

Utvidet faktainnsamling og tanker til samfunnsplan 2021 – 2032



Fokusområde for dette skriv er
å møte eldrebølgen med mere
kunnskap!

Leif Johan Lundal

Pårørende

12.4.2021

INNHold

Åpningsbetraktning.....	2
Forarbeid samfunnsplan	4
Først litt om resultat for Indre Østfold det første driftsåret.....	5
KOSTRA/SSB TALL for 2020 med mye fokus på helse og omsorg	6
Utgifter på tjenesteområde i 2020 for IØK.....	6
Hvor jobbet ansatte i Indre Østfold kommune i 2020?	7
Fire tabeller med nøkkeltall på området helse og omsorg 2020	8
utvikling sykehjem-/institusjonsplasser i kommunen 2015 til 2020	10
viktig kunnskap å være klar over, tall fra SSB.....	10
Utfordrendene å få til en felles smidig prioritering i hele kommunen?	11
Hva sier forslag samfunnsplan om dekningsgrad og nye sykehjemsplasser?.....	12
Befolkningsframskriving i IØK	13
Generelt underlag for vekst behov og kostnadsvekst innenfor pleie og omsorg.....	15
Ulike bruk på dekningsgrad omsorg er forvirrende.	15
Velferden kan bestå!	16
Prognoser IØK på behovsvekst omsorg	16
Utgangspunkt og betraktninger for å planlegge rett for fremtidens eldreomsorg i Indre Østfold	16
Hva må være med i beregningsgrunnlag for dimensjonering omsorg?	18
Sammenheng i tjenestene - Utrag rapport Leve hele livet	21
Forvaltningsrevisjonsrapport "Kvalitet i sykehjemstjenesten" Indre Østfold kommune.....	21
Litt om flytting i Norge	22
Åtte korte klipp, HJERTESUKK:.....	22
Minimuminnspill til samfunnsplan fra Leif	23

ÅPNINGSBETRAKTNING

Politikerne ønsker å være positive og optimistiske. De ønsker å tilby både innbyggere og næringsliv stadig bedre tilbud. De ønsker å skape mange arbeidsplasser og få mange nye innbyggere. Dette er et flott utgangspunkt for å videreutvikle Indre Østfold kommune!

Men jeg ønsker å advare noe gjennom dette skriv, kombinasjonen av optimistoverskudd og kunnskapsunderskudd kan gi vedtak som ikke møter fremtidens virkelighet.

Mange kan se frem til en alderdom med god helse og opplevelser med familie, venner, turer og et stort engasjement i det lokale foreningsliv, mens andre bli rammet av sykdom tidlig og har kanskje ikke det samme nettverk å trekke på. Det bør være høyt på den politiske agendaen i kommunen – ja, alle politiske nivåer - hvordan man håndterer dette mangfoldet. Ofte sier vi «de unge er fremtiden» men et bærekraftig lokalsamfunn må forholde seg til at de eldre også er fremtiden!

Når politikere snakker om eldreomsorg i IØK, snakker de mye om at det må tenkes nytt, om prosjektet «leve hele livet», gode hjemmetjenester, ulike boformer, aktiviteter til eldre, samarbeid med frivillige og pårørende, velferdsteknologi, gode rehabiliteringsløsninger, sjef i eget liv, helhetlig eldreomsorg tilpasset den enkelte, smartere arbeidsmetoder, lavterskeltjenester, flere eldre skal få mulighet til å bo hjemme med mere vil gi gode liv for eldre også i fremtiden. De unngår å si at de vil kraftig nedprioritere området økonomisk per hode og at foreløpige tiltak har hatt kostnadsreduksjon som mål. Dette er delvis i tråd med nasjonale føringer. I forarbeid til samfunnsplan har de eldre hatt få muligheter til å gi innspill, i praksis kom det inn null innspill om hvordan eldre skulle få det i fremtiden, mye pga at innspill skulle omhandle fem forhåndsbestemte politisk bestemte satsingsområder.

Det reviderte forslag samfunnsplan til høring fra posisjonen er blitt bedre, også på eldrepolitikk, enn rådmann sitt forslag. Dog vil ingen politiske partier tallfeste størrelse på eventuelt nytt sykehjem, antall nye boformer tilpasset eldre, økning i antall helsearbeidere og hva plan økte kostnader til omsorg er. Dette kan lure politikerne til å tro at kostnadene til eldrebølgen kun blir moderate med velferdsteknologi og samhandling, og at kakebitene til de forskjellige sektorene i kommunen kan beholde sin størrelse! Regjeringen sier i sin strategimelding «**En ny virkelighet krever langsiktighet og bevisste prioriteringer**»

Derfor blir mitt fokusområde i dette skriv det raskt voksende antall eldre som trenger mere hjelp enn hjemmetjenester i egen bolig frem mot 2032/2040. Samfunnsplan må være mere presis på hvilke muligheter de eldre skal få i fremtiden, også de som er skrøpelige og trenger stort hjelpebehov. Jeg merker meg også at boligtilbud med heldøgns bemanning i Indre Østfold er meget lavt, langt under landsnittet og det er ingen konkrete planer om nye plasser! Videre skriver jeg dette skriv som en forsikring for at eldresatsing ikke blir ytterligere svekket da det er partier som ønsker å bruke mindre penger på området enn posisjonen!

Politikerne må planlegge realistisk og rettferdig, også økonomisk, innenfor eldreomsorg selv om det påvirker handlingsområdet til mere populære områder. Når kommunestyret skal planlegge rett for fremtiden er demografiutvikling den viktigste faktor. Jeg er enig i at endringer i demografi og økte forventninger fra befolkningen utfordrer fremtidens tjenestetilbud og krever mer innovative og kreative løsninger. Jeg hadde håpet at plan eldreomsorg ikke skulle bli så politisk, men vært mere saklig vitenskapelig utredet, og at innbyggere og helsearbeidere hadde bidratt mere på god realistisk retning på eldreomsorg i samfunnsplanen til 2032.

Jeg støtter hovedintensjonen om at eldre skal hjelpes best mulig med å få gode liv hjemme så lenge som mulig, men samtidig må siste steget i helsetrappa dimensjoneres rett slik at innbyggere har tillitt til at mulighet for sykehjem er tilgjengelig!

Det er all grunn til å være på vakt da kommunens beregning av dekningsgrad sykehjem for 80 år eller eldre gir liten trygghet for de som trenger mye hjelp i fremtiden! Passer ikke politikerne på, kan plan eldreomsorg bli like dårlig som langtidsplan de fem gamle kommunene hadde på VAR området!

Institusjonsplasser må planlegges med noe overkapasitet da det bør være ledige plasser på alle institusjonsområdene som langtidsplasser, korttidsplasser, rehabilitering, palliativ og at det også er avlastningsplasser ledige. Ledige plasser vil også fungere som en form for beredskap for uventede hendelser som epidemi, pandemi, vedlikehold eller for at plan hadde for få plasser.

Allerede i dag opplever mange at det er vanskelig å få innvilget sykehjemsplass i IØK selv om prosent andel 80 år eller eldre (eller 80 år+) er redusert med 0,2 prosent i perioden 2010 til 2020. At eldre som kommer på sykehjem er for friske er ikke min erfaring. Henviser her til kapittelet [Sammenheng i tjenestene](#), første rapport i prosjektet [Leve hele livet](#).

Prosjektet «Leve hele livet», som burde vært påbegynt 2018, er kommet veldig kort. Ingen av de gamle kommunene begynte på prosjektet og ny kommune hadde mange oppgaver som måtte løses raskt. Det hjalp ikke på god medvirkning at Koronaen ble en langsiktig utfordring og umuliggjorde de gode samtaler med brukere/pårørende og debattforum med brukere, ansatte og pårørende. Leve hele livet får også konkurranse om tid fra forsøksprosjektet Statlig finansiering av omsorgstjenester (SIO) i perioden 2021-2022/2023. Håpet er da at kommunen finner en fornuftig balanse mellom tilbud av sykehjem og hjemmetjenester ut fra forhold, behov og ønsker fra beboere i kommunen.

Forskere er usikre på hvordan høyere demensvekst enn tidligere antatt vil slå inn på kostnader og hvordan økt levealder vil påvirke hjelpebehov. Selv om de eldre stadig blir friskere, så tror stadig flere forskere at de siste leveåra med stort hjelpebehov vil øke i lengde. Denne usikkerhet gjør det vanskelig å beregne rett dekningsgrader og kostnader til hjemmetjenester og institusjonsplasser inkludert sykehjemsplasser og avgjøre hvor mange flere heldøgns omsorg boformer som må bygges. Alle er trolig enig i at hjemmesykepleie vil øke kraftig og at ny velferdsteknologi vil bli viktig for bærekraftig eldreomsorg. Det er positive nyheter at det til høsten 2021 blir etablert et fagskoletilbud i Indre Østfold kommune og et av områdene blir innenfor helse.

Kanskje like viktig som velferdsteknologi er å tilrettelegge for at pårørende fortsatt tar stort omsorgsansvar for å begrense kostnadsveksten?

Indre Østfold kommune satser på god rehabilitering skal gi de eldre mulighet til å bo hjemme i egen bolig, kanskje livet ut. (Helsehuset og Edwin Ruud bidrar snart til bedre dekning for rehabilitering).

Sykdomsbildet er endret. IØK følger nå opp flere brukere med store utfordringer innenfor rus og psykiatri. Videre følger kommunen opp mange pasienter med kreft, kols, psykiske lidelser og demens. Samtidig blir det langt flere yngre brukere av helsetjenestene. Slik står man overfor en utfordring som gjør seg stadig mer gjeldende.

Det blir som kjent mange flere eldre og den kraftigste ti års veksten får vi i perioden 2023 til 2033 med økning på hele 1562 personer som er 80 år eller eldre i vår kommune. Andel 80 år+ vil vokse enda raskere i IØK enn snitt for Norge ifølge SSB.

I mars 2021 kom mye tall i KOSTRA (KOSTRA står for Kommune-Stat-Rapportering) og SSB (statistisk sentralbyrå) for driftsåret 2020 for alle kommuner i Norge. Da fikk kommunen endelig tall som kan sammenligne med resten av Norge og et utvalg av disse tallene har jeg tatt med i flere tabeller og grafer. I tillegg sammenligner jeg ofte tall med KOSTRA-gruppe 10, dette er kommuner som har noenlunde like forutsetninger som Indre Østfold. Dette tallmateriale indikerer at allerede i 2020 ble eldreomsorgen nedprioritert i IØK.

Mitt kjennskap til omsorgsarbeidet har jeg fått mye som pårørende, og jeg har truffet minst 75 til 100 forskjellige sykepleiere/hjelpepleiere, rundt 10 forskjellige leger og mange spesialister de siste 6 årene. Jeg kjenner best til hjemmetjenesten i Spydeberg, Grinitun og Hobøl Bo og behandlingssenter,

men også litt til Edwin Ruud og Kalnes. Jeg opplever at det hele tiden er fullt når jeg er på besøk på sykehjem. Dette skriv omhandler ikke mine erfaringer.

Jeg håper at min innsamling av data, analyser og betraktninger kan utvide kunnskap og beslutningsgrunnlaget for en bærekraftig realistisk samfunnsplan, helse- og omsorgsplaner, boligsosial handlingsplan, fremtidige budsjetter og økonomiplaner i IØK. Det er viktig at omstillingstempo ikke er raskere enn at nye forsvarlige tilbud er på plass før dekningsgrad sykehjem nedjusteres. På siste side har jeg med noen minimumsendringer jeg synes må være med i samfunnsplan.

GOD LESNING!

FORARBEID SAMFUNNSPLAN

Samfunnsdelen er, i tråd med vedtatt planprogram, bygget opp rundt fem satsingsområder, hvor alle er direkte utledet av FNs bærekraftsmål:

- Levekår – like muligheter
- Klima og natur
- Forsvarlig økonomi
- Næringsutvikling og verdiskaping
- Samskaping - sammen om framtida.

Innbyggermedvirkning og politiske føringer

Det har blitt gjennomført en rekke medvirkningsprosesser for å nå flest mulig innbyggere og relevante aktører. Medvirkningen har tatt form gjennom lokale verksteder, næringslivsmøter og digitale innspill via kommunens hjemmesider. Rundt 250 personer har deltatt i de lokale verkstedene eller gjennom digitale innspill, av disse var rundt 50 personer under 18 år.

Rådmann sier bl.a.;

Arbeidet med samfunnsdelen er basert på bred medvirkning fra innbyggere, næringsliv og myndigheter. Det har også vært involvering av fagmiljøene internt i kommuneadministrasjonen. Planforslaget er dermed godt forankret i alle deler av kommunen. Rådmannen mener forslaget til samfunnsdel gir en klar retning for utviklingen av Indre Østfold-samfunnet. Kommunestyret har gitt tydelige føringer for hvilke områder som skal ha særlig prioritet i de neste fire årene. Rådmannen vurderer at forslaget ivaretar føringene fastsatt i planprogrammet. Planprosessen for samfunnsdelen følger bestemmelsene i plan- og bygningsloven på en god måte.

Leif: Jeg merker meg eldrerådet sin merknad om at det ikke har vært noen samtaler med eldre/sykehjem/eldreforeninger eller politiske verksted med fokus på eldreomsorg. Videre har eldrerådet bl.a. denne merknad på høringsinnspill, «Det er rart at vi ikke finner noe så langt som omhandler eldre og deres framtid i den nye kommunen.» Alle verksteder skulle gi innspill på de fem satsingsområdene som først gjaldt for de første fire åra, men så ble satsingsområdene gjort gjeldene helt frem til 2032! Dermed ble fokus politisk fjernet fra kanskje den største utfordringen, eldrebølgen!

Posisjonens forslag til samfunnsplan og arealplan, som nå er lagt ut til høring, er blitt bedre enn rådmann sitt opprinnelige forslag, også med søkelys på de eldre.

Jeg ønsker å gjenskape fokus på at samfunnsplan må legge mere vekt på demokratiutviklingen i Indre Østfold, at det settes av areal både til nytt sykehjem, omsorgsboliger og nye boformer med heldøgnsvakt og at planer samhandler mere med virkeligheten og demografiutvikling. Det er viktig å ikke legge for ambisiøse planer på hvor mye enhetskostnader per innbygger 67 år + kan reduseres, dette kan gi alvorlige konsekvenser både for de skrøpelige og deres pårørende og utfordre en anstendig behandling.

NØKKELTALL FRA SSB, FORELØPIG KOMMUNEREGNSKAP I ØK 2020

Tabell I Tall fra SSB

12134: Utvalgte nøkkeltall for kommuneregnskap, etter statistikkvariabel, region og år	INDRE ØSTFOLD		KOSTRA 10		NORGE	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Netto driftresultat i prosent av brutto driftsinntekter (prosent)	.	5,1	-0,2	2,2	1,9	2,5
Årets merforbruk i driftsregnskapet i prosent av brutto driftsinntekter (prosent)	.	0,0	0,8	0	1,2	-0,1
Arbeidskapital ex. premieavvik i prosent av brutto driftsinntekter (prosent)	.	19,0	21,7	21,7	17	18,9
Netto renteeksponering i prosent av brutto driftsinntekter (prosent)	.	27,2	57,2	54,8	44,4	58,6
Langsiktig gjeld ex pensjonsforpliktelser i prosent av brutto driftsinntekter (prosent)	.	92,9	116,1	121	106,7	126,7
Frie inntekter per innbygger (kr)	.	58321	55926	56529	58503	60544
Fri egenkapital drift i prosent av brutto driftsinntekter (prosent)	.	10,5	9,7	10	12,1	11,3
Brutto investeringsutgifter i prosent av brutto driftsinntekter (prosent)	.	10,8	17,3	17,4	16,7	16
Egenfinansiering av investeringene i prosent av totale brutto investeringer (prosent)	.	53,0	38,5	27,6	41,5	31

Det som gleder mest for driftsåret 2020 er at netto driftsresultat ble hele 5,1 %, se tab.I. Foreløpig resultat for 2020 er 187 mill. kr bedre enn fryktet i kvartalsrapporter og 146 mill. kr. bedre enn budsjett! I tabell over fra SSB er jeg forundret over at frie inntekter per innbygger er så høyt, men dette skyldes kanskje en engangstønad på 27,9 mill.kr som ny kommune og god kompensasjon for Korona? I og med det flotte resultat så har også fri egenkapital drift havnet i grønt område med 10,5%! Kommunens gjeldsgrad er i gult område, men betydelig lavere enn snitt for kommunene i KOSTRA-gruppe 10/Norge.

Kommunestyret har sagt nei til eiendomsskatt på bolig og har lagt fokus på å drive kommunen billigere. Kommunestyret ønsker å utnytte synergieffekter og ha en effektiv organisasjonsoppbygging. Kort oppsummert skal en tenke smart med fokus på innovasjon. De overraskende gode tall for vår nye storkommune i 2020 gjør det lettere å planlegge for fremtiden, men husk at inntektene fortsatt vil bli lavere i Indre Østfold enn landsnittet og at det kanskje blir en ny virkelighet når prøveprosjekt med SIO, statlig finansiering av omsorgstjenester, blir avsluttet.

UTGIFTER PÅ TJENESTEOMRÅDE I 2020 FOR IØK

	KOSTRA tall	3014 Indre Østfold			KOSTRA 10		Norge u/Oslo		% mer enn snitt KOSTRA gruppe 10
		Beløp (1000 kr)	Andel av totale utgifter (prosent)	Beløp per innbygger (kr)	Andel av totale utgifter (prosent)	Beløp per innbygger (kr)	Andel av totale utgifter (prosent)	Beløp per innbygger (kr)	
12362: Utgifter til tjenesteområdene i 2020	Brutto driftsutgifter	144 643	4,1	3200	4,5	3785	4,1	3652	-0,4
	Netto driftsutgifter	131 534	5,1	2910	5,5	3295	5,1	3201	-0,4
FGK12 Sosialsektoren samlet	Brutto driftsutgifter	166 970	4,7	3694	3,5	2921	3,0	2629	1,2
	Netto driftsutgifter	137 148	5,3	3034	3,7	2208	3,4	2171	1,6
FGK13 Barnevern	Brutto driftsutgifter	157 552	4,5	3486	5,2	4356	5,0	4410	-0,7
	Netto driftsutgifter	-48 495	-1,9	-1073	-0,9	-538	-0,7	-436	-1,0
FGK14 Vann, avløp, renovasjon, avfall (Brutto driftsutgifter	33 842	1,0	749	0,8	668	0,8	751	0,2
	Netto driftsutgifter	33 220	1,3	735	1,1	641	1,2	725	0,2
FGK15 Kirke	Brutto driftsutgifter	51 054	1,4	1129	1,6	1362	1,8	1567	-0,2
	Netto driftsutgifter	-372	0,0	-8	0,4	236	0,1	60	-0,4
FGK16 Kommunale boliger	Brutto driftsutgifter	52 558	1,5	1163	1,7	1441	1,5	1289	-0,2
	Netto driftsutgifter	31 168	1,2	690	1,5	872	1,4	894	-0,3
FGK17 Brann- og ulykkesvern	Brutto driftsutgifter	15 561	0,4	344	0,4	347	0,6	514	0,0
	Netto driftsutgifter	15 273	0,6	338	0,5	316	0,8	478	0,1
FGK1a Politisk styring og kontrollvirksom	Brutto driftsutgifter	156 175	4,4	3455	5,2	4409	5,9	5191	-0,8
	Netto driftsutgifter	142 479	5,5	3152	6,4	3857	7,2	4562	-0,9
FGK1b Administrasjon	Brutto driftsutgifter	-11 538	-0,3	-255	-0,1	-95	-0,1	-55	-0,2
	Netto driftsutgifter	-11 538	-0,4	-255	-0,2	-102	-0,3	-168	-0,2
FGK1c Fellesutgifter	Brutto driftsutgifter	103 167	2,9	2282	3,5	2974	3,6	3224	-0,6
	Netto driftsutgifter	93 389	3,6	2066	4,0	2382	4,0	2510	-0,4
FGK2 Kultursektoren	Brutto driftsutgifter	53 173	1,5	1176	1,5	1296	1,6	1445	0,0
	Netto driftsutgifter	33 330	1,3	737	1,3	751	1,3	798	0,0
FGK3 Plan, byggesak og miljø	Brutto driftsutgifter	23 394	0,7	518	0,7	594	1,3	1165	0,0
	Netto driftsutgifter	4 324	0,2	96	0,1	89	-0,1	-85	0,1
FGK4 Næringsforvaltning	Brutto driftsutgifter	41 802	1,2	925	1,5	1279	2,1	1823	-0,3
	Netto driftsutgifter	40 758	1,6	902	1,6	976	1,8	1162	0,0
FGK5 Samferdsel	Brutto driftsutgifter	231 462	6,6	5121	6,5	5491	6,8	6016	0,1
	Netto driftsutgifter	225 658	8,7	4992	8,5	5099	8,9	5593	0,2
FGK6a Eiendomsforvaltning	Brutto driftsutgifter	406 581	11,5	8995	11,4	9583	11,2	9929	0,1
	Netto driftsutgifter	365 072	14,1	8077	14,5	8718	14,2	8969	-0,4
FGK7 Barnehage	Brutto driftsutgifter	704 084	20,0	15577	18,5	15534	18,4	16314	1,5
	Netto driftsutgifter	623 107	24,1	13785	22,9	13743	23,0	14477	1,2
FGK8b Grunnskole	Brutto driftsutgifter	1 223 254	34,7	27063	33,5	28160	32,8	29067	1,2
	Netto driftsutgifter	997 411	38,6	22066	37,6	22572	37,5	23649	1,0
FGK9 Helse- og omsorg	Brutto driftsutgifter	370 955	10,5	8207	10,7	9034	10,5	9305	-0,2
	Netto driftsutgifter	268 243	10,4	5934	11,9	7156	11,9	7480	-1,5
253 Helse- og omsorgstjenester i institu	Brutto driftsutgifter	571 309	16,2	12639	14,9	12567	14,5	12856	1,3
	Netto driftsutgifter	495 322	19,2	10958	16,9	10116	16,7	10526	2,3

Tabell 2 KOSTRA tall på netto og brutto driftsutgifter på tjenesteområder.

Siden det er første året i ny storkommune, i tillegg til at året var preget av store pandemiltak, så er sammenligningsgrunnlag usikkert men forhåpentligvis allikevel ganske opplysende på hvordan IØK tjener/braker sine penger i forhold til andre kommuner.

Netto driftsutgifter viser de samlede driftsutgiftene fratrukket driftsinntekter på området. Netto driftsutgifter uttrykker dermed hvor stor del av bruttoutgiftene som finansieres med de frie driftsinntektene. Dette benyttes som grunnlag for å beregne prioriteringsindikatorer, det vil si mål på hvordan de frie driftsinntektene er prioritert.

Brutto driftsutgifter viser de samlede driftsutgiftene inklusive avskrivninger, eksklusive finansutgifter. Brutto driftsutgifter brukes som utgiftsbegrep for sum driftsutgifter per funksjon/tjenesteområde eller totalt. Indikerer hvor dyr tjenesteproduksjon er og sier derfor noe om effektivitet.

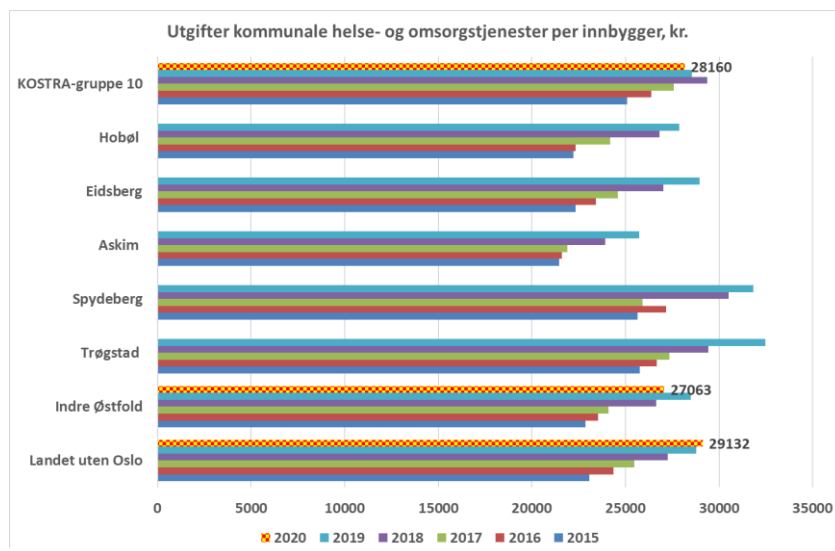
Høyre kolonne i tab. 2 er en hjelpe kolonne for å vise hvor kommunen benytter betydelig mer eller mindre penger enn snitt for de kommuner som er i KOSTRA-gruppe 10 som består av Haugesund, Karmøy, Molde, Halden, Ringerike, Indre Østfold, Lørenskog, Ullensaker, Hamar, Gjøvik, Ringsaker, Porsgrunn og Øygarden (Rød rute utgjør utgiftene til kommunen minst 0,4 prosent poeng mere enn snitt og gule ruter minst 0,4 prosent poeng lavere enn snitt.)

Legg merke til at helse- og omsorg i institusjon er lavt prioritert i vår kommune, se nest nederste rad i tab. 2!

Det er sikkert overraskende for mange at kommunen bruker mindre enn snitt i Norge på administrasjon og området helse og omsorg. I tillegg har undergruppe helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende høy bemanning målt mot andre.

HVOR JOBBET ANSATTE I INDRE ØSTFOLD KOMMUNE I 2020?

Tre hovedområder har høy bemanning/prioritering, ifølge tall fra KOSTRA, se figur 1. Dette er barnevern, grunnskole og barnehager.



Figur 2

Figur 2 viser at de tidligere kommuner økte sine utgifter raskere enn landsnittet innen helse- og omsorgstjenesten og hadde i 2019 et snitt over landsnittet. I 2020 var utgiftene på området mindre enn landsnittet per innbygger.

Som en ser av figur 2 er det i prosent av totalt antall årsværk noe lavere innen helse og omsorg enn landsbasis.

En sunn og glad befolkning er kommunens viktigste kapital!

FIRE TABELLER MED NØKKELTALL PÅ OMRÅDET HELSE OG OMSORG 2020

Tabell 3

12209: Utvalgte nøkkeltall for helse og omsorg, etter statistikkvariabel, region og år

	IØK		KOSTRA 10		NORGE u/Oslo	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Utgifter kommunale helse- og omsorgstjenester per innbygger (kr)	. 27063		28535	28160	28774	29067
Årsverk helse og omsorg per 10 000 innbygger (årsverk)	. 248,3		307	299,5	313,3	315,3
Netto driftsutgifter til omsorgstjenester i prosent av samlede netto driftsutgifter (prosent)	. 33,1		32,4	32,3	32,4	32
Andel brukerretnede årsverk i omsorgstjenesten m/ helseutdanning (prosent)	. 78,5		79,1	78,6	77,7	78
Årsverk per bruker av omsorgstjenester (årsverk)	. 0,4		0,55	0,58	0,58	0,58
Andel innbyggere 80 år og over som bruker hjemmetjenester (prosent)	. 27,5		31,4	27,4	30,3	29
Andel brukere av hjemmetjenester 0-66 år (prosent)	. 62,3		50,2	50	47,9	48,5
Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på sykehjem (prosent)	. 11,7		10	10,8	11,9	11,2
Andel brukertilpassede enerom m/ eget bad/wc (prosent)	. 85,8		89,5	88,9	91	91,6
Utgifter per oppholdsdøgn i institusjon (kr)	. 3720		4024	4168	3842	4019
Andel private institusjonsplasser (prosent)	. 2,1		4,5	0,9	5,5	5,3
Legetimer per uke per beboer i sykehjem (timer)	. 0,6		0,52	0,54	0,56	0,6
Andel innbyggere 67-79 år med dagaktivitetstilbud (prosent)	. 0,3		0,82	0,5	0,69	0,64
Netto driftsutgifter til kommunehelsetjenesten i prosent av samlede netto driftsutgifter (%)	. 5,5		4,7	5,3	5	5,5
Avtalte legeårsverk per 10 000 innbyggere (årsverk)	. 3,2		10,8	10,4	11,5	11,8
Avtalte fysioterapeutårsverk per 10 000 innbyggere (årsverk)	. 7,7		9,1	9	9,7	9,6
Avtalte årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten per 10 000 innbyggere 0-20 år (årsverk)	. 66,6		48,9	48,3	44,1	45,7
Andel hjemmebesøk av helsesykepleier til nyfødte (prosent)	. 79,7		93,2	75,9	93,4	77

Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på sykehjem (prosent)

Beskrivelse

Teller: Beboere 80 år og over på institusjon, dvs. sykehjem eller aldershjem pr. 31.12. Både langtidsopphold og tidsbegrenset opphold er inkludert, eksklusive avlastningsopphold. Datakilde: IPLOS. Nevner: innbyggere 80 år og over.

Kategori

Dekningsgrad - Måler andel av målgruppen som faktisk er mottakere av tjenesten

Definisjon av KOSTRA begrep

Når det skrives «sykehjemsplasser» omfatter det også ulike korttidsplasser som kan ligge i institusjonsplasser som helsehus i dette skriv, dette er i tråd med kommunens bruk av sykehjem eller sykehjemsplasser i samfunnsplan.

Overaskende så er utgifter per oppholdsdøgn i institusjon lave i IØK, se tab.3. Legg merke til at aldersgruppen 0-66 år legger beslag på hele 62,3 % av hjemmetjenestene som er mye høyere enn landssnitt! Da kan en håpe på at planlagt økt satsing på rehabilitering gjør at hjelpebehov nærmer seg landssnitt. **Andel 80 år+ som er beboer på sykehjem i 2020 var 11,7 % som er en reduksjon fra snitt fem kommuner i 2019 som var 12,6 %.**

Kommunen ønsker at alle sykehjem får tilnærmet likt kostnadsnivå pr. bruker. Greit prinsipp, men vær varsom med sammenligning. Ufordrende å ha likt kostnadsnivå da pasienter har ulikt sykdomsbilde og behov for oppfølging i tillegg til ulik størrelse på sykehjem. Faren er at det blir for mye fokus på økonomi og for lite fokus på omsorg og respektfull verdig behandling. Vær oppmerksom på at sykehjemsplassene i snitt drives «billig» i kommunen mot landssnitt, se tab. 4.

Tabell 4

12293: Omsorgstjenester - supplerende nøkkeltall

Årstall 2020

	Fysio- terapitime r pr. uke pr. beoer i sykehjem (antall)	Legetimer per uke per beoer i sykehjem (timer)	Andel langtids- beoere 31.12 vurdert av lege siste år (prosent)	Korrigerte brutto drifts- utgifter, institusjon , pr. kommunal plass (kr)	Andel beoere 80 år og over i bolig m/ fast tilknyttet bemanning g hele døgnet (prosent)	Andel innbyggere 80 år og over i bolig m/ fast tilknyttet bemanning hele døgnet (prosent)	Andel hjemmetje nestebruke re med høy timeinnsats (prosent)	Tidsbegren set opphold - gjennom- strømning opphold per plass (antall)	Tids- begrenset opphold - gjennom- strømning personer per plass (antall)	Tidsbegren set opphold - gjennom- snittlig antall døgn per opphold (antall)	Brutto drifts- utgifter, institusjon , per plass (kr)
3014 Indre Østfold	0,23	0,60	34,4	1 293 480	21,0	2,7	7,3	25,2	9,6	10,4	1 357 721
KOSTRA-gruppe 10	0,35	0,54	63,2	1 389 915	25,6	2,7	7,9	19,4	9,0	18,7	1 521 210
Landet uten Oslo	0,41	0,60	63,3	1 289 083	34,2	3,7	7,4	19,2	9,3	18,8	1 466 903

Beoere på sykehjem i kommunen får lite fysioterapi og få har blitt vurdert av lege i 2020, se tabell 4. Videre ser vi at IØK har veldig lav dekning på boliger med fast bemanning hele døgnet, kun 21 % mens snitt landsbasis er 34,2 %! Nye boformer m/fast tilknyttet bemanning hele døgnet må bli et satsingsområde i fremtiden siden planlagt sykehjemsutbygging fører til kraftig redusert dekningsgrad fremover.

Tabell 5

12362: Utgifter til tjenesteområdet helse og omsorgstjenester til hjemmeboende i år 2020		Indre Østfold		KOSTRA gruppe 10		Norge u/Oslo		
		Beløp (1000 kr)	Andel av totale utgifter (prosent)	Beløp per innbygger (kr)	Andel av totale utgifter (prosent)	Beløp per innbygger (kr)	Andel av totale utgifter (prosent)	Beløp per innbygger (kr)
254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende	Brutto driftsutgifter	571 309	16,2	12639	14,9	12567	14,5	12856
	Netto driftsutgifter	495 322	19,2	10958	16,9	10116	16,7	10526
	Korrigerte brutto driftsutgifter	493 561	17,0	10919	16,4	11056	16,1	11557
	Brutto investeringsutgifter	794	0,2	18	0,3	38	0,9	133

Indre Østfold har høyere driftsutgifter enn landssnittet, både på netto og brutto, på omsorgstjenester i hjemmet, se tab.5. De høye driftsutgifter skyldes at i Indre Østfold kommune har betydelig høyere andel fra aldersgruppa 0 til 66 år som også trenger hjemmetjenester i forhold til landssnitt, se figur 5.

KOSTRA tabell

Tabell 6 Type plasser på kommunens institusjonsplasser

11875: Helse- og omsorgsinstitusjoner - plasser. Antall i år 2020

	Institusjon, alle disponible plasser	Sykehjem, kommunale plasser	Avlastningsboliger, disponible plasser	Institusjon, demens-plasser	Institusjon, rehabiliterings-plasser	Institusjon, tidsbegrensede plasser
Indre Østfold	328	315	13	79	15	43

Trolig er presset høyt på langtidsopphold sykehjems plass i Indre Østfold da tidsbegrensede plasser er redusert fra 66 plasser i 2019 til 43 plasser i 2020!

UTVIKLING SYKEHJEM-/INSTITUSJONSPASSER I KOMMUNEN 2015 TIL 2020

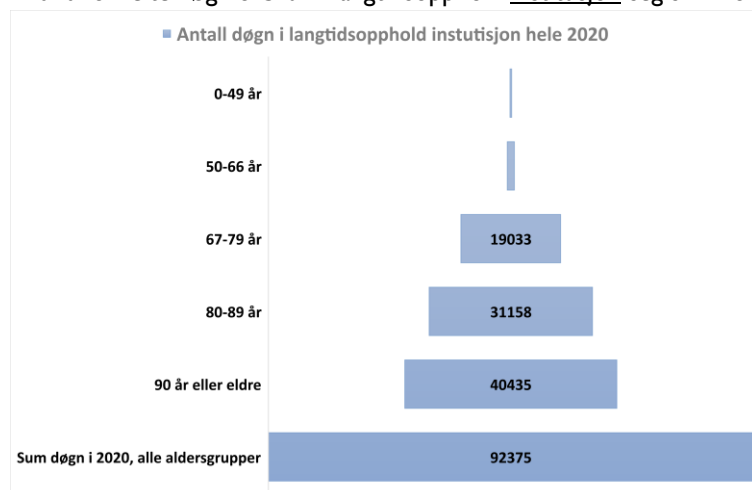
Tabell 7

13232: Helse- og omsorgsinstitusjoner - plasser - 2020-kommunestruktur						
INDRE ØSFOLD	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Avlastningsboliger - disponible plasser (antall)	16,9	16,3	15,2	11,2	10,8	13,0
Barneboliger - disponible plasser (antall)	1	1	1	1	0	0
Sykehjem - private disponible plasser (antall)	0	0	0	1	0	0
Institusjoner - private disponible plasser (antall)	8	8	9	9	6	7
Institusjon - demensplasser (antall)	81	81	81	81	81	79
Institusjon - alle disponible plasser (antall)	328,9	330,3	320,2	332,5	331,0	328,0
Institusjon - kommunale plasser (antall)	311	311	304	311	324	321
Institusjon - rehabiliteringsplasser (antall)	19	19	21	21	19	15
Institusjon - tidsbegrensede plasser (antall)	62,0	67,0	70,0	67,0	66,0	43,0
Sykehjem - kommunale plasser (antall)	307	308	303	306	316	315
Sykehjem - disponible plasser (antall)	311,0	313,0	304,0	320,3	320,2	315,0

Legg merke til at disponible sykehjemsplasser, alle disponible sykehjemsplasser, tidsbegrensede plasser institusjon og demensplasser alle ble redusert i 2020 ifølge tabell 7! (Her har SSB utvidet tidsserie og slått sammen tall fra de fem gamle kommunene til en kommune).

VIKTIG KUNNSKAP Å VÆRE KLAR OVER, TALL FRA SSB

I 2020 fordelte døgnforbruk i langtidsopphold institusjon seg slik i forhold til alder i IØK:



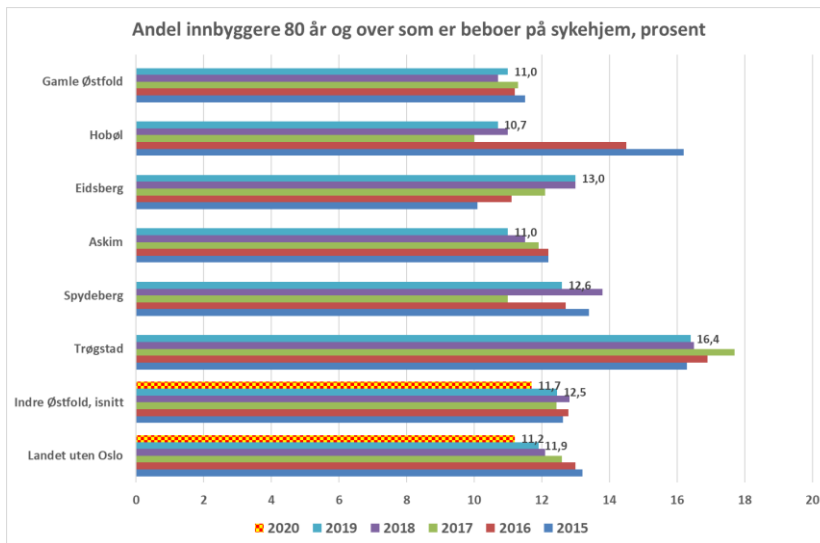
Som en ser var botid av beboere på institusjon totalt på 92375 døgn i 2020 og av denne døgnforbruk brukte aldersgruppa 80 år+ 77,5 % av tiden. (KOSTRA tall).

Aldersgruppa 0-79 år brukte 22,5 % av antall døgn langtidsopphold institusjon med hoveforbruk på aldersgruppa 67-79 år!

Figur 3 Døgnforbruk av forskjellige aldersgrupper på langtidsopphold institusjon

Tabell 8 i samfunnsplan kamuflerer den kraftige nedgangen i dekningsgrad det planlegges med, i tabell ser det ut som om dekningsgrad faller fra 17 % i 2020 til 14 % i 2029 og sier ikke noe om hva dekningsgrad blir i 2032! Kommunen inkluderer alle institusjonsplasser, korttidsplasser, rehabilitering og palliativ i sine tall når de sier sykehjemsplasser og tar ikke hensyn til at 22,5 % av beboerne på institusjon/sykehjem er under 80 år, se figur 3! Foreløpig samfunnsplan har ikke med noen nye sykehjemsplasser i perioden 2029 til 2032 når veksten av eldre fortsatt er høy!

UTFORDRENDENE Å FÅ TIL EN FELLES SMIDIG PRIORITERING I HELE KOMMUNEN?

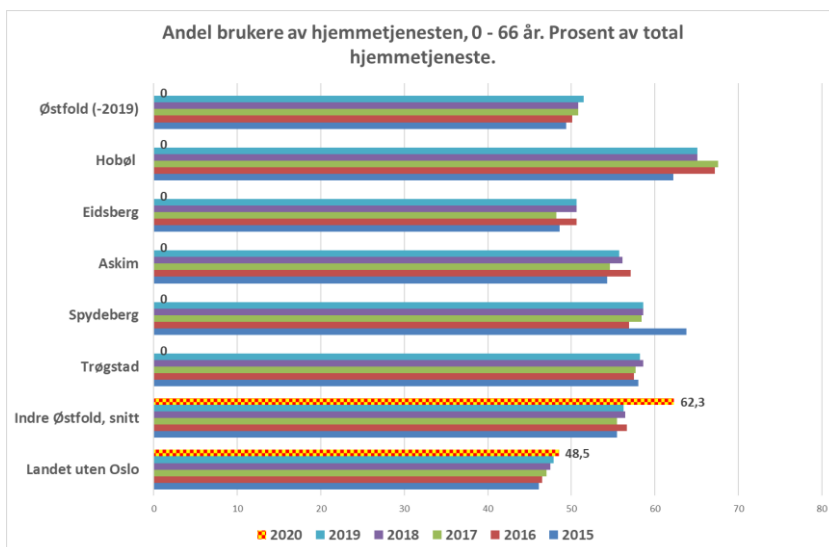


Figur 4 Beboere sykehjem som prosent av de som er 80 år eller mere

I figur 4 er det overraskende å se at andel beboere på sykehjem gikk så kraftig ned i Hobøl i 2017 til 2019.

Trøgstad skiller seg ut med en betydelig høyere andel på sykehjem. Som det også går frem av figur 4 sank snitt noe i Indre Østfold i 2020 og kommunen nærmer seg landsnittet. Landsnitt har også en fallende tendens på dekningsgrad.

Det er en trend på landsbasis at aldersgruppen under 67 år trenger stadig mere hjelp fra helse og omsorgssektoren.



Figur 5 Andel brukere hjemmetjeneste under 67 år

I Indre Østfold er denne trenden enda mere fremtredener da hele 62,3 % av tiden hjemmetjenesten bruker er til personer under 67 år i 2020, se figur 5! De yngre under 67 år legger stadig større beslag på omsorgsbudsjettet og utgifter til eldre 80 år+ har stagnert.

Kan noe av årsaken til den høye tidsbruken til yngre eldre bli redusert så mere av tiden kan frigjøres til den raskt voksende gruppen 80 år+?

HVA SIER FORSLAG SAMFUNNSPLAN OM DEKNINGSGRAD OG NYE SYKEHJEMSPASSER?

Tabell 8 fra forslag samfunnsplan rimer godt overens med presentasjon fra kommunaldirektør helse og velferd Kenneth Johannessen i møte livsløpsutvalget 27.1.21, se tab. 9.

Tabell 8 Kopiert tabell fra forslag samfunnsplan 2021 til 2032

	2020	2023	2029
Innbyggere over 80 år sammenliknet med 2020	1916	2120 +200	3142 +1200
Antall sykehjemsplasser ved dagens utbyggingsrate	323	345	432
Andel over 80 år som kan tilbys sykehjemsplass	17%	16%	14%
Estimert økning i driftskostnader per år sammenlignet med 2020		15 mill.	120 mill.

Kan ikke tilby så mange sykehjemsplasser da mange under 80 år også får plass!

Leif: Tabell 8 tar ikke hensyn til at også hjemmesykepleie og hjelp i hjemmet vil øke i omfang. Tabell forutsetter befolkningsvekst som normalalternativ SSB og ikke samfunnsplan med nesten dobbel befolkningsvekst av SSB!

Merk at ingen politiske partier i kommunestyret har antydnet hva som er nedre smertegrense for dekningsgrad!

Tabell 9 Tabell fra kommunedirektøren for helse og velferd Kenneth Johannessen til samfunnsutvalget januar 2021

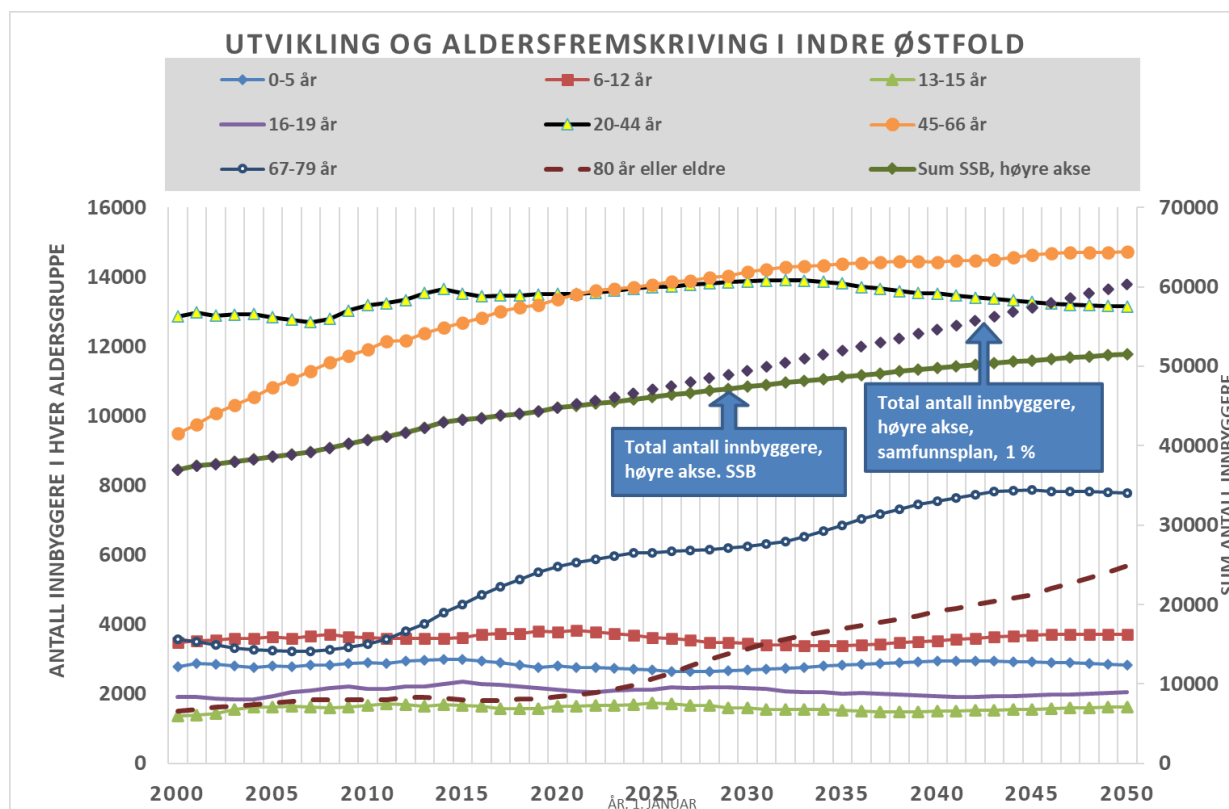
Innfasing av nye plasser	Total dekningsgrad: Inkluderer samtlige institusjonsplasser i kommunen (sykehjem og helsehus) - som viser utviklingen som følge av demografiske endringer og effekten av å fase inn vår										
	Gul farge: Mulig innfasing av reservekapasitet						Blå farge: Mulig utbygging av eksisterende sykehjem				
	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Innb. 80 pluss	1916	1970	2042	2120	2239	2438	2603	2812	2978	3142	3294
Total dekningsgrad	16,8	16,9	16,3	16,2	15,9	15,2	14,2	14,3	14	13,7	13,1
Økte årlige driftskostnader mill. 1,2 mill pr plass (ike finansiert)	0	0	0	14,4	14,4	18	0	36	18	18	0
Aggregert økning plasser	0	10	10	22	34	49	49	79	94	109	109
Aggregert økning i driftskostnder. Millioner	0	0	0	14,4	28,8	46,8	46,8	82,8	100,2	118,2	118,2

KOSTRA har på bakgrunn av innsendt kommunetall beregnet antall sykehjemsplasser i 2020 til 315 i IØK og at totalt antall institusjonsplasser til 328, kommuneplan sier at kommunen hadde 323 sykehjemsplasser i 2020.

Dagens sykehjem i IØK er Løkentunet, Edwin Ruud omsorgssenter, Trøgstadheimen, Gritun, Hobøl bo- og behandlingssenter og Helsehuset. Det er ikke lagt planer for bygging nytt sykehjem før 2032.

BEFOLKNINGSFRAMSKRIVING I IØK

I de senere årene har Norge blitt hjulpet av en gunstig befolkningsutvikling, hvor befolkningen i arbeidsdyktig alder har økt mer enn i aldersgrupper som normalt må forsørges. Denne utviklingen er nå i ferd med å snu, og framover vil kommunens utgifter presses fra økte behov fra en stadig eldre befolkning.



Figur 6 Grafer basert på SSB sine tall. (Normal alternativ for framskrivning). Også tatt med total befolkningsvekst på en prosent hvert år som samfunnsplan åpner for. Redigert av Leif.

Dagens 80-åring ble født i 1930-årene, en tid med historisk små fødselskull. Mot slutten av andre verdenskrig økte antallet fødsler raskt, med en topp i 1946. Det er denne dynamikken som i hovedsak styrer hvor mange pensjonister som lever i Norge i dag.

Ny befolkningsframskrivning fra SSB i august 2020 nedjusterer forventet vekst i Indre Østfold kommune blant de yngste under 15 år, men ga økt vekst for de eldre. (fig. 6). Befolkning i IØK vil øke med 7 % frem til 2032 ifølge SSB. Dette er en svakere vekstrate enn det var for perioden 1995 til 2020. Kommunen tror SSB ikke tar nok hensyn til lokale forhold som bl.a. at IØK er inngår delvis i Oslo og at IØK opplever industriell vekst gjennom nærhet til E18 og jernbane. **Samfunnsplan legger opp fleksibel befolkningsvekst på 0,57 til 1,1 % pr. år i planperioden 2021 – 2032, tatt med også denne prognose i figur 6. Samfunnsplan regner med SSB sine tall for aldersgruppen 67 år pluss!** Skolebehovsplan tar hensyn til årlig vekst på 0,7 % for grunnskolebarn! Antall personer 80 år+ vil øke fra 1916 til 3558 personer, mens de som er 15 år eller yngre synker fra 8231 til 7701 personer frem mot 2032. Antall eldre 80 år+ blir doblet i 2034/2035 i forhold til 2020. (SSB tall).

Tabellen 10 illustrer godt at vekst blant eldre 80 år+ begynner nå for alvor i IØK, fra 2010 til 2020 var veksten 97 personer, veksten fra 2020 til 2030 blir hele 1378 personer og veksten fra 2030 til 2040 blir 1089 personer.

De ti årene med raskest vekst for 80 år eller eldre er perioden 2023 til 2033 hvor veksten er beregnet til 1562 personer av SSB.

Tabell 10 Innbyggertall og fremskrivingstall for IØK, forskjellige aldersgrupper. SSB tall, normal alternativ

	Årstall						
	2010	2020	2025	2030	2032	2040	2050
0 år	476	464	408	428	438	461	437
1-5 år	2 412	2 348	2 277	2 253	2 299	2 476	2 399
6-12 år	3 607	3 787	3 605	3 442	3 410	3 532	3 701
13-15 år	1 674	1 632	1 724	1 592	1 554	1 494	1 628
16-19 år	2 151	2 118	2 127	2 153	2 076	1 925	2 036
20-44 år	13 184	13 512	13 704	13 870	13 910	13 520	13 146
45-66 år	11 925	13 364	13 772	14 137	14 294	14 434	14 719
67-79 år	3 438	5 651	6 053	6 251	6 377	7 538	7 777
80 - 89 år	1 533	1 509	2 038	2 837	3 036	3 376	4 329
90 år eller eldre	286	407	400	457	522	1 007	1 345
Sum, innbyggere	40 400	44 385	45 708	46 963	47 394	48 756	50 172
0-15 år	8 169	8 231	8 014	7 715	7 701	7 963	8 165
0-44 år	23 504	23 861	23 845	23 738	23 687	23 408	23 347
45 eller eldre	16 896	20 524	21 863	23 225	23 707	25 348	26 825
67 år eller eldre	4 971	7 160	8 091	9 088	9 413	10 914	12 106
80 år eller eldre	1 819	1 916	2 438	3 294	3 558	4 383	5 674
Prosent 6-12 år	8,9 %	8,5 %	7,9 %	7,3 %	7,2 %	7,2 %	7,4 %
Prosent 16- 66 år	67,5 %	65,3 %	64,8 %	64,2 %	63,9 %	61,3 %	59,6 %
Prosent 0 - 44 år	58,2 %	53,8 %	52,2 %	50,5 %	50,0 %	48,0 %	46,5 %
Prosent 45 eller eldre	41,8 %	46,2 %	47,8 %	49,5 %	50,0 %	52,0 %	53,5 %
Prosent 67 eller eldre	12,3 %	16,1 %	17,7 %	19,4 %	19,9 %	22,4 %	24,1 %
Prosent 80 år eller eldre	4,5 %	4,3 %	5,3 %	7,0 %	7,5 %	9,0 %	11,3 %
NORGE, prosent 80 år+		4,30 %	5,00 %	6,40 %	6,80 %	8,40 %	10,40 %

Befolkningens sammensetning endres, SSB tall;

- Merk at prognose demografiutvikling 80 år eller eldre, 80 år+, vokser raskere i IØK enn i Norge!
- I 2032 er hele 7,5 % av innbyggerne 80 år+ og passerer aldersgruppen 6-12 år. Så sent som i 2010 var det dobbelt så mange i aldersgruppa 6-12 år i forhold til gruppa 80 år eller eldre!
- Andel i gruppen sannsynlige arbeidstakere 16 til 66 år er fallende og utgjør 63,9 % av befolkningen i 2032.
- Det er færre enn 50 % som er yngre enn 45 år i 2032.
- I gruppa 67 år eller eldre er andel av befolkning økt fra 12,3 % i 2010 til 19,9 % i 2032. Det vil være gunstig for kommunens økonomi om gjennomsnittlig pensjonsalder øker.
- Kraftigere vekst for de som er 90 år eller eldre fra 2030 til 2050. Nesten 3-dobling av antall!

GENERELT UNDERLAG FOR VEKST BEHOV OG KOSTNADSVKST INNENFOR PLEIE OG OMSORG

«Risiko» for institusjonsinnleggelse (Klipp fra Agenda Kaupang)

For helsepolitikere er det viktig å ha gode parameter for planlegging av behov for institusjonsplasser. Alder er den sikreste faktoren en har, deretter kommer den eldre evne til egenomsorg og livsgnist. En studie som fulgte en pasientgruppe over tre år viser at grad av depresjon er en signifikant prediktor på institusjonsinnleggelse (Cohen-Mansfield 2011, Morris mfl. 2013). De pårørendes evne og vilje til å ha den gamle hjemme, er imidlertid viktigere enn mer generelle objektive kvalitetsmål.

I tillegg til flere eldre blir det også andre store utfordringer. Følgende gjelder for landet, kopiert fra Idunn, men er også høyst aktuelt for Indre Østfold;

Dessuten opplever eldreomsorgen konkurranse fra yngreomsorgen, det vil si de under 65 som trenger oppfølging på grunn av utviklingshemning eller fysisk funksjonsnedsettelse. I 2018 utgjør eksempelvis de over 67 under halvparten av beboerne i heldøgnsbemannede omsorgsboliger (Ruud 2018a). Dessuten har veksten i bruken av tjenester for de under 67 år vært stor: For perioden 1994 til 2013 er det blitt tre ganger så mange brukere av pleie- og omsorgstjenester blant dem som er yngre enn 67 år, mens det for samme periode ble færre eldre mottagere av hjelp. I alt 40 prosent av utgiftene til omsorg går til personer under 67 år (SSB; Otnes 2015). Denne utviklingen er urovekkende, hvis de yngre som trenger mer hjelp enn dagens eldre, fortsatt vil behøve pleie og omsorg som eldre når antallet eldre øker de neste tiårene.

Merk at det blant forskerne er det stor usikkerhet om de eldre også får flere år med sykdom og lengre behov for hjelp når de lever lengre. En av faktorene som taler for lengre sykdomsforløp med pleiehjelp er bl.a. bedre medisiner – spesielt mot hjerte og karsykdommer. Forskerne er også urolig for kostnad demensvekst om en ikke klarer å finne gode medisiner.

ULIKE BRUK PÅ DEKNINGSGRAD OMSORG ER FORVIRRENDE.

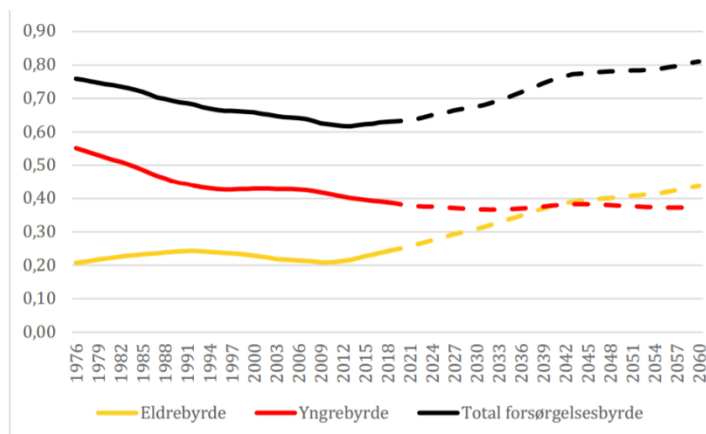
Ledere på strategisk og operativt nivå i kommunene har ingen felles forståelse av begrepet heldøgns omsorg eller beboere sykehjem og det er ofte uklart hva som innregnes i antall sykehjemsplasser og om dekningsgrad for personer 80 år+ beregnes rett. Det er en utfordring for hele feltet, både administrativt og politisk, når politikere og sentrale og lokale beslutningstakere ikke har felles forståelse av begrepene som anvendes. Dette kan blant annet gi ulik forståelse av hvor stor dekningsgraden er, og hvor stort behov man egentlig skal dekke.



Det er god grunn til å bli enige om hva kommunen regner som sykehjemsplasser, heldøgns omsorgsplass, boliger med heldøgns bemanning, beboere sykehjem og alle sykehjem og institusjonsplasser og om telling også tar hensyn til brukernes faktiske alder. Politikerne bør også få dekningsgrad for faste langtidsplasser uten tidsbegrensning på sykehjem. På institusjonsplasser/sykehjem brukes det i dag kun 77,5 % av tiden på personer som faktisk er 80 år+, dette blir lite hensyntatt når kommunen dimensjonere for fremtiden!

IØK må ha tall som kan sammenlignes med KOSTRA sine tall på heldøgns bemanning omsorg (HBO) og beboere på sykehjem 80 år+. Kommunen bør gi løpende oppdatering på hvordan belegg på våre institusjonsplasser er, hvor mange plasser som er ledig på de forskjellige avdelinger og om det er venteliste for å få plass. Mangler kommunen ledige plasser er/blir det vanskelig å tilby forsvarlig eldreomsorg!

VELFERDEN KAN BESTÅ!



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

De heltrukne delene av kurvene er historiske tall, de stiplede delene er fremskrivninger

Figur 7 Forsørgerbyrde 1976 - 2060

[Manifest tankesmie](#) har gjort litt arbeid rundt fremtidige forsørgerbyrder. Dette er litt på grunnlag av regjeringens svartmaling om at velferdssystemet ikke er bærekraftig og at det må bli store kutt og mere privatisering må til. Som det går frem av figur 7 er den totale forsørgerbyrde i 2040 på samme nivå som i 1976 før en tar hensyn til produktivitetsvekst! Et av mange typisk trekk ved privatisering er at omlegging ikke vil følge velferdsutvikling så om ti til tjue år vil kvalitet være mye lavere enn forventet.

PROGNOSER IØK PÅ BEHOVSVEKST OMSORG

UTGANGSPUNKT OG BETRAKTNINGER FOR Å PLANLEGGE RETT FOR FREMTIDENS ELDTREOMSORG I INDRE ØSTFOLD

Skal en beholde dagens dekningsgrad på 16,9 % på sykehjemsplasser inkludert institusjonsplasser må antall sykehjemsplasser dobles før 2035, bygge 328 nye sykehjemsplasser! Dette har ikke IØK økonomi til, selv med eiendomsskatt og god effektivisering!

IØK beregner sin dekningsgrad sykehjem 80 år+ til 16,9 % med sine 323 sykehjems- og institusjonsplasser som kommunen sier er bra. Mange kommuner har lavere dekning og flere av de med langtidsplass kunne klart seg med tilrettelagt tilbud er ofte rådmann sitt syn! Kommunens vurderinger skurrer da flere eldre/pårørende opplever det er svært vanskelig å få langtidsplass og andre tilbud om heldøgns omsorg kun i liten grad finnes, les kun Trøgstad! Det gjøres et inntrykk av at mange beboere på sykehjem er der mot sin vilje, dette stemmer selvfølgelig ikke da det ikke finnes alternativ!

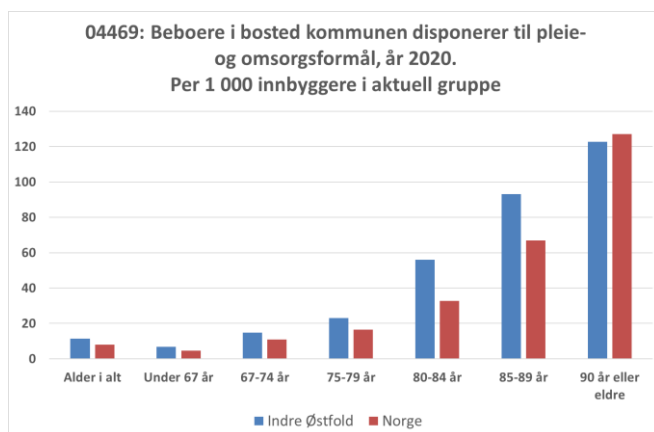
Aldersgruppen 80 år+ øker med 1739 innbyggere i år 2032 og antall med demens i Indre Østfold øker med 460 personer. Kanskje veksten av demente alene vil beslaglegge nær 100 % av planlagte langtidsplasser, trolig vil maksimalt 50 av 110 planlagte nye sykehjemsplasser være langtidsplasser? I sykehjemsplasser inkluderer kommunen som oftest også institusjonsplasser til eldre som sykehjem og helsehus, og inkluderer korttidsplasser, rehabilitering og pleie før døden. (Avlastningsopphold er viktig, men skal ikke innregnes i dekningsgrad). I 2020 brukte de under 80 år 22,5 % av kapasiteten på sykehjemsplasser og det er ingen grunn for å tro at denne utvikling vil snu. Jeg antar at fra år **2032 vil aldersgruppen 80 år+ bruke 75 % av kapasiteten på sykehjemsplasser, så vil kun 9,1 % av de som er 80 år eller eldre være beboer på sykehjem.**

Beboer sykehjem 80 år+ faller ytterligere til 8,4 % i 2035 om det ikke blir flere sykehjemsplasser enn i samfunnsplan! Dekningsgrad i høringsforslag samfunnsplan tar ikke hensyn til at samme plan også legger opp til nesten dobbel befolkningsvekst i forhold til SSB sin normalframskriving for befolkning i IØK, jeg tar heller ikke hensyn til denne ekstra folkevekst!

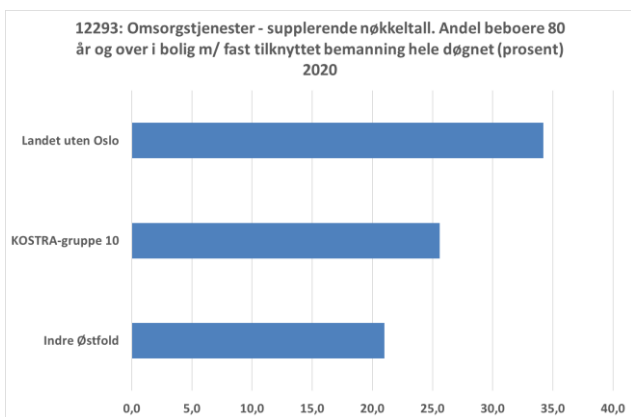
Våre politikere langs hele den politiske akse, både lokalt og sentralt, tar ikke eldreomsorgen på alvor og bryr seg lite om alle forskningsrapporter som varslar at det står dårlig til. (Kanskje med unntak av Frank Finstad som vil styrke eldreomsorgen med 40 mill.kr. nå). Eldreomsorgen i Norge er allerede underfinansiert, og nye sykepleiere ønsker ikke å jobbe i eldreomsorgen. Kun to av ti nyutdannede sykepleiere har sykehjem eller hjemmesykepleie som førstevalg, 12 % av sykepleierne sluttet i kommunale omsorgsinstitusjoner på et år, fra 2018 til 2019 og undersøkelser tyder på at turn over vil øke ytterligere! Hvordan skal vi klare å snu denne trenden og gjøre det mere attraktivt å jobbe innen kommunal omsorg? I tillegg er ofte eiendomsmassen dårlig vedlikeholdt. Dette er et dårlig utgangspunkt for Indre Østfold da det først nå og fremover at gruppen 80 år+ vokser kraftig. Forberedelse til eldrebølgen har vært lav også i Indre Østfold, dette var delvis pålagt av Fellesnemda. Det er mye fokus på å finne en ny type eldreomsorg som koster mindre, enig i dette, men er ikke enig i at sykehjemsdekning kan bygges ned så kraftig som mange politikere ønsker og kostnadsvekst til omsorg i perioden 2021 til 2032 må beregnes høyere.

Jeg mener mine mange talleksempler, med tall fra KOSTRA eller SSB, viser at Indre Østfold hverken prioriterer omsorg til de over 80 år spesielt høyt eller har spesielt god dekning i dag. Dette betyr at før vi møter eldrebølgen er kapasiteten til eldreomsorg allerede utnyttet. En indikasjon på at kapasiteten er sprengt er at antall tidsbegrensede plasser er falt betydelig i 2020 da kommunen trolig har måttet frigi flere plasser til langtidsopphold, se tab. 7.

Antall omsorgsboliger blir ikke registrert som egen gruppe i SSB lengre, men blir registrert i en samlegruppe, KOSTRA tabell 04469. Beboere i bosteder kommunen disponerer til pleie- og omsorg ser det ut som kommunen har god dekning, se figur 8. (De fleste er omsorgsboliger).



Figur 8 Andel som bor i kommunale boliger for pleie- og omsorg



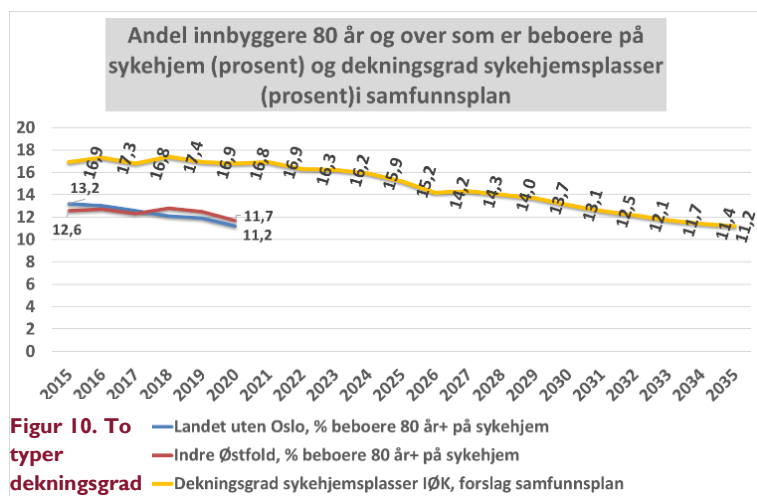
Figur 9 Andel som bor i bolig med heldøgns bemanning

Når det gjelder boliger med heldøgns bemanning 80 år+, figur 9, har Indre Østfold lite å tilby utenom institusjonsplassene som er 16,9 %, mens totalen øker kun til 21 % dekning når en innregner heldøgns bemanning. Dette viser at Indre Østfold har kommet veldig kort med å bygge og tilby alternative boformer med heldøgns bemanning til beboere 80 år+.

Kommunen ligger veldig langt bak snitt i Norge på boliger m/heldøgns bemanning!

Når dekningsgrad sykehjemsplass reduseres må dette kompenseres med boformer med heldøgns bemanning. Mye snakk, men ingen planer!

Kommunen oppgir ofte sykehjemsplasser som vises i øverste graf. I dekningsgrad sykehjemsplasser får en ikke frem at flere plasser «beslaglegges» av yngre enn 80 år så den virkelige dekningsgrad 80 år eller eldre blir kamuflert.



De to nederste grafene i figur 10 viser andel innbyggere 80 år eller eldre som bodde på sykehjem i perioden 2015 til 2020. (Oslo har 13,2 % i 2020).

Kommunen og politikerne bør høre mindre på mindretallet som mener at de eldre blir friskere og vil klare seg lengre alene og i tillegg overvurderer politikerne denne gevinsten for å få plass til andre planer! Jeg og et flertall av forskerne tror, at selv om de eldre lever

lengre med god helse, hovedårsaker er bedre medisiner, mindre røyking og bedre/mere proteser, så vil de siste leveåra med stor skrøpeligheit øke i lengde. Det er ikke seriøst å planlegge med at bedre medisin til demente skal redusere hjelpebehov. Når krav til skrøpeligheit blir satt for høyt vil gjennomsnittlig levetid på sykehjem falle kraftig. Hvordan er det da å komme til et sykehjem? Hvordan blir en slik arbeidsplass? Det blir fort sett på som dødens forpost og ikke som at det fortsatt kan være et godt liv å leve?

HVA MÅ VÆRE MED I BEREKNINGSGRUNNLAG FOR DIMENSJONERING OMSORG?

Mye påvirker hvordan en skal beregne rett prognose for sykehjemsplasser og kostnader. Dessverre er disse beregning høyst politiske, forskjellige partier synser/beregner helt ulikt uten å vektlegge vitenskapen eller se helheten. Jeg kjenner ikke til at noen har prøvd å lage fremtidig behovsanalyse for å dimensjonere de ulike nivå i omsorgstrappa og behovsanalyse for ulike typer korttidsopphold som optimalisering, rehabilitering, tilbud med hjelp demens, kognitiv svikt, avlastning, palliasjon m.m. Husk også at uten tilstrekkelig bemanning vil ikke viktige problemer kunne løses, uansett hvor gode løsningene ellers måtte være selv med velferdsteknologi. Her er virkelighetsoppfatning blant ansatte, kommuneledelse og politikere stor på hva som er rett bemanning. Lista under er ikke uttømmende, men inngår i beregning av fremtidige behov sykdomsplasser og andre hjelpebehov lavere ned på omsorgstrappa.

- Befolkningsvekst og demografiutvikling. (Høyere enn landsnitt på begge områder)
- Samhandlingsreformen (2012) har fått konsekvenser for kommunens planlegging og dimensjonering av fremtidige pleie- og omsorgstjenester. Reformen har ført til at flere innbyggere med komplekse behov trenger kommunale institusjonstjenester.
- Utvikling av familie omsorg koeffisient, hvor mye familien hjelper til. Samhandle med pårørende og motivere dem til å ta omsorgsansvar lengre. Kommunen må ha raske avlastningsplasser tilgjengelig og verdsette, være fleksible og gi pårørende veiledning/opplæring. Koeffisient vil falle da forholdstall antall pårørende i forhold til antall 80 år+ vil halveres frem mot 2040 mot dagens nivå!

- Velferdsteknologi. Eksempel er bruk av GPS teknologi bidrar til økt frihet og trygghet for demente i lang tid av sykdomsperioden. Videre har høring samfunnsplan med satsing på fallsensorer og digitale medisindispensere. Skal det satses på Smart hus?
- Fokus på livsglede til eldre. Flere møteplasser. Mere aktivitet, (buss)turer og hobbygrupper, bruke naturen. Samarbeid med skoler, barnehage og andre. Gjerne motivere de eldre til å delta mere i frivillighet. Flere frivillige som kan være trivselsvenn/støttekontakt i både hjemmetjenesten og sykehjem.
- Hva krever samfunnet av eldreomsorgen? Krav til kvalitet økes/minskes?
- Føle seg nyttig og verdsatt. (Gjelder for alle aldersgrupper for godt liv).
- Økende andel av befolkning vil få demens. (Høyere enn landsnitt)
- Helse til de yngre eldre som kommer til å bli 67 år+/80 år+ i planperiode. Folkehelseprofilen viser at kun tre av ti voksne oppfyller anbefalingene om fysisk aktivitet i Indre Østfold og i tillegg er legemiddelforbruk høyt.
- Helse/skrøpeligheit på de som er 80 år eller eldre
- Antall personer med utviklingshemming, psykisk lidelse eller sterkt nedsatt funksjonsevne
- Antall personer i aktiv rus eller har vært i aktiv rus
- Dekning andre boformer med og uten heldøgns bemanning.
- Hvor mye tilpasning kan tilbys i hjemmet/omsorgsbolig?
- Forebygge depresjon, viktig årsak til institusjonsplass. Alternative boformer og flere møteplasser kan bl.a. bidra til at færre eldre får depresjon.
- Forebygge fallulykker. Fallulykker resulterer ofte med institusjonsplass.
- Rehabiliteringstilbud
- Omfang tilbud psykisk hjelp og eldrepsykologi
- Ha geriatriske arbeidsmetoder. Geriatri er spesialiteten innenfor indremedisin som ivaretar eldre pasienter med sammensatte utfordringer. Geriatrisk tilnærming er tverrfaglig og helhetlig.
- Økende andel med innvandrere vil bli eldre. Kan gi kulturelle utfordringer, f.eks. i områdene matskikker, religion, språk og familie
- Hvor mange av de eldre bor alene uten nettverk? Fører bl.a. ofte til depresjon
- Styrke frivilligheten og samhandling. Prosjekt «Leve hele livet» og regjering tror det er mye å hente på frivillighet. Tvilosomt og støttes lite av forskning. Det blir betydelig reduksjon i forholdstallet mellom aldersgruppen 67-79 år, som er den gruppen som rekrutterer flest frivillige til eldreomsorgen, og de eldste eldre. Forholdstall reduseres med ca. 35 prosent for landet i 2040. Det er også tenkelig at rekrutteringen av yngre eldre til frivillig arbeid svekkes ytterligere når målsetningen er at flere skal delta lengre i arbeidslivet samt gi mer pårørendeomsorg.

Erfaringer fra andre viser at velferdsteknologi gir store gevinster både for tjenestemottaker og samfunn når den er tilpasset sluttbrukers behov og brukes riktig. Jeg heier på ny teknologi! Teknologi må ikke komme i konflikt med Verdighetsgarantien som ble vedtatt i 2010 og stadfester retten til å leve en «verdigg, trygg og meningsfull alderdom» i samsvar med individuelle behov.

I Norge er det ikke mulighet til å registrere skrøpeligheit når de eldre kommer til fastlegen. Dette skaper utfordringer både når fastlegene skal finne ut mer om hva som kan gjøres for denne sårbare gruppen, og når forskerne skal finne ut mer om skrøpeligheit blant eldre i Norge. **Skrøpeligheit blant eldre handler ikke bare om somatiske lidelser, men også psykisk helse er viktig.** Mange sykdomsbilder krever omfattende kontinuerlig oppfølging/overvåking av pasienter og derfor

må vi også ha sykehjem med varme hender i fremtiden. Det er utfordrende at Indre Østfold har langt flere enn landsnittet som trenger hjelp i egen bolig i aldersgruppen under 67 år! Forskning viser at pårørende bidrar med nesten like mange årsverk som den kommunale omsorgstjenesten. Før fast plass med demens er snitt at pårørende bidrar med 10 ganger mere tid enn hva kommunen bidrar med! Forskerne tror at mengde hjelp fra pårørende vil falle fremover og dermed faller familie omsorg koeffisienten.

Å planlegge, og så bygge, et sykehjem bruker politikere lang tid på, og enda lengre tid om det ikke er avsatt tomteareal til sykehjem i arealplan. Det er bra at det nå delvis er med i samfunnsplanen, men tror det vil bli forsøkt fjernet at sykehjem skal planlegges? Om samfunnsplan ikke har med planlegging nytt sykehjem i planperioden, vil det ta minst fem år før politikerne klarer å bygge et nytt sykehjem når antall planlagte plasser ikke holder. Da må kommunen i flere år kjøpe dyre sykehjems plasser fra andre før nytt sykehjem er bygd. En slik brå kursendring vil være opprivende og mange tjenesteområder vil få mindre midler enn det de har vent seg til. Det er også bra at posisjonen har tatt med vedlikehold av sykehjem, eiendomsmassen er gammel og trenger vedlikehold, også viktig for god hygiene og redusert smittefare. Generelt forfaller sykehjemsbyggene i Norge.

I praksis legger samfunnsplan opp til at en må være **minst** dobbelt så skrøpelig som i dag for å få fast sykehjems plass i 2032 mot 2019! Er det ønskelig med en så kraftig nedprioritering og gjøre siste steg i omsorgstrapp nesten uoppnåelig? Hvordan vil pasienter, pårørende og innbyggere godta denne omlegging og går dette tydelig frem av samfunnsplan? Det vil bli stort press på pårørende om å yte enda mere. Plan for eldre skaper utrygghet. Det vil bli mere vanlig å klage på vedtak fra tildelingsenheten, ofte med anke helt til statsforvalter da trolig med god hjelp fra pårørende. Vil vi ha et slikt urettferdig system at de med resurser vinner frem? Vil vi at når det blir gitt plass på sykehjem så er livet straks slutt? Synes politikerne at Sverige har en god eldreomsorg?

I planperiode 2021 – 2032 mener jeg vi trenger 160 sykehjems plasser flere enn det kommunen hadde i 2020, jeg regner da med en nedskrivning av dekningsgrad med 0,3 % pr. år fra 2021. Nytt sykehjem bør stå ferdig før 2027. Kommunen planlegger kun med 101 nye plasser frem til 2032 uten å bygge nytt sykehjem, mange av plassene er korttidsplasser, rehabilitering og utnyttelse av dagens areal. I tillegg må kommunen ha mange flere tilbud med boformer med heldøgns bemanning da kommunen ligger langt bak landsnitt på dette området, kanskje 150 nye plasser til innen 2032.

For å begrense min planlagte vekst på 160 nye institusjons plasser må kommunen fortsatt lykkes med prosjektet «leve hele livet». Alle heldøgns omsorgsplasser er viktige, men man må passe på at dekningsgrad langtids plasser er tilstrekkelig slik at innbyggere har trygghet for at siste steg i omsorgstrapp er tilgjengelig.

Generelle betraktninger litt på siden: Ny teknologi har fått uheldig virkning for noen. Tenker her på områder som at regninger må betales med nettbank, samfunnet snart er pengeløst, varehandel og selvbetjening og betaling med kort eller smarttelefon. Å beherske netthandel er allerede et «must» for å fungere godt i samfunnet! Det offentlige kommuniserer til den enkelte innbygger gjennom bl.a. Altinn og Helse Norge gjennom innlogging på nett. De fleste søknader forutsetter samfunnet at nett brukes. Post gjøres mere og mere elektronisk ofte ved bruk av f.eks. Digipost. Flere busselskap har sluttet å godta betaling på bussen, forutsetter at passasjerer harr app på mobilen. Når det er mulig med mere manuelle oppfølginger må en betale høye gebyrer. Dette gjør det ikke enklere for mange eldre å mestre hverdagen. Mange eldre trenger derfor i dag praktisk teknologisk hjelp fra familie og sin vennekrets.

SAMMENHENG I TJENESTENE - UTRAG RAPPORT LEVE HELE LIVET

Utdrag fra rapport Indre Østfold etter kartlegging rundt prosjekt «Leve hele livet»

9.1.1.20. Rapport behandlet av kommunestyret 2.12.20;

Kunnskap og erfaring tyder på at mange eldre og deres pårørende opplever at tjenestene er for oppstykket og mangler helhet og kontinuitet. Det fører til utrygghet og bekymringer, og rammer særlig dem med størst behov. Ett av reformens mål er å gi eldre økt trygghet og forutsigbarhet i pasientforløp og overganger, at de får færre hjelpere å forholde seg til og opplever større grad av kontinuitet i tilbudet.

De pårørende er en ressurs som helsetjenesten også må ta vare på. De må gis støtte og avlastning, slik at de ikke sliter seg ut. I kartlegginger og dialogmøter sier både eldre og fagfolk at utfordringene kan oppsummeres som følger; det er for lite personsentrert tilnærming og for lite avlastning og støtte til pårørende.

Eldre opplever manglende kontinuitet og trygghet, det blir for mange ansatte å forholde seg til og usikkerhet om og når hjelpen kommer.

Det er for mange brudd og krevende overganger mellom tjenestetilbud i kommunene og for lite kontinuitet og trygghet i overgangen mellom de ulike tjenestenivåene. Disse utfordringene kan imidlertid løses ved tiltak der målet er å gi økt kontinuitet, trygghet og forutsigbarhet i pasientforløpet til eldre og deres pårørende. Tiltakene må sikre at tjenester blir igangsatt etter den enkeltes behov, det må gis avlastning og støtte til pårørende, eldre og deres pårørende må få færre hjelpere å forholde seg til.

Det rettes også oppmerksomhet mot å gjøre overganger mellom eget hjem og sykehjem mykere, samt ha planlagte overganger mellom kommuner og sykehus.

FORVALTNINGSREVISJONSRAPPORT "KVALITET I SYKEHJEMSTJENESTEN" INDRE ØSTFOLD KOMMUNE

Prosjektets reviderte problemstillinger:

1. Får beboerne ved Grinitun faglig forsvarlig helse- og omsorgstjenester?
2. Får beboerne ved Grinitun sykehjem ivaretatt sine grunnleggende behov, hvor respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel hensyn tas og sikre at medisinske behov blir ivaretatt?

Revisjon gir følgende anbefalinger som kommunestyret har sluttet seg til i sak 43/21:

- Indre Østfold kommune bør vurdere om man skal utarbeide målsettinger for forbedringsarbeidet og nedfelle dette i virksomhetens og kommunens måldokumenter.
- Indre Østfold kommune bør vurdere om det skal utarbeides overordnede prosedyrer innenfor tjenesteproduksjon av helse- og omsorgstjenester.
- Indre Østfold kommune bør vurdere å igangsette et strategisk kompetanseutviklingsarbeid hvor utarbeidelse av kompetanseplan kan være et av flere tiltak.
- Indre Østfold kommune bør vurdere hvorvidt man har den systematiske overvåking og gjennomgang av kommunens internkontrollsystem, som er nødvendig for å sikre at internkontrollen fungerer som forutsatt og at den bidrar til kontinuerlig forbedring av tjenestetilbudet ved sykehjemmet.
- Indre Østfold kommune bør vurdere om det er behov for ytterligere og forsterket innsats i forbindelse med legemiddelhåndtering.

- Indre Østfold kommune bør vurdere om kvaliteten på tilbudet knyttet til munnhygiene og tannbehandling er tilstrekkelig, og eventuelt iverksette nødvendige tiltak.

Leif: Rapport gir ikke grunnlag for å dimensjonere rett for fremtiden, men indikerer at kvalitet på tilbud er noe lav.

LITT OM FLYTTING I NORGE

Tekst hentet fra forskning.no

Nesten 250 000 nordmenn flyttet mellom ulike kommuner og fylker i 2018, og så mange som 446 000 flyttet innad i egne kommuner. Det fører oss på europatoppen i flytting.

Tall fra Statistisk Sentralbyrå viser at unge flytter oftere enn eldre. Samtidig øker antallet over 50 år som flytter. Pensjonister flytter sjelden ut av kommunen. Derimot flytter unge og innvandrere oftere til ny kommune.

Flytter til aldersvennlige boliger Tekst fra Oslomet.no

SSBs flyttetall viser at antall flyttinger i aldersgruppen 60 til 74 år var i underkant av 38.000 i 2018, dette er en økning på 67 prosent fra 2008. Ifølge forskerne skyldes denne økningen først og fremst at det har blitt flere eldre, men delvis også at eldre har endret atferd.

– Jeg tror atferdsendringen kan forklares med at dagens eldre har hatt en annen boligkarriere enn tidligere generasjoner, der det å bytte bolig flere ganger gjennom livsløpet har blitt mer vanlig. At flere flytter, kan også handle om at mange eldre har god økonomi, sier NOVA-forsker.

Flyttemønstrene viser at mange flytter fra eneboliger til mer lettstelte og tilgjengelige leiligheter. I spredtbygde strøk er mange eneboliger mindre verdt enn nybygde leiligheter. I studien oppga 25 % av respondentene fra spredtbygde strøk at de ikke hadde råd til å flytte fra sin nåværende bolig.

ÅTTE KORTE KLIPP, HJERTESUKK:

- *Målet om at folk skal kunne bo hjemme så lenge som mulig, må være basert på den enkeltes ønsker. Det må ikke være et mål i seg selv, slik det kan oppleves som. For personer med demens kan det føre til isolasjon og forverring av tilstand, og for pårørende kan belastningen bli for stor.*
- *Satsing på teknologi. Velferdsteknologi gir store muligheter for bedre oppfølging og tilrettelegging. For mennesker med demens vil tilbud om GPS bidra til økt frihet og trygghet. I dag er det så vidt over en prosent av de med demens som får et slikt tilbud. Dette bør på plass i alle kommuner.*
- *Svak eller sviktende institusjonell eldreomsorg kan føre til unødvendig mange utslitte pårørende, som i neste rekke dermed selv kan trenge omsorg og støtte (Disch & Vetvik 2017).*
- *Professor i sosialmedisin Per Fugelli som døde i 2017 fant opp betegnelsen «engangslegen» i sin kritikk av at alvorlig syke stadig møtte ny lege og så å si aldri den samme legen.*
- *Vi blir dobbelt så mange eldre framover, men jeg kommer ikke til å få doble budsjetter. Kommunalsjef, Nord-Norge.*
- *Det er ingen som går i fakkeltog for pleie og omsorg. Enhetsleder, Østlandet.*
- *Tidligere drakk man kaffe med brukerne, nå gir vi intravenøs behandling og gjennomfører avanserte sykepleierprosedyrer. Sykepleierforbundet.*
- *Å få fast plass på sykehjemmet er like vanskelig som å vinne i Lotto. Beboer på korttidsopphold sykehjem i Indre Østfold kommune.*

MINIMUMINNSPILL TIL SAMFUNNSPLAN FRA LEIF



I Indre Østfold vil vi tilrettelegge for en god alderdom

De første årene skal vi fokusere på...

- at våre innbyggere kan bo i egen bolig lengst mulig
- at våre innbyggere kan bo hjemme lengst mulig **De to første punkter bør slås sammen?**
- å legge til rette for et aldersvennlig samfunn, slik at våre eldre opplever flere aktive leveår med god helse og livskvalitet
- å tilpasse tjenestetilbud ut fra at antall brukere vil øke betydelig
- en vridning av innsatsområdene i pleie og omsorg til en styrking av rehabilitering, fysioterapi og ergoterapi **Punkt endres til «pleie og omsorg skal styrkes på områdene rehabilitering, fysioterapi og ergoterapi».**
- å styrke de hjemmebaserte tjenestene
- å vedlikeholde og oppgradere våre sykehjem **(Posisjonens forslag)**
- å øke antall sykehjems plasser, i første omgang ved å utvide dagens institusjoner
- å planlegge for flere institusjons plasser i tråd med et økende behov **(Posisjonens forslag)**
- å legge til rette for alternative boformer som for eksempel seniorboliger **(Posisjonens forslag.)**
- å begynne planleggingen av en ny, større institusjon for eldre **(Jeg ønsker bygging)**
- nye former for velferdsteknologi (for eksempel fallsensorer og digitale medisindispensere) som blant annet vil frigjøre tid til aktiv menneskelig kontakt med brukeren **(Også ha med GPS?)**

Seks helt nye tilleggsforslag fra Leif

- Lage en omsorgsplan. Skal også ha behovsanalyse for langtidsopphold sykehjem, HDO og ulike typer korttidsopphold. Omsorgsplan sørger for politisk fokus på den største velferdsutfordring.
- Fullføre prosjektet «Leve hele livet» med bred medvirkning. Ikke ha økonomisk fasit på forhånd!
- Bygge flere boformer med heldøgns bemanning. Dekningsgrad skal minimum være 21 % inkl. institusjoner
- Få et bedre tilbud på dagaktivitet, demente har krav på tilbud fra 2020.
- Øke den fysiske aktiviteten med flere tilbud til eldre
- Jobbe videre med heltidskultur blant sykepleiere/hjelpepleiere. Alle ressurser trengs.
- Pårørende skal verdsettes med bl.a. veiledning/opplæring og avlastning. Opprettholde eller styrke familiekoeffisienten

Posisjonens forslag, som er på høring, er bedre enn rådmann sitt opprinnelige forslag. Fortsatt mye vake formuleringer som det er lett å være enig i. Er dekningsgrad i tabell 8 det kommunen jobber mot? Denne dekningsgrad blir for lav! Bør også ha med dekningsgrad HBO.

Høring samfunnsplan gir dekningsgrad på sykehjems plasser på 12,1 % i 2032 og større andel av de nye plassene er korttids plasser, rehabilitering og pleie før døden. Beboere på sykehjem 80 år+ vil falle til 9,1 % i 2032. Trolig vil det i 2032 være rundt 5 % med fast (u/tidsbegrensing) langtids plass beboer sykehjem 80 år+! Dette går ikke!

Under har jeg kopiert litt fra **arealplan** rundt boligpolitikk;

For å styrke sosial bærekraft og skape attraktive bostedsområder skal det legges til rette for varierte boligtyper for ulike aldersgrupper og livssituasjoner, steder og prisklasser.

- Vi skal satse på varierte boligtyper, også i sentrum, egnet for barnefamilier, unge voksne og førstegangsetablerere for å øke attraktiviteten og legge til rette for økt tilflytning.
- Vi skal ha tilstrekkelig tilgang på boliger egnet for eldre. **Burde minimum stå; «Vi skal ha tilstrekkelig tilgang på boliger egnet for eldre, både uten og med heldøgns bemanning.»**

Dekningsgrad i dag er lave 21% på sykehjem inkludert heldøgns bemanning, hva er minimumsmål i plan – lavt forslag på 21 % fra meg. Hva skjer med Gritun sine 9 plasser i modulbygg? Leieavtale tror jeg går ut 2022.