

Rune Devold AS
Endring og utvikling
i offentlig sektor



FOLLDAL KOMMUNE

BOLIGSOSIAL HANDLINGSPLAN 2018-2022

STYRINGSDATA FOR KOMMUNENE

RUNE DEVOLD AS

2018

1. Innledning og bakgrunn.....	4
1.1 Innledning – sammendrag og forslag	4
1.2 Sammendrag	4
1.2.1 Sykehjem og omsorgsboliger	6
1.2.2 Oppsummering – tiltak.....	7
1.2.3 Avslutning.....	7
2. Boligsosial planlegging - innledning.....	8
2.1 Suksesskriterier for det boligsosiale arbeidet.....	8
2.2 Roller og ansvar	9
2.3 Rammevilkår.....	9
2.3.1 Forankring og samarbeid.....	9
2.3.2 Medvirkningsprosesser i planprosesser.....	9
2.3.3 Samarbeid og samhandling.....	10
2.3.4 Bolig og velferd	10
3. Befolkning og kommune	11
3.1 Bosetting og arbeidsmarked	11
3.2 Levekår.....	11
3.3 Folkehelse	12
3.4 Boligmarkedet.....	13
3.4.1 Kommunen i boligmarkedet.....	13
3.4.2 Boligsosialt kompetansetilskudd	14
3.4.3 Kommunens husleiepolitikk	14
3.5 Boligmassen i Folldal.....	14
3.6 Framskrivning av befolkningen	15
3.6.1 Dekningsgrad sykehjem og boliger med heldøgns tjenester.....	16
3.6.2 KAD-senger.....	17
3.7 Demografisk utgiftsbehov	17
3.7.1 Konklusjon.....	18
4. Omsorgstrappa – oversikt brukere og tjenester.....	19
4.1.1 Nærmere om sykehjemmet	20
4.2 Dødelighet	21
4.2.1 Dødelighet i sykehjem – effekter	21
4.2.2 Plangrunnlag	22
4.3 Velferdsteknologi	22
4.4 Psykisk helse, demens	22
4.5 Kjennetegn ved de som har kommunal bolig	23
4.5.1 Oppsummering	25
5. Resymè av info fra Husbanken.....	26
5.1 Boligsosialt kompetansetilskudd	26
5.2 Bostøtte	26
5.3 Startlån	26
5.4 Grunnlån – Privatpersoner	26
5.5 Tilskudd til utleieboliger.....	27

5.6	Investeringstilskudd til omsorgsboliger og sykehjem	27
5.7	Boligrådgivning i kommunene - ny eksempelsamling	28
5.8	Tilpasning av bolig	28
5.9	Tilskudd til etablering i egen bolig.....	28
5.10	Tilskudd til refinansiering av lånegjeld	29
5.11	Tilskudd til utredning og prosjektering.....	29

1. INNLEDNING OG BAKGRUNN

1.1 Innledning – sammendrag og forslag

Denne rapporten følger opp tidligere rapporter: 'Kapasitet og kostnader i omsorgstrappa' (2015), 'Profil brukerbehov og tjenester i pleie- og omsorg' (2015) og 'Boligsosial handlingsplan 2014-2018' (2014). Disse rapportene bygger på hverandre. Denne rapporten framstiller en helhet, med samme metode som de foregående. Den nye planen innlemmes i ny plan for helse- omsorg, arbeid med revidering av denne startes i 2018.

Kommunen har ønsket et særlig fokus på forhold av betydning for kapasitet i sykehjem, omsorgsboliger og trygdeleiligheter.

1.2 Sammendrag

Boligmassen i Folldal er stort sett av en viss alder. Mange boliger er knyttet til gårdsdrift, mange er også frittliggende på bygda. Og så har Folldal en spesielt stor boligmasse i sentrum som kom til som behov knyttet til gruvedrifta. Da den opphørte på '90-tallet har det vært moderat nybygging av boliger.

Befolkningsprognosene fra 2013 forutså vekst i gruppen 67-79 år, den er økt betydelig, men skal stabiliseres på nåværende nivå. Prognosen for antall 80 år+ har også slått til, antallet er stabilt/noe synkende, mens gruppen barn og yrkesaktive (0-66 år) reduseres betydelig raskere enn framskrevet i 2013. Dermed går folketallet ganske mye kraftigere ned enn tidligere antatt. Helhetsbildet er derfor at aldersgrupper som tradisjonelt krever kapasitet i omsorgstrappa stabiliseres eller går litt ned. Demografiskapt utgiftsbehov ifølge KS-modellene basert på Teknisk beregningsutvalg og rammeinntektssystemet viser synkende kostnader de nærmeste årene. Det er fra og med andre halvdel av 2020-tallet antall eldre og dermed kostnadene igjen skal stige.

Kommunen har **søkt tilskudd til heving av kompetanse** for å blant annet arbeid med utbedring av private boliger. Velferdsteknologi er en viktig del av dette. Søknaden er ikke innvilget. Regjeringen varsler at tilskuddsordningen vil bli lagt om slik at den innlemmes i rammetilskuddet.

Boligmassen har ganske **lav markedsverdi**. Boligmarkedet fungerer dårlig, blant annet fordi en får ganske dårlig betalt for tidligere bolig sammenliknet med nybygg-kostnader. Dersom private interesser melder seg for realisering av boligprosjekter vil det kunne få stor betydning for kommunen framover.

Folkehelsedata tilsier at Folldal ligger godt an på mange felt, det er ikke urovekkende nøkkeltall av betydning for den allmenne boligpolitikken ut over det som gjelder gruppen 67-79 år på lang sikt. De unge gjør det ok på skolen, de trives, bruker lite rusmidler. Folldal er godt egnet for utpendling til arbeidsplasser både øst, vest og sørover, det kan være noe å spille på.

I perioden 2013 til 2017 har Folldal bosatt 42 flyktninger, inkludert familiegjenforening. Folldal kommune er ikke anmodet om å ta imot flyktninger i 2018. Årsaken er at langt færre enn tidligere søker asyl i Norge og det er i hovedsak kommuner med over 5000 innbyggere som anmodes om å bosette flyktninger.

Siden forrige plan ble vedtatt har Folldal realisert **6 nye boliger for MOT-avdelingen** – i samsvar med anbefalingene i forrige boligsosiale handlingsplan. Det er ikke behov for ytterligere boligtiltak der. Avdelingen har oversikt over brukere som kan få behov for bolig i framtida.

Boligsosial handlingsplan er på mange måter en nær slektning av planverket for helse-, sosial og omsorg. Av den grunn har vi gjort en **mini-ressursanalyse** som del av planen, se avsnittet om omsorgstrappa. Vi finner at det er ganske mye status quo siden 2015, prioriteringer og ressursbruk er moderat endret når en ser bort fra effekten av midlertidig sterkt redusert dødelighet.

Tilfeldigheter påvirker omsorgstrappa og hvordan den fungerer slik at befolkningsframskrivninger ikke stemmer i det enkelte år¹. En av disse er tilfeldig opphopning eller fravær av dødelighet (periodisk økning av levealder), eller motsatt; effekten av alvorlige influensaepidemier som kan øke dødelighet. I Folldal preges situasjonen i 2018 av en **historisk midlertidig økt forventet levealder**. I 2017 og hittil i 2018 har antall døde gått kraftig ned og var historisk lavt i 2017 med 12 døde. Gjennomsnittet siste 21 år er 22 døde/år, størst antall var det i 2000 med 31 døde. Denne utviklingen påvirker tjenesteapparatet slik at det er venteliste ved sykehjemmet og opphopning av hjelpebehov i hjemmetjenesten – begge avdelinger sliter med for liten kapasitet. Basert på historien kan det forventes en sterk økning i antall døde de kommende 3-5 årene slik at kapasiteten i sykehjem og hjemmetjenester ikke lenger utfordres på samme måte.

Sykehjemmet har tyngre belastning nå enn i 2015, pleietyngden er økt, korttidsavdelingen benyttes delvis som langtidsstilbud, langtidsavdelingen rapporteres å ha stor andel brukere med demens, prioritering av brukere med større pleiebehov har tvunget seg fram. Gjennomsnittlig oppholdstid for de som har plass pr dato er økt til 3,09 år, mot 2,58 år for fem år siden.

Hjemmetjenesten har også større belastning enn i 2015, men vi ser svake spor av mindre raus prioritering slik det ble anbefalt sist, det tildeles mer tjenester nå. Reviderte kriterier for brukervurdering og tildeling av tjenester vil bli svært nyttig, kommunen trenger en blankpusset profil som også er tydelig vis a vis befolkningen generelt – hva kan vi forvente oss fra kommunens side, krav til egenomsorg osv.

Velferdsteknologi fases inn i takt med utviklingssamarbeidet med leverandør. Alle trygghetsalarmer er skiftet ut, antallet alarmer er svakt økt, antallet er nå 52. De nye har funksjon for å føre en samtale med brukeren når alarm er utløst uten at det så langt har medført lettelse i presset på tjenestene, snarere tvert imot. Dette er atypisk i forhold til sammenliknbare kommuner, og kan ha sammenheng med opphopning av behov som følge av blant annet utvikling i dødelighet. Framover kan systemet bygges ut ved å koble til sensorer etc, for eksempel fallsensor, dørsensor med videre. Arbeidet med velferdsteknologi må videreføres, ikke minst for tilrettelegging av boligmassen generelt.

Prioriteringer, strategier og måten ressursene utnyttes i tjenesteapparatet gir seg utslag på mange måter, blant annet i behov for kommunale boliger. Bruken av sykehjem og kommunale boliger påvirker tilbake til tjenesteapparatet i form av mer/mindre behov for tjenester når boligen fungerer/ikke fungerer. Bruken av boligressursene er ikke særlig forskjellig fra 2015, det er ganske lett å få en kommunal bolig i Folldal sammenliknet med andre kommuner.

De **demografiske forutsetningene** for planlegging fram til tidlig i 2020-årene **er noe endret** siden sist, og i tillegg kommer midlertidig nye forutsetninger angående dødelighet. Det er vanskelig å dimensjonere kapasiteter i trappa ut i fra ytterpunktene for dødelighet slik vi ser nå. Samtidig må sykehjemmet ses i sammenheng med omsorgsboligene og trygdeleilighetene; de er komplementære kapasiteter, det er også gode samspillsmuligheter mellom sykehjemmet, omsorgsboligene og kommunens øvrige boligmasse.

¹ SSB's framskrivninger bygger på faktisk utvikling siste 5 år

Dersom det oppstår behov for døgn tjenester i omsorgsboligene kan dette løses med kapasiteter fra hjemmetjenesten og sykehjemmet i de fleste tilfeller.

Tjenestekapasitetene i omsorgstrappa er tilstrekkelig når en korrigerer for effekten av dødelighet, midlertidig behov for kapasitet kan tilføres. Tidsperspektivet er fram til første del av 2020-tallet, deretter må det trolig fylles på med mer kapasitet. Hvor mye avhenger av blant annet hva en kan få til ved tilrettelegging av boliger, økt egenomsorg, velferdsteknologi.

Det er derimot behov for å se på **utnyttelsen av kapasitet innen rus/psykisk helse**, noe kapasitet må omdirigeres fra ensidig satsing på 1:1-tjenester til gruppetilbud og økt kapasitet i dagtilbud for demente.

Dagtilbud demens: Anbefalingen fra kommunelegen er å øke med drift av **lavterskel dagtilbud** til alle ukedager, med større kapasitet, gjerne plass til 20 deltakere og fagkompetanse knyttet til demens og andre prioriterte grupper. Økt kapasitet i denne størrelsesorden vil også kreve bedre lokaler. Nybygg for dette ses i sammenheng med sykehjem og boliger. Bemanning bør ses i sammenheng omstilling innen psykisk helse.

Når kapasitet i sykehjem, omsorgs- og trygdeboliger er disponert står vi igjen med den gruppen folk som må greie seg selv på boligmarkedet. Det er i denne gruppen Folldal må lykkes for å forebygge unødige bistandsbehov fra kommunen. I avsnittet i kap 3 heter det: *Vi tar utgangspunkt i antall over 66 år, og får da et antall personer som utgjør rundt 335 pr dato, økende til rundt 350-360 i 2025-2030 og om lag 375 i 2040.* Dette blir målgruppe for kommunens innsats og strategier på det allmenne boligmarkedet – hvordan bør folk innrette seg, hva kan kommunen få til, hva kan Husbanken bidra med osv. Blant de tiltak som anbefales er å fornye fokus på direkte kontakt med folket om bolig, økt kompetanse på feltet, velferdsteknologi osv. Samarbeid med frivillige kan bli viktig.

Regjeringen har fremmet Meld. St 15 (2017-2018) 'Leve hele livet', kvalitetsreform for eldre. Dokumentet har en rekke forslag til forbedringer, men det følger ikke med noen finansiering enn så lenge. Meldingen kan legge føringer som må hensyntas i Folldal.

1.2.1 Sykehjem og omsorgsboliger

I forrige plan ble det anbefalt å bygge nytt for å øke antall omsorgsboliger til 34 fram til 2020. Denne kapasiteten var tiltenkt å være midlertidig tilbud til sykehjemsbeboerne mens nytt sykehjem ble bygget, det eksisterende ble anbefalt utfaset Et nytt sykehjem kunne da fases inn fram til 2025. Trygdeleilighetene ble anbefalt vurdert for salg. Ingen av disse anbefalingene er realisert. Sykehjemmet har gjennomgått en oppgradering med noe velferdsteknologi og nytt opplegg for energiforsyning og er uaktuelt for utfasing etter dette. Trygdeleilighetene er pusset opp, og vil forlenge sin levetid.

Sykehjemmet og trygdeleilighetenes rolle i årene framover er altså fastlagt, men må igjennom oppgradering. Avsnittet om sykehjem i kapittel 4 avklarer en rekke forhold som må rettes opp. Flere av disse har betydning for produktiviteten, mye er tungvint og avdelingsstrukturen innebærer fordyrende smådriftsulemper. Rom som ikke har eget toalett/bad må utbedres, dette krever at det bygges minimum 5 nye plasser for å opprettholde antallet som i dag.

Det er i realiteten kun en mulig utvei til å øke kapasitetene på toppen av omsorgstrappa, nemlig å øke antall omsorgsboliger/sykehjemsplasser. I avsnittet om **dekningsgrader i sykehjem og omsorgsboliger** i kapittel 3 heter det: *Dersom en skal beholde denne dekningsgraden (som dagens) framover må antall plasser økes til 42 i 2025 (økning med 5), 56 i 2030 (økning med ytterligere 13) og 65 i 2040 (økning med ytterligere 7 fra 2030).* Sum økning utgjør 28 enheter. Tallene er beregnet som %-andel av antall innbyggere 80 år+. Det anbefales å legge en plan som fanger opp dette, med restriktiv periodisk innfasing av antallet slik at

det ikke bygges flere enn det forventes å være behov for. Blankpussede kriterier for tildeling må avklare dette, boliger skal tildeles når det er absolutt nødvendig som integrert del av tjenestetilbudet.

Oppsummert tilrås å gå inn i planlegging og prosjektering av til sammen 10 nye plasser de nærmeste årene der halvparten er erstatning for sykehjemsplasser som skal rehabiliteres og den andre halvparten er reell kapasitetsøkning. Plassene utformes slik at de danner en helhet som kan driftes fleksibelt som sykehjem og/eller omsorgsboliger og som, ikke minst viktig, tar bort mest mulig av dagens smådriftsulemper. I tillegg bygges lokaler for dagtilbud, ombygging av medisinerom, garderober, ny løsning for kjøkken, administrasjon med videre.

1.2.2 Oppsummering – tiltak

1. **Strategi:** Fornye kriteriene for behovsvurdering og tildeling av tjenester. Opplegg for å spisse kommunens rolle, krav til egenomsorg med videre. Kriteriene for tildeling av trygdeleilighet, omsorgsbolig og sykehjemsplass, krav til egenomsorg innen hjemmetjenesten er viktige stikkord å ta fatt i så snart som mulig.
2. **Sykehjem og omsorgsboliger:** Det startes arbeid for å avklare behov for ytterligere oppgradering av sykehjem og trygdeleiligheter, rehabilitering, velferdsteknologi med videre, herunder kontorlokaler, kjøkken, personalrom med videre.

Antall sykehjemsplasser må opprettholdes. Det innebærer å bygge minst 5 nye plasser for å erstatte rom som må ofres for oppgradering av rom uten eget bad/toalett. Nye omsorgsboliger bør planlegges i et antall av 5. Planløsninger velges for å kunne drifte de 10 nye plassene som én enhet med fleksibel drift, og slik at dagens smådriftsulemper fjernes, eventuelt med ombygging av eksisterende lokaler om nødvendig.

Deretter planlegges for ytterligere 14 boliger fram til 2030 og ytterligere 9 fram til 2040, til sammen 28. Innfasing må skje i samsvar med forventet utvikling i behov og pleietyngde.

3. **Boligmassen i bygda:** Skape en plan for oppfølging av folk 66 år + i det private boligmarkedet og som er potensielle søkere på kommunal bolig i framtida. Et fåtall av dem vil få kommunal bolig, de fleste av dem vil ikke tilfredsstille kriteriene for å få kommunal bolig. Målsettingen skal være at de har bolig som de kan aldres i. Kommunens krav til egenomsorg, hel/delvis universell utforming og velferdsteknologi avklares som del av arbeidet med nye kriterier og settes ut i livet i kontakt med den enkelte borger. Det avklares/søkes om boligsosialt kompetansetilskudd fra Husbanken dersom dette er mulig. Samarbeid med frivillige kan spille en viktig rolle, blant annet for å spre informasjon.
4. **Dagsenter:** Nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger bygges slik at det kombineres med nødvendige lokaler for lavterskel dagaktiviteter som betjener både institusjon og hjemmetjenester/psykisk helse. Kapasiteten bør være daglig drift med om lag 20 personer innen målgruppen demens, og andre prioriterte kjennetegn. Faglig innhold i tjenesten utvikles blant annet ved omstilling av ressurser innen rus/psykisk helse.

1.2.3 Avslutning

I det jeg takker for godt samarbeid med kommunens aktører ønskes Folldal kommune lykke til videre. Jeg står gjerne til tjeneste om det skulle ønskes.

Trondheim 2018-07-20

Rune Devold (sign)

2. BOLIGSOSIAL PLANLEGGING - INNLEDNING

Boligsosial planlegging kan forstås som strategisk og planmessig boligsosialt arbeid, som integreres i kommunens øvrige planlegging etter plan- og bygningsloven. Boligsosialt arbeid omfatter alle tiltak, virkemidler og tjenester som må til for at vanskeligstilte kan bosette seg og bli boende.

Betydningen av god helhetlig planlegging ble framhevet i St.melding nr. 23: Om boligpolitikken (2003-2004). Riksrevisjonens gjennomgang av tilbudet til vanskeligstilte på boligmarkedet, dokument 3:8 (2007-2008), understreker at det er kommunenes ansvar å skaffe boliger til vanskeligstilte innenfor de generelle rammevilkårene. Også andre forskningsrapporter understøtter behovet for en helhetlig tilnærming til de boligpolitiske og boligsosiale utfordringene.

I Folldal er Boligsosial handlingsplan integrert i Helse- og omsorgsplan 2011-2020, vedtatt i K-sak 33/11, den 29.09.2011. Rapporten Folldal fikk i 2013, "Kapasitet og kostnader i omsorgstrappa"² la nye premisser for tenkning om boligbehov for eldre og funksjonshemmede. Ny Boligsosial handlingsplan skal forankres i økonomiplanen og revisjon av helse- og omsorgsplan som igangsettes i 2018.

2.1 Suksesskriterier for det boligsosiale arbeidet

Regjeringens boligutvalg har i NOU 2011:15 «Rom for alle» vektlagt at kommunene gjør en stor og viktig innsats for å hjelpe flere til en trygg bosituasjon. Utvalget understreker at kravet til samordning, organisering og planlegging vil øke i årene fremover. Det utfordrer kommuner med boligsosiale utfordringer til å knytte mål og tiltak til arbeidet, og sikre at disse inngår som en integrert del av øvrig planverk. Utvalget framhever fem viktige suksessfaktorer for det boligsosiale arbeidet i kommunene. Disse er:

- Samordning
- Forankring og eierskap
- Overordnet strategi for det boligsosiale arbeidet
- Boligsosial kompetanse
- Økonomiske ressurser

Regjeringa la 8. mars 2013 fram ei [melding til Stortinget med tittelen Byggje - bu - leve](#). Ein bustadpolitikk for den einskilde, samfunnet og framtidige generasjonar. Staten har formulert de boligpolitiske målene for vanskeligstilte. Kommunene har hovedansvaret for gjennomføringen, herunder ansvaret for å sikre vanskeligstilte bolig og oppfølgingstjenester. Det er et nasjonalt mål å legge til rette for en sterk og effektiv kommunesektor. Kommunene skal ha rammevilkår som setter dem i stand til å løse sine oppgaver. Dette innebærer at kommunene må ha rom til å prioritere tjenester i tråd med lokale forhold. Utdrag fra kap 12.1 i NOU 2011-15 Rom for alle. Hensyn og rammevilkår for det lokale planarbeidet er nærmere beskrevet i Klima- og miljøverndepartementets veileder for planlegging etter Plan- og bygningsloven.

² Rune Devold AS, oktober 2013

2.2 Roller og ansvar

- Staten har det overordnede ansvaret og har formulert de statlige målene for boligpolitikken overfor vanskeligstilte.
- Husbanken er gitt en særlig rolle som støttespiller for kommunene i det boligsosiale arbeidet.
- Kommunene har hovedansvaret for gjennomføringen av den statlige politikken, herunder ansvaret for å sikre vanskeligstilte bolig og oppfølgingstjenester.

Kommunen vil forankre sitt arbeid i et samarbeid med Husbanken, avd Øst. Utarbeidelse av Boligsosial handlingsplan skjer i samråd med Husbanken.

2.3 Rammevilkår

Virkemidler for boligpolitikken er lovgivning i form av juridiske rammevilkår, som plan- og bygningsloven og husleieloven, økonomiske støtteordninger, kompetanseheving, kommunikasjon og informasjon. Det boligsosiale området må sees i sammenheng med andre sektorområder for å få til helhetlige planleggingsprosesser og resultater. Spesielt vil dette bli tydelig gjennom relaterte lover og statlige reformer. Forøvrig vil det boligsosiale området måtte inngå som en del av utviklingen for kommunesamfunnet og den langsiktige samfunnsplanleggingen.

2.3.1 Forankring og samarbeid

Åpenhet og medvirkning er grunnleggende for å få til forankring og eierskap for hva som skal oppnås. Hvilke former for samarbeid vil gi størst måloppnåelse og hva må til for å få til prosesser som gir god involvering?

Forankring er blitt et vanlig ord i planlegging, prosjektarbeid og utviklingsarbeid. Forankring handler blant annet om at sentrale aktører må ha kunnskap, interesse og oppleve forpliktelse knyttet til gjennomføring av en plan, prosess eller et tiltak. På overordnet nivå handler forankring av planer om kommunal planlegging og planstrategier.

Involvering og forankring på politisk og administrativt nivå vil være avgjørende for å få til levedyktige planer. Det kan også innebære å øke felles kunnskap og innsikt for aktuelle utfordringer.

2.3.2 Medvirkningsprosesser i planprosesser

Plan- og bygningsloven § 5-1. Medvirkning

Enhver som fremmer planforslag, skal legge til rette for medvirkning. Kommunen skal påse at dette er oppfylt i planprosesser som utføres av andre offentlige organer eller private.

Kommunen har et særlig ansvar for å sikre aktiv medvirkning fra grupper som krever spesiell tilrettelegging, herunder barn og unge. Grupper og interesser som ikke er i stand til å delta direkte, skal sikres gode muligheter for medvirkning på annen måte.

I alle kommunale planprosesser vil spørsmålet om medvirkning være viktig. Det gjelder både de ansatte i organisasjonen og brukere av de kommunale tjenestene. Det vil si at de som berøres av en beslutning eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbudet. Møreforsking Volda (prosessnotat Boligsosialt utviklingsprogram mars 2010) framhever følgende i notat om forankring:

-De som erfarer konsekvensene av offentlig politikk skal ha anledning til å øve innflytelse på politikken. Det vil si at planmyndigheten skal tilstrebe størst mulig offentlighet og reell medvirkning i planprosessen.

Tilrettelegging skal gi alle berørte parter mulighet til medvirkning på like vilkår. Grupper som ikke har klare talspersoner eller er organisert, skal tas hensyn til. Bestemmelsen innebærer en plikt til å sette i verk tiltak for å få til ønsket medvirkning.

Utvidet medvirkning med høring, utlegging til offentlig ettersyn med videre i plan – og bygningslovens forstand er bare nødvendig for planer som utarbeides med hjemmel i den loven. Medvirkning etableres for alle enkelttiltak som iverksettes etter denne planen, alt etter hvilke grupper som berøres.

2.3.3 Samarbeid og samhandling

Det boligsosiale området er sammensatt og komplekst og vil måtte løses gjennom samarbeid og samhandling. God planlegging krever samarbeid på flere plan, både internt i kommuneorganisasjonen, mellom kommuner og mot eksterne samarbeidsparter.

Fornøyelse av Boligsosial handlingsplan i 2018 gjennomføres ved at tallmaterialet fra 2014 oppgraderes. Deretter gjennomføres prosess med berørte aktører.

2.3.4 Bolig og velferd

Alle innbyggere har behov for et sted å bo. Boligen er på lik linje med helse, utdanning og inntektssikring en sentral del av velferdspolitikken (jfr. rapport NOU 2011:15). Bolig kan ha betydning for helsemessige forhold, deltakelse i arbeidsliv, rehabilitering etter behandling, tilbakeføring til samfunnet etter fengselsopphold og integrering i det norske samfunnet. En nøkkelfaktor for å få til helhetlige løsninger på individnivå, vil være samarbeid med andre, både internt i kommuneorganisasjonen og eksternt.

Boligsosiale problemer må løses gjennom samarbeid mellom ulike etater, ifølge boken "Velferd og Bolig" av Lars-Marius Ulfrstad. Internt i kommuneorganisasjonen kan gode løsninger være å legge til rette for samarbeid om tjenesteutvikling, koordinering, informasjonsarbeid og kompetanseutvikling.

Ulfrstad påpeker at det er flere årsaker til at noen mangler bolig. Minst to kriterier må møtes for å målrette arbeidet med boligetablering av vanskeligstilte på boligmarkedet:

- Det må jobbes tverrfaglig for å møte vanskeligstiltes komplekse problematikk
- Det enkelte tiltak må inngå i et helhetlig system som er organisert og innrettet for å bryte resirkuleringen av boligproblemene

3. BEFOLKNING OG KOMMUNE

3.1 Bosetting og arbeidsmarked

KOSTRA-tallene bekrefter Folldals utsatte stilling når det gjelder utvikling i folketallet. Dette er også omtalt under avsnittet om framskrivning.

KOSTRA Befolkningsprofil, 2017	Enhet	Folldal		Kostragruppe 02		Landet uten Oslo
		2017	2016	2017	2016	2017
Innbyggere	antall	1569	1577	196642	197458	4622151
Fødte per 1000 innbyggere	per 1000	5,7	6,3	9,1	9,3	10,2
Døde per 1000 innbyggere	per 1000	7,6	15,2	10,2	10,3	8
Netto innflytting	antall	--5	--1	--597	819	20232
Andel skilte og separerte 16-66 år	prosent	8,9	10,4	9,6	9,9	10,7
Andel enslige innbyggere 80 år og over	prosent	71,4	73,9	66,1	65,6	62,7
Enslige forsørgerere med stønad fra NAV	antall	2	..	493	551	15148
Andel uførepensjonister 16-66 år	prosent	9,7	10,5	11,6	11,4	9,7
Reg. arbeidsledige i % av bef. i alder 15-74 år	prosent	0,8	0,4	1,2	1,6	1,6
Andel innvandrerbefolkning	prosent	6,9	6,5	10,3	10,2	15

Folldal har veldig spredt bosetting, bare 33% av befolkningen bor i tettsteder, mot mer enn dobbelt så mange i landet utenom Oslo. Framherskende næringsvei er jordbruk etter at gruvedrifta tok slutt. Gruvene lå tett på sentrum i Folldal tettsted, og det betyr stadig mye for bosettingen fordi gruveselskapet og Stiftelsen Folldal Gruver fortsatt har et betydelig antall boliger som fortsatt er i bruk.

Arbeidsledighet blant unge er veldig lav, mens de øvrige ligger noe over landsgjennomsnittet. Omtrent hver fjerde 20-66 år pendler ut av kommunen. Oppdal, Dovre/Dombås/Lesja, Alvdal, Tynset, Stor-Elvdal og Ringeby ligger alle innen en times kjøretid fra Folldal.

Folldal har et visst innslag av langpendling, for eksempel til Nordsjøen og liknende. Visse grupper i samfunnet ønsker en tilværelse der tilgang til storslått natur anses så viktig at de gjerne innretter bolig- og arbeidsforhold som nettopp tar ut disse fordelene.

3.2 Levekår

Mange av indikatorene er positive, for eksempel andel skilte og separerte, fravær av uføre 16-66 år, andel enslige forsørgerere med stønad fra folketrygden med flere. Andel enslige innbyggere 80 år+ ligger noe høyt, mens forventet levealder er omtrent som for landet. Både inn- og utflytting ligger lavt.

Innvandrerbefolkningen utgjør mindre andel i Folldal enn landet, men omtrent likt med kostragruppe 2. Med innvandrere menes her folk som bosetter seg selv, uten at kommunen er involvert. Folldal har bosatt 42 flyktninger i perioden fra 2013 - 2017. Ytterligere anmodninger om bosetting er ikke mottatt.

3.3 Folkehelse

Folkehelseinstituttet er kilde³, tallene er publisert i 2018. Profilen omfatter kjennetegn ved befolkning, levekår, miljø, skole, levevaner, helse og sykdom. Indikatorene gir ikke et fullstendig bilde, men kan gi verdifull informasjon inn i planleggingen. Ungdata er gjennomført i 2018, men data var ikke publisert av Folkehelseinstituttet ved utarbeidelsen av dette dokumentet. Vi kjenner til at undersøkelsen forsterker inntrykket fra tidligere om høy grad av trivsel, lite bruk av rusmidler med videre.

Befolkning	Folldal	Hedmark	Landet
1 Befolkningsvekst, prosent	-0,94	0,43	25,3
2 Personer som bor alene, 45 år, prosent	27	26,5	25,3
3 Valgdeltakelse, prosent	85	77	78
Levekår			
4 Vgs eller høyere utdanning, 30-39 år, prosent	75	77	82
5 Lavinntekt (husholdninger), 0-17 år, prosent	16	14	12
6 Inntektsulikhet, P90/P10 (se nederst)	2,4	2,6	2,8
7 Bor trangt, 0-17 år, prosent	18	14	19
8 Barn av enslige forsorgere, prosent	10	17	15
Miljø			
9 God drikkevannsforsyning, prosent	100	73	88
10 Forsyningsgrad, drikkevann, prosent	111	79	88
11 Skader, behandlet i sykehus (ny def.) per 1000 (a,k)	17,3	13,2	13,7
12 Fornøyd med lokalmiljøet, Ungd. 2015-17, prosent (a,k)	-	69	70
13 Med i fritidsorganisasjon, Ungd. 2015-17, prosent (a,k)	-	63	66
14 Fortrolig venn, Ungdata 2015-17, prosent (a,k)	-	90,9	90,1
Skole			
15 Trives på skolen, 10. klasse, prosent (k)	85	87	86
16 Laveste mestringsnivå i lesing, 5. kl., prosent (k)	-	24	24
17 Laveste mestringsnivå i regning, 5. kl., prosent (k)	-	23	24
18 Frafall i videregående skole, prosent (k)	23	24	22
Levevaner			
19 Lite fysisk aktiv, Ungdata 2015-17, prosent (a,k)	-	14	14
20 Overvekt inkl. fedme, 17 år, prosent (k)	20	26	23
21 Alkohol, har vært beruset, Ungd. 2015-17, prosent (a,k)	-	14	12
22 Alkoholomset., dagligvare og Vinmonopol, liter per pers.	-	4,4	5
23 Røyking, kvinner, prosent (a)	-	11	7,8
24 Har brukt cannabis, Ungdata 2015-17, prosent (a,k)	-	1,9	2,6
Helse og sykdom			
25 Forventet levealder, menn, år	80,3	77,9	78,8
26 Forventet levealder, kvinner, år	82,9	82,4	83,1
27 Utdanningsforskjell i forventet levealder, år	-	5,2	4,9
28 Fornøyd med helsa, Ungdata 2015-17, prosent (a,k)	-	72	71
29 Psykiske sympt./lid, primærh.tj., 15-29 år, per 1000 (a,k)	121	161	152
30 Muskel og skjelett, primærh.tj. (ny def.) per 1000 (a,k)	319	337	319
31 Hjerter- og karsykdom (ny definisjon), per 1000 (a,k)	15,6	18,2	17,9

³ www.fhi.no/folkehelseprofiler

32 Lungekreft, nye tilfeller per 100 000 (a,k)	43	57	58
33 Antibiotikabruk, resepter, per 1000 (a,k)	242	360	360
34 Vaksinasjonsdekning, meslinger, 9 år, prosent	96,2	95	95,1
a=aldersstandardisert, k=kjønnsstandardisert			
6: 2015, forholdet mellom inntekten til den personen som befinner seg på 90-prosentilen og den som befinner seg på 10-prosentilen.			

Flere indikatorer under 'Levekår' peker gal vei, men er samtidig ganske vanlig i bygdesamfunn som Folldal. 'Miljø' 'Skole' og 'Levevaner' har ok skår. 'Helse og sykdom' har stort sett bedre skår enn fylket og landet. Alt i alt gir indikatorene et bilde av at folk trives og lever et godt liv.

3.4 Boligmarkedet

3.4.1 Kommunen i boligmarkedet

Tallene er ganske lik som for 5 år siden, med unntak av investeringsutgiftene som fanger opp bygging av MOT-boligene. Folldal har mange boliger og andelen som er tilgjengelig for rullestolsbrukere er høy. Kommunen spiller en betydelig rolle i boligmarkedet. Folldal har nesten dobbelt så mange kommunalt disponerte boliger pr 1000 innbyggere sammenliknet med kommunegruppe 2.

		Folldal		K-gr 02		Landet uten Oslo
Kommunen i boligmarkedet	Enhet	2017	2016	2017	2016	2017
Totalt antall kommunalt disponerte boliger	antall	76	70	5253	5020	98092
Kommunalt disponerte boliger per 1000 innbyggere	antall	48	44	27	25	21
Andel kommunale boliger som er tilgjengelige for rullestolbrukere	prosent	83	81	62	60	52
Brutto investeringsutgifter til boligformål per innbygger	kr	4526	7932	1559	1484	1426
Lønnsutgifter per eid kommunal bolig	kr	1427	2164	7539	7424	9216
Andel nye søkere som har fått avslag på kommunal bolig	prosent	0	42	26	26	29
Husstander i midlertidige botilbud i mindre enn 3 måneder	antall	1	1	22	30	2449
Antall boliger godkjent av kommunen for finansiering med startlån, per 1000 innb.	antall	:	:	1,3	1,3	1,4
Antall husstander tilkjent statlig bostøtte fra Husbanken per 1000 innb	antall	3,2	8,2	11,4	14,7	16,2

Husbankens rolle i Folldal er begrenset. De økonomiske indikatorene ligger stort sett på det jevne, med unntak av de høye utgiftene til driftsaktiviteter pr m2. Startlån benyttes svært begrenset.

		Folldal		K-gr 02		Landet uten Oslo
Kommunen i boligmarkedet	Enhet	2017	2016	2017	2016	2017
Netto driftsutgifter til eiendomsforvaltning i prosent av samlede driftsutgifter	prosent	11	10,4	8,8	8,8	8,9

Netto driftsutgifter til forvaltning av eiendom per innbygger	kr	206	174	248	220	271
Areal på formålsbygg per innbygger	m2	6,7	6,7	7	6,5	5,2
Utgifter til vedlikehold per kvadratmeter	kr	78	53	81	91	100
Utgifter til driftsaktiviteter per kvadratmeter	m2	836	738	466	488	514
Herav utgifter til renhold	kr	0	0	154	154	156
Herav energikostnader per kvadratmeter, se merknad*	kr	260	198	115	123	110
Merknad*: Før 2017 har dette tallet blitt beregnet ut i fra samlet areal av de utvalgte (fylkes)kommunale formålsbyggene kommunen eier og leier. Her ser vi kun utgiftene opp mot arealet kommunen eier.						

3.4.2 Boligsosialt kompetansetilskudd

Folldal har (1.mars 2014) sendt søknad til Husbanken om såkalt boligsosialt kompetansetilskudd med kr 400.000,-. Det ble forutsatt at kommunen gikk inn med egne midler i form av arbeidskraft tilsvarende ½ årsverk. Søknaden førte ikke fram. Regjeringen melder at de forbereder å innlemme ordningen i rammetilskuddet.

3.4.3 Kommunens husleiepolitikk

De 24 trygdeboligene leies ut for 3124 – 3580 kr/mnd, de 18 omsorgsboligene leies ut for 5882-6159 kr/mnd, de 6 MOT-boligene leies ut for 6600-6803 kr/mnd, alle satser gjelder for 2018. Det foretas årlig justering av husleiene i størrelsesorden veksten i KPI. Fra 2016 til 2017 ble det justert med +2,9%, siste år med +1,9%. Satsene som benyttes dekker i all hovedsak de finansielle kostnadene knyttet til oppføring av boligene, mens FDV-kostnadene dekkes av kommunen, Jfr tabellen ovenfor ligger utgifter til vedlikehold på 78 kr/m2 i 2017, for en bolig på 50 m2 utgjør dette 3900 kr/år eller et tillegg på husleia på 325 kr/mnd.

Dersom det nå skal bygges ytterligere flere omsorgsboliger kan det påregnes godkjent anleggskostnader på 3.226.000 kr pr omsorgsbolig/sykehjemsplass. Av dette kan det påregnes tilskudd på 1.452.000 kr for omsorgsbolig og 1.774.000 kr for sykehjemsplass. Med en rente på 2,5% på vil opplåning av kommunens egenandel pr omsorgsbolig medføre en månedlig amortiseringskostnad på 7940 kr/mnd med 25 års nedbetaling. Når vi legger til FDV-kostnader på 325 kr/mnd må husleia være 8265 kr/mnd for å dekke kommunens selvkost.

3.5 Boligmassen i Folldal

Det pågår arbeid med ny arealplan. Det har vært moderat nybygging siden '90-tallet da gruvedrifta ble nedlagt.

Kommunen har klaggjort betydelige tomteområder i Folldal Sentrum, Grimsbu og Dalholen. Det har vært føringer på spredt bygginga gjennom arealplanene, store tomter, men den enkelte dekker egne utgifter til vann, avløp osv. Privatmarkedet forsyner kommunen med tomter, arealplanen tilrettelegger. Kommunen har en fleksibel holdning til godkjenning for fritid/midlertidig bruksendring. 10-15 år godkjennes gjerne.

I planen fra 2014 heter det: *Med eiendomsskattelista som kilde for verdien på boliger og fritidsboliger finner vi 1204 enheter med et gjennomsnitt skattegrunnlag kr 485.000,- Tallene må tas med en relativt stor klype salt pga at det blir med noen eiendommer med særlig lav verdi. Når vi tar hensyn til dette er det rimelig å estimere gjennomsnittlig verdi rundt kr 500.000. Konklusjonen er vel uansett at boligene i Folldal har lav omsetningsverdi sammenlignet med både landet og regionen.* Omsetningen av boliger 2.kvartal 2018⁴ var begrenset, men overdragelsene hadde verdi varierende

⁴ Kilde 1881 Eiendom

mellom 0,7 og 1,1 mill kr, altså en del høyere enn estimert i 2014. Omsatte fritidseiendommer ligger i liknende prisklasse, variasjon mellom 0,5 – 1,5 mill kr.

Folldal kan være en attraksjon i forhold til tilflytting, for eksempel å tiltrekke seg folk med interesse for friluftsliv. En andel av tilflyttede senere år tar i bruk gammel boligmasse, nedlagte gårdsbruk er dels blitt en ressurs.

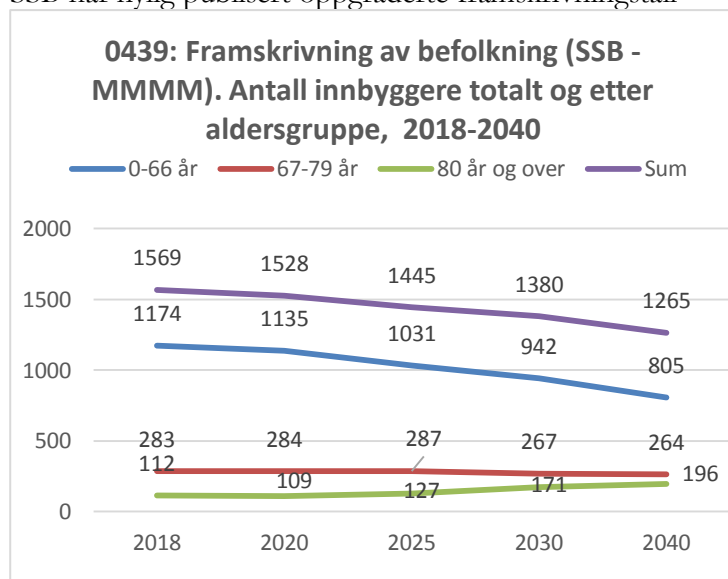
Mange boliger blir stående tom etter fraflytting eller ved død. Det er liten omsetning av boliger. Utsettelse av boplikten gis når eier faller fra, gjerne 5 år, for gjenlevende. Det er sjelden at småbruk er til salgs, noe avhengig av konsesjonsplikt, og det er fortsatt attraktivt å eie boligmasse uten å bebo sjøl.

Et spørsmål å vurdere er om eventuell satsing på nybygg vil føre til fraflytting av opprinnelig bolig og eventuelt salg eller overtakelse av arvingene. Boligprisene er lavere enn prisen for nybygg, dette er en begrensende faktor. Erfaringene er ikke entydig positiv når kommuner som Folldal bygger boliger for utleie til subsidiert husleie. Privat sektor kan ikke konkurrere med dette, og resultatet er forsterkning av problemene med et boligmarked som ikke fungerer. Husleipolitikken i Folldal kommune bidrar i riktig retning.

Det må gjøres en jobb for å tilrettelegge dagens boligmasse for framtidens krav. Den enkeltes private ansvar for egen bolig må tydeliggjøres.

3.6 Framskrivning av befolkningen

SSB har nylig publisert oppgraderte framskrivningstall ⁵



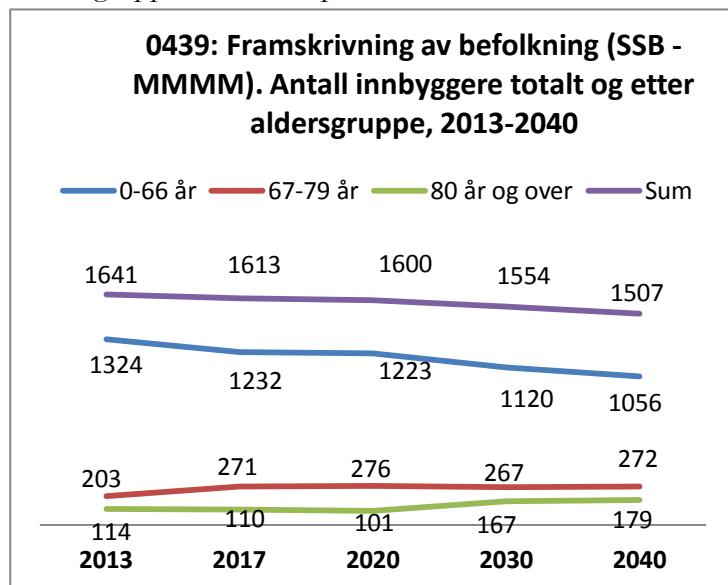
Figurene viser to framskrivninger. Den øverste er basert på SSB's nye tall, den nederste ble laget i 2013. Framskrivningene baseres på utviklingen av 4 viktige indikatorer⁶ lokalt de siste 5 årene. Indikatorene er satt til middels (MMMM).

På disse 5 årene er det skjedd dramatiske endringer. Framskrevet folkemengde for 5 år siden viste at vi i 2017/2018 skulle ha 1613 innbyggere (tall for 2017). Realiteten viser et antall i dag på 1569, altså 44 færre. 0-66 år bidrar til reduksjon med i alt 97 personer.

⁵ Gjøres 2.hvert år.

⁶ Frukthet, levealder, innenlandsk flytting og innvandring.

I 66-79 årsgruppen er det i dag 7 flere enn det ble spådd for 5 år siden, men det viktigste er at veksten i denne gruppen som ble spådd for 5 år siden slo til. Fra å telle 203 personer i 2013 er det nå 80 flere, totalt



283. Dette er viktig for utforming av den boligsosiale planen. Mange av dem vil bli over 80 år, og vi ser at dette forplanter seg til 80 år+ mellom 2020 og 2030 som øker fra 109 i 2020, til 127 i 2025 og 171 i 2030. Veksten fortsetter fram mot 2040.

Barn og yrkesaktive reduseres jevnt og trutt helt fram til 2040, dermed reduseres totalbefolkningen fra 1569 i dag til 1265 i 2040. Barn- og yrkesaktive ble for 5 år siden spådd å være på 1056 personer i 2040. Siste prognose reduserer til 805, reduksjon i prognosen på 251 personer.

Som alternativ til MMMM er det også laget en variant som heter LHML, kalt 'Sterk

aldring' der fruktbarhet er lav, levealder er høy, innenlands flytting er middels og innvandring er lav. Resultatet er at barn/yrkesaktive reduseres ytterligere til 774 (805 i MMMM), 67-79 endres lite, mens 80 år+ øker ytterligere til 214 i 2040 (196 i MMMM). Dette resultatet er altså mer negativt for Folldal enn MMMM.

3.6.1 Dekningsgrad sykehjem og boliger med heldøgns tjenester

Når vi ser bort fra de 6 MOT-boligene er det i alt 37 plasser, 19 i sykehjem + 18 omsorgsboliger med mulighet for heldøgns tjenester. Dekningsgraden ligger på rundt 33% av antall 80 år i befolkningen. Dette er gjerne betraktet som brukbar dekning, noe avhengig av kapasitet i hjemmetjenestene; en kan greie seg med færre plasser dersom kapasitet og prioriteringer i hjemmetjenestene tilpasses for å øke innsatsen til brukere med middels og store behov og som ellers vil søke seg til institusjon/omsorgsboliger dersom de opplever tilbudet i hjemmet som utilstrekkelig eller utrygt.

Dersom en skal beholde denne dekningsgraden framover må antall plasser økes til 42 i 2025 (økning med 5), 56 i 2030 (økning med ytterligere 14) og 65 i 2040 (økning med ytterligere 9 fra 2030). Økning i alt er 28 plasser. Da forutsetter vi at alt forblir som i dag, unntatt utviklingen i antall 80 år+; utvikling av funksjonssvikt ved aldring, folks evne til å tilrettelegge egen bolig, kommunens praksis for tildeling av tjenester og boliger osv; alt dette holdes konstant. Det er vanskelig å predikere effekten av at folk faktisk innretter seg annerledes, at folk holder seg friskere lengre og eventuelt forkorter perioden der man blir avhengig av hjelp, effekten av å tilrettelegge bolig og velferdsteknologi osv. Vi vet bare at det faktisk skjer endringer og at alt ikke blir som før.

Anbefalingen blir å ta veksten i form av nybygg av samlokaliserte boliger, ikke sykehjem. Dette gir mer fleksibel infrastruktur. Beliggenheten bør være med nærhet til sykehjemmet og øvrig boligmasse slik at arbeidskraften kan utnyttes fleksibelt.

Når kommunen har gjort sitt med utbygging av sykehjem/omsorgsboliger, samt har disponert trygdeleilighetene står vi igjen med en stor gruppe, nemlig de som på påregne å greie seg selv på boligmarkedet, eventuelt med bistand fra kommunen, Husbanken med flere. Vi tar utgangspunkt i antall over 66 år, og får da et antall som utgjør rundt 335 pr dato, økende til rundt 350-360 i 2025-2030 og om lag 375 i 2040. Folldals strategi for disse folkene må komme på plass.

3.6.2 KAD-senger⁷

Kommunene er pålagt å ha KAD-senger, både innen somatikk, rus og psykiatri. I Folldal er somatikk-tilbudet løst ved samarbeid med FARTT-kommunene og Tynset sykehus. Kapasiteten er 2 senger.

Innen rus-psykisk helse jobbes det med å få på plass dette i hver enkelt av kommunene. I Folldal siktes det mot å ha tilbud på plass i Grimsbu.

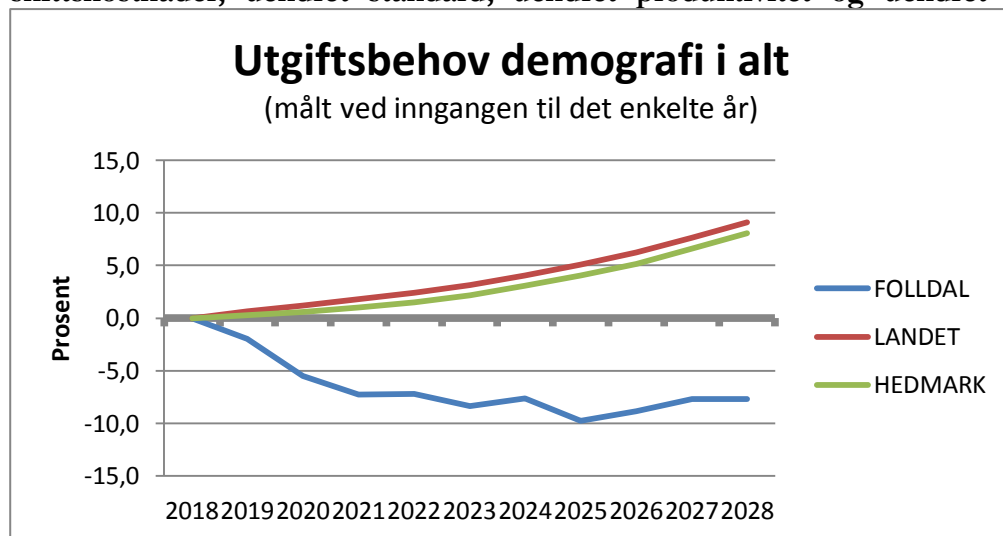
3.7 Demografisk utgiftsbehov

Folldal kommune kan påregne utgiftsreduksjon som følge av utvikling i befolkningen.

Tallene er utarbeidet av KS på grunnlag av SSB's framskrivning av befolkningen, Teknisk beregningsutvalgs beregninger⁸ knyttet til lønnsforhandlingene og revidering av kriterier og kostnadsnøkler i rammeinntektssystemet⁹. En beregner hvordan kommunesektorens utgifter påvirkes av den demografiske utviklingen. Befolkningsendringer påvirker kommunenes samlede utgiftsbehov til velferdstjenester som grunnskole, barnehage og pleie og omsorg. TBUs beregninger tar utgangspunkt i SSBs middelalternativ for fruktbarhet, levealder og netto innvandring.

TBUs beregninger tar utgangspunkt i analyser av hvordan kommunesektorens utgifter faktisk fordeler seg på individrettede velferdstjenester til de ulike aldersgruppene. De bygger altså ikke på noen sentralt fastsatt norm for tjenestetilbudet. I beregningene legges det videre til grunn **konstante gjennomsnittskostnader, uendret standard, uendret produktivitet og uendret dekningsgrad**. Høyere

dekningsgrad eller høyere standard vil isolert sett trekke i retning av økte utgifter, mens økt produktivitet vil trekke i retning av reduserte utgifter. Endringer i befolkningen får altså effekt på kostnadene når alle andre forhold holdes konstant. Figuren illustrerer dette.



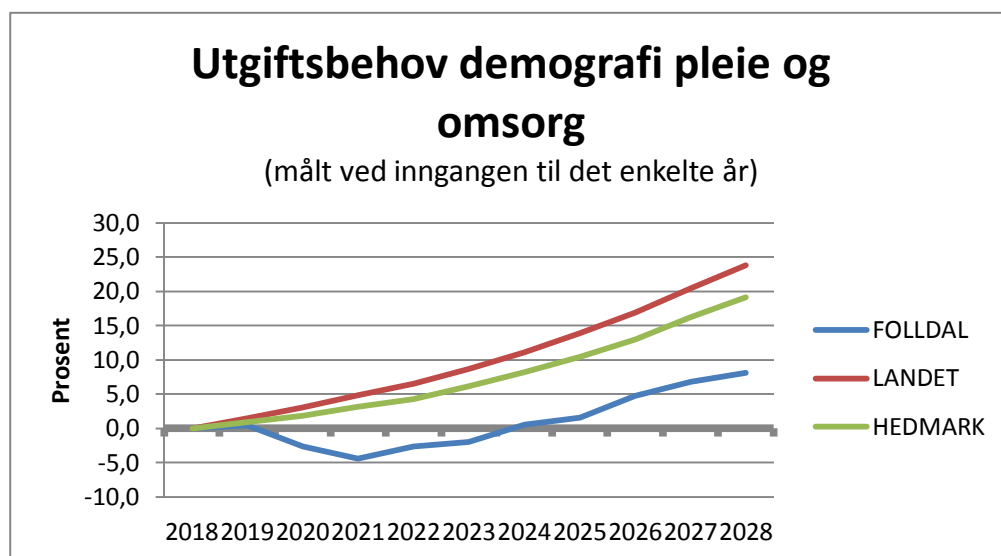
Figurene viser en atypisk utvikling i Folldal sammenliknet med Hedmark fylke og landet totalt. Utgiftene i Folldal reduseres som følge av endringer totalbefolkning og hvordan befolkningen er sammensatt.

⁷ Kommunalt akutt døgntilbud, max 72 timers oppholdstid. Kreves av alle kommuner fra 1.januar 2016, fra 2017 også for rus/psykisk helse.

⁸ Teknisk beregningsutvalg for kommunal og fylkeskommunal økonomi (TBU)

⁹ KS - 'Demografimodellen'. Oppgradert 18.juli 2018 i hht til SSB's nye befolkningsframskrivninger.

Totaltallene i 'Utgiftsbehov demografi i alt' viser at Folldal får reduksjon i kostnadene. Utgiftsreduksjonen kommer som følge av synkende barnetall, synkende antall elever i skolen og synkende/stabilisering av antall eldre.



'Utgiftsbehov demografi pleie- og omsorg' viser at utgiftene skal reduseres med opp mot 5% de nærmeste 3 årene.

Deretter stiger utgiftene slik at de i 2024 er på dagens nivå. Dette er effekten av at antall eldre over 66-79 år ligger ganske stabilt framover, samt at kostnadsnøklerne

ikke dekker faktiske utgifter fullt ut. Dagens 66-79 åringer vil etter hvert bli 80 år+, og da økes kostnadsnøklerne slik at vi får en vekst i kostnadene (og rammeinntektene) fra 2024 og framover.

Utviklingen innen psykisk helse er også med i figuren. De dreier seg mye om aldersgruppen under 67 år. Tallgrunnlaget der er litt tynt for Folldal, og representerer en viss usikkerhet.

Utgiftsbehovet innen pleie- og omsorg i Folldal går ned, det er motsatt trend sammenliknet med Hedmark og landet fram til 2024. Deretter vil de øke, men en god del mindre enn i Hedmark samlet som vil øke mye mer enn Folldal. Sammenliknet med landet er differansen enda større. Dette vil medføre reduksjon i rammeinntekter knyttet til kriteriet antall personer i ulike aldersgrupper.

Det avgjørende spørsmålet er om rammeinntektssystemet vil følge kostnadsutviklingen 100% eller om det vil skje en avkorting slik at endringer i demografiskapte kostnader bare medfører delvis dekning. I så fall vil kommunene måtte ta en del av endringene på egen kappe ved bruk av andre frie inntekter som for eksempel skatteinntekter. Regjeringens perspektivmelding i 2017 gir signal om at noe av utgiftsendringene må tas ved omstilling. I klartekst betyr det at kommunene ikke kan forvente full inndeckning av endringer i demografikostnadene – produktivitet og effektivitet må forbedres for å kompensere for dette.

3.7.1 Konklusjon

Demografiskapt utgiftsbehov uttrykker i klartekst hvordan befolkningsutviklingen og finansieringsopplegget for kommunesektoren i kombinasjon setter rammer for hvordan kommunen skal utvikle seg. Rammeinntektssystemet er uløselig knyttet til blant annet utvikling av antall mennesker som bor i kommunen og aldersfordeling. Kommunens muligheter til å motvirke eller stimulere utvikling må skje med frie inntekter og lokale tiltak, for eksempel innen næringsutvikling.

Boligpolitikken er en viktig del av dette, både når det gjelder kapasitetsbehov i institusjon og omsorgsboliger, men også den allmenne boligmassen som må holde slik standard at framstår rimelig attraktiv for folk flest

4. OMSORGSTRAPPA – OVERSIKT BRUKERE OG TJENESTER

På rapporteringstidspunktet 2.juli 2018 var situasjonen slik:

	02.07.2 018	Antall brukere	Antall uten timer	Antall med timer	Snitt pleietyngde med timer	Sum timeverk	Snitt t/u brukere med timer
2	P/o	120 (131)	16	104	2,73	533	5,1
1	Hjemmetj ord+psy	4	1	3	2,87	29,1	9,7
2	Hjemmetj psyk	14 (20)	1	13	1,26	12,3	0,9
3	Hjemmetj ord	79	12	67	2,47	263	3,9
4	Institusjon langtids	11		11	4,65	11	1
5	Institusjon skjermet	3 (4)		3	4,35	3	1
6	Institusjon korttids	6	1	5	4,01	30,6	6,1
7	MOT	3 (7)	1	2	4,63	184	92
Psyk: 6 brukere mangler data. Skjermet avd: 1 bruker mangler data. MOT: 4 brukere mangler data. Dette er nå rettet opp.							
	30.11.2 015	Antall brukere	Antall uten timer	Antall med timer	Snitt pleietyngde med timer	Sum timeverk	Snitt t/u brukere med timer
2	P/o	107	16	91	2,79	459,5	5
3	Hjemmetjen	78	15	63	2,25	215,1	3,4
4	Institusjon langtids	14	1	13	4,1	29,8	2,3
5	Institusjon skjermet	4		4	3,96	4	1
6	Institusjon korttids	6		6	4,36	17	2,8
7	MOT	5		5	3,28	193,7	38,7

Antall brukere er økt fra 107 til 131 (+22%) når vi tar med de som er ufullstendig dokumentert. Pleietyngden i hjemmetjenesten ordinære er økt fra 2,25 til 2,45. Når vi korrigerer for at psykiatritjenesten nå er skilt ut i egen gruppe utjevnes økningen, samlet pleietyngde nå 2,23, altså litt lavere enn i 2015. I institusjon er bildet mer variert: i langtidsavdelingen er pleietyngden økte fra 4,1 til 4,65, skjermet avdeling er økt fra 3,96 til 4,35, med andre ord kraftig økning i begge. I korttidsavdelingen er det motsatt, pleietyngden er redusert, men dette er vanskelig å tolke da det er tilfeldig hvilke brukere som er der på registreringstidspunktet.

Gjennomsnittlig timer/uker tjenester i hjemmetjenesten er økt fra 3,4 til 3,7, begge tall omfatter alle brukere inklusive psykisk helse og de som har tjenester fra både ordinære tjenester og psykisk helse. Både i 2013 og 2015 kom vi fram til at Folldal yter mer tjenester enn snittet for andre kommuner. Vi

sammenlikner da tjenester til brukere som ganske like behov. Folldal er fortsatt rausere og har økt siden 2015.

Snittalderen i hjemmetjenesten totalt er redusert fra 78,7 til 76,7 år. Dette kan henge sammen med at det er rekruttert flere innen psykisk helse siden 2015, de er gjerne noe yngre og trekker snittet ned. I institusjon er snittalderen i langtidsavdelingen uendret på 89,5 (89,8 i 2015). I skjermet avdeling er alderen redusert fra 85,8 til 82,3, men her mangler data for en bruker som kan trekke opp snittet.

Mengden tjenester som ytes i hjemmetjenesten samlet sett er økt vesentlig. I sum, alt inklusive er antall timer/uke økt fra 215,1 til 304,4 (+89,3, =41,5%). Økningen utgjør 2,5 årsverk. Når en legger til normal andel indirekte tid (35% inkl reiser) utgjør økningen 3,4 årsverk. Tjenesten rapporterer svært travle dager, tallene belyser dette på en god måte. I en manuell telling fra 30.april 2018 summeres alle vedtak i hjemmetjenesten til 505 timer/uke, ekskl kreftpasienter som har egen tjeneste. Når en legger 505 timer til grunn er veksten mer enn fordobling siden 2015. Timetallet 505 er eksklusiv indirekte gjøremål. Forskjellen mellom de ulike totaltallene kan skyldes tekniske forhold ved rapportering i Cosdoc. Den manuelle tellingen av timetall bør legges til grunn for drifta.

Utviklingen som beskrevet ovenfor må ses i lys av avsnittet nedenfor angående dødelighet.

Arbeidet med å fornye kriteriene for vurdering av brukernes behov og tildeling av tjenester kan fullføres innen rimelig tid. Dette er viktig, også for å sikre politisk innflytelse på kommunens policy.

4.1.1 Nærmere om sykehjemmet

Kommunestyret har lagt opp til at sykehjemmet skal videreføres. Det er gjort investeringer i nytt energianlegg som vil gi store besparelser på sikt, og som også kan betjene nybygg. Det er investert i velferdsteknologi; pasientvarslingssystem (smartvakt) og elektronisk arbeidsplan på hvert rom.

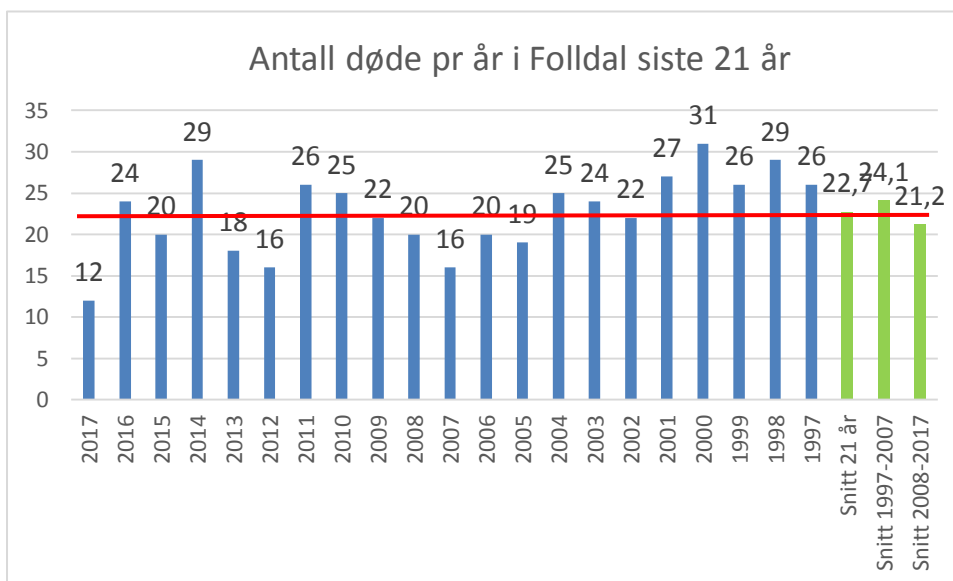
Samtidig er det åpenbare svakheter ved dagens bygningsmasse: kjøkkenet er nedslitt, halvparten av rommene må dele toalett/bad med andre, medisinerommet har ikke nødvendig klimaløsning, avdelingsstrukturen er uhensiktsmessig og medfører smådriftsulemp. Lange avstander internt medfører dårlig logistikk og generelt tungvinte arbeidsmønstre. Personalet har ikke garderobeløsninger som er egnet for vår tid. Ledelsen av pleie- og omsorg har lokaler i samme bygg; de er i ferd med å bli utdatert. Det er grunn til å tro at alt dette påvirker produktiviteten negativt.

Halvparten av rommene er altså uten eget toalett/bad. For å løse opp i dette må det trolig 'ofres' et antall rom. Denne kapasiteten må erstattes, kommunen trenger det antall plasser en har i dag. Det krever nybygg.

Økt kapasitet av omsorgsboliger er omtalt i andre avsnitt, på kort sikt er det behov for 5 boliger. For å oppnå gode driftsmønstre bør en se disse kapasitetene i sammenheng med utbygging av sykehjemmet og erstatning av plasser som rehabiliteres. Det betyr nybygg med i alt 10 plasser som kan driftes som en enhet, der det er mulig å kombinere drift som sykehjem og omsorgsbolig. I så fall vil et antall plasser være hjemlet som institusjonsplasser og et antall som boliger. Økonomisk sett kommer disse løsningene alt i alt ganske likt ut for brukerne og kommunen.

4.2 Dødelighet

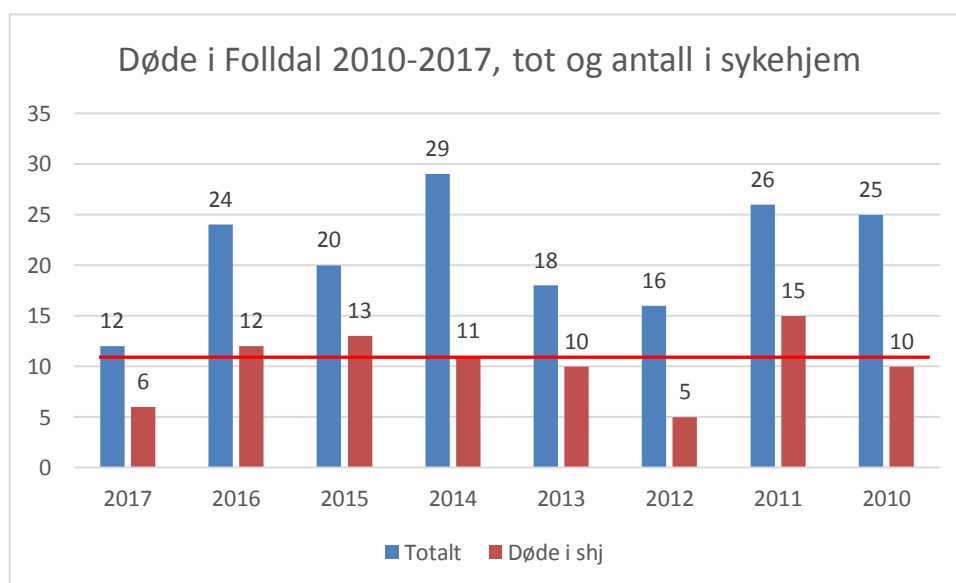
Det vanlige er å forholde seg til kapasitet i sykehjem og boliger som en % av antall personer 80+. Det er imidlertid like viktig å følge med dødelighet, særlig i små kommuner der tilfeldig opphopning av dødelighet/ fravær av dødelighet kan gi seg store utslag. Folldal er i en slik situasjon nå.



I gjennomsnitt siste 21 år var det 22,7 dødsfall pr år, størst antall i år 2000 med 31, lavest antall i 2017 med 12. Det lave antallet i 2017 slår ut i opplevd kø, ventelister og akutt behov for mer ressurser både i

hjemmetjenesten og i sykehjemmet.

4.2.1 Dødelighet i sykehjem – effekter



Dødelighet totalt slår ut direkte i sykehjemmet. Figuren viser at det er en viss samvariasjon; når dødelighet øker totalt er det stor sannsynlighet for at den øker også i sykehjemmet, tilsvarende når dødelighet avtar. Midt i 2018 meldes det om behov for mange flere plasser.

Med i alt 6 dødsfall i 2017 må en tilbake til 2012 for å finne tilsvarende lavt tall (5). Mellomliggende år,

2013-2016 var det i alt 46 døde i sykehjemmet. Snittet for disse årene var rundt 10-11, se horisontal linje. I en slik situasjon som vi ser i dag merkes knapphet på kapasitet både i sykehjem og hjemmetjenester, flere skrøpelige blir boende hjemme når det ikke er plass i sykehjemmet.

Gjennomsnittlig oppholdstid for de som har plass pr dato er økt til 3,09 år, mot 2,58 år for fem år siden. For tiden er det ikke kapasitet til å tilby avlastning slik som tidligere da det ble praktisert rullerende avlastning. 3 brukere er på korttidsplasser men skal egentlig tilbys langtids plass. I tillegg er det 3 som står i kø for å få omsorgsbolig/trygdeleilighet.

4.2.2 Plangrunnlag

Svingninger i dødelighet må alltid påregnes, topper og bunner må takles med midlertidig styrking og reduksjon i kapasitet. Plangrunnlaget i Folldal fram til 2023/2024 bør være at det skjer en stabilisering av antall 67 år+. Da er det rimelig å benytte gjennomsnittstallene for dødelighet som plangrunnlag, men slik at en tar høyde for å dekke inn konsekvensene av variasjoner i dødelighet med midlertidige tiltak. Med dagens kapasitet i sykehjemmet på 19 vil 'normalåret' (snitt på 10-11) innebære at belegget skiftes ut 2.hvert år. Det vil si at gjennomsnittlig oppholdstid går ned mot 2 år.

Fra 2024 må kapasitetene justeres, men slik at endringene tas ved å endre/øke antall omsorgsboliger, se eget avsnitt.

4.3 Velferdsteknologi

Trygghetsalarmene er skiftet ut til neste generasjon som blant annet gir mulighet til å ha en samtale med brukeren når alarmer utløst. Antallet alarmer er nå 52, liten økning siden 2015. Ny teknologi var ment å føre til raskere avklaring av hjelpebehov og dermed oftere gi mulighet til å unngå behov for utrykning. Det motsatte har skjedd, antallet utrykninger er økt.

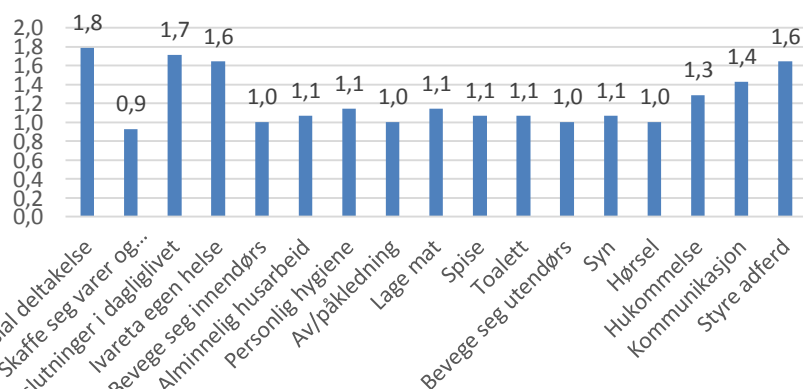
Folldal har tett kontakt med teknologileverandør og andre kommuner om den videre utvikling.

Se også avsnitt om sykehjemmet.

4.4 Psykisk helse, demens

Kommunelegen har bekymring for utvikling av demens og nevner et antall 'yngre eldre' som kunne ha nytte av bedre lavterskel dagtilbud for å bremse utviklingen. Hun etterlyser at dagens dagtilbud utvides til flere dager og med tilbud til flere. Jeg har derfor sett på data for brukere som har tjenester fra avdeling for psykisk helse. Pasientgruppen er ofte med på søkerlistene til kommunale boliger; gode resultater kan forebygge at de får behov for bistand med bolig.

Snitt ADL-skår brukere med tjeneester fra psykisk helse, ekskl 5 brukere felles med p/o, skala 1-5



Materialet omfatter i alt 26 personer som er oppgitt som brukere av psykiatritjenesten, jfr liste datert 2.juli. I alt 6 av disse mangler data i IPLOS-informasjon i Cosdoc og faller ut av den grunn. 5 av brukerne er brukere som har både psykiatritjenester og ordinære hjemmetjenester, de har helt andre kjennetegn (større behov/mer tjenester) og behandles for seg.

Figuren gjelder i alt 14 brukere som psykiatritjenesten (avdeling organisert i helseavd) har

eneansvar for. Figuren viser snitt score på de ulike ADL-variablene¹⁰. Ingen av dem har snitt over 2, de som omhandler fysisk/instrumentell funksjon er tilnærmet lik 1, altså ikke svekket funksjon. Innen kognitiv svikt finner vi noen registrerte verdier på 2 som betyr noe nedsatt funksjon, men ikke behov for personhjelp. Verdi 3 (behov for personhjelp) forekommer et fåtall ganger. Samlet veiet funksjonssvikt er 1,2. Snittalderen er 52 år, spredning fra 73 til 22, de fleste er i den gruppen kommunelegen bekymrer seg for. Alt i alt har disse brukerne om lag 12 timer/uke, i snitt 0,9 timer/uke. Slik det er registrert tolkes det som 1:1-tjenester (ATA).

Fra liste 'Tjenester med tiltaksoversikt' datert 02.juli 2018 summeres tjenestene til å være 19,8 timer/uke (noe over 1/2 årsverk) fordelt på 16 brukere. Et par av disse er i gruppen uten fullstendig dokumentasjon i Cosdoc/IPLOS og som altså er fraværende i figuren ovenfor. I alt 6 har ikke tjenester i tiltaksoversikten men har det fortsatt i Cosdoc/IPLOS. Det kan bety at tjenestene er avsluttet uten at de er avsluttet på en ok måte i datasystemet.

De 5 brukerne som psykiatritjenesten har felles med hjemmetjenesten har større funksjonstap, variasjon mellom 1,76 og 3,77, de fleste over 3. Dette er hjelpebehov som ligger på nivå med normalen for tildeling av omsorgsboliger med noe eller mye tilsyn. En av brukerne har korttidsopphold på sykehjemmet på rapporteringstidspunktet¹¹, hjemmetjenester samlet til gruppen utgjør om lag 13 timer/uke, hovedsakelig sykepleie, (sum ordinær hjemmesykepleie og psykiatrisk hjemmesykepleie).

I følge hjemmesidene har avd for psykiatri/rus 2x100% stillinger + en prosjektstilling knyttet til rusfeltet fram til september 2018.

Oppsummering: Psykiatritjenesten yter 1:1 ATA-tjenester til alle, i tillegg drifter de onsdagsgruppa. I alt er det registrert 12 timer/uke tjenester i Cosdoc/IPLOS, dette utgjør 1/3 årsverk, pluss det som måtte gjelde uregistrerte brukere. Målt med data fra 'tiltaksoversikt' utgjør tjenestene 19,8 timer/uke, det utgjør drøyt 1/2 årsverk. I tillegg kommer tid til dokumentasjon, møter i ansvarsgrupper og tverrfaglige møter med mer. Alt i alt estimeres oppgaver for om lag ett årsverk.

Denne ressursutnyttelsen kan forbedres. Kommunelegens ønske om mer dagtilbud og oppfølging av hele gruppen tilsier at psykiatri/rus feltet bør evalueres med sikte på å finne bedre organisering og mer treffsikker arbeidsform. Dersom det fortsetter som nå vil det gå kort tid før det vil oppleves som behov for ytterligere ressurser. Dokumentasjon i datasystemet må forbedres.

4.5 Kjennetegn ved de som har kommunal bolig

Basert på tilgjengelig informasjon i Cosdoc og lister over brukere med tildelte boliger viser at 41 personer har fått leilighet. Antallet kan avvike fra det faktiske på grunn av ufullstendig registrering i datasystemet.

5 av i alt 41 har ikke andre tjenester, 36 har bolig + andre tjenester. Nedenfor fokuserer vi på hvilke kjennetegn de har i form av funksjonstap og andre tjenester i tillegg. Grunnen til dette er at kommunale boliger skal prioriteres for omsorgspolitiske formål og ikke boligpolitiske formål. I utkastet til nye kriterier for tildeling av tjenester som nå

¹⁰ ADL: aktiviteter daglig liv, jfr det som registreres i IPLOS for rapportering til journalsystem, sentrale myndigheter (SSB).

¹¹ Dataeksport fra Cosdoc 2.juli 2018

Samleoversikt

Antall brukere	Pleietyngde, 16 grupper (gruppe 1=spreke brukere, gruppe 16 svært hjelpetrengende)																
Pleietyngde gruppe	Tot	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	14	16
Antall brukere	41	2	2	1	3	3	5	9	6	1	2	2	3		1		1
Antall uten timer	5	2	2		1												
Antall med timer	36			1	2	3	5	9	6	1	2	2	3		1		1

Lett	Midd	Tung
16	23	7
39 %	56 %	17 %

Totalt er det 39 % av brukerne som har lette (begrenset) funksjonstap, 56% har middels og 17% har tunge funksjonstap. Snitt pleietyngde er 2,66 (skala 1-5).

Trygdeleiligheter

Antall brukere	Pleietyngde, 16 grupper (gruppe 1=spreke brukere, gruppe 16 svært hjelpetrengende)																
Pleietyngde gruppe	Tot	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	14	16
Antall brukere	19	2	2	1	3	1	4	2	2		1		1				
Antall uten timer	5	2	2		1												
Antall med timer	14			1	2	1	4	2	2		1		1				

Lett	Midd	Tung
9	9	1
47 %	47 %	5 %

I trygdeleilighetene er hovedtyngden (47%) personer med lette funksjonstap, samme andel har middels funksjonstap. Kun 5% har tunge funksjonstap. Gjennomsnittlig har brukerne i trygdeleilighet hatt boligen i 4,7 år. Snitt pleietyngde er 2,23.

Omsorgsboliger

Antall brukere	Pleietyngde, 16 grupper (gruppe 1=spreke brukere, gruppe 16 svært hjelpetrengende)																
Pleietyngde gruppe	Tot	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	14	16
Antall brukere	22					2	1	7	4	1	1	2	2		1		1
Antall uten timer																	
Antall med timer	22					2	1	7	4	1	1	2	2		1		1

L	M	T
2	14	6
9 %	64 %	27 %

I omsorgsboligene er det personer med middels og tunge funksjonstap som dominerer. Andelen med lette funksjonstap er kun 9% (2 personer). Gjennomsnittlig har brukerne i omsorgsbolig hatt boligen i 1,9 år. Snitt pleietyngde er 3,04.

Tjenr	Tjeneste betegnelse	Antall brukere	Timer/uke	Gj.sn t/u
1	Praktisk bistand daglige gjøremål	32	33	1,0
2	Praktisk bistand opplæring	1	3	3,0
4	Dagsenter	5	28	5,6
5	Matombringing	32		
6	Trygghetsalarm	27		
9	Støttekontakt	2	8	4,0
12	Omsorgsbolig	12		
13	Annen bolig	20		
15	Sykepleie	36	136	3,8

Tjenester som brukerne har i tillegg til boligen: I alt 33 (32+1) har praktisk bistand, men begrenset til snitt 1 timer/uke. 36 har sykepleietjenester, snitt 3,8 timer/uke.

Ellers er bildet at brukerne har en del tjenester i tillegg, herunder 32 med matombringing, 27 med trygghetsalarm.

4.5.1 Oppsummering

Bruken av kommunale boligtilbud i 2018 ser ut omtrent som det gjorde i 2014. Pleietyngden for de som har trygdeleilighet er bare litt høyere enn det vi finner for brukere med ordinære hjemmetjenester og som bor i eget hjem. De som har omsorgsbolig har et snitt pleietyngde på 3,04, i absolutt nedre grense for disponering av slike boliger der de mest effektive kommunene kommer opp mot 4.

Kommunen har 76 boliger, av disse er det altså et 40-talls antall som har status som trygde- eller omsorgsleilighet. Dette er en vanlig situasjon for en kommune med sterkt synkende befolkning, spredt bosetting, dårlig fungerende boligmarked og landbruksbasert næringsliv.

5. RESYMÈ AV INFO FRA HUSBANKEN

5.1 Boligsosialt kompetansetilskudd

Ordningen er til vurdering. Den skal bidra til å heve kompetansen innenfor boligsosialt arbeid og boligsosial politikk. Det er først og fremst kommuner som har fått midler fra posten, men det er også tildelt midler til frivillige organisasjoner. Det vurderes å innlemme tilskuddet i rammefinansieringen. Formålet med endringen er å redusere statlig detaljstyring.

5.2 Bostøtte

Utmålingen av bostøtte er et forhold mellom husstandens inntekter og boutgifter. Det er fastsatt grenser for hvor høye boutgifter som blir tatt med i beregningen av bostøtten. **Retten til bostøtte er knyttet til inntektsgrunnlaget i husstanden overstiger øvre grense for inntekter..**

Øvre inntektsgrense per måned generelt

	1 person	2 personer	3 personer	4 personer	5 personer
Folldal	17 797	20 436	23 222	26 058	29 054
	6 personer	7 personer	8 personer	9 personer	10 personer
Folldal	31 129	33 204	35 279	37 355	39 430

Øvre inntektsgrense per måned for unge uføre: Gjelder for husstander der én eller flere er unge uføre

	1 person	2 personer	3 personer	4 personer	5 personer
Folldal	20 393	23 229	26 210	29 325	32 481
	6 personer	7 personer	8 personer	9 personer	10 personer
Folldal	34 801	37 121	39 441	41 761	44 081

Det er noe høyere grenser for spesialtilpassete boliger.

5.3 Startlån

Det kan gis startlån til kjøp av bolig, refinansiering med pant i egen bolig, kjøpe ut ektefelle, tilpasning/utbedring av bolig. Det ikke er nødvendig med egenkapital. Men du må ha tilstrekkelig inntekt, til å dekke utgiftene på startlånet, ved siden av andre utgifter. **Kommunen vurderer hvor mye startlån du kan ha og om du eventuelt har behov for tilskudd i tillegg til startlånet.**

Viktige forutsetninger for å få startlån: En må kunne betale renter og avdrag på lånet, og samtidig ha nødvendige midler igjen til livsopphold. Boligen må være egnet for husstanden over tid, og rimelig i forhold til prisnivået lokalt, hovedregelen er at en søker startlån i den kommunen en ønsker å kjøpe bolig.

5.4 Grunnlån – Privatpersoner

Husbankens grunnlån skal bidra til å fremme viktige boligkvaliteter som miljø og tilgjengelighet (universell utforming) i ny og eksisterende bebyggelse. Grunnlånet er mest interessant for oppgradering av

eksisterende bolig, men kan også gå til bygging av nye boliger. Grunnlån har gunstige betingelser og passer godt for fokus på miljø, lavt energibehov og en bolig som er brukbar i alle livsfaser.

Alle kan søke om grunnlån. For å få lån må du ha fast inntekt og tilstrekkelig betjeningsevne. Betjeningsevne vurderes ut fra gjeldende SIFO satser.

For å kunne få grunnlån, må boligen være innenfor gjeldene arealkrav og oppfylle enkelte kvalitetskrav knyttet til tilgjengelighet (universell utforming) og miljøeffektivitet. Noen av disse kvalitetskravene er strengere enn gjeldende byggeforskrifter (TEK 10).

Grunnlånet kan gis til både oppgradering av eksisterende bolig og til bygging av nye boliger.

Kjøper du bolig gjennom en megler eller en utbygger hvor prosjektet allerede er godkjent for finansiering i Husbanken, har utbygger ansvar for å bistå deg med informasjon om finansiering og utfylling av søknader og andre lånedokumenter.

Det kan gis inntil 80 % finansiering av salgssum, lån kan tilbakebetales enten som annuitetslån eller serielån over 30 år. Det kan gis inntil 8 års avdragsfrihet innenfor den totale nedbetalingstiden.

5.5 Tilskudd til utleieboliger

1. januar 2018 trer ny forskrift for tilskudd til utleieboliger i kraft. Fra 01.01.18 vil utmåling av tilskudd til utleieboliger skje etter faste satser per kvadratmeter og etter en geografisk/kostnadmessig inndeling. I tabellen nedenfor finner dere de nye satsene. I Folldal kan det gis tilskudd med kr 6000 pr m², maksimalt kr 480.000,-. Nedskrivningstiden forlenges fra 20 til 30 år. Tilskuddet avskrives med 3,3 prosent per fullført år fra utbetalingsdato. Det vil ikke lenger bli gitt tilskudd til oppgradering av bolig.

5.6 Investeringsstilskudd til omsorgsboliger og sykehjem

Investeringsstilskuddet skal stimulere kommunene til å fornye og øke tilbudet av plasser i sykehjem og omsorgsboliger for personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester. Det vurderes endringer i ordningen slik at mulighetene til å finansiere oppussing og utbedringer fases ut. Utfallet av dette er ikke klart.

Prinsippene om normalisering og integrering skal bli tatt hensyn til ved lokalisering og planlegging. Boenhetene skal ikke ha institusjonsliknende preg, bør bli plassert i ordinære og gode bomiljøer, bør ikke være for mange. De ulike brukergrupper må ikke bli samlokalisert på en uheldig måte.

Omsorgsplasser som får innvilget investeringsstilskudd må være universelt utformet og tilrettelagt for mennesker med demens og kognitiv svikt. Slik utforming og tilrettelegging skal skje i tråd med Demensplan 2015 og med formålet for ansvarsreformen for mennesker med utviklingshemming. Målgruppe for tilskuddet er personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester uavhengig av alder og diagnose.

Tilskuddet kan brukes til å øke kapasitet av sykehjem og omsorgsboliger både til korttidsplasser og langtidsopphold, fellesarealer som er nødvendig for å oppnå heldøgns tjeneste i eksisterende omsorgsboliger, installering og prosjektering av heis, sprinkelanlegg, samt ulike tiltak knyttet til velferdsteknologi i eksisterende bygningsmasse, døgnomsorgsplasser til personer med behov for

øyeblikkelig hjelp, ombygning og utbedring av gamle og uegnede bygninger (jf nye bestemmelser om netto tilvekst, se veileder).

Tilskuddsandelen: Gjennomsnittet av den statlige tilskuddsandel per boenhet er 50 prosent av maksimalt godkjente anleggskostnader. Dette fordeles med 45 prosent per omsorgsbolig og 55 prosent per sykehjemsplass. Det kan også gis inntil 55 prosent utmåling av tilskudd der det etableres egne lokaler for dagaktivitetstilbud i tilknytning til allerede eksisterende omsorgsboliger. Det er en forutsetning at dagaktivitetstilbudet omfatter beboerne i omsorgsboligene, men tilbudet kan også benyttes av andre som har et slikt behov. Veiledende størrelse på lokaler til dagaktivitetstilbud er 10 kvm per bruker.

Anleggskostnader og tilskuddssatser 2018:

Anleggskostnadene per boenhet i omsorgsboliger og sykehjem i Folldal er 3 226 000 kroner. De maksimale tilskuddssatsene er 1 452 000 kroner for en omsorgsbolig og 1 774 000 kroner for en sykehjemsplass. Omsorgsboliger og sykehjem som finansieres med investeringstilskudd må være tilrettelagt for tilkobling av elektroniske hjelpemidler, kommunikasjons- og varslingssystem og annen velferdsteknologi.

5.7 Boligrådgivning i kommunene - ny eksempelsamling

Eksempelsamlingen viser hvordan ulike kommuner organiserer arbeidet med rådgivning om boligtilpassing. Viktige forhold som trekkes frem er tverrfaglig samarbeid internt i kommunen, og et godt samarbeid med NAV hjelpemiddelsentral, som en viktig suksessfaktor.

Kommunene har selv ansvar for boligrådgivningen i sin kommune, og gi råd og veiledning til personer som har behov for tilpassing av bolig, for å kunne bli boende. Dette omfatter vurdering av personlig økonomi, behov for ekstern finansiering (lån og tilskudd), behov for tilpassing av bolig og valg av tiltak.

5.8 Tilpasning av bolig

Enkeltpersoner kan søke om finansiering til små eller store ombygginger og tilpasninger. Å tilpasse en bolig innebærer å gjøre den egnet slik at du kan fortsette å bo i den, selv om du har nedsatt funksjonsevne. Tilpasningen må være hensiktsmessig og behovet for tilskudd blir vurdert i sin helhet ut fra husstandens økonomiske situasjon på sikt. Finansiering kan gis til husstander eller enkeltpersoner som har behov for tilpasning av boligen, barnefamilier har høy prioritet, eldre som ønsker å utføre forebyggende tilpasningstiltak, både enkle tiltak for å bedre tilkomsten til boligen og til større ombygginger for å tilrettelegge boligen. Gjelder både leid og eid bolig. Tilskudd til tilpasning søkes i den kommunen en bor i.

Andre finansieringsmuligheter: En kan også søke om tilskudd til utredning og prosjektering, for å kartlegge behov, muligheter og kostnader. Dette kan for eksempel utføres av arkitekt eller en annen fagkyndig person. Dette tilskuddet er ikke økonomisk behovsprøvd.

5.9 Tilskudd til etablering i egen bolig

Personer som ikke klarer å betjene et startlån som er stort nok til å finansiere en egnet bolig, kan få tilskudd til etablering.

Tilskudd til etablering skal bidra til å skaffe egnede boliger for vanskeligstilte på boligmarkedet. Tilskuddet skal også sikre at vanskeligstilte kan bli boende i en egnet bolig. Kommunen forvalter tilskuddet som gis til privatpersoner.

5.10 Tilskudd til refinansiering av lånegjeld

Dersom en på grunn av betalingsproblemer har vanskeligheter med å beholde boligen, kan kommunen gi økonomisk veiledning og støtte til refinansiering av boliggjeld. En løsning kan være å søke om startlån og/eller tilskudd til refinansiering av boliggjeld og eventuell annen gjeld. Dette er særlig aktuelt der boligen er godt tilpasset et spesielt behov og hvor kommunen ut fra en helhetsvurdering mener at den beste løsningen er at du/dere får fortsette å bo i boligen. Det forutsettes at refinansieringen, eventuelt sammen med andre tiltak, bidrar til en varig løsning av de økonomiske problemene i forhold til bolig.

5.11 Tilskudd til utredning og prosjektering

Personer med behov for tilpasning av boligen din, kan søke om tilskudd til profesjonell prosjekteringshjelp. Dersom du har behov for tilpasning av boligen din i dag eller i fremtiden, for eksempel på grunn av nedsatt funksjonsevne hos deg eller annet husstandsmedlem, kan du søke om tilskudd til profesjonell prosjekteringshjelp utført for eksempel av arkitekt. Tilskudd til prosjektering kan dekke utgifter på inntil 20 000 kroner. Ved tilpassing av eksisterende boliger, kan det også gis tilskudd til utredning i forkant av prosjekteringen på inntil 20 000 kroner. I spesielle tilfeller kan det gis høyere tilskudd. **Det kan også gis tilskudd til utredning og prosjektering.** Tilskuddet gis til personer med nedsatt funksjonsevne og andre som har behov for tilrettelegging av boligen.