

**PLAN FOR
HABILITERING OG
REHABILITERING
AGDENES KOMMUNE
2011-2015**

Du vet hva du vil.

Vi skal hjelpe deg å få det til.

FORSLAG TIL INNHOLD OG ORGANISERING AV PLANEN

1. INNLEDNING

- 1.1 Bakgrunn og lovgrunnlag
- 1.2 Sammensetting og arbeidsform

2. HABILITERING / REHABILITERING

- 2.1 Definisjoner og begreper
- 2.2 Rehabilitering som prosess
- 2.3 Rehabilitering i forhold til trening

3. KARTLEGGING AV BEHOV FOR TJENESTENE I AGDENES KOMMUNE

- 3.1 Demografi
- 3.2 Aktuelle målgrupper for rehabilitering

4. MÅLSETTING FOR TJENESTEN

- 4.1 OVERORDNET MÅL
- 4.2 DELMÅL ,før andre tiltak settes i verk, skal rehabilitering vurderes
- 4.3 Hvordan skal måla oppnås?

5. ORGANISERING AV REHABILITERINGSTJENESTEN OG HABILITERINGSTJENESTEN

- 5.1 En brukers veg i systemet
- 5.2 Koordinator
- 5.3 Inntaksteam, inntak, vurdering, oppfølging

6. HVOR FOREGÅR REHABILITERING ? LOKALITETER, ARBEIDSRUTINER

- 6.1 Hjemmetjenestens rolle
- 6.2 Frivillige lag og organisasjoner
- 6.3 Fysio- og ergoterapi
- 6.4 Brukerorganisasjonene
- 6.5 Utlån av tekniske hjelpemidler

7. BUDSJETT / ØKONOMI

8. RULLERING AV PLANEN

1. INNLEDNING

1.1 LOVGRUNNLAG OG BAKGRUNN

LOVGRUNNLAG

Ifølge lov om helsetjenesten i kommunene, 19.11.82 nr. 66, §1-3, er medisinsk rehabilitering en av de 4 oppgavene som kommunens helsetjeneste skal omfatte.

1. Fremme helse og forebygging av sykdom, skade eller lyte.
2. Diagnose og behandling av sykdom, skade eller lyte.
3. **Medisinsk rehabilitering og habilitering.**
4. Pleie og omsorg.

Loven plasserer medisinsk rehabilitering og habilitering som en likeverdig oppgave med kommunehelsetjenestens øvrige oppgaver.

BAKGRUNN

Revidert versjon av planen fra 1999 i henhold til den nye pleie- og omsorgsplanen fra 2009-2015.

1.2 SAMMENSETTING OG ARBEIDSFORM

Det er laget et utkast som skal opp til hovedutvalg for godkjenning.
Faggruppa besto av:

- John Tøndel (Ergoterapeut)
- Bård Røstad (Fysioterapeut)

”Faggruppa skal utarbeide utkast til plan for habilitering- og rehabiliteringstjenesten i Agdenes kommune. Plana skal innarbeides i samlet pleie og omsorgsplan”

Arbeidsform:

- * Individets behov og samordnet tilbud om habilitering og rehabilitering legges til grunn for planen.
- * Planen utarbeides ut fra kjent demografi (alderssammensetning) og med den kunnskap gruppa har om kommunens innbyggere.
- * Diverse helselag og organisasjoner benyttes for å belyse behov for habilitering rehabilitering.
- * Planen bygges opp etter ICF’s faglige prinsipper, både på individ og systemnivå.
- * Utkast lages og sendes på høring til aktuelle instanser.

2. HABILITERING / REHABILITERING

2.1 DEFINISJONER AV BEGREP BRUKT I PLANARBEIDET

Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.

MEDISINSK REHABILITERING:

Medisinsk rehabilitering er helsevesenets bidrag til denne rehabiliteringsprosessen.

HABILITERING

Habiliteringsbegrepet benyttes gjerne ved omtale av prosesser hvor ulike typer tjenester og tilbud gis/formidles til personer med medfødt eller tidlig ervervet sykdom, skade eller funksjonsnedsettelse, også kalt nylæring.

BEHANDLING:

Kan være en del av et rehabiliteringsopplegg. Oftest fører behandling fram til at personen blir kurert. For eksempel bruddet i beinet gror fint og kan brukes som før, for eksempel etter behandling hos fysioterapeut.

REHABILITERINGSTEAM

En gruppe fagfolk av ulik profesjon, men med kompetanse på rehabilitering. Settes sammen av den kompetansen som er tilgjengelig og hensiktsmessig i hvert enkelt tilfelle.

TVERRFAGLIG SAMARBEID:

Forskjellige profesjoner samarbeider med felles målsetting. I praksis er det gjerne ei hovedmålsetting og flere delmål. (Kortsiktige mål.)

FLERFAGLIG SAMARBEID:

Profesjonene arbeider hver for seg med egne delmål. Planlegging mot hovedmål mangler gjerne. Fordelen av "tverrfagligeffekten" uteblir.

INTERKOMMUNALT SAMARBEID

Blant annet barnevernet organiseres nå i samarbeid med flere andre kommuner i Orkdalsregionen.

REHABILITERINGSPROSESSEN:

Prosesen en person går i gjennom fra behovet oppstår og til vedkommende igjen opplever en verdig tilværelse. Denne prosessen kan gå over flere år og på mange forskjellige arenaer som sykehus, rehab.senter, i hjemmet, skole, arbeidsplass, frivillige organisasjoner etc.

SYSTEMNIVÅ:

Hvordan tjenesten er bygd opp og drives administrativt.

INDIVIDNIVÅ:

Hvordan tjenestetilbudet til den enkelte bruker er bygd opp.

ANSVARSGRUPPE:

En gruppe som dannes der det er behov for sammensatte tjenester fra ulike etater. Gruppen består av personer på ledernivå fra hver sin etat. Bruker eller pårørende møter på møtene.

BASISGRUPPE:

Gruppe bestående av personale som arbeider med brukeren til daglig. Basisgruppas arbeid er å gjennomføre de tiltak og føringer som ansvarsgruppa legger opp til.

INDIVIDUELL PLAN (IP)

Utarbeides der personer har behov for langvarig, sammensatt og koordinerte tjenester.
(Forskrift om IP trådte i kraft 1. juli 2001.)

2.2 REHABILITERING SOM PROSESS

Rehabilitering er en prosess der brukeren står i sentrum og som omfatter hele hans / hennes livssituasjon.

Satt opp punktvis vil en rehabiliteringsperiode arte seg slik:

1 ERKJENNING Første trinn i prosessen er å erkjenne at det foreligger et funksjonstap. Det er i denne fasen en legger grunnlaget for motivasjon for rehabilitering. Erkjennelsen kan være vanskelig for de med gradvis funksjonsfall, men lettere for dem med brått fall i funksjonsnivået. Så snart brukeren er i stand til det, er informasjon og hjelp viktig. Dersom den funksjonshemma på grunn av sin medisinske tilstand, ikke er i stand til å samarbeide, må det like vel settes i gang rehabilitering.

Foreldre som får et barn med funksjonshemming trenger tid til å erkjenne og bearbeide situasjonen, slik at de blir i stand til å spørre og ta i mot hjelp. Barnet selv har behov for å gjennomgå prosessen når det blir modent nok til å forstå omfanget av sitt handikap.

2 KARTLEGGING

- Søknad / henvendelse til rehabiliteringstjenesten
- Rapporter fra ulike instanser
- Bli kjent med personen
- Ressurser og begrensninger i.f.t. ønsket livssituasjon
- Funksjonsnivå både fysisk og psykisk vektlegges
- Diagnose er underordnet

3 VURDERING AV REHABILITERINGSPOTENSIALE

- Må sees i sammenheng med funksjonsnivå og prognose
- Brukerens og samfunnets ressurser
- Andre tiltak for eksempel fysikalsk behandling eller sykehjemsplass

4 MÅLSETTING

- Mål utarbeides sammen med bruker
- Målene må være realistiske og i samsvar med brukerens ønsker, behov og verdier

-Langsiktige mål:

- Noe av stor verdig for brukeren
- Motiverende

-Kortsiktige mål:

- Konkrete, aktivitetsrettet, målbare og realistiske
- Kan oppnås i nær framtid
- Konkrete steg på vegen mot langsiktig mål

5 PLAN

- Realistisk å gjennomføre- ikke for detaljert, skriftlig
- Må inneholde mål og tiltak
- Formulert på brukerens måte
- Brukermedvirkning
- Utnytte ressursene på en god måte
- Samarbeid med ressurser utenfor helsevesenet

6 GJENNOMFØRING AV PLAN

- Følg opp det som er planlagt
- Vær oppmerksom på valg av riktig arena
- Endringer må kanskje gjøres under veis, nye mål kommer til
- Teamet's oppgave er å støtte og veilede

7 EVALUERING / OPPFØLGING

- Gjennomgang av mål sammen med bruker og i samlet rehab.team
- Oppfølging defineres og sikres, ansvar klargjøres

2.3 REHABILITERING I FORHOLD TIL ANNEN VIRKSOMHET

Der en står ovenfor tilfelle der det er behov for at flere instanser må komme inn i tiltakskjeden, er det behov for å danne rehabiliteringsteam eller ansvarsgruppe når det gjelder habilitering. Dette systemet skal sikre et effektivt arbeid både for brukerens beste, men også for å utnytte de ressursene som finnes i kommunen.

Rehabilitering må organiseres parallelt med pleie og omsorg og andre behandlingstiltak. I en liten kommune som Agdenes blir det gjerne de samme personene som er involvert i både pleie og omsorg, behandling og rehabilitering. Det er derfor ei stor og krevende oppgave å holde rehabiliteringstankegangen skilt ut i fra tradisjonell pleie- og omsorg rutiner.

Begrepet trening brukes gjerne der det er snakk om forbedring av en enkelt funksjon. Eksempelvis kan opptrening etter et beinbrudd foregå på et fysikalsk institutt uten at det settes i gang noe sammensatt tiltak. Hadde beinbruddet derimot fått konsekvenser for deltagelse i f.eks. arbeidslivet for personen, ville et rehabiliteringstilbud vært nødvendig.

3. KARTLEGGING AV BEHOV FOR REHABILITERINGSTJENESTE I AGDENES KOMMUNE

3.1 DEMOGAFI

Statistisk sentralbyrå utarbeider med jevne mellomrom alternative prognoser for befolkningsutviklingen i de enkelte kommunene. Vi har tatt ut befolkningsfremskrivingen fra SSB frem til 2040 der vi ser hvordan de forskjellige delene av befolkninga utvikler seg i kommunen hvis vi legger til grunn en middels nasjonal vekst.

Se vedlegg 1

“Befolkningsstrukturen fra PLO planen”

3.2 AKTUELLE MÅLGRUPPER FOR HAB- REHABILITERING

For å klargjøre målgruppen som er aktuell for enten rehab- eller habilitering, kan de som har behov deles inn i 5 grupper:

1. Brukere som har hatt et brått fall i funksjonsevne, med medisinsk mulighet til å gjenvinne tilnærmet full funksjon.

Eks. på dette kan være enkelte typer av hjerte / kar lidelser, slag og personer i krisesituasjoner hvor resultatet av krisen er problemer av fysisk, sosial eller psykisk art. De fysiske funksjonshemmingene er her knyttet til sanseapparatet eller bevegelsesapparatet. Psykiske funksjonshemninger under denne gruppen kan være reaktiv psykose eller angst og depresjonstilstander.

2. Brukere som har hatt et brått fall i funksjonsevne, men ikke med medisinsk mulighet til å gjenvinne tilnærmet full funksjon.

Eks. på dette kan være de samme som for gruppe en, men skadens omfang er av en slik art at tidligere funksjonsnivå ikke kan gjenvinnnes.

3. Brukere med medfødt sykdom, skade eller lyte.

Eks. her er alvorlige sansetap og medfødte sykdommer. Denne gruppen er de som kommer inn i begrepet habilitering. Etter hvert som det fra myndighetene blir pålegg om å utvikle planmessige habiliteringstiltak også for mennesker med psykiske lidelser, blir dette et ansvarsområde for habiliteringstjenesten i kommunen.

4. Brukere som har hatt et gradvis fall i funksjonsevne uten noen klar medisinsk årsak

Denne gruppen vil være en viktig målgruppe for arbeid med rehabilitering. Tradisjonelt sett har disse brukerne falt utenfor rehabiliteringsbegrepet. Dette er imidlertid en stor gruppe som gradvis utvikler problemer som reduserer funksjonsnivået betraktelig.

Hjemmehjelpene i kommunen er her ofte gode samarbeidspartnere for å avdekke behov.

Eks. på dette kan være en person som mister sin nærmeste pårørende (eks. ektefelle). Den avdøde kan være denne personens bindeledd til samfunnet, og dette tapet kan føre til passivisering og tilbaketrekking fra samfunnslivet. Etter hvert kan personen for eksempel oppleve plager av denne isolasjonen, eks. sansetap, angst og lignende. Disse plagene kan være bakgrunn for rehabiliteringstiltak. Hvis rehabiliteringsprosessen var satt inn på et tidlig stadium, ville kanskje plagene vært unngått eller redusert. I dette eksemplet er det ikke snakk om en person som er i en alminnelig sorgprosess. Men personer som ikke gjennomlever en krise på en tilfredsstillende måte. Slike problemer kan en se også innenfor andre former for tap: -ved arbeidsledighet, -ved skilsmisse eller ved andre endringer i familiestrukturen.

5. Brukere med kroniske, progredierende sykdommer.

Herunder kommer sykdommer i muskel- skjelettsystemet og også kroniske tilfeller av hjerte- og lungelidelser.

Kreftsykdommer og psykiatriske sykdommer kan nevnes i denne gruppen.

Dette oppsettet viser at rehabilitering har en sammensatt brukergruppe. På grunnlag av disse punktene blir brukerne prioritert, men dette avvikes der det kan forsvares faglig eventuelt dekkes opp av andre kommunale gruppetilbud. Rehabiliteringsprosessen kan være omfattende, men vil alltid være avhengig av graden av funksjonshemning og når tiltakene blir satt inn.

4. MÅLSETTING FOR TJENESTEN

4.1 OVERORDNET MÅL

Innbyggerne i Agdenes kommune skal bli tilbudt et godt hab-rehabiliteringstilbud både på system - og individnivå. Tilbudet skal være hjemlet i lovverket, samordnet og bygge på lokale forhold og tilgjengelige resurser.

4.2 DELMÅL

- I** Mål:
Gi brukeren riktig tiltak ut i fra forutsetningene.
Tiltak:
Før noen får tildelt sykeheimplass, skal alle henvendelser faglig vurderes i forhold til rehabilitering.
- II** Mål:
Forutsigbar og oversiktlig tjeneste
Tiltak:
Innbyggerne skal ved å henvende seg til ei avdeling i kommunen, kunne få den hjelpen de trenger i forhold til rehabilitering. Informasjon om tjenesten gjennom Agdenesposten, kommunens hjemmeside, infoskriv m.m.
- III** Mål:
Godt samarbeid mellom bruker og tjenesteapparat.
Tiltak:
Tjenesten skal bygge på stor grad av brukermedvirkning.
- IV** Mål:
Faglig godt tilbud på 1. linje nivå.
Tiltak:
Brukerne skal ha faglig tilbud om rehabilitering på

organ – aktivitet – deltagelsesnivå. Også yte tjeneste i demensomsorgen.

- V Mål:
Fungere godt opp i helsenivåene, både til 2. linjen (St. Olav, Trondsletten osv), 3. linjen (Frambu, Sunnås, Beitostølen osv.), brukerorganisasjoner og interkommunalt samarbeid (SIO)
Tiltak:

Tjenesten skal ytes i henhold til intensjonene i Samhandlingsreformen.

Dette betyr aktiv deltakelse i utforming av samhandlingsprosessen i Samhandlingsreformen i Orkdalsregionen. (SIO). Her vil kommunen bli et ledd i et utarbeidet standardisert pasientforløp mellom behandlingsnivåene.

- VI Mål:
Ha et tilfredsstillende mottak for tekniske hjelpemidler fra Hjelpemiddelsentralen.
Tiltak:
Ta i bruk egnet lokale. Gjerne tilknyttet en framtidig frivillighetssentral.

4.3 HVORDAN SKAL MÅLA OPPNÅS ?

Gjennom ei godt organisert tjeneste med høg kompetanse, opplæring og brukermedvirkning skal måla nås ved å:

- Utnytte eksisterende ressurser til beste for innbyggerne
- Stimulere og legge til rette for samarbeid på tvers av fag – og etatsgrenser
- Sikre god overføring mellom 1. og 2. linje-tjenesten
- Kartlegge behov for eventuelt å øke ressurser, øke opplæring og rettledning.
- Bedre kvaliteten og effektiviteten på alt rehabiliteringsarbeid i kommunen.

4.4 NÆRMERE BESKRIVELSE AV HVORDAN MÅLENE KAN NÅES

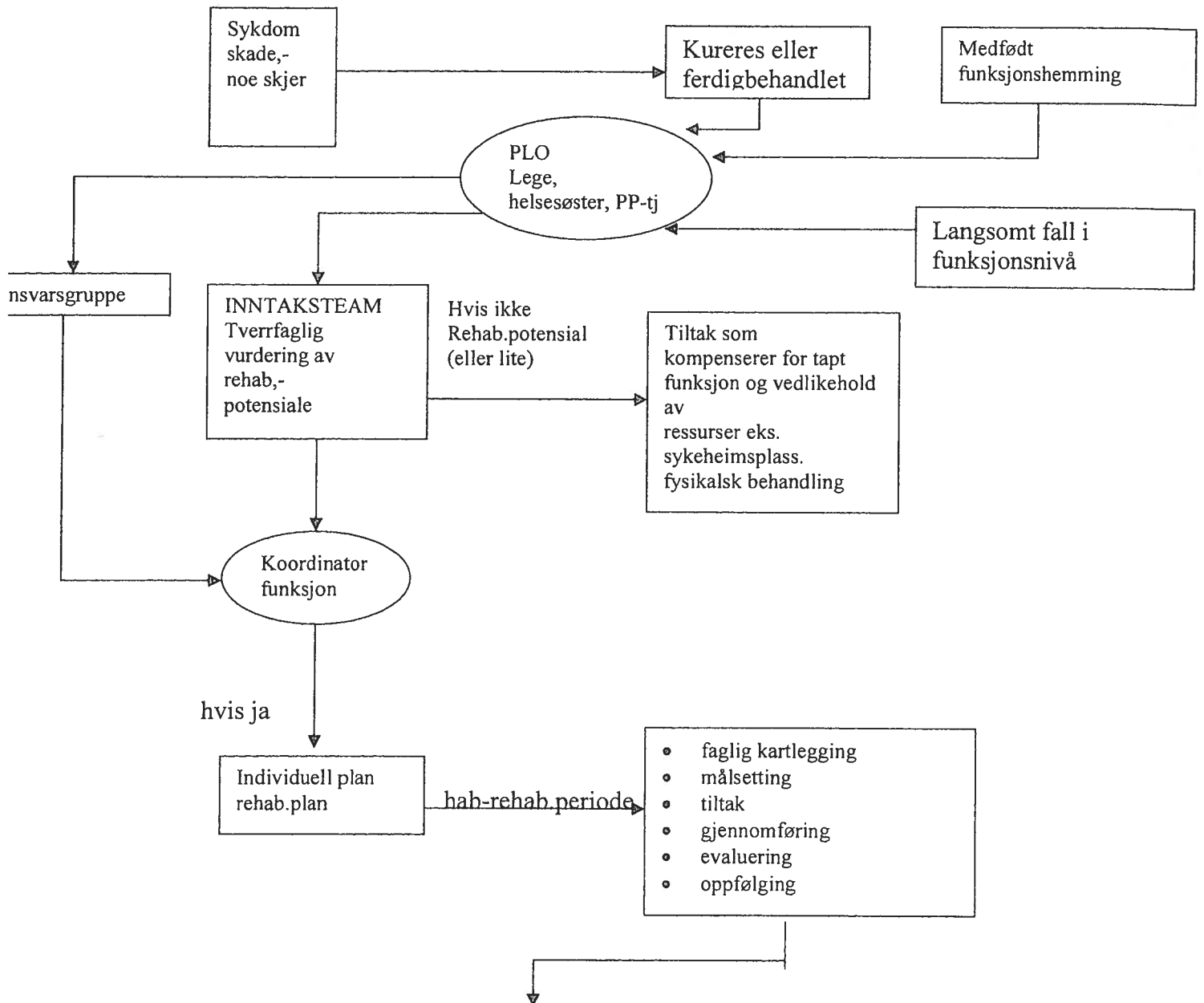
I all virksomhet er tilgangen på ressurser begrenset, om det dreier seg om økonomiske eller faglige er det viktig at det man har til rådighet blir utnyttet på en best mulig måte. Ressursfordeling har også med prioritering å gjøre. Som en lovpålagt tjeneste er rehabilitering et område som må prioriteres. Å utnytte ressursene slik at det blir til det beste for innbyggerne handler også om hvor tiltakene blir satt inn. Tiltak satt inn på riktig tidspunkt vil alltid gi best gevinst. Dette krever faglig godt kvalifisert personale og gode samarbeidsrutiner på tvers av fag- og etatsgrenser.

5. ORGANISERING AV HAB- REHABILITERINGSTJENESTEN

Rehabiliteringstjenesten legges organisasjonsmessig under Pleie og Omsorg med Kommunelege I som medisinsk ansvarlig. Tjenesten skal være en egen enhet med eget budsjett og ledes av person med kompetanse i rehabilitering. Den skal være ”synlig” i

det kommunale system slik at innbyggerne lett får kontakt, enten gjennom telefon eller ved personlig oppmøte.

5.1 EN BRUKERS VEG INN I TILTAKSVERKET



PERSONEN FÅR EN VERDIG TILVÆRELSE MED GOD LIVSKVALITET

5.2 KOORDINATOR

Det skal være en koordinator for tjenesten. Denne funksjon tillegges stilling som kommunergoterapeut. Stillingen tillegges faglig ansvar for rehabiliteringstjenesten. Dette innbefatter rådgiving og framdrift i ansvarsgruppene, være kontaktledd i hab- rehabiliteringssaker i mellom 1. og 2.- 3. linjenivå og innad i kommunen mellom brukerne og de kommunale tjenestene. Koordinatoren skal stimulere til kompetanseheving blant personalet, påvirke kommunal planlegging gjennom statistikk og behovsklargjøring gjennom individuelle hab- rehab.planer. Koordinatoren har også ansvaret for individuelle planer (IP) (se vedlegg "Prosedyre for IP")

For koordinatorfunksjonen er det utarbeidet en egen stillingsbeskrivelse.

5.3 INNTAK, INNTAKSTEAM, VURDERING, OPPFØLGING

Systemet skal fungere slik at alle som kan ha et rehabiliteringspotensiale skal bli vurdert av et tverrfaglig team i kommunen. Denne teamfunksjon legges inn i inntaksteamet på Helsesenteret. Møtes pr. i dag en gang hver 14.dag.

For disse skal det settes opp en rehabiliteringsplan.

Teamet består av følgende: Lege, avd.leder pleie og omsorg, leder hjemmesykepleien, avd.sykepleier sykehjemmet og ergoterapeut.

Systemet er tenkt slik at brukerne skal fanges opp enten gjennom den kommunale legetjenesten, fra 2. linjetjenesten, hjemmetjenesten, (hjemmesykepleie eller hjemmehjelpene) eller at brukerne selv tar kontakt med tjenesten gjennom koordinatorfunksjonen.

Ut i fra hver enkelt brukers behov, skal det lages individuelle opplegg. Dette kan være alt etter hvor det er mest hensiktsmessig å gjennomføre tiltakene. Helsesenteret kan være en aktuell arena, enten gjennom et korttidsopphold eller på dagopphold. I mange tilfeller er heimen det naturlige stedet å gjennomføre et rehabiliteringsopplegg på. Arbeidsplassen kan også være en aktuell arena.

6 HVOR FOREGÅR HAB- REHABILITERING? LOKALITETER, ARBEIDSRUTINER.

6.1 HJEMMETJENESTENS ROLLE

Hjemmetjenesten består av hjemmesykepleie og hjemmehjelptjeneste. Disse har viktige oppgaver i rehabiliteringstjenesten, både med oppfølging av tiltak, men også

nyttig for på et tidlig stadium være observant i forhold til forandringer i funksjonsnivå hos sine brukere. Hjemmesykepleien møter rehab. tjenesten daglig og på de regelmessige inntaksteam møtene. Tjenesten samarbeider med psykiatri tjenesten gjennom Psyk team og i ulike gruppetiltak i kommunen.

6.2 FRIVILLIGE LAG OG ORGANISASJONER

Kommunens frivillige lag og organisasjoner har stor betydning både for dem som er medlem og deltar i arbeidet, men de er like viktig for dem som er avhengig av deres tiltak og engasjement i bygdene. Det er viktig at alle lag og organisasjoner er klar over hva hab-rehab. tjenesten står for, og for eksempel bruke tjenesten for å spre informasjon om tiltak som forgår i kommunen. Tjenesten vil også være lydhør for innspill fra bygdesamfunnet.

Det planlegges en frivillighetssentral i Agdenes kommune som kan bli aktuell samarbeidspartner for rehab.tjenesten.

6.3 FYSIO OG ERGOTERAPI

Begge samarbeider med samme brukere. Fysioterapeuten har tilhold i fysioterapirommet på Sykeheimen, men kan etter behov yte tjeneste i hjemmene, på skole, barnehage, idrettshall m.m.

Ergoterapeuten har kontor på Rådhuset, men yter i stor grad hjelp i heim og skole. Er dessuten kontaktperson til Hjelpemiddelsentralen i forhold til syn og hørsel.

6.4

BRUKERORGANISASJONENE

Eksterne hab-rehabiliteringstilbud finnes også gjennom de funksjonshemmedes organisasjoner på regionalt og nasjonalt plan. Disse arrangerer kurs der formålet er økt funksjonsevne, integrering i samfunnet og god livskvalitet ut i fra en medfødt og eller varig nedsatt funksjonsevne. Disse kurs er helt eller delvis finansiert av det offentlige.(NAV). Der utarbeides det gjerne en delplan som er en del av del lovpålagte IP.

Dette er et godt tilbud som koodinatoren bør motivere og opplyse brukerne om.

Eks på slike organisasjoner er: LHL, Blindeforbundet, Norges handicapforbund, Døve forbundet m.m.

6.5 UTLÅN TEKNISKE HJELPEMIDLER

Omfatter korttid utlån fra kommunalt lager og utlån fra Hjelpemiddelsentralen der behovet er varig. Administreres gjennom ergoterapeut kontoret. Ressurser til praktisk gjennomføring av denne virksomheten hentes fra psykiatri tjenesten og avd for funksjonshemma.

7. BUDSJETT OG ØKONOMI

Det foreligger eget budsjett for fysio- og ergoterapitjenesten. Dette er noe tilbudet hele tiden må forholde seg til.

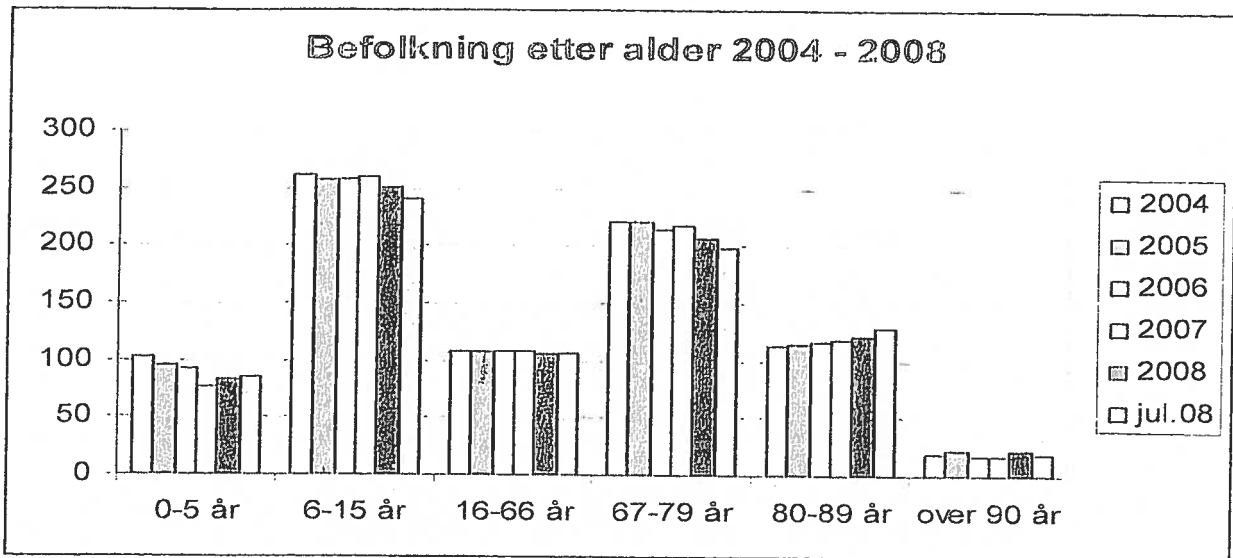
En del til tiltak er kostnad- og ressurskrevende.

Hvis man f.eks oppretter et trimrom i ytre del av kommunen vil det kreve en del investeringer i startfasen.

Dette kan likevel tjenes inn på sikt i form av bedre helse og mindre belastning på helsetilbudet i kommunen. Dette også i henhold til samhandlingsreformen.

8 RULLERING AV PLANEN

Evalueres av fysio- og ergoterapeut i januar hvert år. Revideres ved utgangen av planperioden.



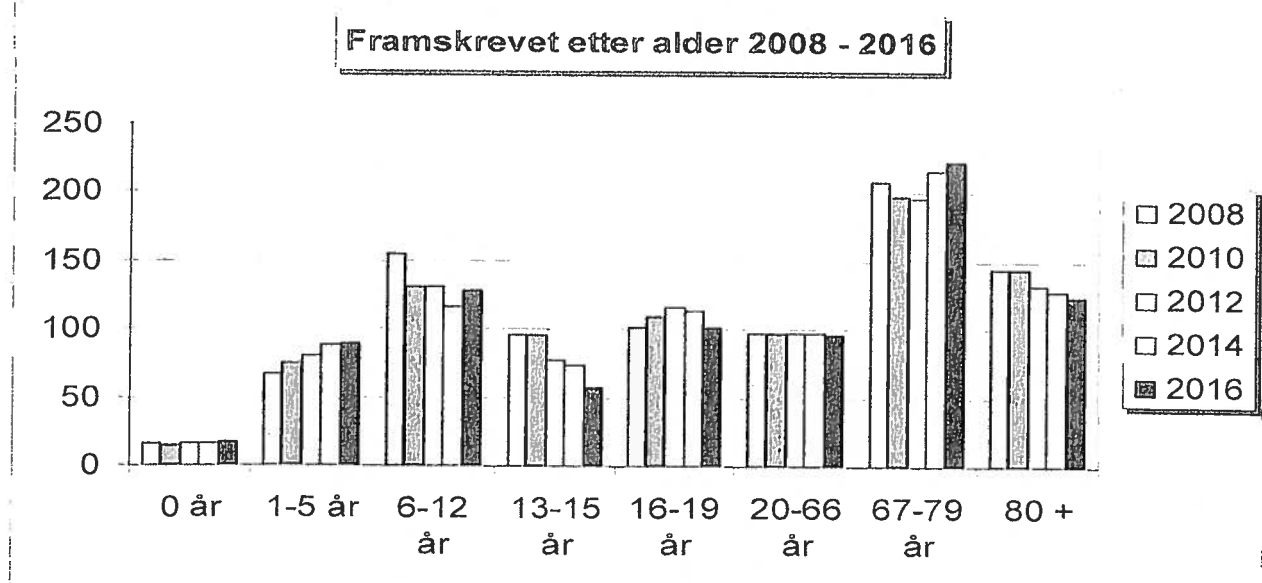
Aldergruppen 20 – 66 år er i diagrammet manipulert for å gjøre diagrammet lesbart.

Antallet de enkelte år er:	juli 2008	2008
	1.076	1.086
	1.080	1.085
	1.072	1.061

Framskrivning av folketallet etter alder

Utvikling i innbyggertallet er av avgjørende betydning for kommunens inntektsgrunnlag. Å spå om hva fremtiden bringer i denne sammenheng er vanskelig/umulig. Statistisk Sentralbyrå har imidlertid laget prognoser for utvikling i folketallet de nærmeste år, og disse er vel det nærmeste vi kan komme en forsiktig spådom.

Diagrammet nedenfor viser SSB's prognose for befolkningsutviklingen fram mot 2016.



Aldergruppen 20 – 66 år er i diagrammet manipulert for å gjøre diagrammet lesbart.

Dersom prognosen holder stikk, vil elevtallet i grunnskolen synke både på kort og lang sikt. Dessuten vil antall gamle eldre gå ned i samme periode. Det er verdt å merke seg at antallet unge eldre stiger raskt, og vi vil sannsynligvis oppleve en ny eldrebølge fra 2025 – ikke ulikt trenden for resten av landet.

Samlet folketall vil gå ned i perioden, og vil i 2016 være nær 1.700.

Prognosen for rammetilskudd er justert i forhold til nedgang i antall barn i skolepliktig alder.