3.1 Organisering helse og omsorg
- 3.2 Økonomiske rammebetingelser og ressursbruk
- 3.3 Nøkkeltall helse og omsorg
- 3.4 Framtidig tjenestebehov

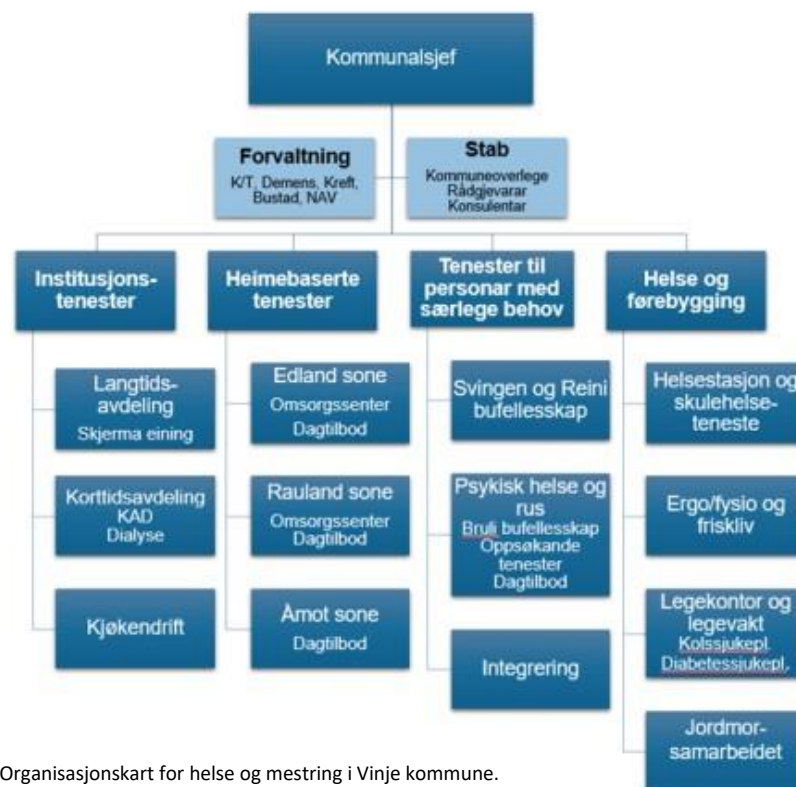


3.1 Organisering av Helse og mestring

Helse- og omsorgstjenestene ble samlet i en enhet i 2013. I 2022 var det ny omorganisering, og *Vinje helse og omsorg* og *Vinje kjøkkendrift* ble til *Vinje helse og mestring*. Helse og mestring er delt inn i fire virksomhetsområder.

Den nye organisasjonsstrukturen er valgt for at tjenestene best mulig kan legge til rette for:

- Å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere helse- og omsorgstjenester slik at tjenesteomfanget ivaretar lov og forskrift
- Å sikre effektivitet og fleksibilitet
- Tverrfaglig samarbeid
- Et lederspenn som er tilpasset virksomheten sin størrelse og kapasitet
- Formålstjenlig plassering av forvaltningsoppgaver.



Organisasjonskart for helse og mestring i Vinje kommune.

3.2 Økonomiske rammebetingelser og ressursbruk

Vi vil her se nærmere på økonomi og kostnadsutvikling i kommunen, hvor vi belyser både økonomiske rammebetingelser og ressursbruk.

Økonomiske rammebetingelser

De økonomiske rammebetingelsene vil være styrende for det tjenestetilbudet kommunen kan tilby innbyggerne. Vinje kommune kan defineres som en høynntektskommune. I KOSTRA (fom. 2020) er Vinje plassert i kommunegruppe 6, dvs. kommuner med 2.000 til 9.999 innbyggere, høye bundne kostnader og høye korrigerte inntekter. Kommunens inntektsnivå (målt som korrigerte frie inntekter) lå 94 prosent over landsgjennomsnittet i 2022, mens samlet beregnet utgiftsbehov lå ca. 12 prosent over landsgjennomsnittet. Områdene administrasjon, landbruk, grunnskole, pleie og omsorg og kommunehelse fikk beregnet et høyere utgiftsbehov enn landsgjennomsnittet, mens områdene barnehage, barnevern og sosialtjeneste fikk beregnet et lavere utgiftsbehov enn landsgjennomsnittet.

Delkostnadsnøkkelen for pleie og omsorg gav et bidrag til «samleindeksen» for Vinje på ca. 8 prosentpoeng i 2022. Det vil si at kommunens samlede beregnede utgiftsbehov (ca. 12 prosent over landsgjennomsnittet) i hovedsak kan forklares ut fra kostnadsbehovet på pleie og omsorg.

Utgiftsbehovet på pleie og omsorg på ca. 22 prosent over landsgjennomsnittet kan tilskrives alderssammensetning (andel eldre), andel enslige eldre over 67 år, reiseavstander og kommunestørrelse

Kostnadsnøkkel Vinje kommune 2022. Kilde: KOSTRA/KDD, beregninger ved TF

Områder	Vekt	Utgifts- behovsindeks	Bidrag kostnads- indeks
Barnehage	0,1581	0,9507	-0,8 %
Administrasjon	0,0805	1,3187	2,6 %
Landbruk	0,0021	4,0210	0,6 %
Grunnskole	0,2533	1,0885	2,2 %
Pleie og omsorg	0,3495	1,2187	7,6 %
Kommunehelse	0,0553	1,4154	2,3 %
Barnevern	0,0452	0,7904	-0,9 %
Sosialtjeneste	0,0560	0,7742	-1,3 %
Kostnadsindeks	1,0000	1,1238	12,4 %

3.2 Økonomiske rammebetingelser og ressursbruk (2)

Økonomi-/ståstedsanalyse

Vi har utarbeidet en KOSTRA- og effektivitetsanalyse som skal illustrere hvordan kommunens ressursbruk på sentrale tjenesteområder harmonerer med kommunens økonomiske rammebetingelser. Oppsummert indikerer analysen at kommunen bruker mer penger på de sentrale tjenesteområdene enn det behovet for tjenester skulle tilsi. Etter justering for inntektsnivå viser analysen at kommunen hadde et samlet mindreforbruk på de sentrale tjenesteområdene.

På pleie og omsorg er det merforbruk sammenlignet med «normert nivå» på ca. 51 mill. kr, og mindreforbruk sammenlignet med «normert og inntektsjustert nivå» på ca 35 mill. kr.

Oppsummering KOSTRA- og effektivitetsanalyse. Vinje kommune 2022.

Kilde: KOSTRA/KDD, beregninger ved TF

Tjenesteområde	Mer-/mindreforbruk 2022 (mill. kr) sammenlignet med		
	Landet	"Normert nivå"	"Normert og inntektsjustert nivå"
Barnehage	15,5	17,4	-21,8
Administrasjon	23,4	16,9	-3,0
Landbruk	3,8	2,4	1,9
Grunnskole	25,5	20,1	-42,6
Pleie og omsorg	71,1	51,2	-35,3
Kommunehelse	19,1	12,0	-1,7
Barnevern	-3,2	-1,0	-12,2
Sosialtjeneste	-5,8	-3,2	-17,0
Sum	149,4	115,7	-131,9

*) Inntektsnivå på 194 prosent av landsgjennomsnittet i 2022

3.2 Økonomiske rammebetingelser og ressursbruk (3)

Detaljerte ressursbruksanalyser

Våre analyser viser at Vinje hadde merforbruk på helse og omsorg i forhold til «normert nivå».

Vi finner at kommunen hadde høyest merutgifter på hjemmetjeneste (F254) Analysene viser dermed at kommunen ser ut til å prioritere hjemmebaserte tjenester framfor institusjonsbaserte tjenester.

På kommunehelse ligger merforbruket i all hovedsak på (F241) herunder legetjenesten.

KOSTRA- og effektivitetsanalyse. KOSTRA-funksjoner helse og omsorg. Vinje kommune 2022. Kilde: KOSTRA/KDD, beregninger ved TF

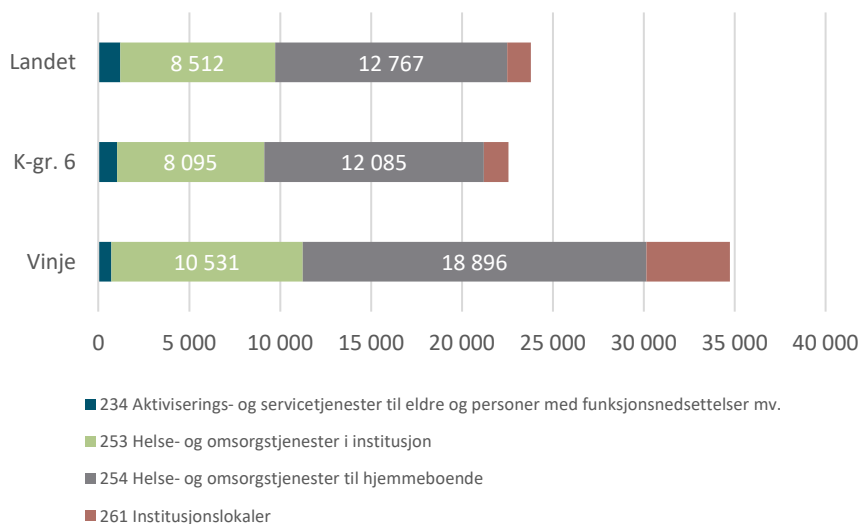
	Mer-/mindreforbruk 2022 (mill. kr) sammenlignet med	
	Lands-gjennomsnittet	"Normert utgiftsnivå"
Pleie og omsorg (F234, 253, 254, 261)	71,1	51,2
234 Aktivisering- og servicetjenester eldre og funksjonshemmede	-1,3	-2,3
253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon	16,6	9,4
254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende	39,3	28,6
261 Institusjonslokaler	16,5	15,5
Kommunehelse (F232, 233, 241)	19,1	12,0
232 Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	3,6	2,2
233 Annet forebyggende helsearbeid	-1,0	-2,0
241 Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering	16,5	11,9

3.2 Økonomiske rammebetingelser og ressursbruk (4)

Ressursbruk i sammenlignbare kommuner

Vi har også sett på ressursbruken i Vinje opp mot aktuelle sammenligningskommuner og gjennomsnittet for KOSTRA-gruppe 6.* Sammenligningene harmonerer med funnene i analysen av kommunens ressursbruk sammenholdt mot de økonomiske rammebetingelsene. Vinje har merforbruk på de fleste områder også i forhold til sammenlignbare kommuner. Vinje har høy ressursbruk på hjemmetjeneste også i forhold til sammenlignbare kommuner.

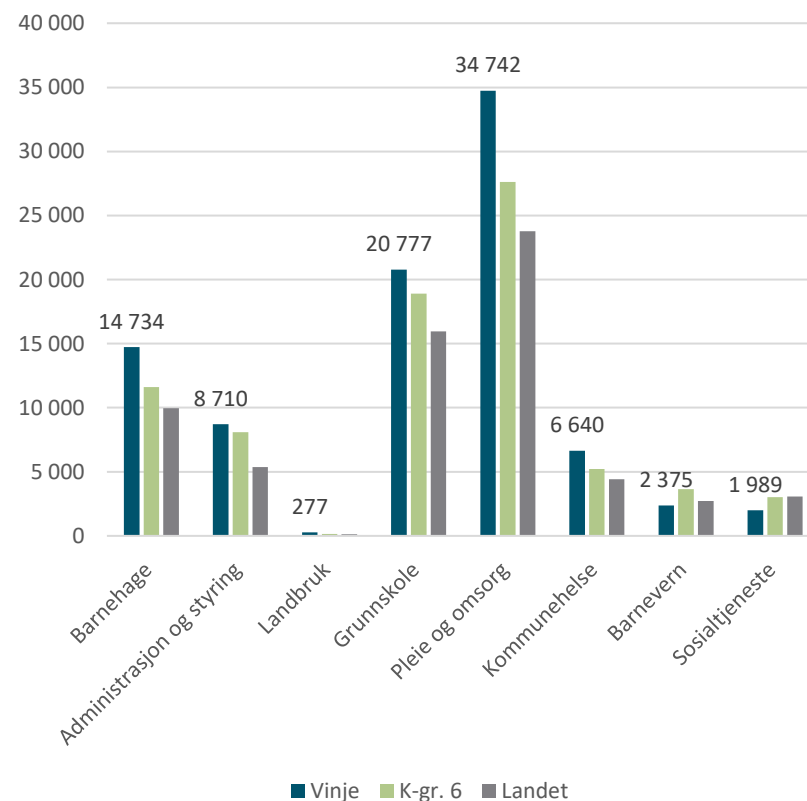
**) KOSTRA-gruppe 6: Kommuner med 2.000-10.000 innbyggere, høye bundne kostnader og høye korrigerte inntekter*



Behovsjusterte netto driftsutgifter pleie og omsorg i kr per innb. 2022.

Kilde: KOSTRA/KDD, beregninger ved TF

Ressursbruk i sammenlignbare kommuner 2022



Behovsjusterte netto driftsutgifter i kr per innb. 2022. Kilde: KOSTRA/KDD, beregninger ved TF

3.3 Nøkkeltall helse og omsorg

I denne delen vil vi se nærmere på innretningen av dagens pleie- og omsorgstilbud i Vinje kommune. Framstillingen er i hovedsak basert på KOSTRA-tall (2022), samt utfyllende informasjon fra kommunen.

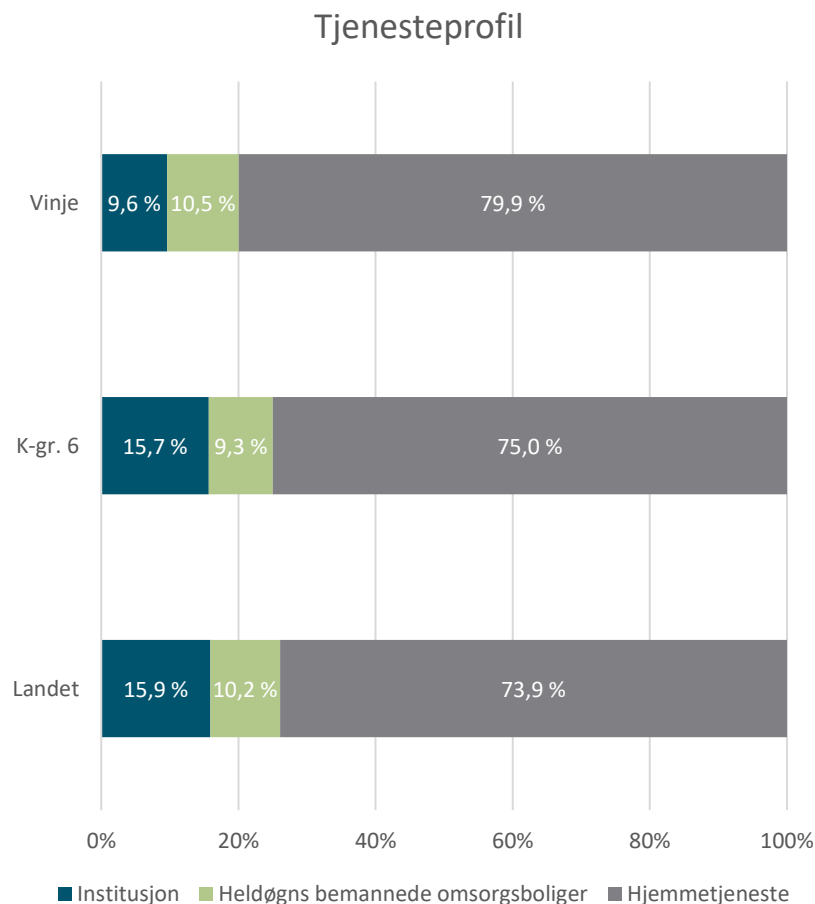
Det er generelt store variasjoner i hvordan kommunene setter sammen tjenestetilbudet. I hovedsak består dagens omsorgstjenester av sykehjem, omsorgsboliger med og uten heldøgns bemanning, samt hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Sykehjem og f.eks. avlastningsboliger for barn regnes som institusjonsbaserte tjenester, mens omsorgsboliger og hjemmetjenester defineres som hjemmebaserte tjenester. Skillet mellom boformene – i og utenfor institusjon – er at boformer som ovenfor omfattes av begrepet «i institusjon» er lovregulerte i motsetning til boformer som er å anse som «utenfor institusjon». Boformer, som anses som «utenfor institusjon» er ikke lovregulerte. Beboernes rettsstilling er således den samme som om vedkommende bor i eget hjem (NOU 1997:41)

Tjenesteprofil

Ifølge tall fra KOSTRA hadde Vinje kommune 334 mottakere av pleie – og omsorgstjenester per 31.12.22. Figuren viser hvordan tjenestemottakerne fordeler seg på de ulike tjenesteproduktene institusjon, heldøgnsbemannede omsorgsboliger og ordinære hjemmetjenester. I figuren sammenlignes tilbudet i Vinje med tilsvarende tall for kommunegruppe 6 og landet i alt.

Andelen institusjonsbeboere (=9,6 %) var noe lavere enn landet for øvrig, mens andel beboere i heldøgnsbemannede omsorgsboliger (=10,5 %) og andelen mottakere av ordinære hjemmetjenester, dvs. hjemmesykepleie og praktisk bistand, var tilsvarende noe høyere enn landet for øvrig (=79,9 %). Samlet sett viser dette at tjenestemottakerne i Vinje lå på et noe lavere omsorgsnivå enn landsgjennomsnittet og sammenlignbare kommuner i 2022.

Ifølge tall fra KOSTRA hadde kommunen 32 institusjonsplasser, 35 beboere i bolig med heldøgns bemanning og 267 mottakere av ordinære hjemmetjenester per 31.12.22.



Tjenestemottakere pleie og omsorg fordelt på ulike tjenesteprodukter 2022. Kilde: SSB/beregninger ved TF

3.3 Nøkkeltall helse og omsorg (2)

Dekningsgrader for heldøgns omsorg

Dersom vi summerer opp antall institusjonsplasser og omsorgsboliger med heldøgns bemanning, og dividerer på antall personer over 80 år i kommunen, får vi et tall på dekningsgraden. Figuren viser dekningsgraden i Vinje sammenlignet med den gjennomsnittlige dekningsgraden i kommunegruppe 6 og på landsbasis.

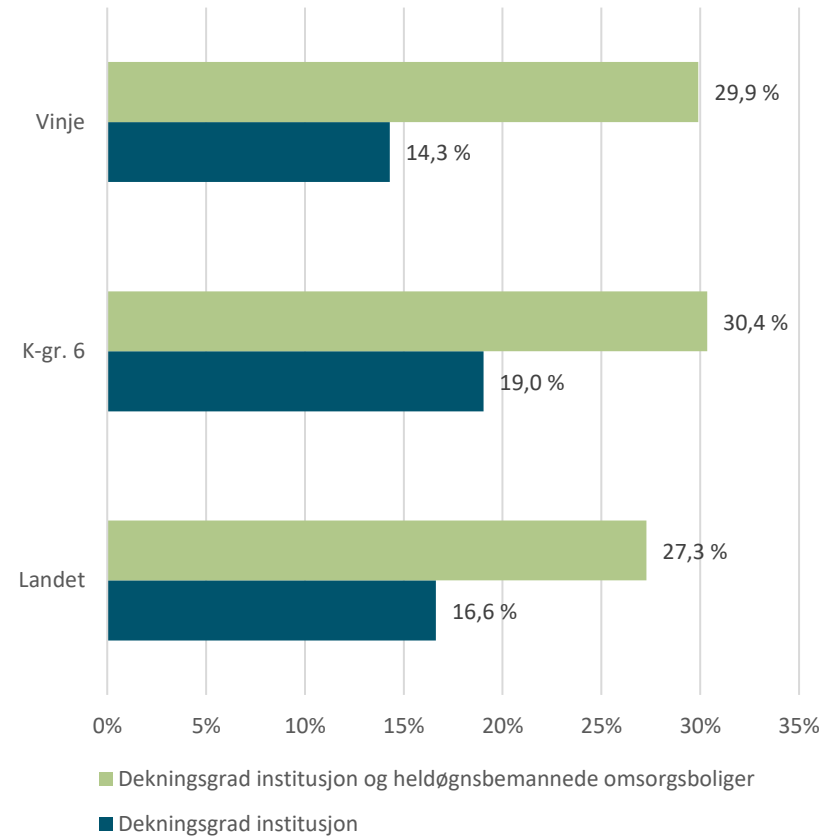
Dekningsgraden for institusjon og heldøgnsbemannede omsorgsboliger i Vinje lå på om lag 30 prosent i 2022. Totaltilbudet på heldøgns omsorg i forhold til befolkningen over 80 år var dermed noe høyere landsgjennomsnittet i 2022.

Dekningsgraden for institusjon (ca. 14 prosent) var noe lavere enn landet for øvrig.

Mange kommuner har lenge gått ut fra et normtall på 25 prosent i dekning av sykehjem og heldøgnsbemannede omsorgsboliger relativt til antall eldre over 80 år. Tallet skriver seg fra Stortingsmelding nr. 50 (1996-1997) om Handlingsplan for eldreomsorgen, der det står at det er «lagt til grunn et behov for plasser med heldøgns pleie og omsorg i egnet bolig svarende til ca. 25 pst av befolkningen 80 år og eldre». Det blir understreket at dette er et anslag for behovsdekningen på landsbasis under forutsetning av godt utbygde hjemmetjenester og rimelig tilgang på tilrettelagte boliger. Det gjelder alle aldersgrupper enten heldøgns omsorg gis i sykehjem, omsorgsbolig eller eget hjem. De 25 prosentene må derfor tolkes som et antatt behov for heldøgns omsorg i kommunens totale pleie- og omsorgstilbud. En dekningsgrad på 25 prosent av de over 80 år er tenkt å ligge så mye over det reelle behovet for denne gruppen slik at det også er kapasitet til å dekke heldøgns omsorg for de under 80 år. Det faktiske behov vil variere i kommunene, blant annet som følge av innbyggernes aldersfordeling og generelle helsetilstand. Samtidig kan den statlige normen eller minimumsstandarden fungere som en grei «rettesnor» for kommunal planlegging av nye mulige utbyggingsbehov. I 2022 var altså dekningsgraden for heldøgnsomsorg på landsbasis om lag 27 prosent av befolkningen over 80 år, og ligger dermed høyere enn da handlingsplanen for eldreomsorg ble satt i verk.

Dekningsgraden for heldøgns omsorg for Vinje tar utgangspunkt i 32 institusjonsplasser og 35 beboere i bolig med heldøgns bemanning per 31.12.22 (dvs. totalt 67 heldøgns plasser). Ifølge KOSTRA var 27 av beboerne i institusjon og 18 av beboerne i heldøgns omsorgsbolig 80 år og eldre. Det gir en dekningsgrad for heldøgns omsorg for innbyggere over 80 år på 20,5 prosent. Det vil si at dekningsgraden for befolkningen over 80 år var høyere enn landet for øvrig.

Dekningsgrader



Dekningsgrad for heldøgns omsorg 2022. Kilde: SSB/beregninger ved TF

3.3 Nøkkeltall helse og omsorg (3)

Kostnader per tjenestemottaker

KOSTRA-tallene viser at Vinje hadde høyere kostnader per tjenestemottaker enn landsgjennomsnittet og sammenlignbare kommuner i 2022. Både enhetskostnaden per mottaker av hjemmetjenester og enhetskostnaden per institusjonsplass var høyere enn landet for øvrig.

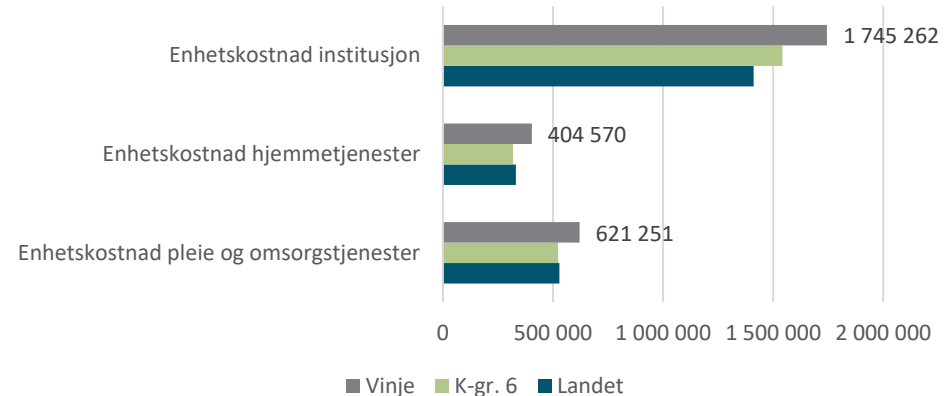
Tjenestemottakere

Vinje har høyere andel tjenestemottakere enn landet for øvrig. Diagrammet viser andel innbyggere på ulike tjenestegrupper i 2022. Kommunen har høyere andel innbyggere med hjemmetjenester og aktiviserings- og servicetjenester enn sammenlignbare kommuner og landsgjennomsnittet. Kommunen har om lag tilsvarende andel mottakere med institusjonstjenester som landet for øvrig.

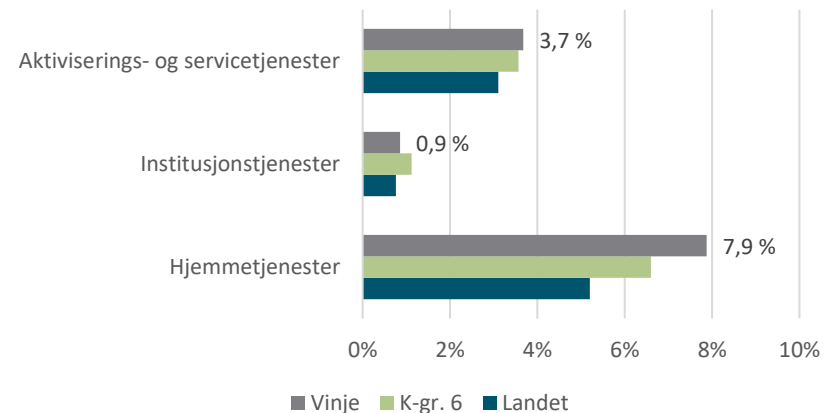
Tjenestemottakere over 80 år

Tendensen nasjonalt er at flere eldre over 80 år klarer seg selv uten kommunale tjenester. I 2022 hadde i gjennomsnitt ca. 60 % i denne aldersgruppen ikke kommunale pleie- og omsorgstjenester. Det blir stadig færre mottakere av hjemmetjenester og institusjon.

I 2022 hadde om lag 57 prosent av innbyggerne over 80 år i Vinje hjemmetjenester eller institusjon. Tilsvarende for landsgjennomsnittet var om lag 39 prosent.



Enhetskostnader 2022. Kilde: KOSTRA/beregninger ved TF

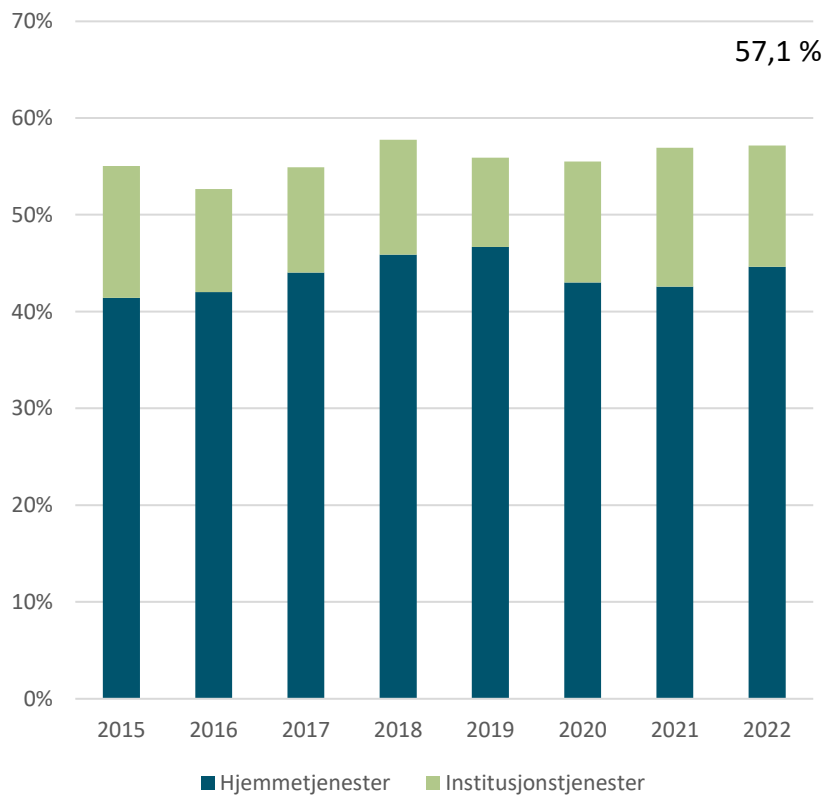


Andel tjenestemottakere 2022. Kilde: SSB/beregninger ved TF

3.3 Nøkkeltall helse og omsorg (4)

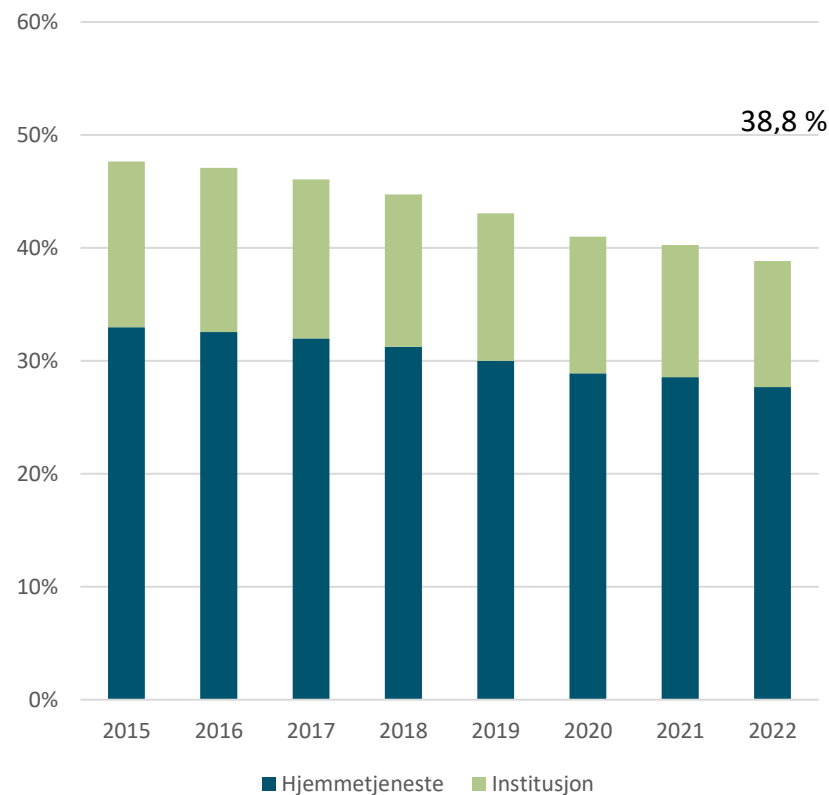
Innbyggere over 80 år med tjenester

Vinje



Andel innbyggere over 80 år med tjenester. Vinje kommune. Kilde: SSB/beregninger ved TF

Landet

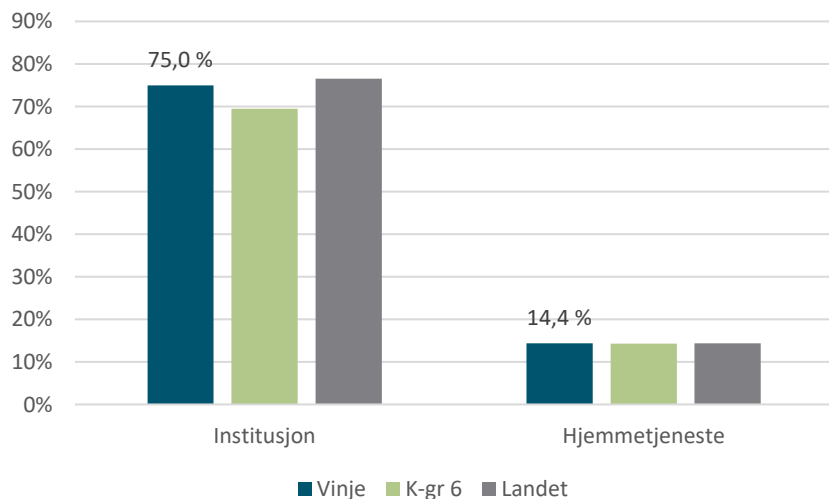


Andel innbyggere over 80 år med tjenester. Landet. Kilde: SSB/beregninger ved TF

3.3 Nøkkeltall helse og omsorg (5)

Brukere med omfattende bistandsbehov

Tall fra KOSTRA viser at Vinje hadde om lag tilsvarende andel brukere med omfattende bistandsbehov på institusjon og hjemmetjeneste som landsgjennomsnittet og sammenlignbare kommuner i 2022. Andel brukere med omfattende bistandsbehov på institusjon og hjemmetjeneste utgjorde hhv. 75,0 prosent og 14,4 prosent.



Andel brukere med omfattende bistandsbehov. Kilde: KOSTRA/beregninger ved TF

Oppsummering

Sammensetningen av tjenester innenfor pleie- og omsorgssektoren er av vesentlig betydning for sektorens kostnadsnivå. På generelt grunnlag er institusjonstjenester dyrere enn hjemmetjenester, selv om det knyttet til enkeltbrukere kan være unntak. Likeledes har inngangsterskelen for å få innvilget tjenester en vesentlig betydning for både tjenesteprofil og kostnadsnivå. Mange brukere gir lave enhetskostnader fordi kostnadene fordeles på mange og derfor reduseres per enhet, men totalkostnaden kan likevel være høy sammenliknet med andre. Lave enhetskostnader er derfor ikke automatisk ensbetydende med høy produktivitet. Vinje kommune har høyere kostnader til pleie og omsorgstjenesten og flere tjenestemottakere enn landsgjennomsnittet og sammenlignbare kommuner. Statistikken viser at kommunen har høyere enhetskostnader per tjenestemottaker enn landet for øvrig. Både enhetskostnaden per mottaker av hjemmetjenester og enhetskostnaden per institusjonsplass er høyere enn landsgjennomsnittet og sammenlignbare kommuner.

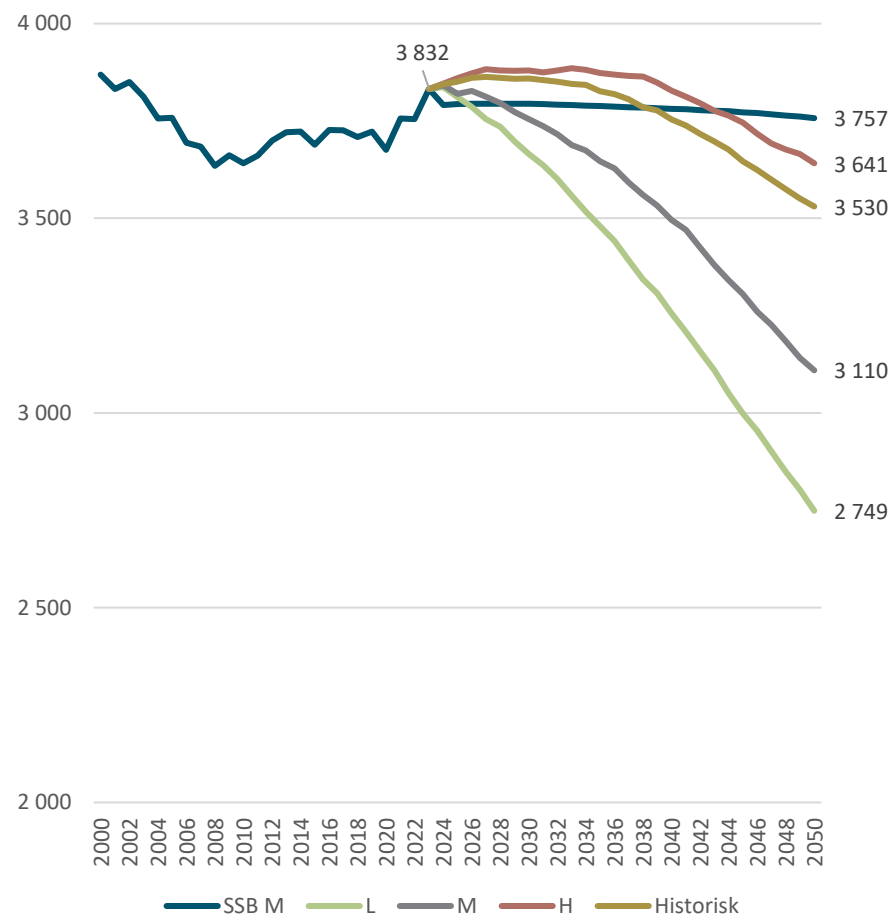
3.4 Framtidig tjenestebehov

Befolkningsprognoser

Befolkningsprognosene fra Telemarksforskning er et nyttig supplement til SSBs framskrivinger og gir alternative perspektiver på den framtidige utviklingen. Framskrivingene er basert på ulike verdier av attraktivitet for bosetting og næringsliv. Hensikten er å få fram mulighetsrommet for befolkningsvekst, altså hvor mye folketallsveksten kan påvirkes lokalt. Attraktivitetsverdiene er hentet fra analyser av attraktivitet for de ti siste årene. Alle scenariene tar utgangspunkt i at SSBs framskriving for nasjonal befolkningsvekst skal bli som i hovedalternativet, men tar hensyn til ulike verdier av attraktiviteten for kommunen.

Vi har ulike scenarier for utviklingen av folketallet i kommunen, alt etter hvor høy attraktivitet kommunen har i framtiden. Et scenario er at en lykkes med å skape høy og positiv attraktivitet for både bosetting og næringsliv (H). Vi har også et scenario der den framtidige attraktiviteten er lav (L). Forskjellen mellom scenariet med høy og lav attraktivitet vil vise hvilket mulighetsrom det er for framtidig befolkningsutvikling. Et naturlig scenario er at attraktiviteten er akkurat som middels (M). Det vil gi en vekst i tråd med det som er forventet ut fra de strukturelle forholdene. Det betyr at både flyttetallene og arbeidsplassveksten i næringslivet er lik forventet verdi. For mange kommuner kan en slik forventet utvikling være svakere enn det SSB (MMMM) legger til grunn. Et siste scenario er at attraktiviteten for kommunen blir den samme i framtiden som gjennomsnittet for de siste ti årene.

Analysene viser at Vinje har hatt relativt høy attraktivitet for bosetting og næringsliv i den siste 10 års perioden. Scenariene fra Telemarksforskning anslår en svakere utvikling for Vinje kommune framover enn SSB. I 2050 anslår SSB (MMMM) et innbyggertall for Vinje på 3 757. Til sammenligning anslår M-scenariet fra Telemarksforskning et innbyggertall på 3 110 i 2050.



Befolkningsprognoser fra Telemarksforskning 2023-2050. Vinje kommune. Kilde: SSB/TF

3.4 Framtidig tjenestebehov (2)

Befolkningsframskrivinger fordelt på aldersgrupper

I tabellen er vist framtidig utvikling i ulike aldersgrupper med bruk av TFs framskrivingsalternativer fram til 2040.

I lav-alternativet anslås en befolkningsendring på -15,0 prosent fra 2023 til 2040, mens det høy-alternativet anslås en endring på -0,1 prosent. I M-alternativet anslås den totale befolkningsendringen å bli -8,8 prosent.

I aldersgruppene 0–66 år er det anslått en utvikling på mellom -26,8 prosent og -9,5 prosent, mens det i aldersgruppene 67 år og eldre er anslått en utvikling på mellom 30,6 prosent og 36,0 prosent.

Det anslås en markant økning i antall eldre i alle framskrivingsalternativene. Scenariene skiller seg relativt lite når det gjelder utviklingen i antall eldre, fordi eldre personer sjelden flytter mellom kommuner. I alle scenariene er det anslått en lavere andel barn og unge og en høyere andel eldre.

Hvilken betydning dette får for det framtidige utgiftsbehovet for de ulike tjenesteområdene, omtales nærmere i neste avsnitt.

Oppsummering av framtidig tjenestebehov

Framtidig økte demografikostnader vil i all hovedsak være knyttet til de eldre aldersgruppene og tjenesteområdet pleie og omsorg. Vi har også sett på framtidig forsørgerbyrde og behov for kommunale årsverk på barnehage, grunnskole og pleie og omsorg. Framskrivingene viser at forsørgerbyrden vil øke betydelig i årene framover. Det vil altså bli færre personer i yrkesaktiv alder bak hver pensjonist. Framskrivingene viser redusert behov for årsverk innen barnehage og grunnskole, og økt behov for årsverk innen pleie og omsorg.

Personer i ulike aldersgrupper 2023 og 2040. Prosentvis endring 2023-2040. Vinje kommune. Kilde: TF

	2023	2040			% -endring 2023-2040		
		L	M	H	L	M	H
0-5 år	214	158	180	214	-26,2	-15,9	0,0
6-15 år	442	330	361	402	-25,3	-18,3	-9,0
16-66 år	2 388	1 739	1 909	2 140	-27,2	-20,1	-10,4
67-79 år	564	625	640	661	10,8	13,5	17,2
80-89 år	187	311	313	318	66,3	67,4	70,1
90 år og eldre	37	93	93	93	151,4	151,4	151,4
Sum	3 832	3 256	3 496	3 828	-15,0	-8,8	-0,1
0-66 år	3 044	2 227	2 450	2 756	-26,8	-19,5	-9,5
67 år og eldre	788	1 029	1 046	1 072	30,6	32,7	36,0
80 år og eldre	224	404	406	411	80,4	81,3	83,5

*) Framskrivingene for ulike deler av kommunen viser noe mer positiv utvikling for områdene Rauland og Åmot enn området Øvre Vinje fram til 2040. Når det gjelder de eldste aldersgruppene er det anslått sterkest vekst i området Rauland og svakest vekst i området Åmot fram til 2040 (se nærmere dokumentasjon i vedlegg).

3.4 Framtidig tjenestebehov (2)

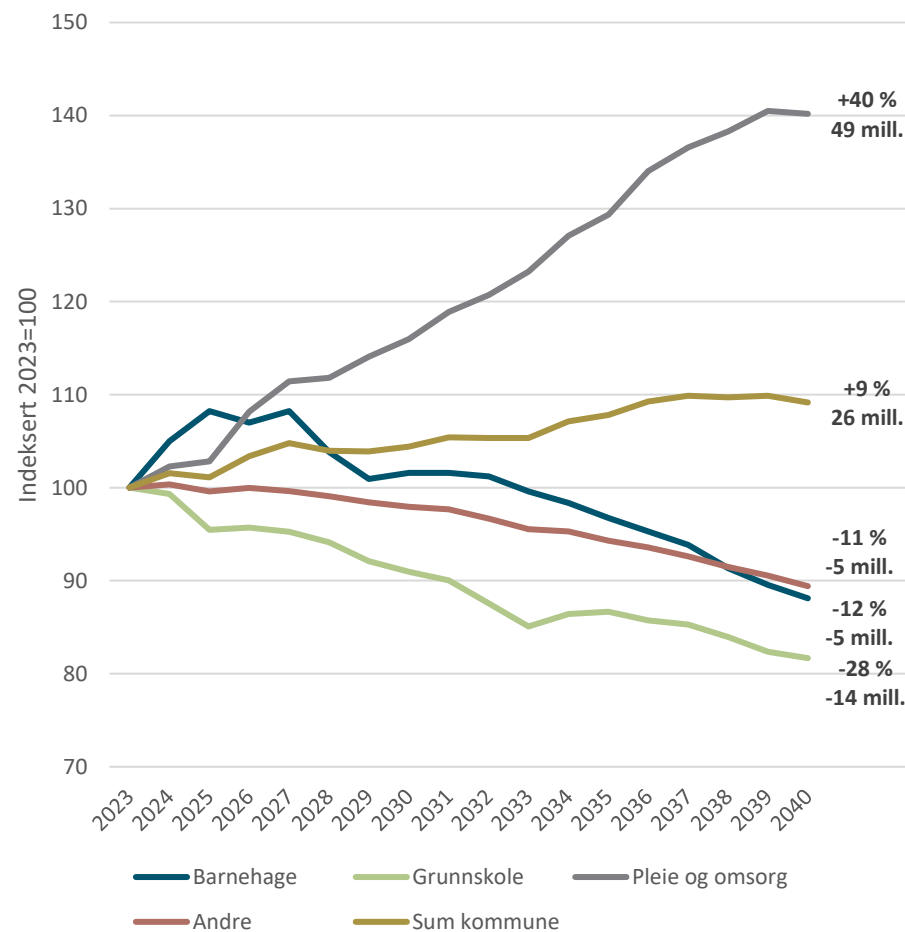
Demografikostnader fram til 2040

Figuren viser utvikling i beregnet utgiftsbehov for ulike sentrale tjenesteområder fra 2023 til 2040. Framtidige økte demografikostnader vil i all hovedsak kunne knyttes til de eldre aldersgruppene og tjenesteområdet pleie og omsorg.

Samlet sett er kommunens utgiftsbehov anslått å øke med ca. 9 prosent i perioden. På pleie og omsorg og er utgiftsbehovet anslått å øke med ca. 40 prosent. På områdene barnehage og grunnskole er utgiftsbehovet anslått å reduseres med hhv. ca. 12 prosent og 28 prosent. På øvrige områder er utgiftsbehovet anslått å reduseres med ca. 11 prosent.

I beregningene av demografikostnadene baserer vi oss på det samme opplegget som Teknisk beregningsutvalg for kommunal økonomi (TBU) benytter. Anslagene er basert på uendret standard, dekningsgrad og effektivitet i tjenesteytingen, og er et uttrykk for hva det vil koste kommunen å bygge ut tjenestetilbudet for å holde tritt med befolkningsutviklingen.

Demografikostnadene vil gjenspeiles gjennom inntektene fra staten, og analysen vil slik sett gi en indikasjon på hvilke økonomiske rammebetingelser kommunen vil ha for å håndtere framtidig befolkningsutvikling og endret utgiftsbehov.



Utvikling i beregnet utgiftsbehov ulike sentrale tjenesteområder 2022-2040.
Indeksert utvikling, 2023=100. Vinje kommune. Kilde: TBU/beregninger ved TF

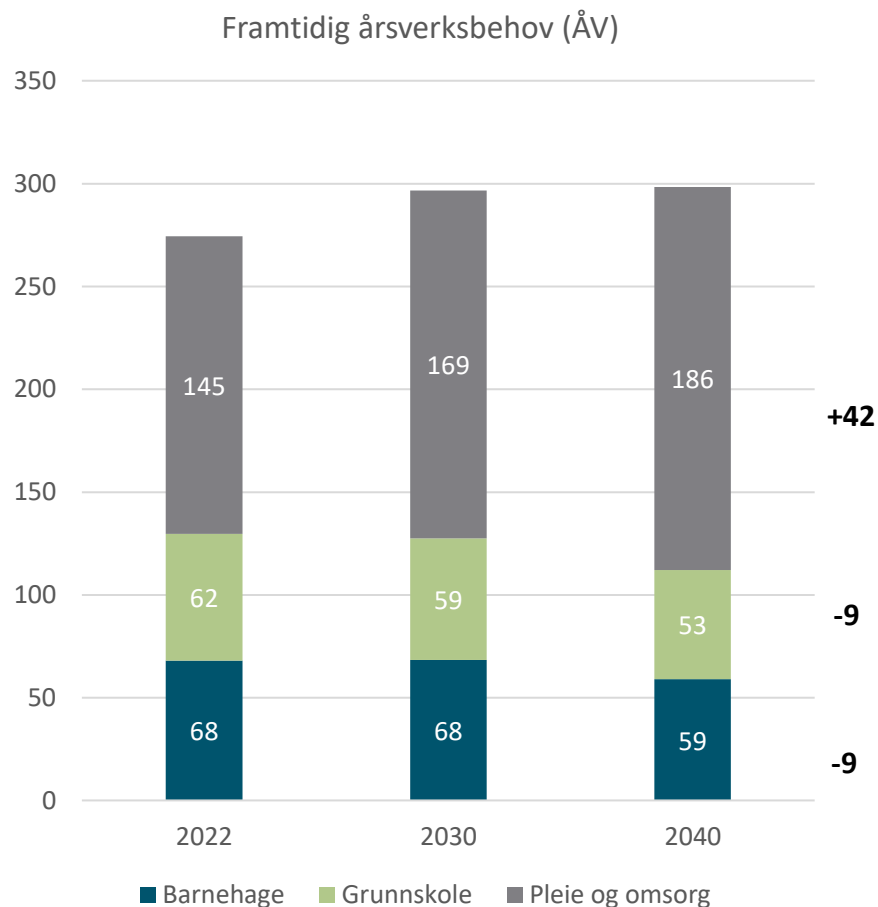
3.4 Framtidig tjenestebehov (3)

Framtidig årsverksbehov

Figuren viser framtidig behov for årsverk for Vinje kommune på barnehage, grunnskole og pleie og omsorg.

På pleie og omsorg er det anslått en økning på 42 årsverk fram til 2040. På både barnehage og grunnskole er det anslått en årsverksreduksjon 9 ÅV fram til 2040

I anslagene av framtidig tjenestebehov er det lagt til grunn samme standard og dekningsgrad som i dag. Det er ikke tatt hensyn til teknologisk utvikling eller andre samfunnsendringer som kan påvirke tjenestebehovet framover. Det er også viktig å merke seg at ulike kommuner har ulikt behov for årsverk per bruker innenfor de ulike tjenestene, og at årsverk per bruker ikke nødvendigvis sier noe om effektiviteten innenfor de ulike sektorene.

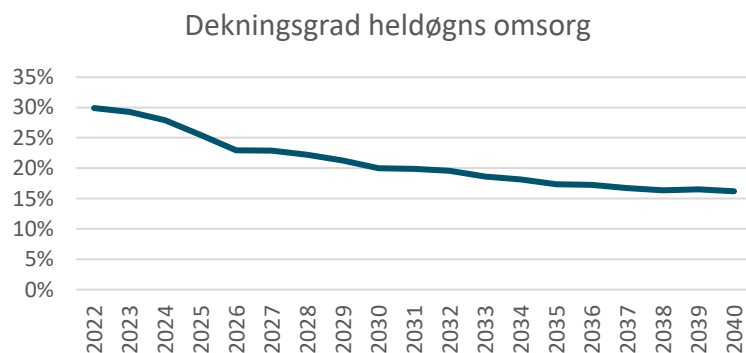


Framtidig behov for årsverk på barnehage, skole og pleie og omsorg. Vinje kommune.
Kilde: SSB/beregninger ved TF

3.4 Framtidig tjenestebehov (4)

Framtidig dekningsgrad for heldøgns omsorg

Dersom vi tar utgangspunkt i befolkningsframskrivingene fra Telemarksforskning, og dagens tilbud av omsorgsplasser, vil utviklingen i dekningsgrad for heldøgns omsorgsplasser se slik ut for Vinje fram til 2040.



Antall heldøgns omsorgsplasser i prosent av innbyggere 80 år og eldre. Vinje kommune 2022-2040. TF M. Kilde: SSB/beregninger ved TF

I 2022 hadde kommunen 32 institusjonsplasser og 35 beboere i bolig med heldøgns omsorg, dvs. en dekningsgrad for heldøgns omsorg på om lag 30 prosent. Figuren viser at antall plasser målt per innbygger over 80 år vil reduseres i de neste årene. I 2030 vil dekningsgraden for heldøgns omsorg være på om lag 20 prosent. I 2040 anslås dekningsgraden å være på ca. 16 prosent.

Tabellen under viser behovet for heldøgns omsorgsplasser i Vinje i årene framover ved bruk av ulike dekningsgrader.

Behov for heldøgns omsorgsplasser ved ulike dekningsgrader. Vinje kommune 2022-2040. TF M. Kilde: SSB/beregninger ved TF

	2022	2030	2035	2040
80 år og eldre	224	335	386	414
30 pst	67	101	116	124
27,5 pst		92	106	114
25 pst		84	97	104

Prognosene viser at befolkningsutviklingen de neste årene, vil innebære et økt behov for plasser – gitt en videreføring av dagens dekningsgrad. I årene framover vil dekningsgraden reduseres gitt dagens antall plasser. En dekningsgrad på 30 prosent (dagens nivå) tilsvarer et økt behov på hhv. 33 plasser fram til 2030 og 57 plasser fram til 2040.

Framtidig behov for omsorgsplasser

Vi har utarbeidet en analyse av framtidig behov for omsorgsplasser for Vinje kommune, basert på framskrivingsverktøyet omsorgsbehov 2050. Prognosene av framtidig behov for omsorgsplasser viser økt behov både når det gjelder boformer med heldøgns omsorg og hjemmetjenester (se vedlegg).

3.4 Framtidig tjenestebehov (5)

Fordeling mellom institusjon og heldøgns omsorgsbolig

KOSTRA-tallene viser at Vinje kommune har en lavere andel institusjonsplasser enn landet for øvrig. Fordelingen av antall heldøgns plasser mellom institusjon og heldøgns omsorgsboliger er om lag 48/52 for Vinje. For landet for øvrig er fordelingen om lag 60/40.

I tabellen under er dagens dekningsgrad for heldøgns omsorg videreført med en fordeling mellom institusjon og heldøgns omsorgsboliger, som 1) Vinje (2022) og 2) videreført dagens antall institusjonsplasser.

Heldøgns omsorgsplasser - Fordeling mellom institusjon og heldøgns omsorgsbolig. Dekningsgrad 30 prosent. Framskrevet. Vinje kommune 2022-2050.

Kilde: SSB/beregninger ved TF

		2022	2030	2040	2050
Alternativ 1	Institusjon	32	45	58	70
	Heldøgns omsorgsboliger	35	50	64	77
Alternativ 2	Institusjon	32	32	32	32
	Heldøgns omsorgsboliger	35	63	90	116

Tjenestemottakere heldøgns omsorg og hjemmetjenester for ulike deler av kommunen

Telemarksforskning har utarbeidet befolkningsprognoser for ulike deler av kommunen. Framskrivningene for ulike deler av kommunen ved videreføring av dagens dekningsgrader, viser at det for Åmot, Rauland og Øvre Vinje er anslått hhv. 14, 29 og 13 flere mottakere av heldøgns omsorg fram til 2040 (hvorav hhv. 9, 20 og 9 gjelder innb. over 80 år). Når det gjelder ordinære hjemmetjenester, er det for Åmot, Rauland og Øvre Vinje anslått hhv. 16, 36 og 16 flere mottakere over 80 år fram til 2040.

Behov for heldøgns omsorgsplasser ved dekningsgrad på 30 prosent. Vinje kommune 2022-2040. TF M. Kilde: SSB/beregninger ved TF

	2022	2030	2040	2050	Endring 2022-40	
					Personer	Prosent
Åmot	31	39	45	54	14	43,3 %
Rauland	18	32	48	57	29	160,7 %
Øvre Vinje	16	23	29	36	13	81,1 %
Uoppgitt grunnkrets	2	1	1	1		
Vinje kommune	67	95	122	148	55	81,7 %

Innb. over 80 år med behov for hjemmetjenester ved dekningsgrad på 36,6 prosent. Vinje kommune 2022-2040. TF M. Kilde: SSB/beregninger ved TF

	2022	2030	2040	2050	Endring 2022-40	
					Personer	Prosent
Åmot	38	48	55	66	16	43,3 %
Rauland	22	39	58	70	36	160,7 %
Øvre Vinje	19	28	35	44	16	81,1 %
Uoppgitt grunnkrets	2	1	1	1		
Vinje kommune	82	116	149	180	67	81,7 %

3.4 Framtidig tjenestebehov (6)

Institusjon versus hjemmebasert omsorg

Analysene viser et økt behov for heldøgns omsorgsplasser for Vinje i årene framover. Denne behovsvurderingen baserer seg i hovedsak på utviklingen i antall innbyggere over en viss alder. Hvilke andre faktorer som taler for eller mot en eventuell utbygging av pleie- og omsorgstilbudet, vil naturligvis variere fra kommune til kommune. Dette kan dreie seg om økonomiske rammebetingelser, geografi, befolkningssammensetning og også om hvordan det øvrige tjenesteapparatet er organisert og innrettet.

De geografiske forholdene kan gi utfordringer når offentlige tjenester skal ytes. Det er utvilsomt mindre gunstig, både praktisk og økonomisk, å drive hjemmebaserte tjenester i kommuner med spredt bebyggelse sammenlignet med mer sentraliserte kommuner. I framtiden vil det trolig være aktuelt for kommunen å satse på et tjenestetilbud som kanaliserer en relativt stor andel av tjenestemottakerne mot kommunens sentrum. Framskrivninger av befolkningsvekst og flyttemønstre viser en sterk sentralisering mot byer og bynære strøk. I de aller fleste kommuner opplever man også økt etterspørsel etter sentrumsnære tomter til ordinære boliger, omsorgsboliger og sykehjem. Spørsmålet er da om det bør satses på institusjonsplasser eller omsorgsboliger.

Kostnadsstrukturen i helse- og omsorgssektoren vil variere alt etter om kommunen satser på hjemmetjenester eller på institusjonsomsorg. I kommuner som satser på hjemmetjenester framfor sykehjem, kan vi for eksempel forvente at utgiftene til hjemmesykepleie er forholdsvis høye også i omsorgsboligene, fordi omsorgsboligene da vil være et tilbud til mennesker med stort behov for omsorg og pleie. I kommuner med relativt mange sykehjemsplasser, forventes derimot utgiftene i omsorgsboligene å kunne være lavere i og med at relativt flere av de aller svakeste vil ha et tilbud i sykehjem. For å kunne vurdere en kommunes kostnader knyttet til omsorgsboliger og sykehjem, er det derfor ikke uvesentlig hva slags tilbud kommunen ellers har til personer med store pleie- og omsorgsbehov.

En av fordelene med omsorgsboliger er at bemanningen kan graderes ut fra vurdert pleiebehov hos beboerne, og dermed enklere tilpasses svingninger i behovene. Om kommunen kan gradere bemanningen i omsorgsboligene på dette grunnlaget, vil det trolig bidra til et mer gunstig resultat økonomisk sett. Slike boliger kalles gjerne «Smart-boliger». Dette er boliger som planlegges som omsorgsboliger, men som bygges slik at de senere kan legges til rette for sykehjemsdrift (ved å bygge inn vaktrom, medisinerom, skyllerom, fellesrom osv.)

Slik vil man kunne tilby innbyggere gode og praktiske omsorgsboliger med tilbud om praktisk bistand og hjemmesykepleie etter behov, for så å endre funksjonen ved et framtidig økt sykehjems behov. Teknologi og digitalisering vil endre brukernes pleie og omsorgsbehov. Eksempler på velferdsteknologi som benyttes i enkelte pleie og omsorgsbygg i dag er fallsensorer, elektronisk pilledispenser, videosamtaler og sensorer på senger, dører, vinduer, kjøleskap etc. Dette er elementer som vil kunne inngå i såkalte «Smart-boliger», og som vil bidra til å redusere brukernes pleie og omsorgsbehov betraktelig.

Demensplan

At andelen eldre i befolkningen øker, betyr at det blir behov for større kapasitet i tjenestene og økt kompetanse om aldring, spesielt om demens og sammensatte lidelser.

Demensplan 2015 handlet om å bidra til å styrke kvalitet, kompetanse og kapasitet i tjenester til personer med demens og deres pårørende. Demensplanen legger vekt på tre hovedsaker: Økt dagaktivitetstilbud, flere tilpassede boliger og økt kunnskap og kompetanse. Godt utbygde dagaktivitetstilbud sammen med hjemmetjenester, kan utsette innleggelse i institusjon.

Demensplan 2025 er den tredje nasjonale demensplanen og regjeringens femårsplan for å forbedre tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. Målene til demensplan 2025 er (1) Personer med demens og deres pårørende fanges opp til rett tid og sikres gode og tilpassede tjenester. (2) Personer med demens og deres pårørende sikres medbestemmelse og deltakelse i et demensvennlig samfunn, slik at de kan leve aktive og meningsfylte liv med fysisk, sosial og kulturell aktivitet som er tilpasset den enkeltes interesser, ønsker og behov. (3) Økt forskning og kunnskap om forebygging og behandling av demens.

3.4 Framtidig tjenestebehov (7)

Strategiske planer må naturligvis også ta opp i seg konsekvenser av Samhandlingsreformen. Reformen stiller større krav til kommunenes kapasitet til å ta i mot brukere før, i stedet for, og etter sykehusopphold. Det forventes også at kommunene skal håndtere flere spesialiserte oppgaver i tillegg til at man skal igangsette tiltak med forebyggende effekt for befolkningen. Kommunene må dermed sørge for en helhetlig tenking rundt forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging. Det innebærer også, naturlig nok, at kommunen må vurdere tjenestesammensetningen i helse- og omsorgstjenesten. Forskriften innebærer som kjent også at kommunene må betale for utskrivningsklare pasienter som blir liggende på sykehus i påvente av et kommunalt tilbud.

(Hjelmbrekke et al 2011) viser til at bruk av korttidsopphold på institusjon kombinert med hjemmetjenester -ved god organisering –kan være med å redusere behovet for institusjonsplasser. Dette vil være gunstig siden institusjonsplasser er den dyreste tjenesteformen. Et økt fokus på forebyggende arbeid vil trolig også bidra til å redusere institusjonsbehovet i kommunen.

Dersom kommunen i framtiden velger å bygge ut flere plasser ved enten sykehjem, eller i omsorgsboliger med heldøgns bemanning, er dette et spørsmål om både kostnader og kvalitet på tjenestene. I utgangspunktet er det lite som tilsier at sykehjemsplass er ensbetydende med best kvalitet på tjenesten. Dette forutsetter imidlertid at man klarer å tilpasse både bemannings- og kompetansenivået i omsorgsboligene med beboernes pleiebehov. Det er heller ikke uvesentlig hva slags tilbud kommunen ellers har til personer med store pleie- og omsorgsbehov. Blant forskere er det noe uenighet om hvilke driftsmessige besparelser som kan oppnås ved å bygge omsorgsboliger framfor sykehjem, men mye tyder på at en satsing på omsorgsboliger gir en viss kostnadsgevinst.

Et økt fokus på rehabilitering og forebygging kan også bidra til å redusere behovet for omsorgsplasser. Fokus på hjemmebaserte tjenester kan medføre at sykehjemsplassene i større grad kan tilbys pasienter med behov for korttidsopphold, eller som har spesielle behov for oppfølging i livets siste fase. På lang sikt vil trolig en satsing på tilpassede omsorgsboliger, i kombinasjon med utstrakt forebyggende arbeid og fortsatt sykehjemdrift, gi en oversiktlig og driftsmessig god dekning av de ulike trinnene i omsorgstrappen.

Hjemmebaserte tjenester, med fokus på forebygging og egenomsorg, er å anbefale for norske kommuner for å legge til rette for en bærekraftig helsetjeneste de kommende år. Tjenestemottakere må læres opp til i størst mulig grad å ta kontroll i eget liv, med visshet om at når utfordringene faktisk blir for store, så stiller helsesektoren opp med nødvendig bistand. Det er viktig samfunnsøkonomisk å lykkes med dette, og det bør være et tydelig politisk signal at det anses som godt arbeid å sørge for at innbyggere i minst mulig grad er avhengige av det offentlige for å ha et godt liv. Et sentralt moment vil fremover være en satsing på velferdsteknologi. Det vil bli viktig både innen hjemmetjenester og institusjonsbaserte tjenester. Dette er en satsing som vil bidra til brukere sin selvstendighet, men likevel sikre en god kontakt med hjelpeapparatet når det er nødvendig. Dialogen med brukere, organisasjoner og pårørende bør igangsettes, og sammen finne gode løsninger som bidrar til trygghet og kvalitet.

Telemarksforskning har tidligere gjennomført beregninger av kostnadsforskjellen for en kommune ved å drifte en heldøgns omsorgsplass (HDO) kontra en institusjonsplass. Ca. 20 % - tilsvarende ca. 150.000 kr på årsbasis, *lavere* kommunal kostnad ved en HDO-plass enn institusjonsplass har vi kommet fram til. Vi anbefaler derfor i utgangspunktet at Vinje ved framtidig kapasitetsøkning og investeringer tilstreber å opprettholde høy andel HDO-plasser.

4. Kvalitative analyser

Ledelse, organisering og styring

Desentraliserte helsetjenester

Vinje kommune er en langstrakt kommune med tre bygder. Det er politisk bestemt at kommunens tjenester så langt det går skal være desentralisert. Kommunens helsetjenester er samlokalisert i Åmot, med desentraliserte helsetilbud i Øvre Vinje og i Rauland.

Folk i Vinje bor spredt og hjemmebaserte tjenester bruker opptil 1/3 av arbeidstiden i bil. For å møte fremtidens behov for helsetjenester ønsker kommunen å kunne skalere kapasiteten i bygg og tjenester opp, og eventuelt ned, i takt med behov. Flere ledere påpeker viktigheten av gode og tilrettelagte lokaler for pasient og brukergruppene. I Rauland er det iverksatt et arbeid med å renovere omsorgsboligene, og i Øvre Vinje er en utvidelse av omsorgstilbudet under planlegging. I Åmot skal kommunen ta i bruk Åmotshaugen som nytt legesenter.

Samtidig ser lederne en utfordring ved at det er gode tjenestetilbud i alle tre bygdene. Kommunen kan ha ledig kapasitet i et sted og derfor tilby plass om omsorgsbolig eller sykehjemsplass, mens pasienter heller ønsker å motta tjenester ved et annet tilbud i kommunen og dermed takker nei. Som konsekvens bor enkelte pasienter lengre hjemme, hvilket gir en større slitasje på hjemmetjenestene.

Det nevnes at det er begrensninger i de ulike tjenestene i dag. Det etterspørres kapasitet til at pasienter kan flyttes rett fra omsorgsboliger til sykehjem ved behov. Det fortelles at flere eldre bor for lenge hjemme, og det påpekes at det er et behov å øke kapasiteten på omsorgsboliger i bygdesentrene.

Flere trekker frem viktigheten av at kommunen får til en sentralisering av helsetilbudene før pasientene blir for pleietrengende. Over tid vil ikke hjemmesykepleien kunne levere tilstrekkelige tjenester til hjemmeboende pasienter som har et økende omsorg og pleiebehov.

Kommunen tilbyr dialysebehandling på sykehjemmet og det er tilsatt to dialysesykepleiere. Vinje kommune er selv ansvarlig for bemanning, mens sykehuset på Notodden leverer maskin og annet utstyr. Dette beskrives som et ønsket tilbud av både politisk ledelse og administrativ ledelse i kommunen. Dette er for at innbyggere med behov for dialyse ikke skal trenger å reise til sykehus på Notodden eller i Skien. Dialyse er en behandling som må gjennomgås ofte og beskrives som en belastning for pasientene. Dette beskrives som en spennende tjeneste rent faglig, men det ligger en utfordring i at tjenesten binder opp sykepleierressurser som det kan være behov for i andre kommunale helsetjenester.

Ledelse

Helse og mestring har nylig gjort en endring i organisasjonsstrukturen og det er opprettet fire ny virksomhetsledere. Flere ledere forteller at de opplever å bli hørt når det gjelder behov i tjenesten de leder. Samtidig etterspørres det tydelige stilling- og styringsinstrukser for alle lederledd, slik at mellomleder i større grad er kjent med ansvarsområder og mandat. I dag opplever flere at det er uklare rapporteringslinjer og mandat. Samtidig fortelles det om at dette er et pågående prosjekt, og at de jobber med strukturer og rammer.

Tjenester for alle

I videre satsning på helse og mestring i Vinje ønsker kommunen at tjenesteområdene i best mulig grad kan møte endringer i samfunnet. I den forbindelse så nevnes krigen i Ukraina og historiske hendelser som dette.

Kommunen har hatt et fast mottak av ca 15 flyktninger årlig. Nå vil det i tillegg komme en større gruppe flyktninger fra Ukraina. Kommunen har over tid mottatt flyktninger som har hatt behov for flere kommunale helsetjenester. Det fortelles at de har nok hender, men ikke nødvendigvis den rette kompetansen til å gi riktige tjenester til denne gruppen.

4. Kvalitative analyser (2)

Samhandling

Samhandling mellom helsetjenestene

Det er ønskelig med et større samarbeid mellom bygdene når det gjelder kompetanse og bistand ved behov. I den forbindelse trekkes nattjenesten frem som et eksempel. Her er potensiale for et samarbeid som kan sikre trygge og gode tjenester til hele kommunen.

Det fortelles om et godt samarbeid med kommuneoverlegen og legetjenesten i kommunen. Legetjenesten har base i Åmot, og det er leger 2-2,5 dager i uken i Rauland og Øvre Vinje. Samtidig er det en opplevelse i Øvre Vinje og Rauland at det er uklart når legene er tilgjengelige for tjenestene, og det er et ønske om å styrke samarbeidet. De ser at samarbeid fungerer bedre i Åmot hvor tjenestene er samlokalisert.

Ledere forteller om et godt samarbeid og dialog internt på sykehjemmet og mellom sykehjem og hjemmesykepleien. De ser at det er rom for å bedre overgangen for pasienter og brukere som i dag får tjenester fra psykisk helse og rus, til de ordinære helsetjenestene i kommunen. Mangler ved dette knyttes til kapasitet og kompetanse. Det er en bekymring for flere av ledere at de har en større andelen yngre pasienter. De ser det er behov for å samordne tjenestene i større grad for å ivareta disse.

Flere nevner at det er rom for bedring i samarbeidet mellom kommunalområdene. Dette gjelder spesielt teknisk tjenester og helsetjenestene. Dette knyttes til vedlikeholdsoppgaver og brøyting.

Kompetanse og rekruttering

Ledere forteller at kommunen i stor grad kan tilby ansatte fulle stillinger eller store stillingsandeler. Dette gir samtidig utfordringer ved lengre fravær ettersom det er vanskelig å få tak i vikarer til større stillinger. Sykehjemmet jobber også for å tilby flere store stillinger. Samtidig gir dette flere små stillinger, og utfordringer med tilgjengelig kompetanse i helger. Da er det mange ufaglærte som dekker vakante vakter. Sykehjemmet deltar nå i KS sitt TØRN-prosjekt. Målet er blant annet å utarbeide en årsturnus.

For de helsetjenestene som tilbyr stedlige tjenester enkelte dager i uken i Rauland og Øvre Vinje, slik som helsestasjon og fastlege, påpekes det utfordringer til å rekruttere til disse stillingene. Her trekkes det frem at fagfolk gjerne ønsker å jobbe i et fellesskap med andre, og at å sitte alene kan oppleves sårbart. Her stilles det spørsmål ved behovet til å stedlige tjenester flere dager i uken. Det viktigste vil være at omsorgstjenestene og hjemmetjenestene lokalt understøttes på en hensiktsmessig måte.

Det fortelles at det er ønskelig med en god sykepleierdekning i kommunen. Kommunen har KAD-plasser på korttidsavdelingen, noe som krever en minimum av to sykepleiere tilgjengelig til enhver tid. Samlet trengs det 12 sykepleiere i løpet av en helg ved sykehjemmet. Ledere forteller at det er krevende å få dekket alle disse stillingene. Kommunen har derfor valgt å benytte seg av vikarbyrå. Dette har de hatt varierende erfaringer med, men de har nå satt som krav til vikarene at de må bli over en lengre periode.

Innenfor tjenesteområdet psykisk helse og rus mangler de høgskoleutdannede som kan jobbe med fag og mer miljørettet. De ser at brukergruppen har utfordringer med stigmatisering, og at dette påvirker mulighetene til å rekruttere i lokalsamfunnet.

I tjenester til personer med funksjonshemming ser ledere et behov for en omorganisering. Dette knyttes spesielt til turnusordningen. Det fortelles videre at kommunen per i dag har for liten kapasitet i avlastningsboliger.

Flere ledere ser behov for å styrke arbeidsforholdene for helsefagarbeidere, sykepleiere og leger. Her påpekes viktigheten av å gjøre det attraktivt for yngre arbeidstakere. Per i dag har kommunen bonus for faste ansatte, men det er også viktig at arbeidsbelastningen skal være akseptabel. Flere ledere ser at høy grad av vikarbruk ikke er positivt for kvalitet i tjenestene og for arbeidsmiljøet, og påpeker viktigheten av å stabilisere og bevare den kompetanse de har. Det må være et godt fagmiljø, et godt arbeidsmiljø, en overkommelig belastning.

Kvalitative analyser (3)

Kvalitet, forbedringsarbeid og innovasjon

Vinje kommunes sykehjem beskrives som en lite hensiktsmessig bygningsmasse for dagens og fremtidens helsetjenester. Det fortelles blant annet at kommunen må bestille smalere pasientsenger enn hva som er standard i dag, slik at det er mulig å trille sengene i gjennom dører. Pasientrommene beskrives som små, hvilket gjør at kommunen ikke i større grad får brukt hjelpemidler slik som heis.

Det fortelles at ansatte som har fysiske plager i større grad ville ha fått en avlastning i pleiesituasjoner dersom de kunne bruke hjelpemidler. Det fortelles også at manglende lagringsplass av hjelpemidler på sykehjemmet er utfordrende. Dette gjør at hjelpemidler står lagret i oppholdsrom som brukes til besøk. Samlet sett ser flere ledere at det er utfordrende å møte kravene i helsereformene og retningslinjene slik bygningsstrukturen er i dag.

På spørsmål om hvilke grupper som bør prioriteres dersom kommunen bygger nye pleie- og omsorgsplasser, er det flere som mener pasienter med langtidsplass bør prioriteres. Dette knyttes både til arbeidsmiljøet til de ansatte og for å sikre god kvalitet i tjenestene både til pasienter med somatiske lidelser og demens. Per i dag forteller ledere ved sykehjemmet at det er utfordrende å tilrettelegge for de ulike typene demens.

Ledere forteller at de i dag leverer helsetjenester til mange mindre vedtak. Det er gjort en vurdering av at dersom kommunen kobles tidlig inn, så kan dette virke forebyggende for at pasienter vil trenge flere og mer ressurskrevende tjenester senere. Samtidig ser flere at dersom trenden fortsetter slik som i dag, vil kommunen på sikt ha flere eldre enn de har kvalifiserte ansatte. Dette gjør at kommunen må se etter innovative løsninger og ser til velferdsteknologi. Rauland skal blant annet være pilot for digital hjemmeoppfølging.

Lederne er samstemte om at den største utfordringen for helsetjenestene i Vinje kommune er personale og rekruttering. Her trekkes behovet for å styrke demensomsorgen fram. Det fortelles at kommunen har en dyktig demenskoordinator og et team knyttet til dette arbeidet, men gitt framtidsprognoser av forekomsten av demens i den eldre delen av befolkningen, er det behov for å styrke dette arbeidet. Flere nevner at de i større grad må kunne dele kompetansen som er tilgjengelig avdelingene mellom i de ulike bygdene. Det er et behov for å se kommunen som helhet og ikke kun hver enkelt bygd.

Flere ledere forteller at en tidkrevende utfordring i daglig drift er å fylle vakante vakter. Det er i den forbindelse ønskelig at det opprettes en bemanningssentral eller vikarpool hvor det er dedikerte ressurser som finner ressurser til å fylle vakante plasser.

Flere ser det er et behov for å styrke aktivitetstilbudene rundt eldre og yngre tjenestemottakere. Det er ønske om en aktivtør på sykehjemmet. Dette hadde kommunen tidligere, men mistet i tidligere budsjetttrunder. Her pekes det også på å søke muligheter med frivilligheten.

Økonomi

Lederne forteller om en god kommuneøkonomi. Det er ikke en opplevelse av at de blir bedt om å spare. Dette gjør at de ansatte har anledning til å sette det faglige først.

5. Oppsummering og anbefalinger

Oppsummering

Telemarksforskning besøkte Vinje kommune 18. september for intervjuer med nøkkelpersoner innenfor helse og mestring. I den forbindelse fikk vi også se helse og mestring sin bygningsmasse. Vi ble vist kommunens sykehjem, omsorgsboliger og boliger for personer med særlige behov i Åmot. Vi besøkte også kommunens omsorgssenter i Rauland som nå er under ombygging, samt desentralisert legesenter og helsestasjon. I Øvre Vinje fikk vi se kommunes omsorgssenter og lokalene til hjemmetjenesten. Kommunen har også kjøpt en tomt i umiddelbar nærhet til omsorgssenteret som gir muligheter for å utvide tilbudet av omsorgsboliger i Øvre Vinje.

Veien videre

Stortingsmelding 7 (2019-2020) som er illustrert tidligere i rapporten viser til flere områder kommunen må satse for å skape en bærekraftig helsetjeneste for fremtiden. Sett i lys av denne og med utgangspunkt i kvantitativ og kvalitativ datainnhenting har vi kartlagt hvilke områder Vinje kommune bør satse i fremtiden:

- Kompetanse og ressursutnyttelse
- Styrke tverrfaglighet
- Kartlegge bruk av verktøy
- Bygg og tjenestestruktur

Kompetanse og ressursutnyttelse

Vinje kommune har som mange andre distriktskommuner utfordringer med å rekruttere ønsket fagkompetanse i kommunens helse og omsorgstjenester. Dette er en problemstilling som kan ha mange årsaker slik det påpekes av Helsepersonellkommissjonen i deres utredning *Tid for handling*. De trekker frem viktigheten av at kommunen må legge til rette for en levelig arbeidsbelastning, trivsel, motivasjon og faglig utvikling slik at de kan rekruttere og beholde ansatte. Det må være attraktivt og mulig å stå i arbeid gjennom et langt yrkesliv, helst i hele stillinger og med lavere sykefravær enn i dag. Dette krever god grunnbemanning innenfor helse og omsorgstjenestene. Gjennom intervjuene blir det klart at Vinje kommune har valgt å holde en høy sykepleierdekning på institusjonen. Samtidig fremkommer det at det ikke gitt at de klarer å opprettholde dette ved uventet fravær eller på lengre sikt.

Vi ser derfor at Vinje kommune må organisere helse- og omsorgstjenestene slik at man i større grad legger til rette for samhandling på tvers av tjenesteområder.

Et eksempel på dette vil være å se på kompetansen i kommunen samlet sett.

Dette gjøres i dag med spesialsykepleiere og legetjenesten, men det kan være behov for å se hvordan eksempelvis sykepleiere og vernepleiere kan jobbe på tvers av institusjonen, hjemmesykepleie og psykisk helse og rus.

Tid for handling presenterer såkalte Hus- og -hytte stillinger. Dette er kombinerte stillinger som skal bidra til å øke fleksibiliteten og kvaliteten i tjenestene. I en hus- og hytte- stilling vil den ansatte jobbe i flere fagmiljøer, innad i eller mellom tjeneste- og forvaltningsnivåer, men også mellom helse- og omsorgstjenestene og utdanningssektoren. Slike stillinger kan bidra til at spesialkompetanse kan komme til nytte i flere virksomheter, til bedre fordeling av vakter og større grad av heltid. Viktig er det også at slike stillinger kan øke beredskapen ved at flere personer, kanskje fra flere yrkesgrupper, bytter på å jobbe med spesielle oppgaver som det er beskjedne personellbehov for under normale omstendigheter. Hvis behovet for oppskalering skulle melde seg, er mulighetene der for å bemanne opp tjenestene på kort varsel. Fordelen med hus- og -hytte er at det kan være en kanal for flyt av «taus kunnskap», og vil dermed både bidra til å senke kulturelle barrierer og øke kompetanseflyten mellom tjenestesteder. For mindre kommuner slik som Vinje er dette viktig. Dersom kommunen i større grad klarer å benytte seg av kompetanse på tvers av tjenesteområder kan dette bidra til at mindre og til dels uønskede oppgaver utgår.

En slik organisering vil kreve god samhandling og styrke kunnskapsdeling og tverrfaglighet mellom tjenestene. Kommunens desentraliserte helsetjenester krever at spesialsykepleiere og leger i større grad må jobbe alene på flere lokasjoner. Dette kan gi mindre faglig fellesskap, og større bruk av alenearbeid. Kommunen bør ha som mål å sikre generalistkompetansen innenfor helse- og omsorgsfeltet.

I intervjuene beskrives det et godt samarbeid blant ledere innenfor helseområdet. Med dette som utgangspunkt kan tjenestene jobbe sammen for å sikre samhandling også på tjenestenivå. Kommunen bør gjøre en evaluering av hvordan de best mulig kan styrke tverrfagligheten på tvers av tjenesteområdene.

5. Oppsummering og anbefalinger (2)

Vi ser at en viktig del av et slik arbeid for å sikre samhandling og god kommunikasjon vil være å kartlegge hvilke verktøy kommunen bruker for å samhandle, dokumentere og journalføre. Hvilke verktøy som brukes for planlegging av institusjonstjenester og hjemmetjenester, slik at kommunen i størst mulig grad sikrer riktig informasjonsflyt og støtter arbeidsprosessene på en god måte. Å sikre kommunikasjon og god samarbeid på tvers av tjenester er viktig for å sikre god pasientsikkerhet. Det er også viktig for ansatte trygghet i arbeidet, minimere risiko og sikre kvalitet i tjenesten.

Det er viktig at kompetanse og ressursbruk blir sett i lys av kommunens største barriere for tjenesteutvikling i dag - bygg og tjenestestruktur.

Bygg og tjenestestruktur

Dagens bygningsstruktur gjør det utfordrende for omsorgstjenestene å opprettholde kvalitet i tjenesten og levere tjenester i samsvar med nasjonale føringer. Dette gjelder spesielt sykehjemsinstitusjonen i Åmot. I Rauland pågår det et større arbeid med å oppgradere omsorgssenteret, og Øvre Vinje vil det på sikt være behov for å utvide tilbudet på omsorgssenteret.

I intervjuene fremkom det at sykehjemmet i liten grad har mulighet til å ta i bruk hjelpemidler og velferdsteknologi. Dette kan på sikt være til hinder for å sikre kvalitet i institusjonstjenestene hvor det allerede er og vil over tid bli en mer pleietrengende pasientgruppe. Den samme bygningsstrukturen trekkes frem som årsaker til belastninger i arbeidssituasjoner, samt at det gir et mindre trivelig bomiljø for pasientene.

For Vinje kommune vil det være viktig å se de fysiske omgivelser i sammenheng med hvilke tjenester de kan tilby og kvaliteten av disse. Sett i lys av både befolkningsframskrivninger, og kompetanseutfordringene belyst i denne rapporten, bør kommunen kartlegge hvilke muligheter som ligger i en bygningsstruktur som er lagt til rette for flerbruk og fleksibilitet gitt pasientgruppen. Med fleksibel bygningsstruktur vil kunne tilpasse tilbudet til de ulike utfordringsvariasjonene som er i pasientgruppen. I intervju fremkommer det at per i dag må pasienter som har ulike typer demens dele avdeling. Dette er ikke gitt at dette gir en opplevelse av et trygt og tilpasset bomiljø for pasientene. Det er også viktig at kommunen kan tilby et fullverdig tilbud til yngre pleietrengende. Et fleksibelt institusjonstilbud vil kunne gi dette.

En institusjon som er lagt til rette for flerbruk kan også være en arena for samskaping med lokalsamfunnet. Per i dag ser helsetjenestene at det er et behov for aktiviteter og samarbeid med frivilligheten for å gi et psykososialt tilbud for pasientene.

Ledelse og organisasjon

Helse og mestring har i løpet av det siste året gjennomført en strukturendring ved å opprette et virksomhetslederledd. I intervjuene fremkommer det at oppgavefordeling er uklar for organisasjonen. Det samme gjelder gevinstene som er det ønsket at organisasjonene skal kunne hente ut. Det kan derfor være hensiktsmessig for kommunen å gjennomføre en evaluering av tiltaket og valgt lederstruktur i løpet av to år. Her vil det være hensiktsmessig å kartlegge gevinstrealisering.

Anbefalinger

Gitt vår gjennomgang anbefaler vi Vinje kommune følgende:

- Styrke tverrfaglighet og undersøke muligheter for å bruke kompetanse på tvers av tjenesteområder i større grad.
- Gjennomgå vedtaksprosessen for tjenester, inkludert kriteriene som legges til grunn for vurderingene, opp mot nasjonale retningslinjer. Dette for å sikre god ressursbruk og legge til rette for en bærekraftig utvikling av tjenestene.
- Sikre god kommunikasjon på tvers av ledelsesledd og tjenesteområder. Gjøre en gjennomgang av hvilke systemer og verktøy som benyttes og vurdere om disse treffer behovet, eventuelle overlapp eller mangler, og er integrert på en god måte.
- Å undersøke muligheter for en bygningsstruktur som legger til rette for et bedre bomiljø, omsorg og bruk av hjelpemidler og velferdsteknologi. Dette kan øke kvaliteten i tjenestene.
- Legge til rette for samskaping og samarbeid med lokalsamfunnet og frivilligheten
- Evaluere lagt lederstruktur i løpet av to år

Referanser

- Blix BH, Stalsberg H, Moholt J-M. Demografisk utvikling og potensialet for uformell omsorg i Norge. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 2021;7:1-14.
- Brandtzæg, B.A., Lunder, T.E., Aastvedt, A., Thorstensen, A., Groven, S., og Møller, G.; Utredning om små kommuner. TF-rapport nr. 473. Telemarksforskning.
- Demensplan 2020 – et mer demensvennlig samfunn
- Demensplan 2025 - handlingsplan
- Det nasjonale velferdsteknologiprogrammet (2013-2024)
- Ekspertutvalgets rapport for gjennomgang av allmennlegetjenesten (2023)
- Folkehelseloven. (2011). Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29).
- Forenkle og forbedre. Rapport fra ekspertutvalg for tematisk organisering av psykisk helsevern (2023)
- Godager, G. & Thorjussen, C. (2016), 'Demens i norske kommuner 2015-2040.
- Gjennomgang av allmennlegetjenesten. Ekspertutvalg (2023)
- Haugstveit, F.V., og Otnes B. (2019). Vesentlig mer bruk av omsorgstjenester ved passerte 85 år.
- Helgesen, M. og Herlofsen, K. (2017). Kommunenes planlegging og tiltak for en aldrende befolkning.
- Helsedirektoratet (2020) Kompetanseløft 2025. Strategier og tiltak i Kompetanseløft 2025. Helsedirektoratet (2017). Folkehelsepolitikk rapport 2017.
- Helsedirektoratet (2018). Folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling –Helsedirektoratets innspill til videreutvikling av folkehelsepolitikken.
- Helsedirektoratet (2012) Velferdsteknologi -Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020.
- Helsefellesskap – Helsedirektoratet (2023)
- Hjemås, G., Holmøy, E. & Haugstveit, F. (2019). Fremskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060. Oslo: Statistisk sentralbyrå
- Løseth, G. K., & Veenstra, M. (2015). Forebyggende helsearbeid i kommunene. Prosessevaluering av Samhandlingsreformen. Nova-rapport 6/2015.
- Moland, Leif. E. 2015. Større stillinger og bedre drift. Evaluering av programmet Ufrivillig deltid. Fafo-rapport 2015:25. Oslo: Fafo.
- Moland, Leif. E., og Ketil Bråthen. 2012. Hvordan kan kommunene tilby flere heltidsstillinger? Fafo rapport 2012:14. Oslo: Fafo.
- Moland, Leif. E., og Ketil Bråthen. 2019. En ny vei mot heltidskultur. Resultater fra forprosjektering i åtte kommuner og en landsdekkende undersøkelse. Fafo-rapport 2019:15.
- Møller, Madsen, Haukelien, 2020: Individuell boligplan (IBP) i Sandefjord kommune. TF-rapport nr 558
- Meld. St. 47, (2008–2009). Samhandlingsreformen. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 26, (2014–2015) Primærhelsemeldingen. Helse –og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 29 (2012–2013). Morgendagens omsorg. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 15 (2017–2018). Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 19 (2018-2019) Folkehelsemeldinga - Gode liv i eit trygt samfunn
- Meld. St. 7 (2019-2020) Nasjonal helse –og sykehusplan 2020-2023.
- Meld. St. 24 (2022-2023) Fellesskap og meistring — Bu trygt heime
- Mørk, Eiliv, Brith Sundby, Berit Otnes og Marit Wahlgren (2014). Pleie- og omsorgstjenesten 2013. Rapporter 33/2014, Statistisk sentralbyrå.
- Nasjonal strategi for den sosiale boligpolitikken (2021-2024). Alle trenger et trygt hjem
- NOU (2011: 17). Når sant skal sies om pårørendeomsorg. Fra usynlig til verdsatt og inkludert. Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 2(011: 11). Innovasjon i omsorg. Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU (2023:13) - På høy tid — Realisering av funksjonshindredes rettigheter
- NOU (2023: 4) - Tid for handling — Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste
- NOU (2023: 8) - Fellesskapets sykehus— Styring, finansiering, samhandling og ledelse
- SINTEF, KS, & Høgskolen i Sørøst-Norge. (2016). Velferdsteknologiens ABC. Helsedirektoratet og KS.

Vedlegg

Vedlegg 1. Supplerende analyser økonomi og framtidig tjenestebehov

Dokumentasjon av utgiftsutjevningen over inntektssystemet

Utgiftsutjevningen 2022-2024 – fordelt på delkostnadsområder. Vinje kommune. Kilde: KDD/beregninger ved TF

Delkostnadsområder	Utslag fra delkostnadsnøklerne			Tillegg/trekk (omfordeling) for kommunen i 1000 kr		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024
Barnehage	0,9507	0,8671	0,9276	-1 724	-5 018	-2 826
Administrasjon	1,3187	1,3179	1,3159	5 680	6 013	6 162
Landbruk	4,0210	4,0010	4,0749	1 387	1 464	1 458
Grunnskole	1,0885	1,1333	1,1450	4 964	8 065	8 702
Pleie og omsorg	1,2187	1,2168	1,2157	16 921	17 814	19 378
Kommunehelse	1,4154	1,4100	1,4098	5 083	5 496	6 863
Barnevern	0,7904	0,8245	0,7983	-2 098	-1 906	-2 045
Sosialtjeneste	0,7742	0,7526	0,7524	-2 799	-3 369	-3 286
Kostnadsindeks	1,1238	1,1203	1,1385	27 395	28 597	34 489
<i>Nto.virkn. statl/priv. skoler</i>				2 195	2 457	2 790
Sum utgiftsutjevn m.m.				29 590	31 054	37 279

Dokumentasjon av utgiftsutjevningen over inntektssystemet

Kostnadsnøkkelen 2022. Vinje kommune. Kilde: KDD/beregninger ved TF

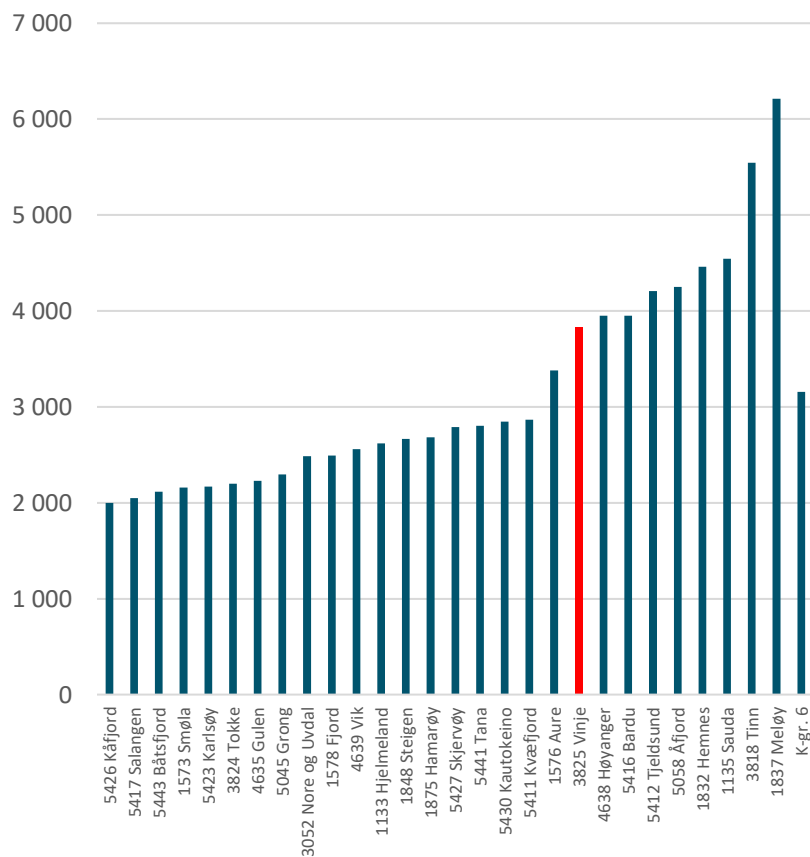
Områder	Vekt	Utgifts- behovsindeks	Bidrag kostnads- indeks
Barnehage	0,1581	0,9507	-0,8 %
Administrasjon	0,0805	1,3187	2,6 %
Landbruk	0,0021	4,0210	0,6 %
Grunnskole	0,2533	1,0885	2,2 %
Pleie og omsorg	0,3495	1,2187	7,6 %
Kommunehelse	0,0553	1,4154	2,3 %
Barnevern	0,0452	0,7904	-0,9 %
Sosialtjeneste	0,0560	0,7742	-1,3 %
Kostnadsindeks	1,0000	1,1238	12,4 %

Delkostnadsnøkkel pleie og omsorg 2022. Vinje kommune. Kilde: KDD/beregninger ved TF

Kriterier	Vekter	Utgifts- behovsindeks	Bidrag kostnads- indeks
Innbyggere 0-66 år	0,1431	0,9493	-0,7 %
Innbyggere 67-79 år	0,1101	1,2741	3,0 %
Innbyggere 80-89 år	0,2025	1,2833	5,7 %
Innbyggere over 90 år	0,1068	1,0727	0,8 %
PU 16 år og over	0,1406	0,7953	-2,9 %
Ikke-gifte 67 år og over	0,1313	1,2782	3,7 %
Standardisert antall døde	0,1313	1,0331	0,4 %
Sonekriteriet	0,0112	4,9989	4,5 %
Nabokriteriet	0,0112	3,0642	2,3 %
Basiskriteriet	0,0119	5,2494	5,1 %
Kostnadsindeks	1,0000	1,2187	21,9 %

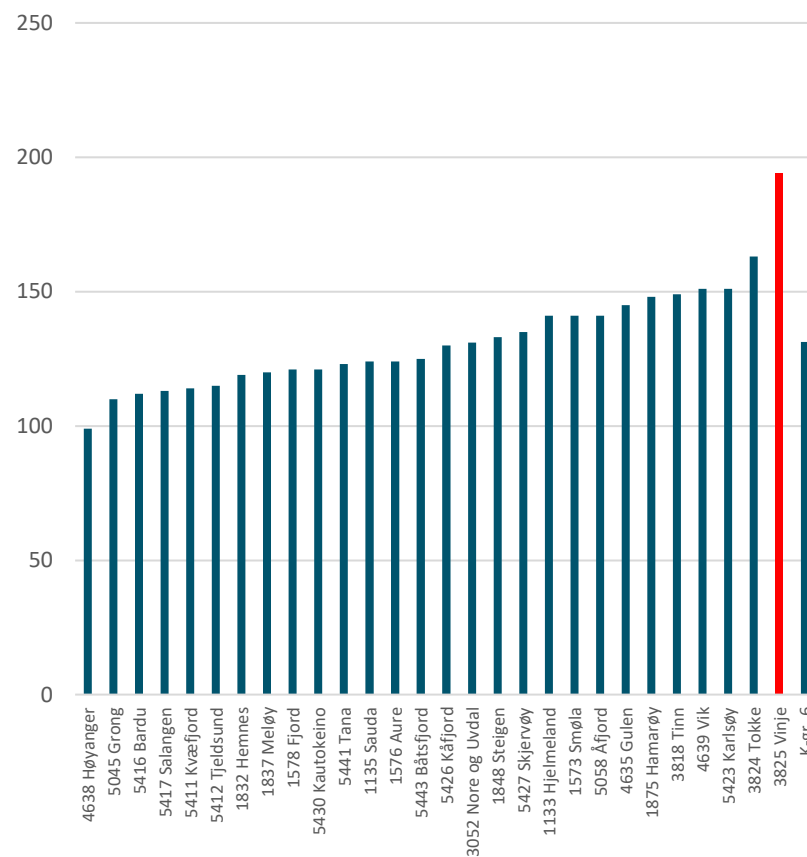
KOSTRA-gruppe 6

Innbyggertall 2022



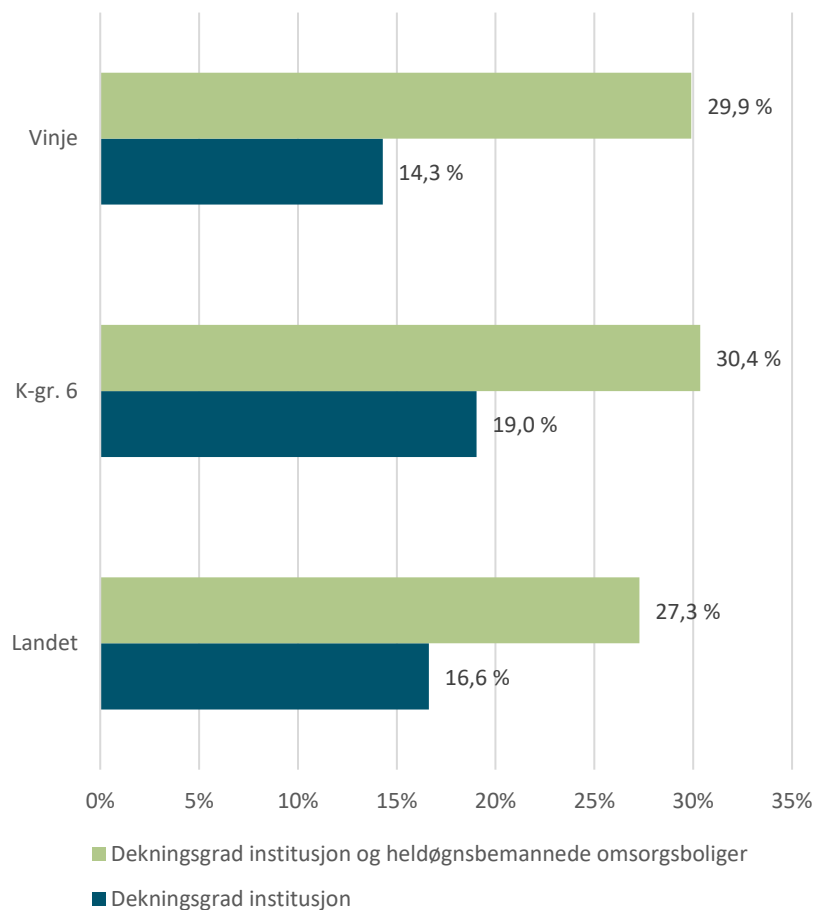
Innbyggertall 2022. KOSTRA-gruppe 6. Kilde: KOSTRA/beregninger ved TF

Inntektsnivå 2022

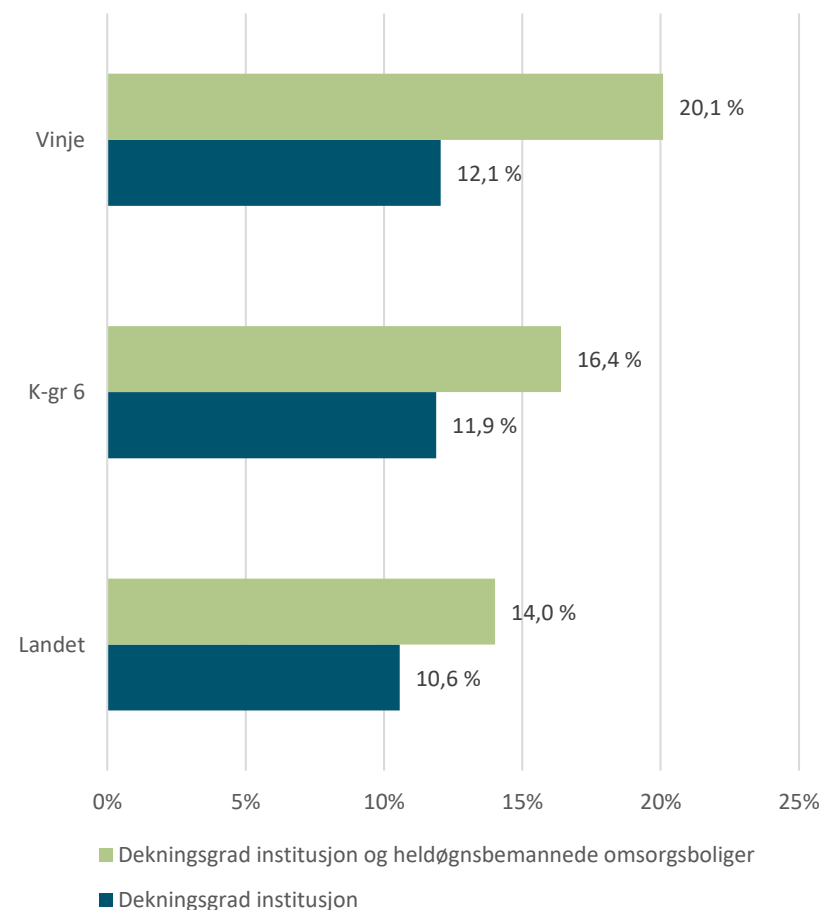


Korrigerte frie inntekter i prosent av landsgjennomsnittet 2022. KOSTRA-gruppe 6. Kilde: SSB/beregninger ved TF

Dekningsgrader for heldøgns omsorg 2022



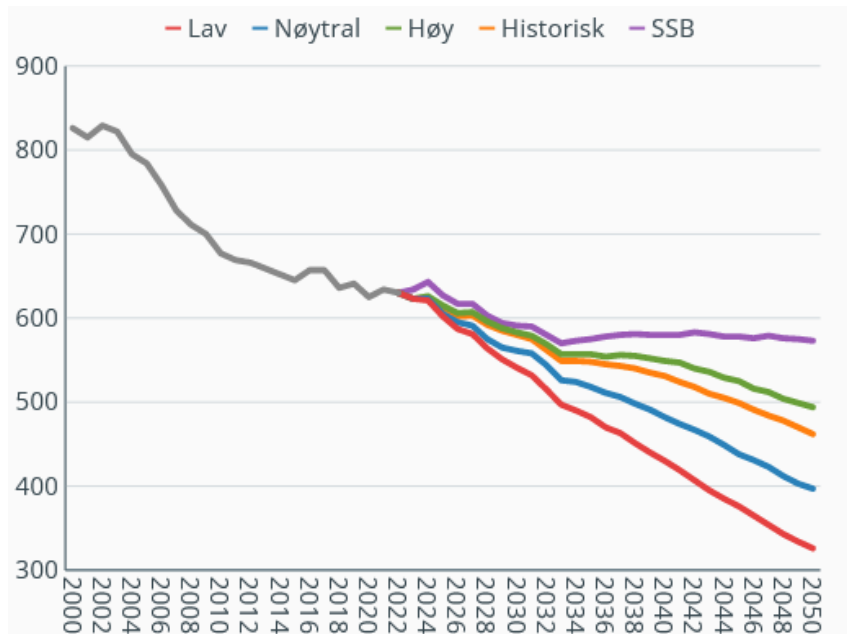
Dekningsgrad for heldøgns omsorg 2022. Alle innbyggere.
Kilde: SSB/beregninger ved TF



Dekningsgrad for heldøgns omsorg 2022. Innbyggere 80 år og eldre.
Kilde: SSB/beregninger ved TF

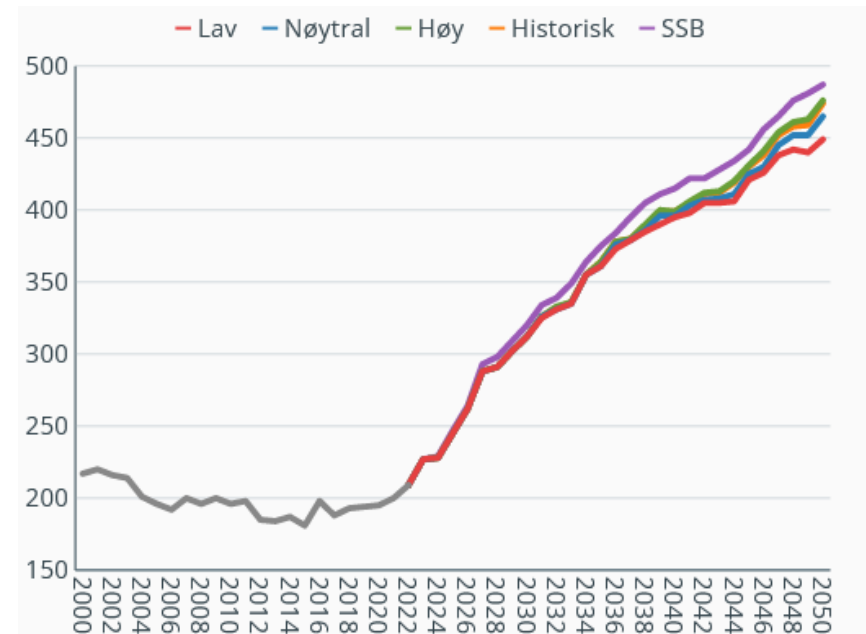
Befolkningsprognoser Vinje kommune

0-15 år



Antall innbyggere 0-15 år i Vinje i ulike scenarier samt SSBs framskriving.

80 år og eldre



Antall innbyggere 80 år og eldre i Vinje i ulike scenarier samt SSBs framskriving.

Framtidig tjenestebehov

Demografikostnader fram til 2040

Vi har utarbeidet en analyse som skal illustrere hvordan befolkningsframskrivingene forventes å påvirke kommunens framtidige kostnader og utgiftsbehov. I beregningen av demografikostnadene baserer vi oss på det samme opplegget som Teknisk beregningsutvalg for kommunal økonomi (TBU) benytter. Anslagene er basert på uendret standard, dekningsgrad og effektivitet i tjenesteytingen, og er et uttrykk for hva det vil koste kommunen å bygge ut tjenestetilbudet for å holde tritt med befolkningsutviklingen.

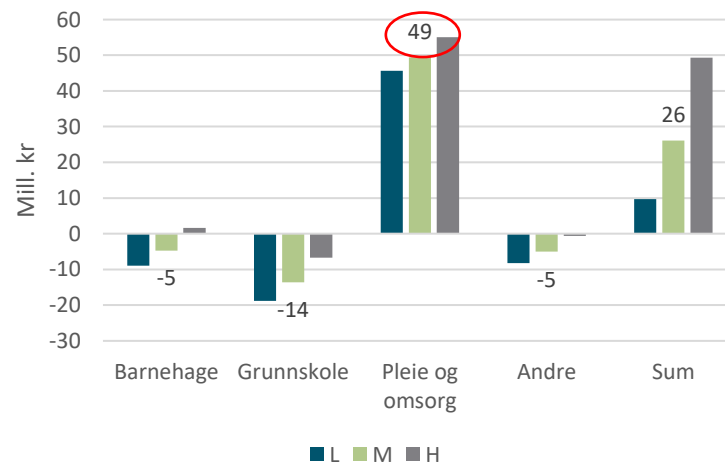
Demografikostnadene vil gjenspeiles gjennom inntektene fra staten, og analysen vil slik sett gi en indikasjon på hvilke økonomiske rammebetingelser kommunen vil ha for å håndtere framtidig befolkningsutvikling og endret utgiftsbehov.

Framtidige økte demografikostnader vil i all hovedsak kunne knyttes til de eldre aldersgruppene og tjenesteområdet pleie og omsorg.

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

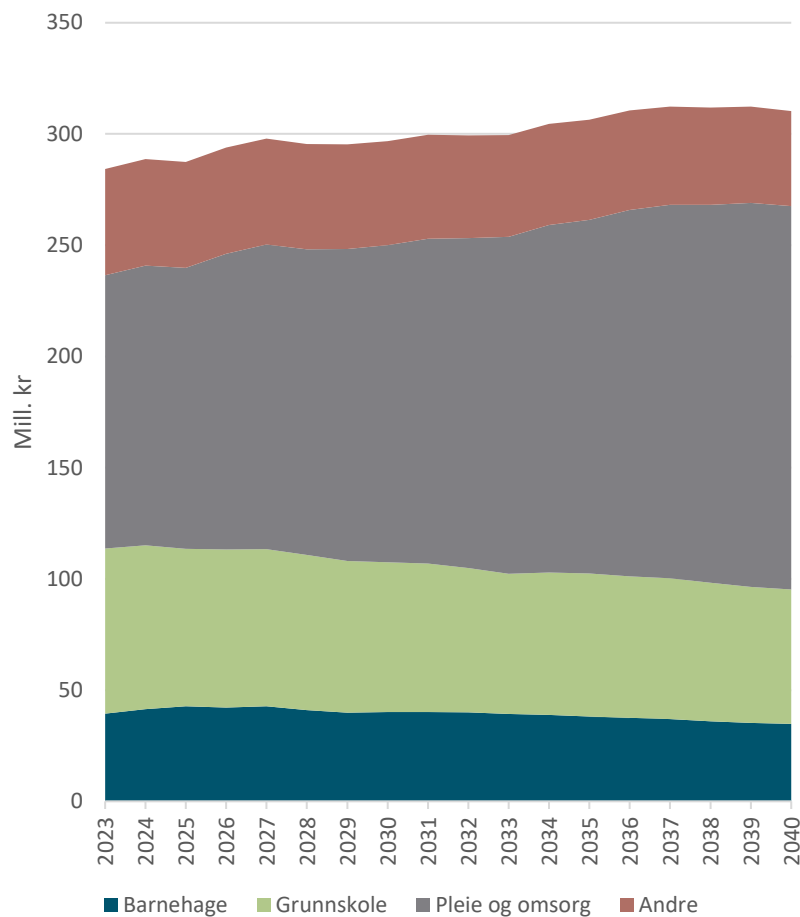
Demografikostnader 2024-2040. Aldersgrupper. Vinje kommune. Faste mill. 2023-kr. TF alt L, M, H. Kilde: SSB/TBU/beregninger ved TF

	L	M	H
0-5 år	-10,5	-5,6	1,6
6-15 år	-21,6	-15,6	-7,7
16-66 år	-15,5	-11,4	-5,8
67-79 år	4,1	5,1	6,5
80-89 år	27,3	27,8	28,9
90 år og eldre	25,9	25,9	25,9
Sum	9,7	26,1	49,3
0-66 år	-47,6	-32,7	-11,9
67 år og eldre	57,3	58,7	61,2

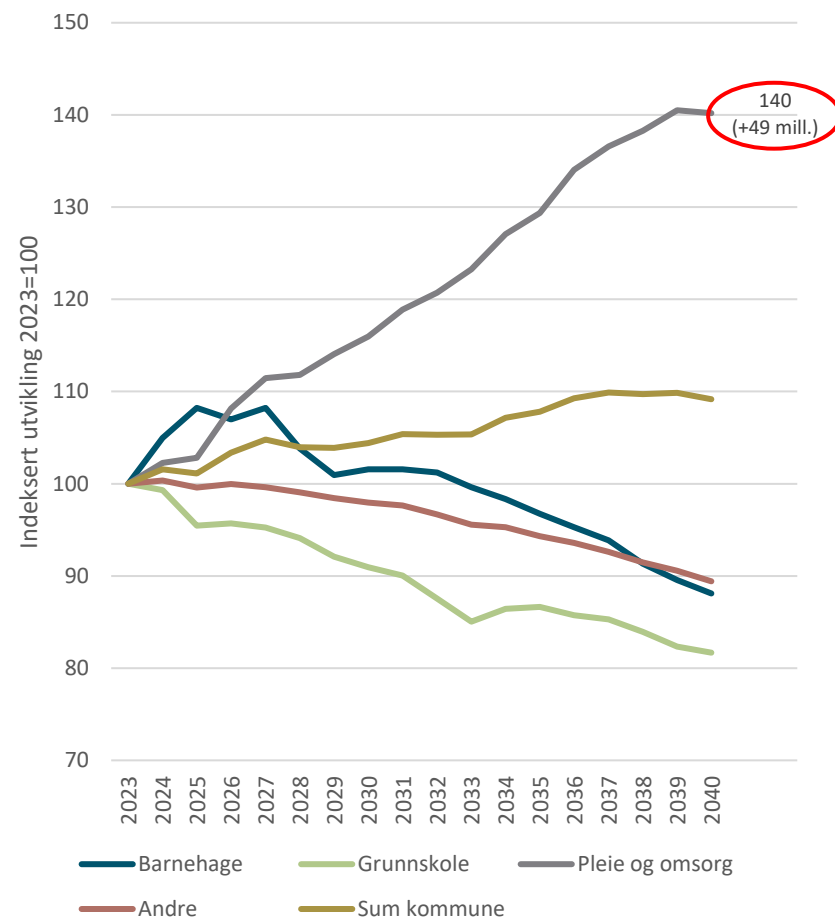


Demografikostnader 2024-2040. Tjenesteområder. Vinje kommune. Faste mill. 2023-kr. TF alt L, M, H. Kilde: SSB/TBU/beregninger ved TF

Framtidig tjenestebehov

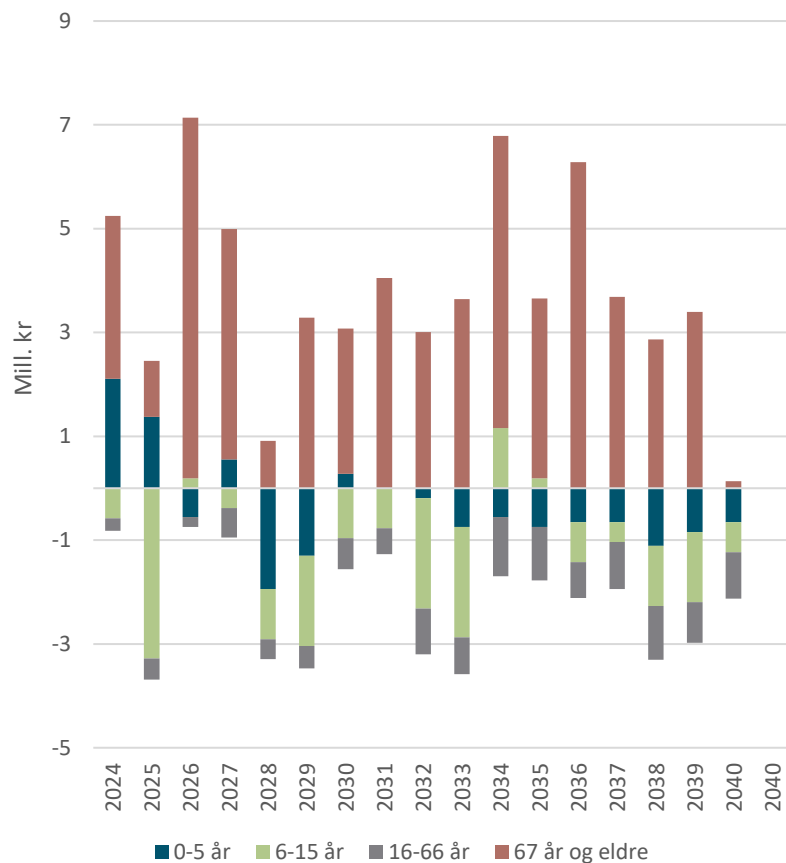


Beregnet utgiftsbehov på ulike sentrale tjenesteområder 2024-2040. TF M. Vinje kommune. Faste mill. 2023-kr. Kilde: TBU/beregninger ved TF

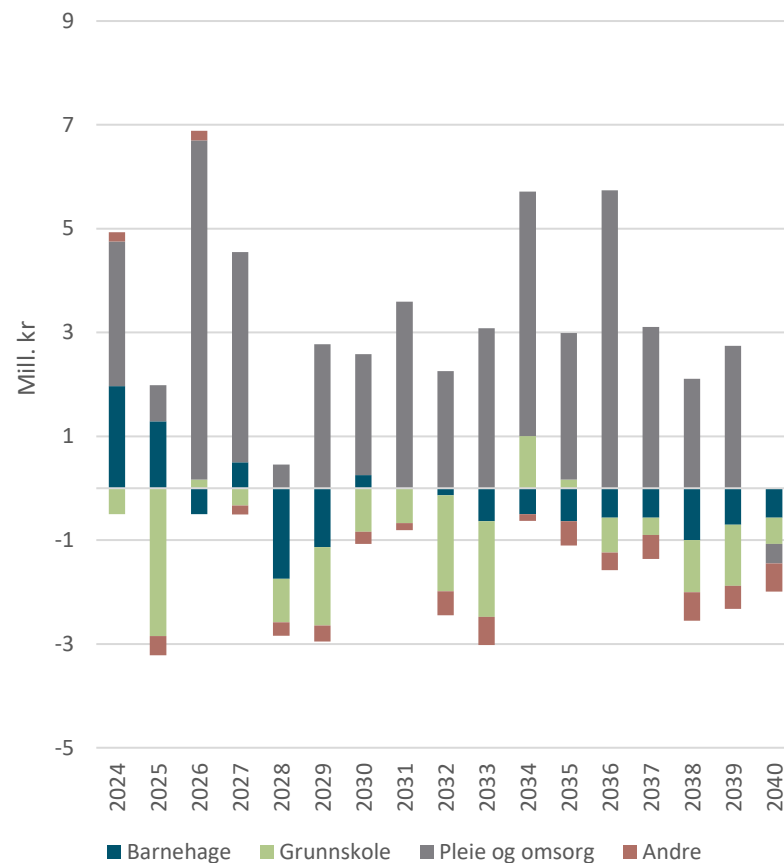


Utvikling i beregnet utgiftsbehov ulike sentrale tjenesteområder 2022-2040. Indeksert utvikling, 2023=100. TF M. Modum kommune. Kilde: TBU/beregninger ved TF

Demografikostnader 2024-2040 (i mill. 2023-kr) basert på TF framskrivinger



Årlige demografikostnader 2024-2040. Vinje kommune. Faste mill. 2023-kr.
TF alt M. Kilde: TBU/beregninger ved TF

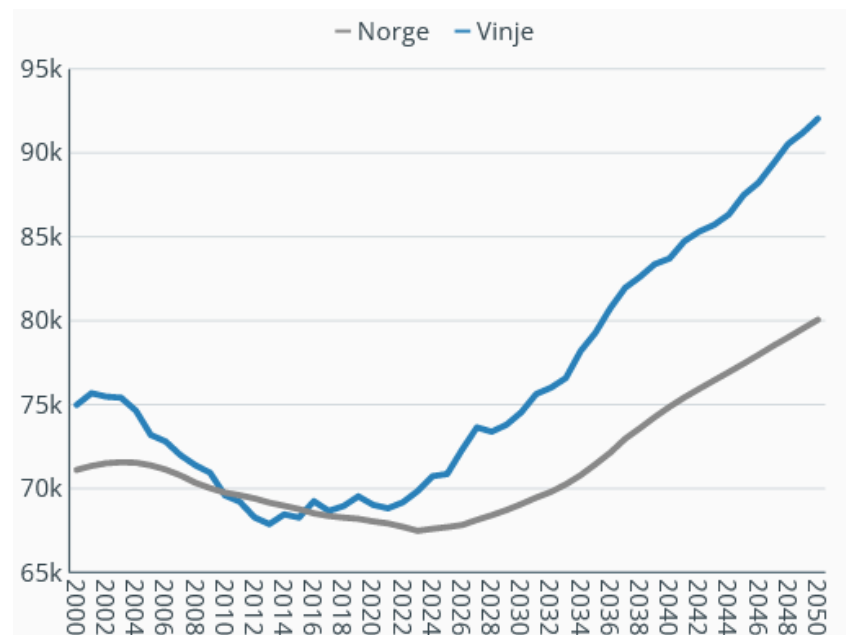


Årlige demografikostnader 2024-2040. Vinje kommune. Faste mill. 2023-kr.
TF alt. M Kilde: TBU/beregninger ved TF

Utvikling i kommunens demografikostander sammenlignet med landsgjennomsnittet

Demografikostander sammenlignet med landsgjennomsnittet

Vi har sammenlignet gjennomsnittskostnadene per innbygger i Vinje med landsgjennomsnittet. De siste 20 årene er demografikostnadene målt per innbygger redusert, men det vil bli en sterk økning i årene framover som følge av at det blir flere eldre. Det er anslått sterkere økning i demografikostnadene (i kr per innbygger) for Vinje enn for landsgjennomsnittet.



Demografikostnader i kr per innbygger 2000-2050. TF alt. M

Kilde: TBU/beregninger ved TF

Forsørgerbyrde

(forholdstallet mellom antall personer i arbeidsfør alder og antall eldre)

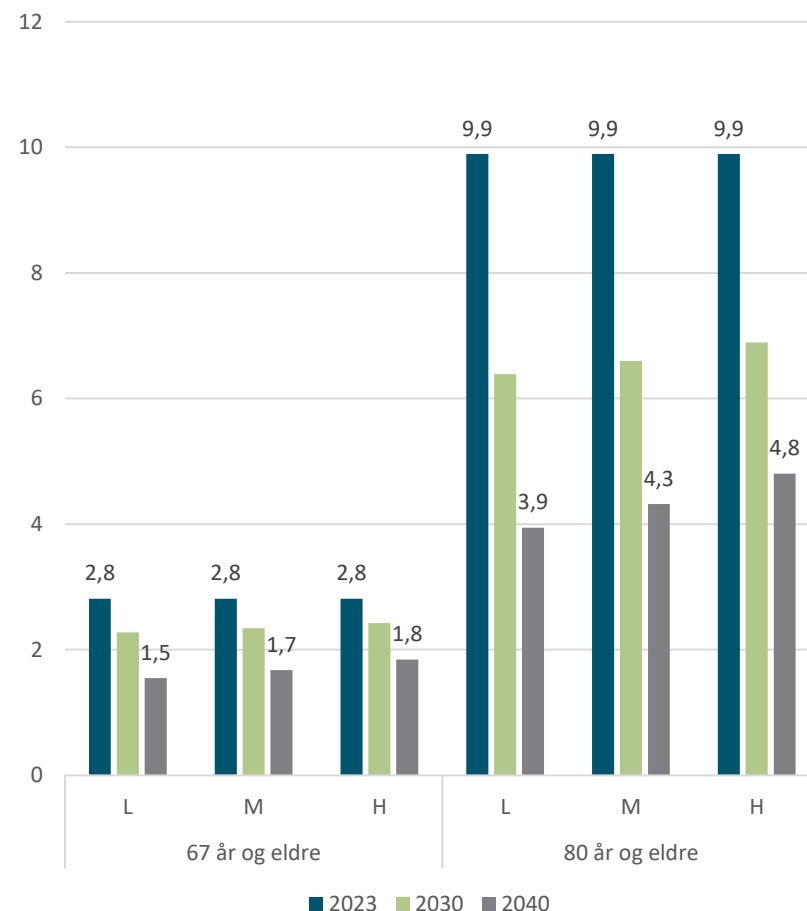
Framtidig forsørgerbyrde

I figuren ved siden av har vi beregnet den såkalte forsørgerbyrden i kommunen fram mot 2040, basert på TFs framskrivinger.

Forsørgerbyrden viser forholdet mellom antall personer i arbeidsfør alder og antall eldre. Arbeidsfør alder er 20–66 år, mens de eldre aldersgruppene er 67 år og over, og 80 år og over. En reduksjon i forholdstallet mellom de to aldersgruppene betyr at det er færre innbyggere i yrkesaktiv alder per innbygger i den eldre aldersgruppen, altså blir forsørgerbyrden større.

Forholdstallet for aldersgruppen 67 år og eldre (2,8 i 2023) anslås i 2040 å ligge mellom 1,5 (L-scenariet) og 1,8 (H-scenariet). Forholdstallet for aldersgruppen 80 år og eldre (9,9 i 2023) anslås i 2040 til mellom 3,9 (L-scenariet) og 4,8 (H-scenariet). H-scenariet vil dermed gi høyest andel arbeidsføre innbyggere i forhold til eldre innbyggere. Dette innebærer at kommunen må lykkes i å bli attraktive for å redusere forsørgerbyrden per innbygger.

Basert på utviklingen i de ulike aldersgruppene kan vi også anslå framtidig behov for årsverk innenfor de sentrale velferdsområdene barnehage, grunnskole og pleie og omsorg.



Antall innbyggere 20-66 år i forhold til eldre innbyggere. 2023, 2030 og 2040. Vinje kommune. TF framskrivinger L, M og H. Kilde: SSB/beregninger ved TF

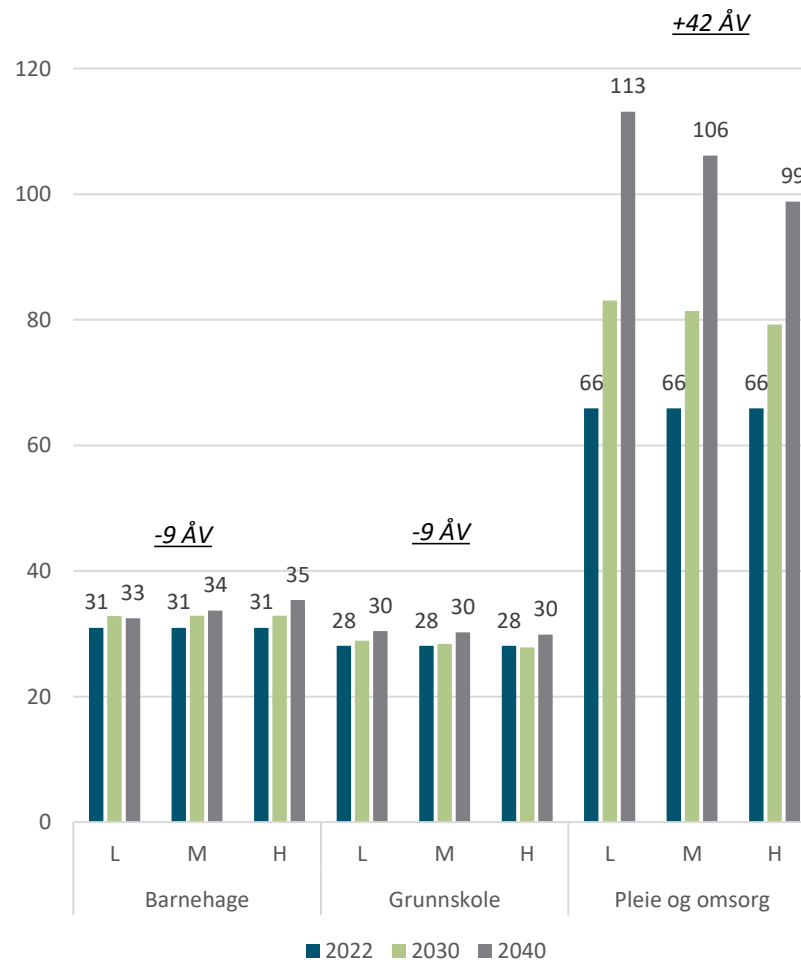
Årsverksbehov

(per 1000 innbyggere i arbeidsfør alder)

Framtidig årsverksbehov

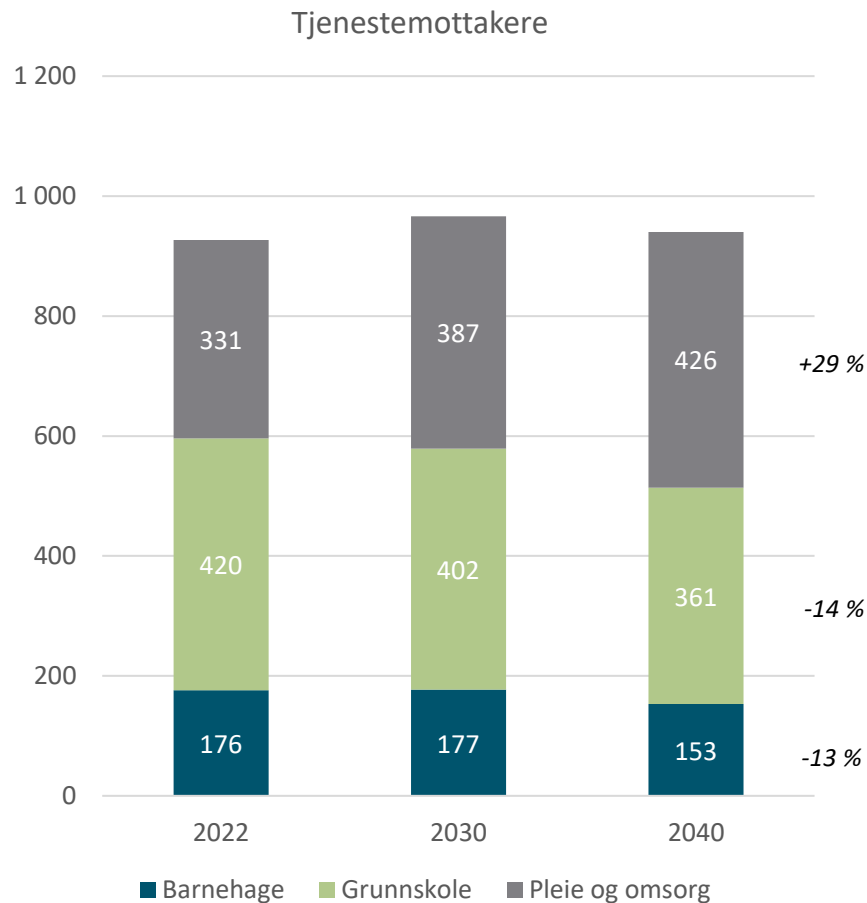
Vi har beregnet framtidig behov for årsverk basert på TFs befolkningsframskrivninger. I anslagene av framtidig tjenestebehov er det lagt til grunn samme standard og dekningsgrad som i dag. Det er ikke tatt hensyn til teknologisk utvikling eller andre samfunnsendringer som kan påvirke tjenestebehovet framover. Det er også viktig å merke seg at ulike kommuner har ulikt behov for årsverk per bruker innenfor de ulike tjenestene, og at årsverk per bruker ikke nødvendigvis sier noe om effektiviteten innenfor de ulike sektorene.

Figuren viser at behovet for årsverk på barnehage og grunnskole vil endres relativt lite fram til 2030 og 2040 (per 1000 innb. 20-66 år). Behovet for årsverk på pleie og omsorg i 2040 varierer fra 99 i H-scenariet til 113 i L-scenariet. L-scenariet vil dermed gi størst økning i framtidig behov for årsverk innen pleie og omsorg. Behovet for årsverk vil uansett hvilket av scenariene vi legger til grunn øke kraftig i årene framover. Dette må ses i lys av eldrebølgen og gjelder for alle landets kommuner.

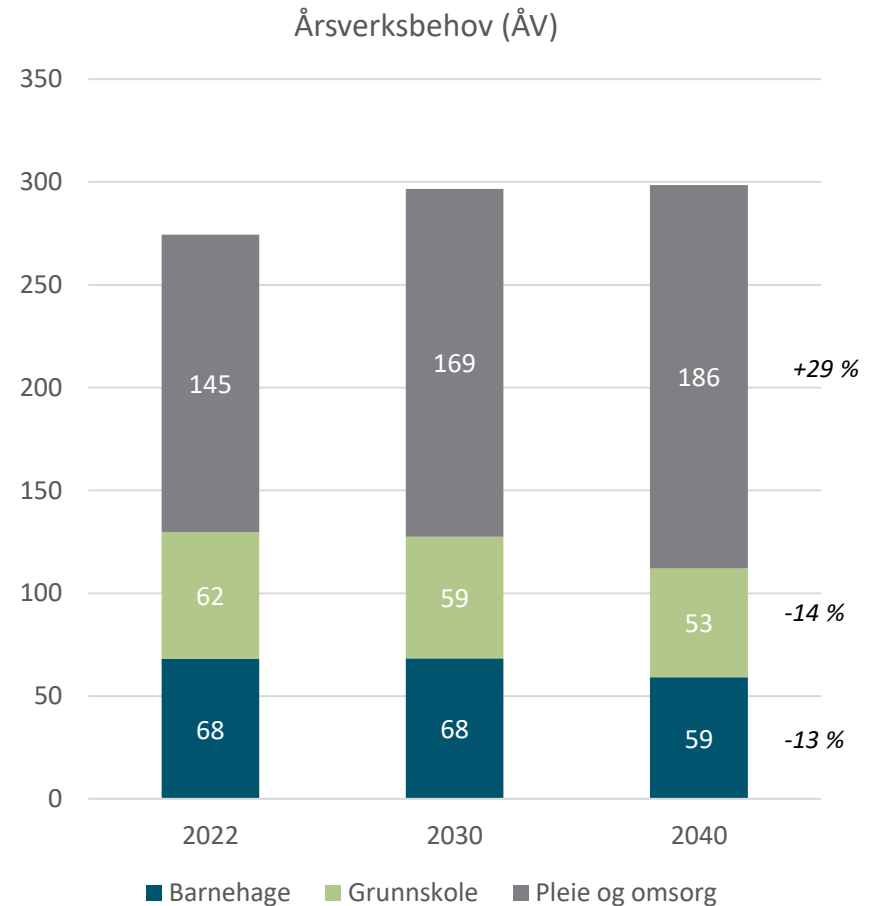


Anslått framtidig tjenestebehov i årsverk per 1000 innbyggere (20-66 år). 2022, 2030 og 2040. Vinje kommune. TF framskrivninger L, M og H. Kilde: SSB/beregninger ved TF

Framtidig årsverksbehov

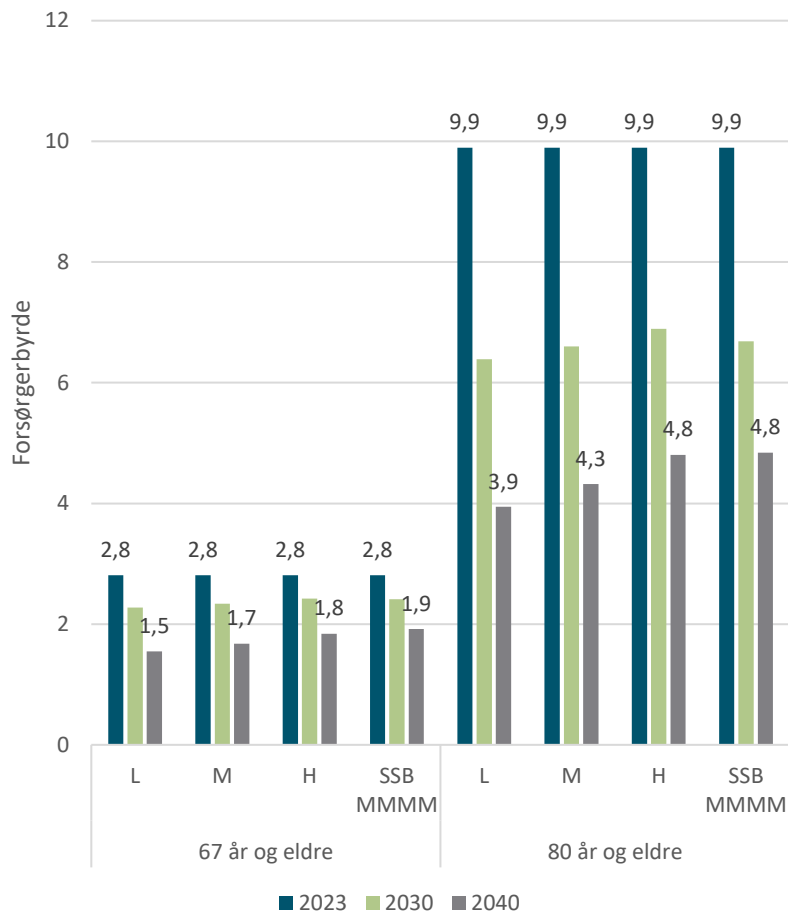


Antall tjenestemottakere. 2022, 2030 og 2040. Vinje kommune. TF framskrivinger
L, M og H. Kilde: SSB/beregninger ved TF

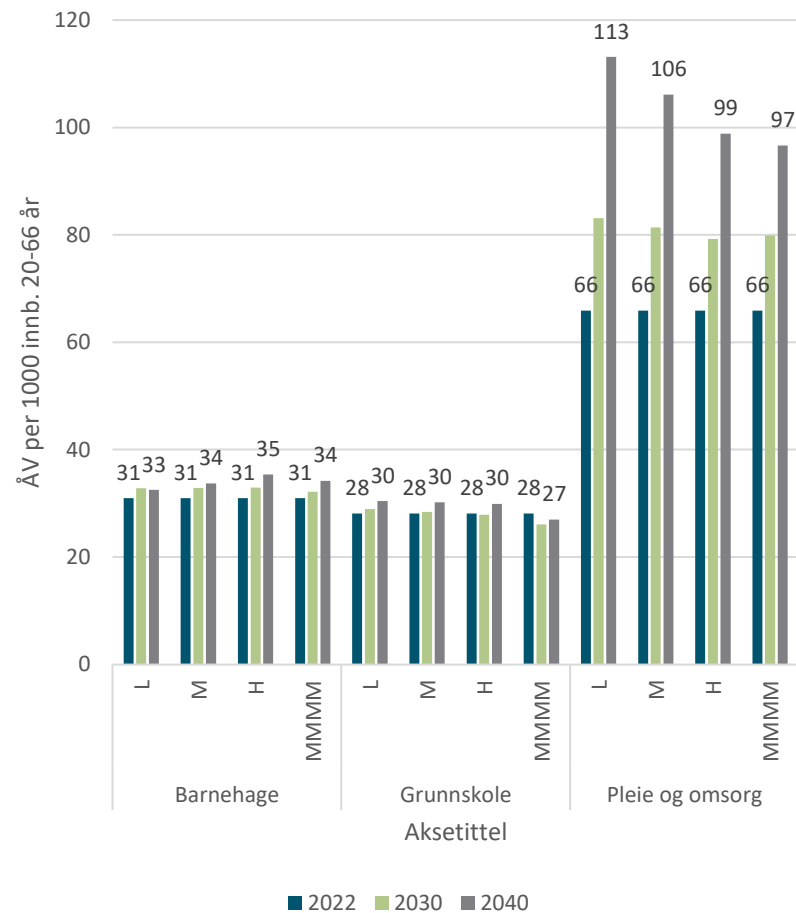


Antall årsverk. 2022, 2030 og 2040. Vinje kommune. TF framskrivinger
L, M og H. Kilde: SSB/beregninger ved TF

Forsørgerbyrde og årsverksbehov

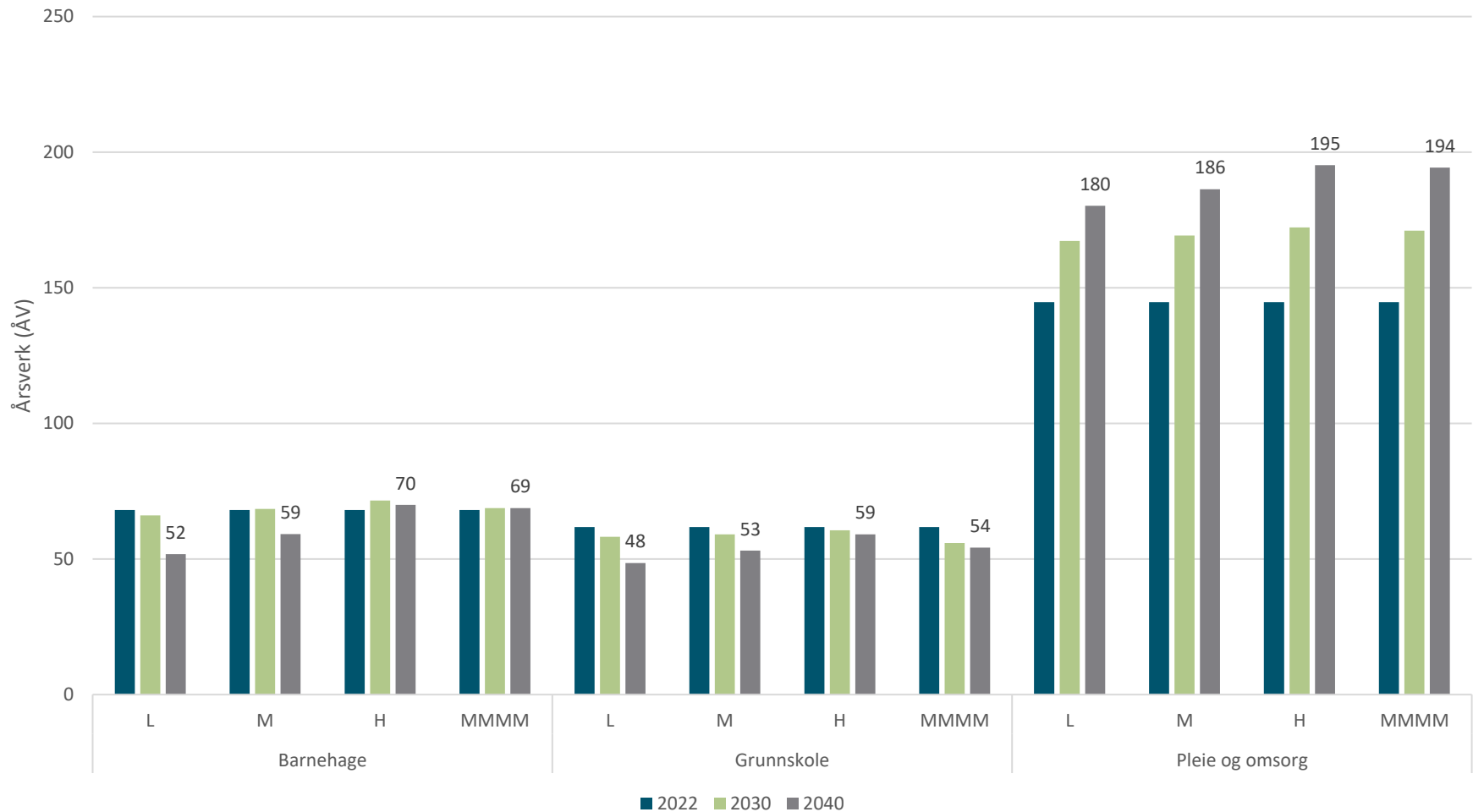


Antall innbyggere 20-66 år i forhold til eldre innbyggere. 2022, 2030 og 2040. Vinje kommune. TF framskrivinger L, M og H, samt SSB MMMM. Kilde: SSB/beregninger ved TF



Anslått framtidig tjenestebehov i årsverk per 1000 innbyggere i arbeidsfør alder (20-66 år). 2022, 2030 og 2040. Vinje kommune. TF framskrivinger L, M og H, samt SSB MMMM. Kilde: SSB/beregninger ved TF

Framtidig årsverksbehov (målt i årsverk)



Anslått framtidig tjenestebehov i årsverk. Årsverk i barnehage, lærerårsverk i grunnskolen og årsverk i institusjon og hjemmetjeneste 2022, 2030 og 2040. Vinje kommune. TF framskrivinger L, M og H, samt SSB MMMM. Kilde: SSB/beregninger ved TF

Framtidig behov for omsorgsplasser

Framskrivning av behovet for omsorgsplasser

Vi har utarbeidet en analyse av framtidig behov for omsorgsplasser for Vinje kommune, basert på framskrivingsverktøyet omsorgsbehov 2050. Framskrivingsverktøyet tar utgangspunkt i statistiske analyser av KOSTRA-data og befolkningsframskrivinger. Verktøyet gir også mulighet til å endre forutsetninger for framskrivningen, ved bruk av alternative befolkningsframskrivinger, endring i produktivitet og saktere aldring i befolkningen.

Velferdsteknologi vil sørge for at en mindre andel mottakere av omsorgstjenester vil trenge tjenester som innebærer boformer med heldøgns bemanning (som motsvares av tilsvarende økt behov for hjemmetjenester). Ved å velge f.eks. 1 prosent antar man at det i framtiden vil være 1 prosent reduksjon i behovet for boformer med heldøgns bemanning.

Saktere aldring i befolkningen innebærer at tjenestebehovet øker saktere enn det ellers ville ha gjort. Det er tre alternativer i modellen: ingen, rate 0,5 og rate 1,0. Rate 1,0 tilsvarer om lag den reduserte aldringen som benyttes ved levealdersjusteringen i pensjonsreformen. Rate 1,0 innebærer at en 80-åring ti år fram i tid har samme tjenestebehov som en 79-åring i dag. Alternativet med rate 0,5 gir en noe svakere endring i aldringen. Rate 0,5 innebærer at en 80-åring om 20 år har samme tjenestebehov som en 79-åring i dag.

Framtidig behov for omsorgsplasser Vinje kommune

Analysene viser at det fram til 2050 er anslått 50 prosent flere mottakere av hjemmetjenester og heldøgns omsorg. Med en forutsetning om saktere aldring på 0,5 år per tiår og 1,0 år per tiår, er det anslått hhv. 33 prosent og 21 prosent flere mottakere.

Når det gjelder heldøgns omsorg, er det anslått 130 prosent flere tjenestemottakere fram til 2050. Med en forutsetning om saktere aldring på 0,5 år per tiår og 3 prosent produktivitetsforbedring; er det anslått 69 prosent flere mottakere. Med en forutsetning om saktere aldring på 1,0 år per tiår og 7 prosent produktivitetsforbedring; er det anslått 30 prosent flere mottakere.

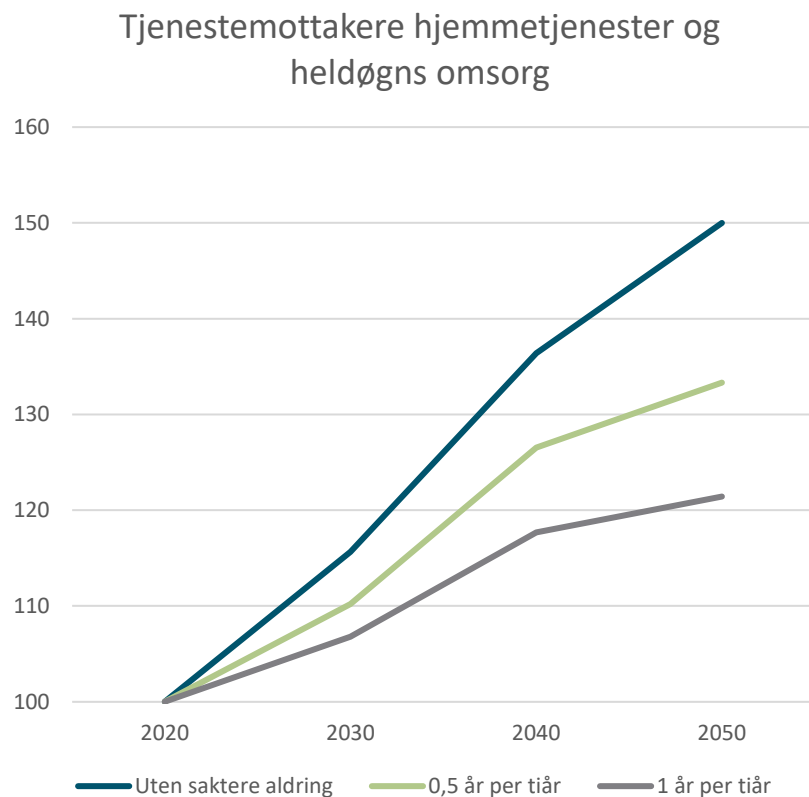


Framtidig behov for omsorgsplasser (2)

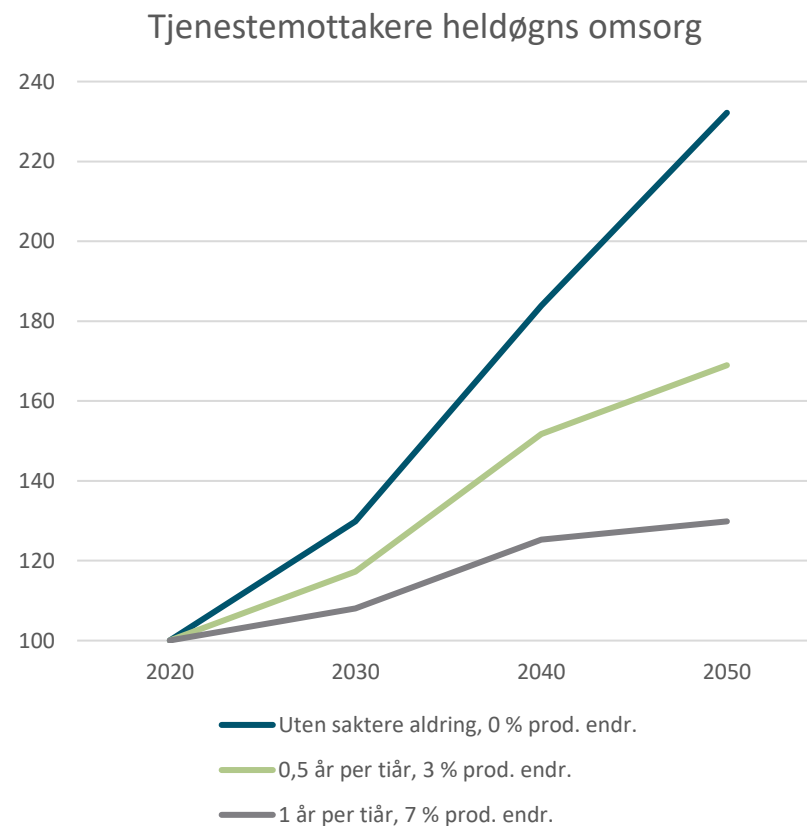
Befolkningsframskriving MMMM

Variierende forutsetning om produktivitetsendring: 0 prosent, 3 prosent, 7 prosent (Redusert behov for heldøgns omsorg og tilsvarende økt behov for hjemmetjenester)

Variierende forutsetning om saktere aldring: Uten saktere aldring, 0,5 år per tiår, 1 år per tiår.



Tjenestemottakere hjemmetjenester og heldøgns omsorg. Indeksert utvikling 2020=100. Vinje kommune. Kilde: KS Omsorgsbehov 2050



Tjenestemottakere heldøgns omsorg. Indeksert utvikling 2020=100. Vinje kommune. Kilde: KS Omsorgsbehov 2050

Framtidig behov for omsorgsplasser (3)

Framtidig behov for omsorgsplasser

Analysen tar utgangspunkt i KOSTRA-tall for kommunen for perioden 2011-2017. I 2017 hadde kommunen 295 mottakere av heldøgns omsorg og hjemmetjenester, hvorav 76 mottakere av heldøgns omsorg og 219 mottakere av hjemmetjenester.

I 2020 beregner modellen et behov for kommunen på 294 mottakere totalt, hvorav 87 mottakere av heldøgns omsorg og 207 mottakere av hjemmetjenester

Til sammenligning hadde kommunen 334 mottakere av heldøgns omsorg og hjemmetjenester i 2022, hvorav 67 mottakere av heldøgns omsorg og 267 mottakere av hjemmetjenester.

Analysene viser at antall mottakere av bolig med heldøgns omsorg og hjemmetjeneste anslås å øke med 107 fra 2020 til 2040 (dvs. +73 mottakere av bolig med heldøgns omsorg og +34 mottakere av hjemmetjenester).

	Mottakere (bolig m/heldøgns omsorg og hjemmetjenester)	Mottakere (bolig m/heldøgns omsorg)	Mottakere (kun hjemmetjenester)
2011	327	73	254
2012	307	83	224
2013	280	89	191
2014	278	88	190
2015	289	100	189
2016	290	89	201
2017	295	76	219
2022 (faktisk)	334	67	267
2020 (beregnet)	294	87	207
2030	340	113	227
2040	401	160	241
2050	441	202	239

Framtidig behov for omsorgsplasser (4)

Tjenestemottakere hjemmetjenester og heldøgns omsorg. Vinje kommune. Kilde: KS Omsorgsbehov 2050

	Uten saktere aldring	0,5 år per tiår	1 år per tiår
2020	294	294	294
2030	340	324	314
2040	401	372	346
2050	441	392	357
Endring 2020-2050	107	78	52

Tjenestemottakere heldøgns omsorg. Vinje kommune. Kilde: KS Omsorgsbehov 2050

	Uten saktere aldring, 0 % prod. endr.	0,5 år per tiår, 3 % prod. endr.	1 år per tiår, 7 % prod. endr.
2020	87	87	87
2030	113	102	94
2040	160	132	109
2050	202	147	113
Endring 2020-2050	73	45	22

Tjenestemottakere hjemmetjenester. Vinje kommune. Kilde: KS Omsorgsbehov 2050

	Uten saktere aldring, 0 % prod. endr.	0,5 år per tiår, 3 % prod. endr.	1 år per tiår, 7 % prod. endr.
2020	207	207	207
2030	227	222	220
2040	241	240	237
2050	239	245	244
Endring 2020-2050	34	33	30

Befolkningsprognoser fra Telemarksforskning

Oppdaterte befolkningsframskrivninger 2023

SSB publiserer oppdaterte befolkningsframskrivninger annethvert år (sist i 2022). Utviklingen for landet i 2022 viser at det ble høyere innvandring, lavere fødselstall og høyere dødelighet enn ventet.

Befolkningsutvikling Norge 2022. Faktisk og framskriving MMMM. Kilde: SSB

	Faktisk	Framskriving	Avvik
Levendefødte	51 480	54 687	-3 207
Døde	45 774	42 214	3 560
Fødselsoverskudd	5 706	12 473	-6 767
Innvandring	90 475	67 126	23 349
Utvandring	32 536	29 875	2 661
Nettoinnvandring	57 939	37 251	20 688
Folketilvekst	63 714	49 724	13 990

Hva vil det bety for framtidig befolkningsutvikling? Så langt i 2023 ser det ut til å være fortsatt stor tilstrømming av ukrainske flyktninger. Det vil sannsynligvis bli større innvandring enn framskrevet også i 2023. Mange kommuner vil ha flere innbyggere på slutten av 2023 enn tidligere beregnet. Det er stor usikkerhet om framtidig flytting for de mange ukrainske flyktningene. Vil de reise tilbake til Ukraina på et tidspunkt? Eller vil de flytte mer sentralt innad i Norge i likhet med andre? Uansett blir det høyere befolkningsvekst i Norge enn framskrevet i 2022 og 2023. Fallet i fruktbarheten i Norge i 2022 er et annet stort usikkerhetsmoment. Den nasjonale framskrivingen til SSB (hovedalternativet) forutsetter at fruktbarheten skal øke etter 2024. Hvis den lave fruktbarheten fra 2022 vedvarer, blir det langt færre fødte enn tidligere framskrevet også i de neste årene.

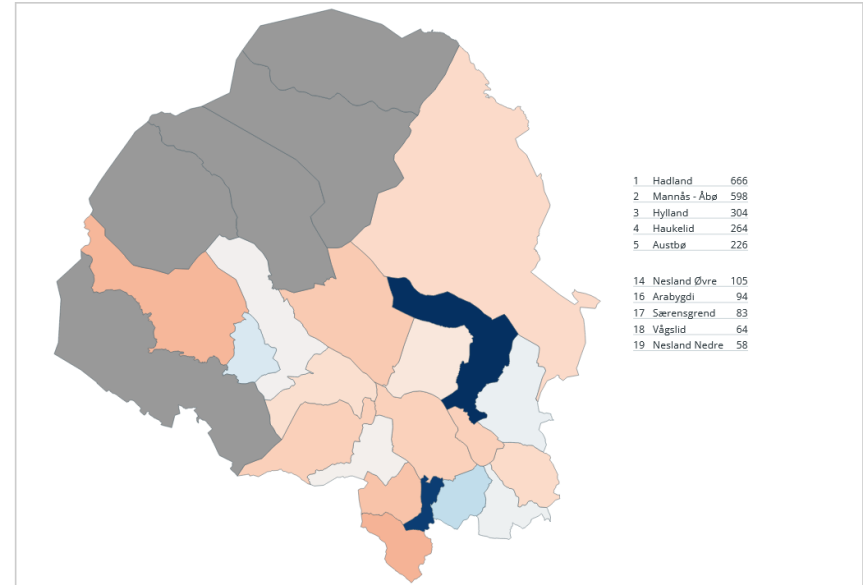
Telemarksforskning har publisert oppdaterte framskrivninger for kommunene høsten 2023, der vi har lagt inn den faktiske befolkningen i starten av 2023, høyere innvandring i 2023 og en lavere bane for fruktbarheten de neste årene.

Grunnkretser Vinje kommune

Grunnkretser Vinje kommune

Vinje kommune består av i alt 24 grunnkretser og er inndelt i 2 delområder: Vinje og Rauland.

Grunnkretser Vinje kommune. Innbyggertall 2023. Kilde: SSB/ beregninger ved TF



Befolkningsframskrivinger for ulike deler av kommunen

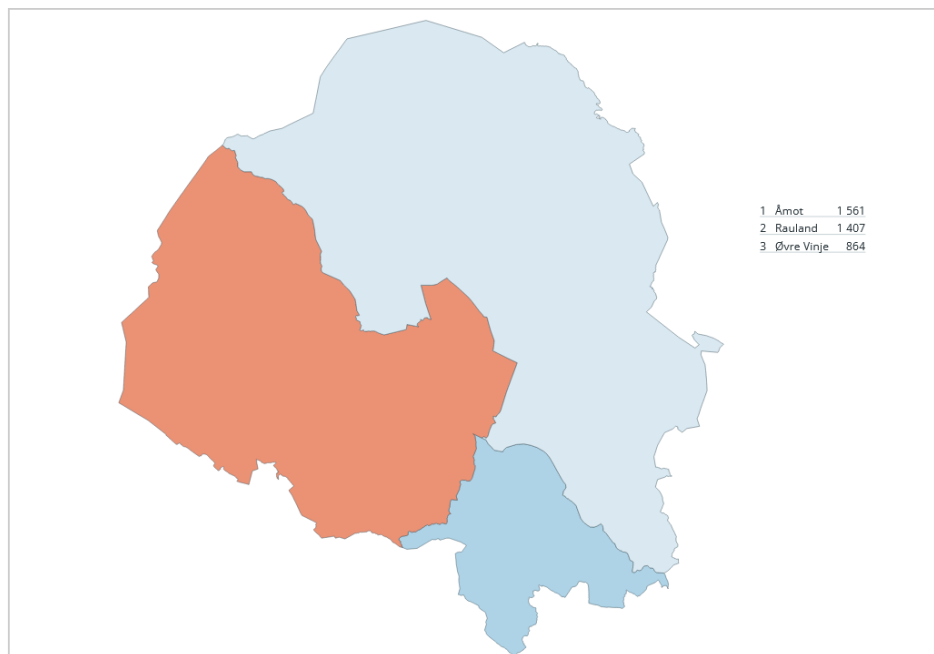
Framskrivinger for ulike deler av kommunen

Helsetjenestene i Vinje er delt inn i 3 distrikt/områder: Åmot, Rauland og Øvre Vinje. 1.1.2023 var det 1 561 personer i Åmot, 1 407 personer i Rauland og 864 personer i Øvre Vinje.

I aldersgruppen 80 år og eldre var det 104 personer i Åmot, 61 personer i Rauland og 53 personer i Øvre Vinje.

Framskrivingene viser noe mer positiv utvikling for områdene Rauland og Åmot enn området Øvre Vinje fram til 2040. Når det gjelder aldersgruppen 80 år og eldre er det anslått sterkest vekst i området Rauland og svakest vekst i området Åmot fram til 2040.

*Vinje kommune fordelt på ulike distrikt/områder for helsetjenester. Kilde: Vinje kommune**



**) Grunnkretsen Øyffjell er lagt til området Åmot og grunnkretsen Arabygdi er lagt til området Øvre Vinje*

Befolkningsframskrivninger for ulike deler av kommunen

Framskrivninger for ulike deler av kommunen

Framskrivninger fra Telemarksforskning (alternativ M) anslår en utvikling for kommunen samlet på -8,8 prosent fram til 2040. For Åmot, Rauland og Øvre Vinje er det anslått en utvikling på hhv. -6,8 prosent, -4,6 prosent og -18,7 prosent.

I aldersgruppen 80 år og eldre er det for kommunen samlet anslått en vekst på 81,1 prosent fram til 2040. For Åmot, Rauland og Øvre Vinje er det anslått en vekst på hhv. 43,3 prosent, 160,7 prosent og 81,1 prosent.

Framskrivninger for kommunen totalt. Vinje kommune. Kilde: SSB/beregninger ved TF

	2023	2030	2040	2050	Endring 2023-40	
					Personer	Prosent
Åmot	1 548	1 527	1 443	1 303	-105	-6,8 %
Rauland	1 404	1 407	1 340	1 213	-64	-4,6 %
Øvre Vinje	861	808	705	588	-156	-18,1 %
Uoppgitt grunnkrets	19	13	9	5		
Vinje kommune	3 832	3 755	3 497	3 109	-335	-8,8 %

Framskrivninger for aldersgruppen 80 år +. Vinje kommune. Kilde: SSB/beregninger ved TF

	2023	2030	2040	2050	Endring 2023-40	
					Personer	Prosent
Åmot	104	130	149	181	45	43,3 %
Rauland	61	107	159	190	98	160,7 %
Øvre Vinje	53	76	96	119	43	81,1 %
Uoppgitt grunnkrets	6	3	3	2		
Vinje kommune	224	316	407	492	183	81,7 %

Tjenestemottakere heldøgns omsorg og hjemmetjenester for ulike deler av kommunen

Tjenestemottakere heldøgns omsorg og hjemmetjenester

Vinje kommune hadde en dekningsgrad for heldøgns omsorg på 30 prosent i 2022. Dekningsgraden for heldøgns omsorg tar utgangspunkt i 32 institusjonsplasser og 35 beboere i bolig med heldøgns bemanning per 31.12.22 (dvs. totalt 67 heldøgns plasser). Ifølge KOSTRA var 27 av beboerne i institusjon og 18 av beboerne i heldøgns omsorgsbolig 80 år og eldre (dvs. totalt 45 heldøgns omsorgsplasser). Det gir en dekningsgrad for heldøgns omsorg for innbyggere over 80 år på 20,1 prosent. Ifølge KOSTRA hadde 82 innbyggere over 80 år i Vinje ordinære hjemmetjenester i 2022. Det gir en dekningsgrad på 36,6 prosent.

En dekningsgrad for heldøgns omsorg på 30 prosent gir behov for 55 flere plasser fram til 2040 (hvorav 37 plasser gjelder innb. over 80 år). En dekningsgrad for hjemmetjenester på 36,6 prosent for befolkningen over 80 år, gir 67 flere mottakere fram til 2040.

Framskrivningene for ulike deler av kommunen, viser at det for Åmot, Rauland og Øvre Vinje er anslått hhv. 14, 29 og 13 flere mottakere av heldøgns omsorg fram til 2040 (hvorav hhv. 9, 20 og 9 gjelder innb. over 80 år). Når det gjelder ordinære hjemmetjenester, er det for Åmot, Rauland og Øvre Vinje anslått hhv. 16, 36 og 16 flere mottakere over 80 år fram til 2040.

Behov for heldøgns omsorgsplasser ved dekningsgrad på 30 prosent. Vinje kommune 2022-2040. TF M. Kilde: SSB/beregninger ved TF

	2022	2030	2040	2050	Endring 2022-40	
					Personer	Prosent
Åmot	31	39	45	54	14	43,3 %
Rauland	18	32	48	57	29	160,7 %
Øvre Vinje	16	23	29	36	13	81,1 %
Uoppgitt grunnkrets	2	1	1	1		
Vinje kommune	67	95	122	148	55	81,7 %

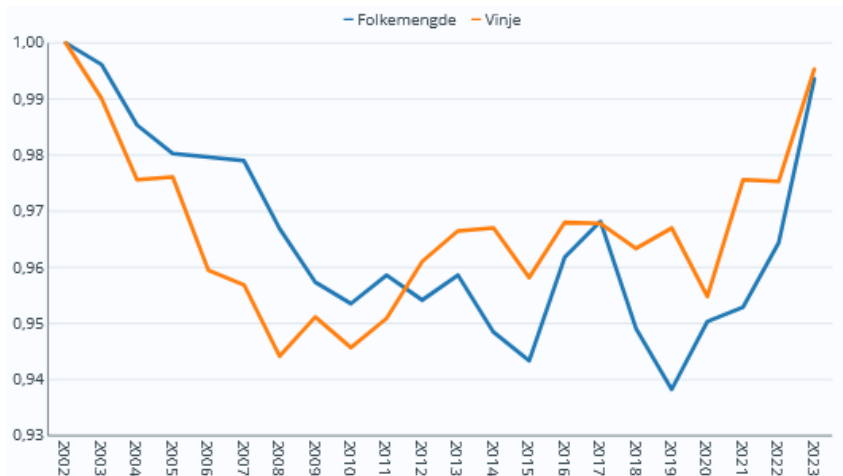
Innb. over 80 år med behov for heldøgns omsorgsplasser ved dekningsgrad på 20,1 prosent. Vinje kommune 2022-2040. TF M. Kilde: SSB/beregninger ved TF

	2022	2030	2040	2050	Endring 2022-40	
					Personer	Prosent
Åmot	21	26	30	36	9	43,3 %
Rauland	12	21	32	38	20	160,7 %
Øvre Vinje	11	15	19	24	9	81,1 %
Uoppgitt grunnkrets	1	1	1	0		
Vinje kommune	45	63	82	99	37	81,7 %

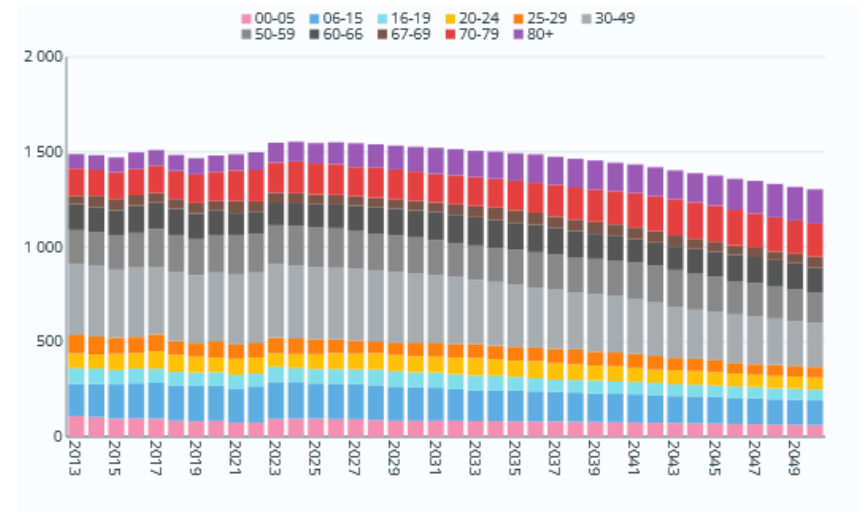
Innb. over 80 år med behov for hjemmetjenester ved dekningsgrad på 36,6 prosent. Vinje kommune 2022-2040. TF M. Kilde: SSB/beregninger ved TF

	2022	2030	2040	2050	Endring 2022-40	
					Personer	Prosent
Åmot	38	48	55	66	16	43,3 %
Rauland	22	39	58	70	36	160,7 %
Øvre Vinje	19	28	35	44	16	81,1 %
Uoppgitt grunnkrets	2	1	1	1		
Vinje kommune	82	116	149	180	67	81,7 %

Befolkningsframskrivninger for området Åmot

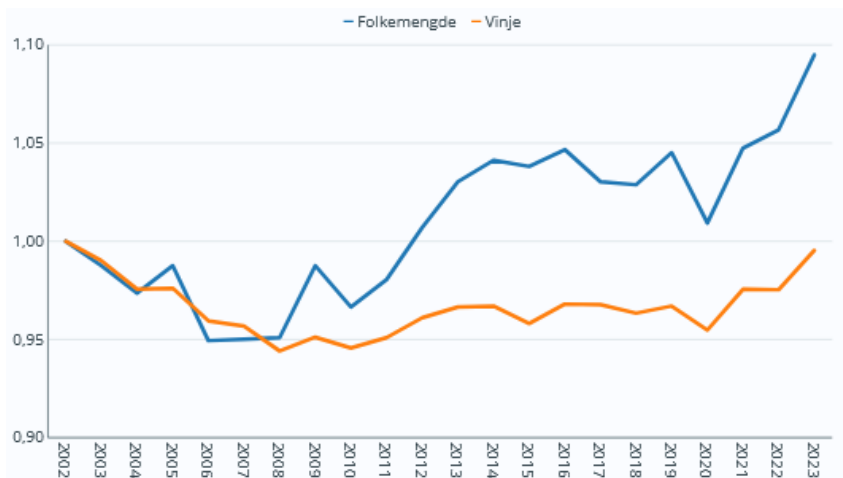


Utvikling for området Åmot fra 2002 til 2023. Indeksert 2002=100.
Kilde: SSB/beregninger ved TF

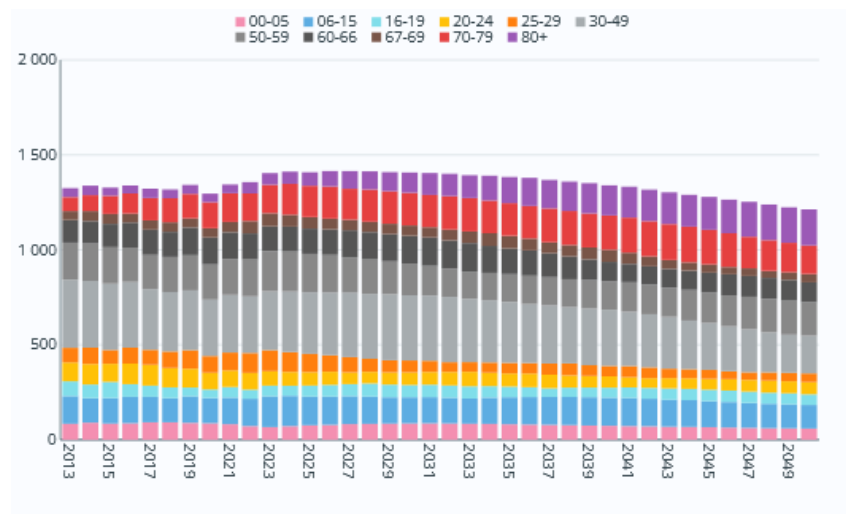


Framskrivninger for området Åmot fram til 2050. Kilde: SSB/
beregninger ved TF

Befolkningsframskrivninger for området Rauland

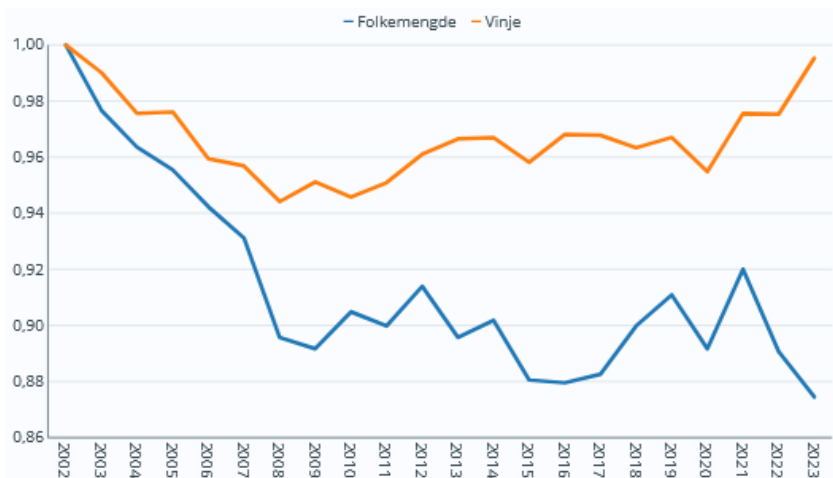


Utvikling for området Rauland fra 2002 til 2023. Indeksert 2002=100.
Kilde: SSB/beregninger ved TF

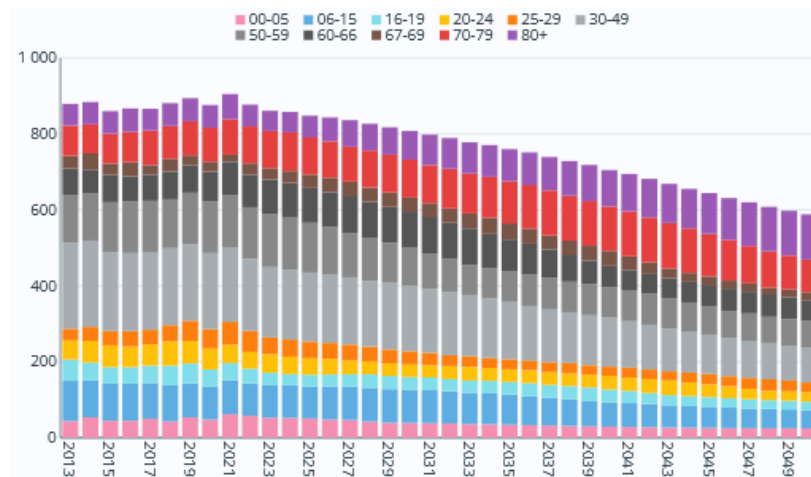


Framskrivninger for området Rauland fram til 2050. Kilde: SSB/
beregninger ved TF

Befolkningsframskrivninger for området Øvre Vinje



Utvikling for området Øvre Vinje fra 2002 til 2023. Indeksert 2002=100.
Kilde: SSB/beregninger ved TF



Framskrivninger for området Øvre Vinje fram til 2050. Kilde:
SSB/ beregninger ved TF