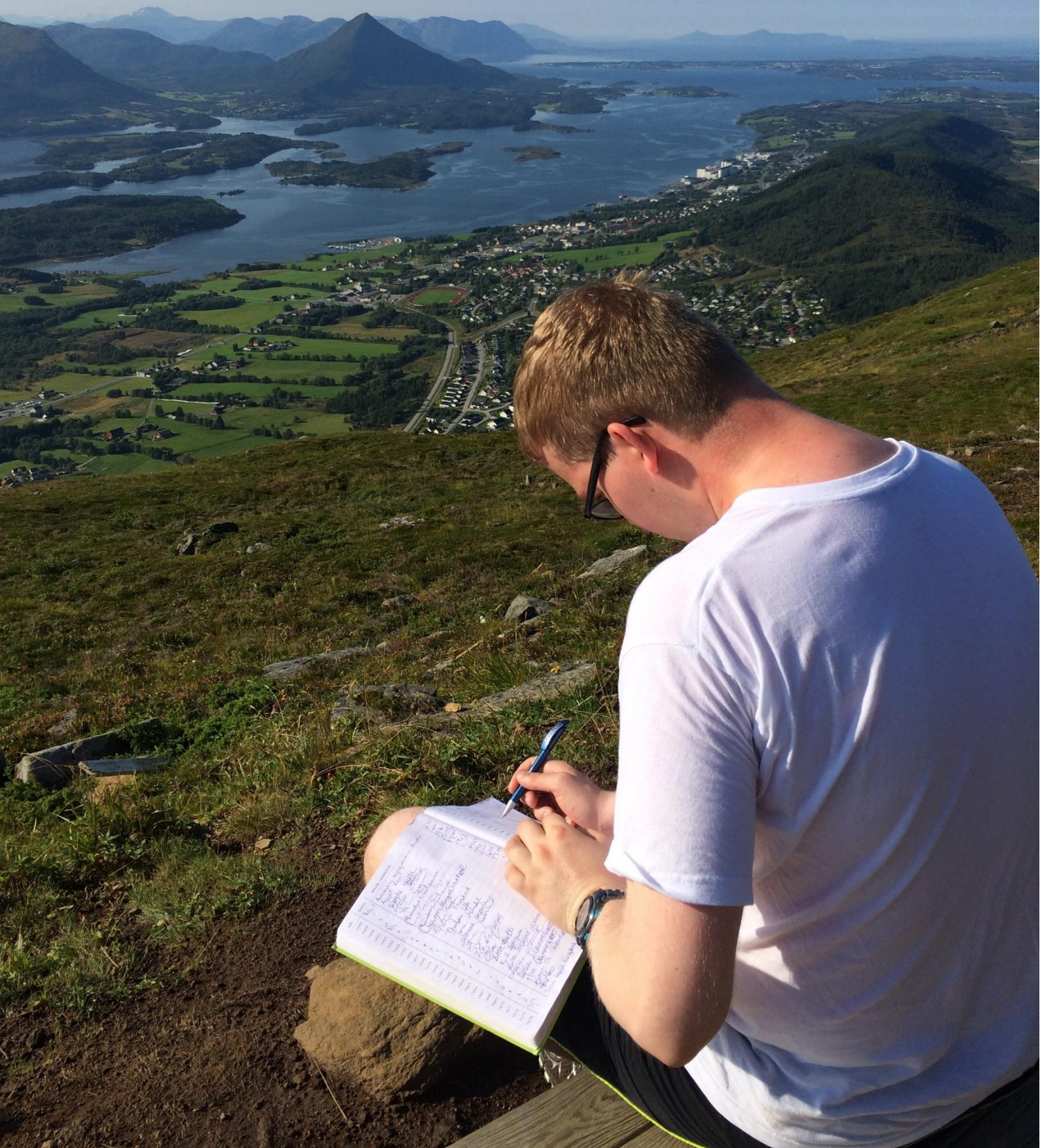


# Helse- og velferdsplan

2022-2034

Hustadvika kommune



Vedtatt av kommunestyret 23.06.2022, PS 52/2022





# Innhold

---

Forord .....	4
1 Innledning.....	5
1.1 Om planen.....	5
1.2 Utarbeidelse av planen og medvirkning i planarbeidet.....	6
1.3 Målgrupper .....	7
1.4 Oversikt over kommuneområdet Helse og velferd.....	8
1.5 Lovverk, nasjonale og lokale føringer .....	8
1.5.1 Lovverk.....	8
1.5.2 Nasjonale føringer og anbefalinger.....	9
1.5.3 Lokale føringer og anbefalinger .....	11
1.6 Forebyggings- og mestringstrappa.....	12
2 Gjennomgående perspektiv .....	14
2.1 FNs bærekraftsmål .....	14
2.2 Folkehelse .....	15
2.3 Hva er viktig for deg? .....	18
2.4 Leve hele livet .....	19
2.5 Universell utforming .....	20
3 Status, mål og muligheter.....	22
3.1 Demografi.....	23
3.2 Helsefremmende og forebyggende tjenester .....	25
3.3 Innovasjon.....	26
3.3.1 Velferds- og mestringsteknologi .....	26
3.3.2 Helseplattformen: Èn innbygger – èn journal.....	26
3.4 Koordinering, planlegging og gjennomføring av tjenester .....	27
3.4.1 Forvaltningskontoret/koordinerende enhet.....	28
3.4.2 Innbyggerens behov.....	28
3.4.3 Brukermedvirkning.....	29
3.4.4 Gode livsfaser- og overganger .....	29
3.4.5 Kvalitet .....	30
3.5 Boligtrappa.....	31
3.5.1 Trinn 1 i boligtrappa - utleieboliger .....	32
3.5.2 Trinn 2 i boligtrappa - seniortun/trygghetsboliger/bofellesskap.....	32
3.5.3 Trinn 3 i boligtrappa – sykehjem og boliger med heldøgns bemanning.....	33
3.5.4 Byggeprosjekter .....	36
3.5.5 Husbanken .....	36
3.6 Legetilbudet .....	38
3.7 Hverdagsmestring og rehabilitering.....	38

3.8	Hjemmetjenesten.....	41
3.9	Aktivitetstilbud.....	43
3.9.1	Medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse	44
3.9.2	Psykiske lidelser .....	44
3.9.3	Eldre .....	44
3.10	Arbeidstilbud til innbyggere som faller utenfor ordinært arbeidsliv .....	45
3.11	Integrering av flyktninger.....	46
3.12	NAV .....	48
3.13	Pårørende.....	49
3.14	Frivillighet.....	50
3.15	Transport.....	51
3.16	Medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse.....	52
3.16.1	Innarbeidelse av CRPD i våre tjenester.....	52
3.16.2	Barn og unge med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse .....	52
3.16.3	Voksne og eldre med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse.....	55
3.17	Psykisk helse og rus.....	56
3.18	Demens .....	57
3.19	Sykdomsbildet.....	59
3.20	Ernæring.....	61
3.21	Kompetanse .....	62
3.22	Tvang og makt.....	64
3.23	Palliasjon .....	65
4	Fremtidig organisering og dimensjonering av tjenestene.....	67
4.1	Avlastning for barn og unge .....	67
4.2	Bo og habilitering .....	68
4.3	Hjemmetjenesten.....	68
4.4	Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) og personlig assistanse (PA).....	69
4.5	Fysio- og ergoterapitjenesten .....	69
4.6	Seniorboliger/trygghetsboliger .....	70
4.7	Sykehjem og annen boform med heldøgns omsorg og pleie.....	71
4.7.1	Utvidelse/endring av eksisterende lokaler .....	71
4.7.2	Nybygg .....	72
4.8	Totaloversikt.....	74
5	Tiltaksplan knyttet til fremtidig organisering og dimensjonering av tjenestene .....	75
5.1	Tiltak på kort sikt 2023-2024.....	75
5.2	Tiltak på mellomlang sikt 2025-2027 .....	76
5.3	Tiltak på lang sikt 2028-2034 .....	76
6	Kilder/lenker .....	77
7	Vedlegg.....	77

## Forord

---

Helse og velferd er det viktigste tjenesteområdet en kommune har ansvaret for. I tillegg til plan for Oppvekst, er denne planen et verktøy for å nå det overordnede målet om at barn, unge, voksne og eldre skal ha et godt liv i Hustadvika kommune.

Både barn, unge og eldre har behov for gode helsetjenester. Forebyggende arbeid skal prioriteres høyt, og helsetjenester for barn og unge skal ha stort fokus. Mange av disse tjenestene er nå samlet i Familiens hus og vår kompetanse skal styrkes til det beste for innbyggerne.

Den psykiske helsen er viktig, og Mestringsenheten har tjenester til alle brukergrupper, fra de med lett til moderate utfordringer til de som har store og vedvarende behov for tjenester innen psykisk helse og/eller rus. Jeg er også veldig glad for at kommunen har også etablert et eget rusforebyggende team for unge.

Endringen i demografien tilsier at vi i årene fremover får en større andel eldre innbyggere. Derfor blir det avgjørende at vi tilrettelegger for tjenester på ulike nivå etter behov. Den fremtidige eldregerasjonen holder seg friske og aktiv lenger enn før, samtidig ser vi at kommunene får et mye større ansvar når det gjelder behandling av sykdom og rehabilitering når de blir syke.

Det er derfor et mål at tjenestetilbudet endres slik at ressursene innen sektoren i større grad settes inn lenger ned i omsorgstrappen og i større grad til differensierte tjenester. Vi ønsker derfor å legge til rette for alternative boformer for de som er for friske til å bo på institusjon og for syke til å bo hjemme. For å få til dette, samtidig som behovet for kompetanse øker og tilgangen reduseres, tror vi det blir avgjørende få samlet institusjonsplasser for de mest pleietrengende på færre lokasjoner, mens det fortsatt skal være omsorgsboliger/bokollektiv/eldretun på flere steder i kommunen.

Deltakelse i frivillighetsarbeid har en egenverdi og bidrar gjerne til økt trivsel og sosiale nettverk. Frivilligheten yter en viktig innsats, og kommunen må derfor videreutvikle samarbeidet. Til tross for dette, vil kommuneområdet helse og velferd ha behov for betydelig tilførsel av ressurser i årene som ligger foran oss. Dette gjelder både investeringer til nye bygg og tilførsel av ressurser for å kunne drifte tjenestene vi skal yte til våre innbyggere. Helse- og velferdsplanen er en overordnet temaplan for helse- og velferdsområdet. Den skal danne grunnlag for virksomhetsplaner i de forskjellige tjenesteområdene i kommunen vår.

Ordfører Tove Henøen

# 1 Innledning

---

## 1.1 Om planen

Denne planen er ment å være et styrende dokument for aktivitet og tjenester i området helse og velferd i Hustadvika kommune. Planen er et verktøy både for det daglige og langsiktige arbeidet i tjenestene, og er et konkret verktøy der vi ser sammenhenger i stedet for enkeltsaker.

Helse- og velferdsplanen gjelder for perioden 2022-2034 med revidering i hver kommunestyreperiode. Planen er basert på kommuneplanens samfunnsdel 2020-2032, samt retningsplanen fra 2019 som ble utarbeidet av en bredt sammensatt arbeidsgruppe bestående av politikere, brukerrepresentanter, tillitsvalgte og ledere i helse, sosial og omsorg.

Planen er kommunens styringsdokument og retningsgivende for utviklingen av områdene som helse og velferd favner, samt tjenester ytt av tiltak for funksjonshemmede i Familiens Hus. Den skal gjøre rede for dagens situasjon og synliggjøre de utfordringer kommunen står overfor de kommende årene, samt skissere behov på kort, mellomlang og lang sikt.

Det er et mål å utvikle tjenester som er helsefremmende og forebyggende, og som tar utgangspunkt i brukerens perspektiv. Erfaringer viser at aktiv deltakelse i utforming av egne mål, øker motivasjon for måloppnåelse og styrker egenmestring.



---

Det overordnede målet er at barn, unge, voksne og eldre skal ha et godt liv i Hustadvika kommune

---



Brukerperspektivet er vurdert i et større samfunnsperspektiv, og det er tatt hensyn til nasjonale føringer og trender. Vi legger dessuten til grunn de fire felles verdiene for Hustadvika kommune, som er **imøtekommende, dyktig, ansvarlig og respektfull**, forkortet til IDAR. Alt arbeid vi gjør, skal bygge på, og være preget av disse grunnverdiene.

Kommune-Norge står i årene fremover overfor betydelige utfordringer med å møte brukernes behov for bærekraftige og gode helse- og omsorgstjenester. De fire hovedutfordringene er:

- knapphet på helse- og sosialfaglig personell
- mangel på kompetanse og kunnskapsgrunnlag
- for lite brukermedvirkning, tverrfaglighet, samarbeid og samhandling
- svakheter i ledelse, planlegging og organisering av tjenestene

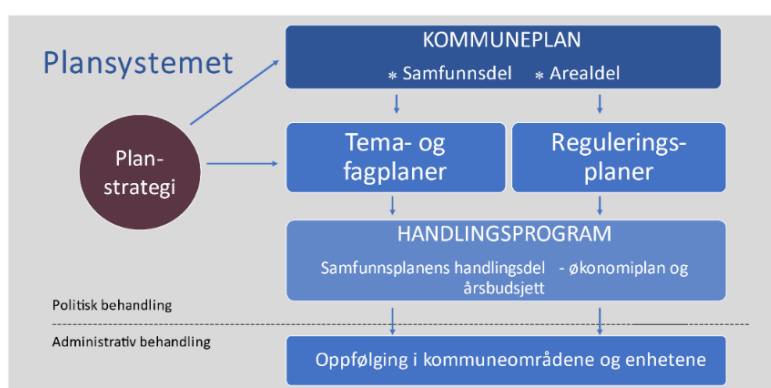
Krav til mer behandling, rehabilitering og habilitering av stadig mer kompliserte tilstander, krever spesialisert kunnskap i kommunen i og med at flere behandlinger og helsetjenester skal ytes i hjemmet. Hvis vi skal klare å levere gode og bærekraftige tjenester i årene som kommer, må

kommunen ta drastiske grep, tenke nytt og annerledes. Strategiene er å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre.

Den fremtidige eldregenerasjonen har flere ressurser å spille på og holder seg aktiv lenger enn før. Deltakelse i frivillighetsarbeid har en egenverdi og bidrar gjerne til økt trivsel og sosiale nettverk. Frivilligheten yter en viktig innsats, og kommunen må derfor videreutvikle samarbeidet. Innbyggerundersøkelsen viser også et potensial for en stor ubenyttet ressurs i frivilligheten.

Til tross for dette, vil kommuneområdet helse og velferd ha behov for betydelig tilførsel av ressurser i årene som ligger foran oss. Dette gjelder både investeringer til nye bygg og tilførsel av ressurser for å kunne drifte tjenestene vi skal yte til våre innbyggere.

Helse- og velferdsplanen er en overordnet temaplan for helse- og velferdsområdet. Den skal danne grunnlag for virksomhetsplaner i de forskjellige tjenesteområdene i kommunen vår.



Plan for oppvekst og den kommende boligplanen for Hustadvika kommune vil ha skjæringspunkt med helse- og velferdsplanen. Dette gjelder først og fremst samarbeid på tvers av de ulike fag- og tjenesteområdene om helse- og omsorgstjenester for barn og unge.

Gjennomgående perspektiver i planen er FNs bærekraftsmål, folkehelse, «Hva er viktig for deg?», Leve hele livet og universell utforming. Den gjør rede for dagens status, og under hvert kapittel er det satt opp mål og muligheter. Planen identifiserer hvilke innsatsområder som må prioriteres for å løse utfordringsbildet og sikre utvikling av helse- og velferdstjenester i Hustadvika kommune. Det er i tillegg utarbeidet tiltaksplan på kort, mellomlang og lang sikt, med foreløpig tall for driftskostnader og investeringsbehov.

## 1.2 Utarbeidelse av planen og medvirkning i planarbeidet

Selve planen er utarbeidet av en arbeidsgruppe bestående av representanter fra ungdomsrådet, rådet for personer med nedsatt funksjonsevne og elderrådet, arbeidstakerorganisasjonene, ansatte og administrasjonen.

Styringsgruppen har bestått av kommunedirektørens ledergruppe.

Det har vært bred politisk medvirkning i arbeidet med planen. Workshops/dialogmøter har vært arrangert både i tilknytning til hovedutvalgsmøtene for helse, sosial og omsorg, og som egne arrangement. De to øvrige hovedutvalgene har fått informasjon om arbeidet, og har hatt mulighet til å komme med innspill.

Lederen av arbeidsgruppen deltok på alle folkemøtene som ble arrangert i ulike deler av kommunen høsten 2021, hvor innbyggerne fikk presentert et utdrag fra planarbeidet spesielt rettet mot de utfordringer vi står foran de neste tiårene.

Det har også vært gjennomført egne dialogmøter med pensjonistlagene i kommunen. Til sammen har vi fått verdifulle innspill som er brakt inn i arbeidet med planen.

Medlemmene av arbeidsgruppa (i alfabetisk rekkefølge):

Navn	Funksjon/stilling	
Anders Høe	Enhetsleder for Helse og mestring	
Ann Marit H. Aakvik	Enhetsleder for Haukås (bo og habilitering)	
Anne Jorunn Vågen	Leder av rådet for personer med nedsatt funksjonsevne	
Barbro Olsen Øverli	Enhetsleder Auretunet omsorgssenter/ konstituert nestleder i hjemmetjenesten	
Elisabeth Hagerup	Hovedtillitsvalgt NSF	Fra 01.01.22
Ellen Marie Krakeli	Rådgiver folkehelse	Sekretær
Gudrun Refstrup	Leder av eldrerådet	
Karin Sjøholm Iversen	Leder av forvaltningskontoret	
Karianne Naas Vestavik	Rådgiver helse og velferd	Leder
Katrin Drøfn Markusdottir	Organisasjonsutvikler	
Marcus Aas Aure	Leder av ungdomsrådet	
Renate Drågen	Enhetsleder for Familiens Hus	
Theresa Iversen	Hovedtillitsvalgt NSF	Til 01.01.22
Tor Gunnar Johansen	Hovedtillitsvalgt Fagforbundet	
Torunn Grønseth	Avdelingsleder ergo- og fysioterapi	

### 1.3 Målgrupper

I likhet med kommuneplanens samfunnsdel, definerer vi følgende grupper som naturlige målgrupper for helse- og velferdsplanen:

#### Innbyggere

Alle innbyggere i kommunen vil i løpet av livet komme i kontakt med en eller flere tjenester innen helse-, sosial- og omsorgstjenestene. Planen sier noe om hva innbyggerne kan forvente seg av tjenestene i kommunen, og i hvilken retning og med hvilket fokus tjenesten bør utvikles i fremtiden. Særlig viktig er brukermedvirkning på system- og individnivå, og det skal legges til rette for at innbyggerne opplever størst mulig grad av mestring i egne liv.

#### Ansatte i Hustadvika kommune

For å gi gode tjenester er kommunen avhengig av kompetente og motiverte medarbeidere. Alle ansatte må ha god kjennskap til kommunens planverk og tjenester, og ha felles forståelse for tverrfaglige utfordringer og satsningsområder på tvers av tjenesteområder.

#### Eksterne samarbeidspartnere

Spesialisthelsetjenestene, statsforvalteren, frivillige, lag og foreninger, organisasjoner, næringslivet og andre samarbeidspartnere bør kjenne til kommunens planer. Det er viktig å utvikle et godt samarbeid til det beste for innbyggerne.



## Politikere/folkevalgte

Planen vil med sine langsiktige strategier være et viktig politisk styringsdokument for våre folkevalgte i utvikling av helse-, sosial- og omsorgstjenestene.

### 1.4 Oversikt over kommuneområdet Helse og velferd

Her følger en oversikt over hvordan helse og velferd er organisert per 01.01.22. Endringer kan skje i løpet av planperioden.

Kommunalsjefområdet helse og velferd består av 16 enheter, samt kommunalsjefens stab.

Kommunalsjef		
Eidem	Stab: <i>Forvaltningskontor</i> <i>Kommuneoverlege</i> <i>Organisasjonsutvikler</i> <i>Rådgiver</i>	Kjøkkentjenesten
Holalia, Hestehovvegen 14, Setbakken		Fræna sjukeheim og omsorgssenter
Haukås	NAV	Bøtunet omsorgssenter
Knausvegen	Enhet for integrering	Eide sykehjem
Hestehovvegen 38	Helse og mestring	Lundhaugen omsorgssenter
Mikalmarka	Hjemmetjenesten	Auretunet omsorgssenter

I tillegg til kommuneområdet Helse og velferd, omfatter også planen Tiltak funksjonshemmede, som er en avdeling i Familiens hus som per tilhører 01.01.22 kommuneområdet oppvekst.

Når det gjelder resterende tjenester i Familiens Hus; helsestasjonsvirksomhet, barnevern og PPT, er disse viktige tjenester for barn og unge. De tilhører kommuneområdet oppvekst, og blir derfor omtalt i plan for oppvekst.

### 1.5 Lovverk, nasjonale og lokale føringer

Tjenestene i helse og velferd er styrt av lovverk, nasjonale og lokale føringer. Dette er styrende for hvilke tilbud kommunen har, hvordan kommunen tildeler tjenester og hvordan tjenestene utføres. Formålet med denne planen er å vise retning for helse- og velferdsområdet i samsvar med lovverk, lokale og nasjonale føringer.

De kommunale tjenestene omfatter nødvendig helsehjelp, forebyggende tjenester og tjenester som bedrer livskvaliteten for kronisk syke. Oppmerksomheten rettes i større grad mot de som står i fare for å falle utenfor samfunnet, og/eller utvikle sykdom, og det settes inn forebyggende tiltak. Folkehelseperspektivet skal prege all kommunal planlegging.

Fra 1. januar 2022 gjelder plankrav ved søknad om investeringstilskudd fra Husbanken til heldøgns omsorgsplasser. Det skal stimulere til mer helhetlige og langsiktige behovsvurderinger før kommunene investerer i nye eller rehabiliterer de mest kostnadskrevenne tilbudene.

Oversikten over lovverk, nasjonale og lokale føringer er ikke uttømmende.

#### 1.5.1 Lovverk

Lovverk som er gjeldende for helse- og velferdsområdet i kommunen er mange. De mest sentrale er:

- [Lov om folkehelsearbeid](#)



- [Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator](#)
- [Lov om pasient- og brukerrettigheter](#)
- [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester](#)
- [Lov om helsepersonell mv.](#)
- [Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.](#)
- [Lov om husleieavtaler](#)
- [Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester](#)
- [Lov om planlegging og byggesaksbehandling](#)
- [Lov om psykisk helsevern](#)
- [Sosialtjenesteloven](#)

### 1.5.2 Nasjonale føringer og anbefalinger

Gjennom stortingsmeldinger, offentlige utredninger, nasjonale veiledere og strategier mv., legges føringer for det kommunene skal tilby og følge opp for sine innbyggere. Disse er gjeldende nasjonale føringer og anbefalinger og de kan endre seg ved at det kommer nye.

Stortingsmeldinger:

- [Kvalitet og pasientsikkerhet 2019](#)
- [Lindrende behandling og omsorg](#)
- [En innovativ offentlig sektor - Kultur, ledelse og kompetanse](#)
- [Folkehelsemeldinga — Gode liv i eit trygt samfunn](#)
- [Frivilligheita – sterk, sjølvstendig, mangfaldig — Den statlege frivilligheitspolitikken](#)
- [Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre](#)

Norsk offentlig utredning (NOU):

- [Det handler om Norge — Utredning om konsekvenser av demografiutfordringer i distriktene](#)
- [Det viktigste først — Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester](#)
- 

Nasjonale veiledere:

- [Pårørendeveileder](#)
- [Barn og unge med habiliteringsbehov. Samarbeid mellom helse- og omsorgssektoren om barn og unge som trenger samordnet bistand](#)
- [Sammen om mestring – lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne](#)
- [Fra bekymring til handling - tidlig intervensjon på rusområdet for barn og unge](#)
- [Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming](#)
- [Veileder for kommunale frisklivssentraler](#)
- [Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring](#)
- [Helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente](#)
- [Palliasjon til barn og unge - Helsedirektoratet](#)
- [Samarbeid mellom kommunen og Arbeids- og velferdsetaten om introduksjonsprogrammet | IMDi](#)

Annet:

- [CRPD: FN-konvensjonen om rettigheter for mennesker med nedsatt funksjonsevne](#)

- [Barn og unge med nedsatt funksjonsevne - hvilke rettigheter har familien?](#)
- [Demensplan 2025](#)
- [Bærekraftfylket Møre og Romsdal](#)
- [NCD-strategien \(2013-2017\)](#)
- [Riksrevisjonens undersøkelse av helse- og omsorgstjenester til barn med funksjonsnedsettelse](#)
- [Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie](#)

## **CRPD**

FN-konvensjonen om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) skal bidra til å motvirke diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne. Den skal sikre respekt for de gjeldende sivile, politiske, økonomiske, sosiale og kulturelle rettene til mennesker med nedsatt funksjonsevne. FNs mål med CRPD, er at funksjonshemmede skal kunne leve selvstendige liv og kunne delta fullt ut på alle livets områder. Gjennom å ratifisere CRPD har Norge forpliktet seg til å jobbe for at funksjonshemmede skal få tilgang til det fysiske miljøet, til transport, til informasjon og kommunikasjon på lik linje med andre

## **Leve hele livet**

En økende aldrende befolkning gir både muligheter og utfordringer for kommunene fremover. Den mangfoldige gruppen vi kaller eldre blir stadig flere og holder seg friske lenger enn før. Eldre er en viktig gruppe som påvirker samfunnsutviklingen, både som enkeltmennesker og som gruppe. De utgjør en stor ressurs, ikke minst for lokalsamfunnet og nærmiljøet. Gevinstene ved et aldersvennlig samfunn er store dersom det legges til rette for at eldre kan delta aktivt med sin erfaring, kunnskap, tid og overskudd. En forutsetning er at vi ser eldre som en ressurs på lik linje med andre grupper i samfunnet.

Reformen Leve hele livet skal bidra til at eldre kan mestre livet lenger, ha trygghet for at de får god hjelp når de har behov for det, at pårørende kan bidra uten at de blir utslitt og at ansatte kan bruke sin kompetanse i tjenestene. Hovedfokus er å skape et mer aldersvennlig Norge og finne nye og innovative løsninger på de kvalitative utfordringene knyttet til aktivitet og fellesskap, mat og måltider, helsehjelp, sammenheng og overganger i tjenestene.

Et av hovedsatsingsområdene i reformen er å skape et aldersvennlig Norge. Målsetningen er at lokalsamfunnet skal bidra til å møte Eldres grunnleggende behov slik at de kan være aktive, mobile og sosiale og ikke minst en ressurs.

Ved å jobbe på tvers av sektorer med medvirkning, universell utforming og forebygging kan aldersvennlig utvikling bidra til å utsette behov for tjenester. Ved å tilrettelegge lokalsamfunn, gjøre de mer tilgjengelige og inkluderende, kan vi øke livskvalitet og deltagelse, ikke bare for målgruppen for denne satsningen, men på tvers av generasjoner.

## **Anbefalinger om velferdsteknologiske løsninger i kommunene**

Hesledirektoratet anbefaler alle kommuner å bruke varslings- og lokaliseringsteknologi, elektronisk medisineringsstøtte, elektroniske dørlåser, digitalt tilsyn, oppgraderte pasientvarslingsanlegg, logistikk-løsninger for mer optimale kjøreruter og bedre kvalitet på tjenester, digitale trygghetsalarmer, og at kommunene har responstjenester hvor mye av teknologien er tilknyttet.

### 1.5.3 Lokale føringer og anbefalinger

I tillegg til de nasjonale føringene, er det også lokale føringer for arbeidet med helse- og velferdsplanen. Vi skal legge til grunn planer som allerede er vedtatt eller førende, dette er blant annet kommuneplanens samfunnsdel, retningsplan for helse, sosial og omsorg og kompetanseplan for helse og velferd.

#### **Retningsplan helse, sosial og omsorg i Hustadvika kommune**

I forbindelse med arbeidet med kommunereformen, ble det i 2018/2019 utarbeidet en helhetlig plan for kommuneområdet helse, sosial og omsorg for 2020-2040. Planen er retningsgivende og viser de strategiske grepene som er nødvendige for å møte de utfordringene kommunen står overfor. Planen var et viktig dokument for utarbeidelse av kommuneplanens samfunnsdel.

#### **Kommuneplanens samfunnsdel**

Kommuneplanens samfunnsdel er et grunnleggende plandokument i kommunen. Det meste av kommunen sin aktivitet bygger på den planen. Føringene for planen er blant annet bærekraftsmålene, nasjonale forventninger, intensjonsavtalen mellom Eide og Fræna fra 2016, folkehelseoversikter, retningsplanene for de tre kommuneområdene mv. Kommuneplanen har seks gjennomgående hensyn: folkehelse, klima og miljø, areal, likeverd, innovasjon og beredskap.

Et av målene i kommuneplanens samfunnsdel er at innbyggerne har god livskvalitet gjennom hele livet, og at dette kan gjøres ved å:

- sørge for et livsfaseperspektiv i tjenester og samfunnsutvikling
- sikre trygg og sunn oppvekst som legger til rette for et godt voksenliv
- stimulere til deltagelse i arbeids- og samfunnsliv
- aktivt fremme inkludering og likeverd, og motvirke utenforskap
- legge til rette for fysisk aktivitet, mangfoldig kulturliv og helsefremmende tiltak
- tilpasse reformen «Leve hele livet» sine løsninger til lokale forhold

#### **Kompetanseplanen for helse og velferd**

En bevisst, systematisk og strategisk satsing på kompetanse er viktig for at kommunene skal lykkes både som samfunnsutvikler og som velferdsprodusent. Kommunen trenger oversikt over kompetanse- og opplæringsbehov, sett opp mot tjenstemottakernes behov og de oppgavene som skal løses.

Som en følge av de demografiske endringene, vil flere bli ferdige med arbeidslivet, og færre kommer til. Når vi etter hvert får flere innbyggere som har behov for tjenester, skaper dette en enda større utfordring. Stadig flere innbyggere har kompliserte tilstander som krever spesialisert kunnskap på flere områder enn tidligere. Tidligere utskrivning fra sykehus, krever at behandling og rehabilitering skal skje i kommunen. Derfor er rekruttering av blant annet leger, sykepleiere og vernepleiere

#### **IDAR**

Vi skal legge til grunn de fire felles verdiene for Hustadvika kommune. Alt arbeid vi gjør skal bygge på, og være preget av disse grunnverdiene:

- Imøtekommende
- Dyktig
- Ansvarlig
- Respektfull



fagområder vi må arbeide aktivt med. Men vi må også endre oppgavefordelingen mellom ulike yrkesgrupper i og med at vi i dag ikke benytter kompetansekapitalen vi har på en best mulig måte. En styrking av kompetansen til for eksempel helsefagarbeiderne, vil være en stor bidragsyter for å avlaste andre faggrupper.

### Intensjonsavtalen

De sentrale og konkrete målsettingene som er gitt i intensjonsavtalen som ble inngått mellom Eide og Fræna i 2016 er hensyntatt. Det som er spesielt relevant for helse- og velferdsplanen, er å sørge for gode og likeverdige tjenester, desentraliserte tilbud innen basistjenestene, sterkere fagmiljø, bedre ressursutnyttelse og rettssikkerhet for innbyggerne, god helse for innbyggerne, omsorg med fokus på livskvalitet og mulighet for å bo lengst mulig i eget hjem, og aktive og deltakende innbyggere gjennom frivilligheten.

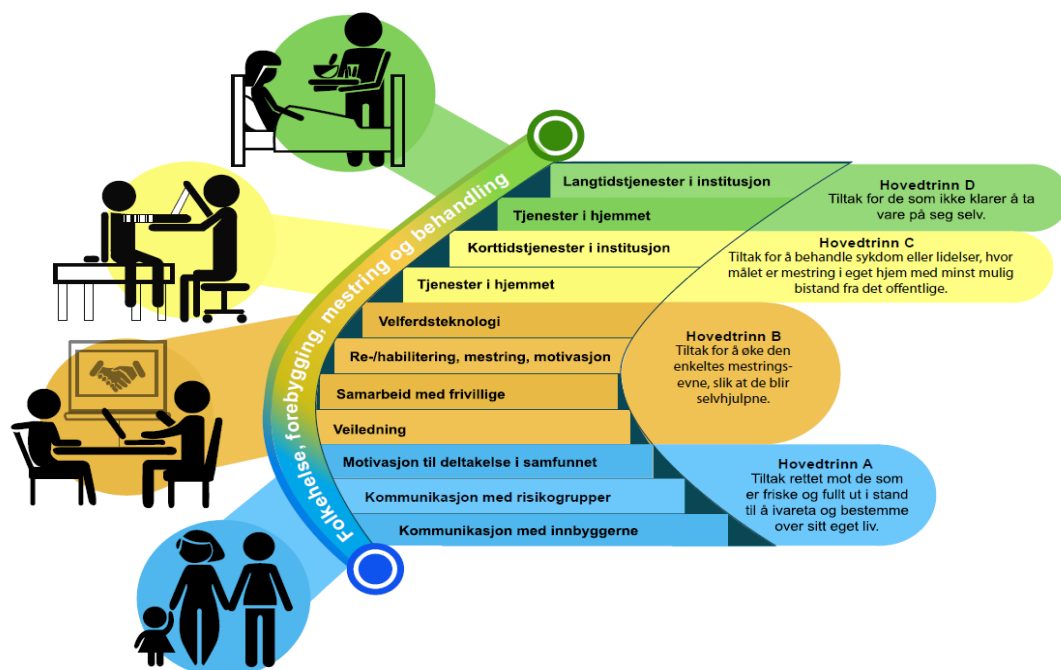
### PwC-rapport

I 2018 ble det gjennomført en vurdering av organisering av helse- og omsorgstjenester i fremtidig Hustadvika kommune. Hovedkonklusjonen var at det med dagens organisering og innretning av tjenestene ikke vil være nok personell med tilstrekkelig kompetanse til de som trenger det i årene som kommer. Dagens måte å organisere og dimensjonere tjenestene på vil heller ikke være økonomisk bærekraftig for kommunen. Gapet mellom ressurser og behov frem mot 2040 vil i stor grad måtte dekkes gjennom effektivisering og endring i tjenestene.

## 1.6 Forebyggings- og mestringstrappa

Denne trappa er en bevisstgjøring av hvor tjenestene i kommunen gis, samtidig som den tydeliggjør viktigheten av innsats nederst i trappa til de helsefremmende og forebyggende arbeidet.

For å møte fremtidens utfordringer i helse- og omsorgstjenestene er det nødvendig å endre fokus fra de mer kostbare tjenestene øverst i trappen til et mer effektivt og lønnsomt omsorgsnivå lengre ned i trappen (BEON-prinsippet = beste effektive omsorgsnivå). Vi må sette inn tiltak for tjenester med et større innslag av forebygging, og sette innbyggerne i stand til å mestre sin livssituasjon og leve et mest mulig selvstendig liv.





## Definisjon av hovedtrinnene

Det er viktig å være oppmerksom på at flere av tjenestene kan ha tiltak som hører til under flere av hovedtrinnene og at overgangene mellom trinnene er glidende.

**Trinn A:** Folkehelsearbeid og helsefremmende tiltak som retter seg mot alle innbyggere og har som mål å fremme helse og livskvalitet. Kommunen iverksetter nødvendige tiltak for å møte kommunes folkehelseutfordringer. Hvilken sektor i kommunen som gjennomfører tiltak vil derfor variere avhengig av utfordringsbildet i kommunen.

Tiltakene kan bestå av informasjon og veiledning om hva den enkelte selv kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom. Videre kan tiltakene være knyttet til blant annet oppvekst- og levekårsforhold, fysiske og sosiale miljøer, fysisk aktivitet, ernæring, skader og ulykker, tobakk- og rusmiddelbruk. Barns oppvekstvilkår er særlig viktig i denne sammenhengen, med tanken om at en god barndom varer livet ut.

Frisklivssentralen er en helsefremmende og forebyggende kommunal helsetjeneste, og en viktig bidragsyter. Vi har lavterskeltilbud som Sterk og stødig (som er treningsgrupper for seniorer) og Aktiv på dagtid. Et annet viktig folkehelseiltak som kommunen har satset på, er tilrettelegging av turstier nært der folk bor. Forebyggende hjemmebesøk og helsestasjon for eldre er anbefalte tiltak på trinn A.

**Trinn B:** Forebyggende tjenester retter seg mot risikogrupper blant innbyggerne for å bidra til å minske risikoen for sykdom og skade og følgene av dette. Tiltakene på dette trinnet skal gjøre innbyggerne i stand til i størst mulig grad å være selvhjulpne og mestre. For den som rammes av sykdom eller skade, er det viktig å komme raskt i gang med rehabilitering/opptrening og behandling. Mange må lære å mestre et liv med varige eller forbigående funksjonsnedsettelse. Målgruppene som trenger kommunal rehabilitering kan ha et vidt spekter av behov både innen somatikk, psykisk helse og rus. Å bevare eksisterende funksjoner, bremse utvikling av funksjonstap, utvikle nye funksjoner og tilpasse livet til nye forutsetninger er sentralt for å kunne mestre sin livssituasjon. Eksempler på tjenester er rask psykisk helsehjelp, fysioterapi og ergoterapi inkludert ulike treningsgrupper, frisklivssentral, hverdagsrehabilitering, hjelpemiddelforvaltning, hjemmetjenester, boligtilrettelegging, velferdsteknologi, matombringing, støttekontakt og tjenester som ytes av frivillige.

**Trinn C:** Her tilhører tjenester med tiltak for å behandle og rehabilitere sykdommer eller lidelser hvor målet fortsatt er å mestre livet i eget hjem med minst mulig bistand fra det offentlige. Dette er, i tillegg til de tjenester som er nevnt under trinn B, blant annet dagaktivitetstilbud, korttidsopphold inkludert døgnrehabilitering, samt mer omfattende hjemmetjenester.

**Trinn D:** Tjenestene på dette trinnet retter seg mot innbyggere med sykdom eller skade som har behov for omfattende tjenester, og som ikke lenger har et rehabiliteringspotensiale. Her er fokuset på pleie og omsorg større enn på de andre trinnene. Samtidig er det viktig å fortsatt spørre brukerne «hva er viktig for deg?», og at brukeren får opprettholdt sine funksjoner i størst mulig grad ved å få mulighet til å bruke sine ressurser. Dette trinnet innebærer langtidsopphold i institusjon eller omfattende hjemmetjenester.

Dersom kommunen har gode grunntjenester innen hovedtrinn A og B i trappen vil dette kunne redusere og utsette behovet for mer ressurskrevende tjenester på trinn C og D.

## 2 Gjennomgående perspektiv

Planens gjennomgående perspektiv er FNs bærekrafts mål, folkehelse, «Hva er viktig for deg?», «Leve hele livet» og universell utforming. I dette kapitlet går vi i inn i disse perspektivene og setter fremtidens mål og muligheter. Alle disse perspektivene bør være i fokus og innlemmet i organisasjonen og i samfunnet for øvrig.

Kommunen må sikre god helse og fremme livskvalitet for alle. Alle kommunens tjenester har et ansvar og en lovfestet plikt til å innrette sine tjenester slik at de fremmer folkehelse. Brukerstemmen bør tydeliggjøres og bidra til at helsetjenestene møter og styrker individets egne ressurser og mestringsevne. Reformen «Leve hele livet» skal bidra til flere gode leveår der eldre, men også alle andre, beholder god helse lenger, opplever at de har god livskvalitet, og at de i større grad mestrer eget liv, samtidig som de får den helsehjelpen de trenger når de har behov for den.

### 2.1 FNs bærekraftsmål

Høsten 2015 vedtok FNs medlemsland 17 mål for bærekraftig utvikling frem mot 2030. Bildet under viser en oversikt over målene.



[FNs bærekraftsmål](#)

FNs bærekraftsmål er førende for alle kommunale planer. Tidlig i utarbeidelsen av planprogrammet for kommuneplanenes samfunnsdel, så kommunen at det ble for omfattende å ta med alle 17 mål på en gang. Fellesnemnda for etablering av Hustadvika kommune lot seks utvalgte mål få ekstra fokus: 3. **God helse**, 4. **God utdanning**, 11. **Bærekraftige byer og samfunn**, 13. **Stoppe klimaendringene**, 14. **Livet under vann** og 15. **Liv på land**.

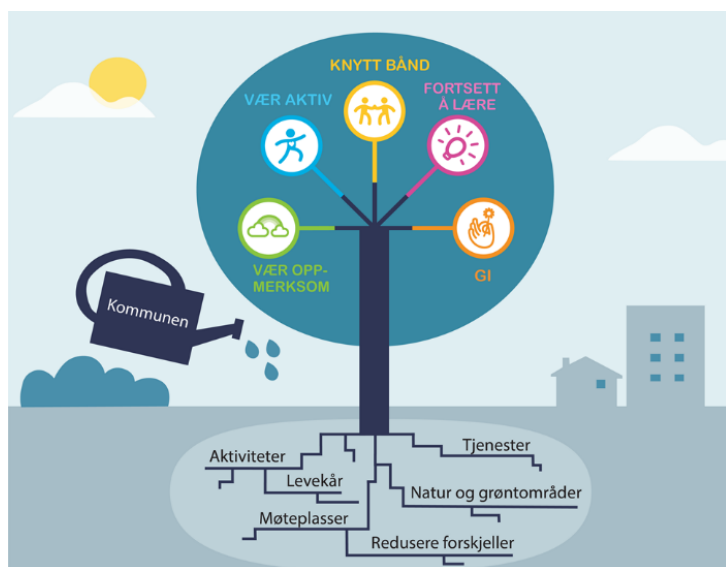
For området helse og velferd er det først og fremst **bærekraftsmål 3 som er førende**: «Sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder». God helse er en grunnleggende forutsetning for menneskers mulighet til å nå sitt fulle potensial og for å bidra til utvikling i samfunnet. Det er utformet en rekke delmål for å nå hovedmålet om bedre helse og livskvalitet. For å lese mer om

delmålene, [følg lenken her](#). FNs bærekraftsmål gjelder alle land i hele verden, både rike og fattige. Målene har stor innvirkning også på norsk politikk, både i kommuner, lokalsamfunn og nasjonalt.

Sosial bærekraft er også viktig, og handler om å jobbe for at alle mennesker skal ha like sjanser til et stabilt helsefremmende liv, til å få utdanning, jobbe og leve uten diskriminering av noe slag.

## 2.2 Folkehelse

Innbyggernes helse og livskvalitet, og en rettferdig fordeling av denne, er avgjørende både for individet og for bærekraften i et samfunn. Innbyggernes helsetilstand har stor betydning for hvilke



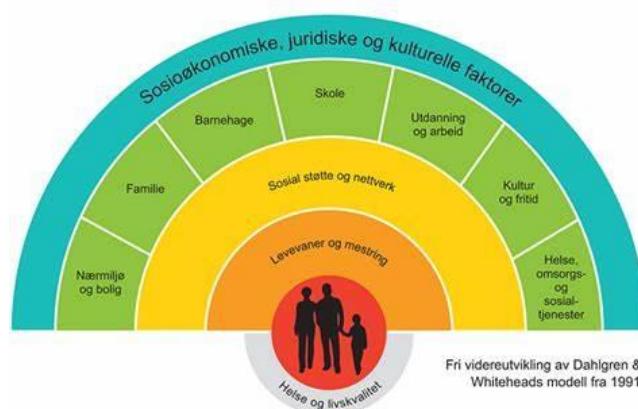
Kommunens muligheter for å fremme "Hverdagsglede" som er aktiviteter som bidrar til god livskvalitet og psykisk helse. Kilde: FHI

kommunale tjenester det til enhver tid er behov for. Tiltak for å bedre folkehelsen vil ikke bare gi høyere livskvalitet for den enkelte, det vil også gi et friskere samfunn og store besparelser for hvert enkelt menneske og for samfunnsøkonomien. God livskvalitet er en verdi i seg selv og fremmer helse, sunne levevaner og styrker motstandskraften i møte med belastninger. Stadig flere land bruker livskvalitet som mål på samfunnsutviklingen i tillegg til bruttonasjonalprodukt.

Folkehelsearbeid innebærer å svekke det som medfører helserisiko, men like viktig er det å styrke det som bidrar til god helse. Oppgavene omfatter både forebygging av psykisk og somatisk sykdom, samt å legge til rette for trivsel og tilhørighet. Folkehelsearbeidet skal også bidra til utjevning av sosiale forskjeller som kan påvirker helsen.

Folkehelseloven gir kommunene et stort ansvar i folkehelsearbeidet. Loven pålegger kommunen å ha oversikt over helsetilstanden og stiller krav til kommunal planlegging om å fastlegge overordnede mål, strategier og tiltak for å møte dokumenterte utfordringer.

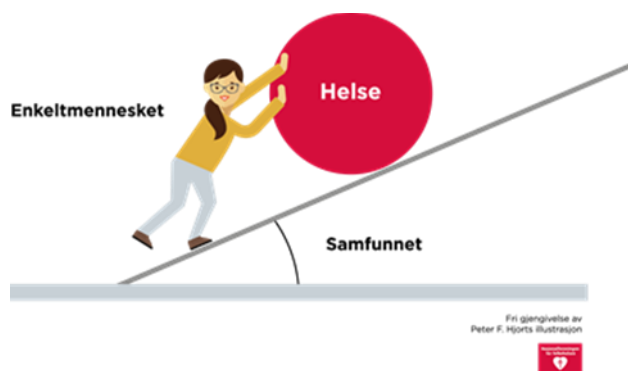
Lovens § 4 er tydelig på at kommunen «skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting». I praksis betyr dette at **alle** kommunens tjenester har et **ansvar** og en lovfestet **plikt** til å innrette sine tjenester slik at de fremmer innbyggernes helse. For å skape et bærekraftig folkehelsearbeid og for å «fremme helse i alt vi gjør», må alle kommunens tjenester involveres og ansvarliggjøres i forhold til helsekonsekvenser ved egne prioriteringer. Det er hevdet at 90 prosent av helsen skapes og forebygges utenfor helsetjenesten jf. Dahlgren og Whiteheads figur om faktorer



Figuren viser en videreutvikling av Dahlgren og Whiteheads modell om faktorer som påvirker helsetilstanden.

som påvirker helsen. Dette understreker viktigheten av at alle tjenester tar ansvar for folkehelsearbeidet i kommunen.

Å ha det godt og fungere godt, omfatter både objektive faktorer som økonomi, boforhold og deltakelse i samfunnet, og subjektive faktorer som glede, mening, engasjement og tilfredshet. Opplevelse av trygghet, fellesskap, utvikling og påvirkningsmuligheter er viktig for livskvaliteten. Folkehelsearbeidet i Hustadvika kommune har som mål å skape gode levekår for innbyggerne og forme et lokalsamfunn som er godt å bo i hele livet. Da må vi arbeide for å styrke og fremme deltakelse på alle områdene som er nevnt ovenfor. Samtidig har hver enkelt innbygger ansvar for egen helse. Folkehelsepolitikken og folkehelsearbeidet i Hustadvika kommune må legge til rette for at den enkelte innbygger har mulighet til å ta gode valg for egen helse. Figuren under er Nasjonalforeningen for folkehelse sin gjengivelse av Peter Hjort sin figur og illustrerer akkurat dette. Enkeltmennesket må selv ta ansvar for sin egen helse, men samfunnet må sørge for å gjøre motbakken minst mulig bratt.



### Oversikt over helsetilstanden 2020

«Oversikt over helsetilstanden i Hustadvika kommune 2020» viser at mange har det bra og trives. Tilbud som Aktiv på dagtid, Sterk og stødig, Frivilligsentralen, turstier, BUA, gangveier, lavterskel aktivitetstilbud, samarbeid med frivilligheten, Rask psykisk helsehjelp og Frisklivssentralen, blir framhevet som svært positive bidrag. Det vises også til at det er et potensiale for enda bedre utnyttelse av tilbudene.

I arbeidet med oversikten, kom det mange tilbakemeldinger om hva innbyggerne mente om tilbudene. Gjennom dialog med innbyggerne etterspørres flere møteplasser og lavterskel aktivitetstilbud. Disse kan bli bedre tilrettelagt for bevegelsehemmede eller mennesker med andre utfordringer. Det er et ønske om at tilbudene skal nå ut til en enda større brukergruppe, for eksempel eldre ved institusjoner eller barn og unge med funksjonsnedsettelse. Transport til tilbudene er en utfordring for mange.

I møte med ungdomsrådet kom det frem at de var opptatt av å styrke tilbud knyttet til psykisk helse og rusforebygging. De ba også kommunen være oppmerksom på at det finnes en del barn som vokser opp i familier med lav inntekt i vår kommune.

I møtet med elderrådet var de opptatt av å skape gode vaner for fysisk aktivitet og kosthold gjennom hele livet for å unngå sosiale ulikheter i helse. De framhevet også god kommunal planlegging som viktig for å unngå sosiale forskjeller blant eldre, for eksempel ved å planlegge for eldreboliger til leie, boliger i tun og et utbedret kollektivt tilbud. Eldrerådet var også opptatt av at eldre må få tilgang til god og næringsrik mat, gjerne i samarbeid med kommunen.



De kommunale tjenestene som gav tilbakemelding til oversiktsarbeidet, var opptatt av tiltak for å forebygge ensomhet i alle aldersgrupper, å styrke forebyggende og kurative tjenester knyttet til psykisk helse, samt samordnet og koordinert arbeid for å motvirke utenforskap.

### Forventet levealder

Tabellen nedenfor viser forventet levealder, forventet friske leveår, forventet antall år med sykdom og forventet prosent av livet levd med sykdom, ved fødsel og 65 års alder i Norge 2015.

	Ved fødsel		Ved 65-årsalder	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
Forventet levealder	79,9	84,1	18,6	21,5
Forventet friske leveår	70,4	72,6	14,4	16,7
Antall år med sykdom	9,5	11,5	4,2	4,9
Prosent av livet med sykdom ved fødsel og ved 65-årsalder	12	14	23	23

Kilde: [Helse hos eldre - FHI](#)

Selv om eldre i dag lever lengre med en eller flere kroniske sykdommer, er det stor variasjon i hvor mye hver enkelt blir påvirket i det daglige av disse sykdommene. Mange sykdommer kan kontrolleres med medisiner, og mange er i stand til å leve selvstendig og med god livskvalitet, uten behov for omsorgstjenester. Godt kosthold og fysisk aktivitet kan øke motstandskraften mot sykdom, ulykker og funksjonssvikt i eldre år. Slike tiltak virker forebyggende mot aldersrelaterte sykdommer som hjertesykdommer og hjerneslag, diabetes type 2, kreft, benskjørhet og brudd, samt demens og depresjon. Kilde: [Helse hos eldre - FHI](#)

### Ungdata

Rapporter basert på nasjonale tall fra Ungdataundersøkelsene, som også stemmer overens med lokale tall fra Hustadvika, viser at de aller fleste norske tenåringer har det bra ifølge dem selv. Når ungdom blir spurt, svarer det store flertallet at de har god fysisk og psykisk helse, de fleste opplever stor grad av trygghet, de er godt fornøyde med foreldrene sine, med vennene sine og med skolen de går på, og mange ser optimistisk på sin egen framtid.

Samtidig viser Ungdata og andre selvrapporteringsundersøkelser at en god del sliter med ulike former for psykiske helseutfordringer i hverdagen. For noen handler dette om tristhet, nedstemthet og om bekymringer. I Hustadvika handler det også for noen om en følelse av ensomhet og om å ikke være fornøyd med egen helse. De siste 10-12 årene har økningen først og fremst skjedd blant jenter. De aller siste tallene fra Norge tyder imidlertid på en økning også blant gutter. Hva som er årsaken til økningen, kan ikke forskningen si noe sikkert om. Kilde: [Stress, press og psykiske plager blant unge - Ungdata \(22.02.22\)](#)

Mål og muligheter for folkehelse
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vi sørger for aldersvennlig samfunn for alle innbyggere</li> <li>2. Vi legger til rette for at den enkelte kan ta gode valg for egen helse</li> <li>3. Vi har nok ressurser og kompetanse i tjenestene til å oppdage behov og sette inn tiltak               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Vi styrker arbeidet for tidlig innsats</li> </ol> </li> <li>4. Vi sikrer gode systemer for samhandling mellom ulike tjenester og kommuneområder for utnyttet kommunes kompetanse til det beste for innbyggerne</li> </ol>

## 2.3 Hva er viktig for deg?

Dette spørsmålet innebærer en retningsendring, og har til hensikt å tydeliggjøre brukerstemmen og bidra til at helsetjenestene møter og styrker individets egne ressurser og mestringsevne.

Helsepersonell må ha en mer helsefremmende tilnærming i møte med pasienter og brukere.

**Helsefremming** er, ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO), en prosess som gir folk økt kontroll over og muligheter til å forbedre helsen sin.

Brukermedvirkning er et sentralt begrep i helse- og omsorgstjenesten. Det er både en demokratisk rettighet og et mål. Brukermedvirkning er hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven paragraf 3-1 om rett til

medvirkning. Brukermedvirkning er helsefremmende og bidrar til mestring og motivasjon ved at brukere setter egne mål. Det er innbyggernes behov som skal være førende for de tjenester kommunen skal yte, og da er spørsmålet «Hva er viktig for deg?» sentralt.

I forbindelse med den internasjonale «Hva er viktig for deg»-dagen 9. juni 2021, fikk vi mange innspill på hva som er viktig for innbyggerne i Hustadvika. Dette resulterte i en flott ordsdy:



I forbindelse med utarbeidelse av denne planen, sendte vi ut en spørreundersøkelse, nettopp for å spørre innbyggerne om hva som er viktig for dem. Temaet for den undersøkelsen var helsetjenester og bosted. Det er viktig at vi har kontakt med innbyggerne våre, slik at vi kan spørre dem, eller ha dialog med dem om hvilke tjenester det er behov for. Det er ikke bestandig at kommunens «smørbrødsliste» av tjenester er det innbyggerne trenger.

### Mål og muligheter for «Hva er viktig for deg?»

1. Spørsmålet «Hva er viktig for deg?» er sentralt i våre møter med innbyggerne
2. Vi bruker innbyggerundersøkelser og samtaler som noe av kunnskapsgrunnlaget vårt for planlegging

## 2.4 Leve hele livet

Leve hele livet er i utgangspunktet en kvalitetsreform for innbyggere 65 år og eldre. Reformen bygger på hva ansatte, eldre, pårørende, frivillige og ledere har sett fungerer i praksis. Hva som løfter kvaliteten på tjenestene og bidrar til en trygg og verdig alderdom. Alle de fem hovedområdene er imidlertid relevant for alle aldersgrupper, derfor skal prinsippene i Leve hele livet være gjennomgående i denne planen.

Reformen «Leve hele livet» har fem satsingsområder:				
Et aldersvennlig Norge	Aktivitet og fellesskap	Mat og måltider	Helsehjelp	Sammenheng i tjenestene

Reformen Leve hele livet skal bidra til flere gode leveår der eldre, men også alle andre, beholder god helse lenger, opplever at de har god livskvalitet, og at de i større grad mestrer eget liv, samtidig som de får den helsehjelpen de trenger når de har behov for den.

Samfunnet vil framover bli preget av at vi blir flere eldre, at andelen eldre i befolkningen vil øke, og at det etter hvert vil bli en sterk vekst blant de eldste eldre.

De fleste eldre i Norge lever gode liv og former sin egen hverdag. De deltar i sosiale fellesskap, får gode helsetjenester når det trengs og de bidrar med sine ressurser i jobb, familie og i nærmiljøet sitt. De fleste opplever å bli verdsatt.

Leve hele livet legger til grunn at de eldre skal fortsette å ha disse godene, også når helsa svikter og det offentlige må trå til med omsorgstilbud. Rundt om i kommunene, også i vår, finnes det gode løsninger som bidrar til dette. Men vi ser også at gode løsninger blir for lite tatt i bruk, og løsningene blir for tilfeldige. Derfor blir ikke tilbudet godt nok og kvaliteten på tjenestene til eldre varierer for mye.

Satsingsområder for at våre innbyggere skal «leve hele livet» er velferdsteknologi, styrking av brukerrollen og støtte opp om de pårørendes rolle, tilrettelegge for frivillig innsats og engasjement, sørge for et demensvennlig samfunn, sikre behov for heldøgns omsorg, samarbeid med øvrige samfunnsaktører og heltidskultur.

**Leve hele livet**  
- en kvalitetsreform for eldre



## Mål og muligheter for «Leve hele livet»

1. Våre innbyggere har gode leveår og opplever at de har god livskvalitet
  - a) de er engasjerte og deltar i frivillig arbeid
2. Våre innbyggere er i stand til å ta vare på seg selv og ivareta egen helse
3. Våre innbyggere får den helsehjelpen de trenger når de har behov for den
4. Våre innbyggere får god informasjon om kommunens tilbud
  - a) vi har en egen side i kommuneavisa med informasjon til eldre, som et supplement til digital informasjon
5. Våre innbyggere bruker digitale løsninger for i større grad å kunne mestre eget liv
  - a) vi gir råd og veiledningstjeneste for eldre om trygghetsskapende teknologi og velferdsteknologiske løsninger generelt

## 2.5 Universell utforming

**Universell utforming** er en samfunns kvalitet som sikrer alle deltakelse og likestilling i samfunnet. Universell utforming er utforming av produkter og omgivelser på en slik måte at de kan brukes av alle mennesker, i så stor utstrekning som mulig, uten behov for tilpassing og en spesiell utforming.

Utforming for alle er viktig fordi mange personer med funksjonshemninger diskrimineres og stenges ute fra samfunnet. Med universell utforming kan vi skape et samfunn hvor alle kan delta på lik linje. En utforming av samfunnet som tar hensyn til mangfoldet i befolkningen sikrer like rettigheter. Det gir løsninger for alle av god kvalitet – løsninger som er funksjonelle, brukervennlige og uten hindringer. Universell utforming er nødvendig for noen, men bra for alle. Det er en strategi som ivaretar menneskerettigheter, bærekraft og likestilling, og er et ledd i arbeidet med CRPD.

Vi må ha et entydig formål om at universell utforming skal være det førende prinsippet for all planlegging, bygging og renovering, for å sikre likestilling. Dette skal ikke gjelde bare bygninger som skoler og sykehjem, men uteområder, butikker mv. Med universell utforming som det førende prinsipp, styrker vi innbyggernes mulighet til mestring i alle livsfaser.

Ungdomsrådet poengterer potensialet i å legge mer til rette for fysisk og psykisk helse i skolen og for skolegårder som fremmer lavterskel fysisk aktivitet. Den samme tilbakemeldingen kommer fra fysioterapi-, ergoterapi- og rehabiliteringstjenesten. Det må satses på universell utforming slik at skolegårder, nærmiljøanlegg og turstier kan brukes av flest mulig.

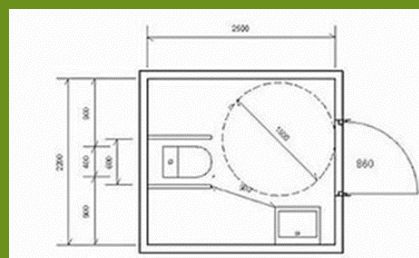
Kommunen bør systematisere og prioritere arbeid med universell utforming, men også motivere næringslivet til å bidra. Samarbeid med private aktører for å kunne tilby universelt utformede og varierte boliger i ulike livsfaser, vil være et godt bidrag til å kunne imøtekomme det stadig økende behovet for universelt tilpassede botilbud.





## Mål og muligheter for universell utforming

1. Universell utforming skal være en premiss for all planlegging for bygg, uteområder og aktivitet i vår kommune ved at:
  - a) universell utforming er en premiss i alle kravspesifikasjoner ved nybygg og rehabilitering av eksisterende bygg
  - b) utformingen skal være lett å forstå uten hensyn til brukerens erfaring, kunnskap, språkferdigheter eller konsentrasjonsnivå
  - c) utformingen skal kommunisere nødvendig informasjon til brukeren på en effektiv måte
  - d) utformingen skal minimalisere farer og skader som kan gi ugunstige konsekvenser, eller minimalisere utilsiktede handlinger
  - e) utformingen skal være brukbar og tilgjengelig for personer med ulike ferdigheter
  - f) den er fleksibel i bruk – uansett individuelle preferanser og ferdigheter. Den synshemmede skal kunne se, den hørselhemmede høre osv.
  - g) utformingen skal kunne brukes effektivt og bekvemt med minimum besvær
  - h) hensiktsmessig størrelse og plass skal muliggjøre tilgang, rekkevidde, betjening og bruk, uavhengig av brukerens kroppsstørrelse, kroppsstilling og mobilitet
2. Vi gir gode råd til innbyggerne om universell utforming
3. Vi har etablert en tverrfaglig boligrådgivningsgruppe med deltakere fra forvaltningskontoret, ergoterapitjenesten og bygg og eiendom mv. Gruppen skal arbeide med saker som gjelder tilrettelegging og tilpasning av kommunalt eide boliger, for å sikre at eldre og innbyggere med funksjonsnedsettelse får mulighet til å bo i en tilrettelagt bolig. Gruppen kan også veilede ved tildeling av kommunale boliger, for å sikre at riktig type bolig blir fordelt til riktig type innbygger.
4. Rådet for personer med nedsatt funksjonsevne, ergoterapeut og barn og unges representant i plansaker skal involveres i plan- og byggeprosjekter fra start
5. Vi motiverer næringslivet til å bidra, og samarbeide med private aktører for å kunne tilby universelt utformede og varierte boliger i ulike livsfaser



### 3 Status, mål og muligheter

---

Kommuneplanens samfunnsdel og retningsplanen legger føringer for hva kommunen skal satse på i årene som kommer.

«Innbyggerne i Hustadvika kommune opplever mestring og livskvalitet i hverdagen, samt kvalitet på kommunens helse-, sosial og omsorgstjeneste»

I dette kapitlet tar vi for oss områdene som ligger til Helse og velferd, samt Tiltak funksjonshemmede i Familiens Hus. Der det er mulig, visualisere vi status og utvikling for fagområdene, samt setter mål og eventuelle tiltak for de neste tolv årene. Utfordringene vi står overfor gir oss mulighet til å tenke annerledes, og det som er annerledes kan ofte være bra. Fremtidig organisering og

dimensjonering av tjenestene kommer som egne tema i kapittel 5 med påfølgende tiltaksplan i kapittel 6.

**Forebygging og tidlig innsats** hele livet bidrar til at innbyggerne er aktive deltakere i samfunnet. Livsstilssykdommer er en helsemessig utfordring der gevinsten av forebyggende innsats kan være høy, både for den enkelte og for kommunen. Aktivitet, deltakelse og helsefremmende arbeid forhindrer eller forsinker sykdomsutvikling og skader.

**Mestring av sykdom** og opplevelse av livskvalitet selv når sykdom rammer, er et mål for tjenestene. God helse forstås som mer enn fravær av sykdom. Det handler også om muligheten til å leve et godt liv også når sykdom oppstår. **Frivillig innsats og samarbeid** med pårørende og brukerens nettverk er viktige ressurser som underbygger mestring og utvikling.

Samfunnsutviklingen påvirker befolkningens helsemessige behov og utfordringer. Den **demografiske utviklingen** med et økende antall eldre og nye oppgaver øker behovet for helsetjenester. Samtidig er tilgangen til **kvalifisert helsepersonell** begrenset og konkurransen økende.

Innovasjon og tjenesteutvikling, sammen med kommunens evne til å rekruttere og utvikle kompetanse, er en forutsetning for å levere effektive helsetjenester med høy kvalitet.

Opplevelse av tjenester med **god kvalitet** skapes i møtene mellom pasient/bruker og den enkelte ansatte. Pasientopplevd kvalitet formes av måten tjenesten utøves på sammen med forventningen brukerne har til helsetjenesten. Medarbeidernes kompetanse, forstått som deres holdninger, kunnskaper og ferdigheter, blir avgjørende.

Andre dimensjoner ved kvalitet i helsetjenesten er **pasientsikkerhet og medvirkning**. Dette må ivaretas samtidig som tjenestene er kunnskapsbasert, effektive, tilgjengelige og riktig fordelt i befolkningen. Kommunen opptrer forutsigbart og tydelig i samhandling med andre aktører.



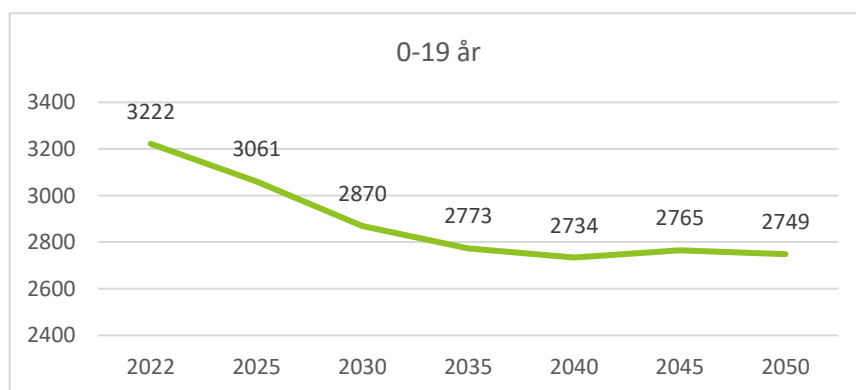
Sentrale utfordringer i vår kommune, men også i de fleste andre kommuner kan fremstilles slik:

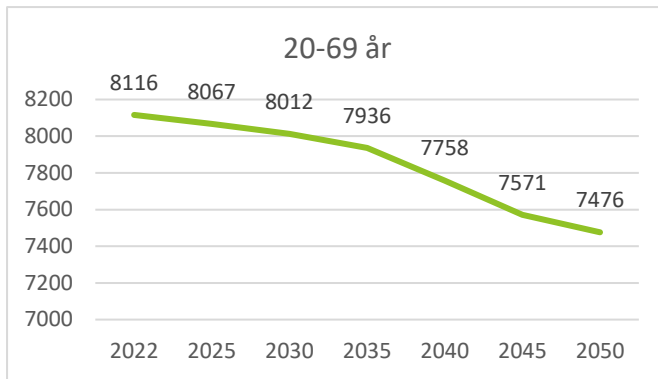
Ensomhet blant eldre relatert til endringer i livssituasjon	Inaktivitet og aktivitetstilbud som ikke er tilpasset individuelle ønsker og behov	Manglende ivaretagelse av sosiale, kulturelle og eksistensielle behov
At kommunen har tilstrekkelig med møteplasser for aktivitet, sosiale og kulturelle forhold	Aktiv brukerrolle	Lite systematisk samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og frivillige/sivilsamfunn
Koordinering av tjenester både internt, og mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten	<b>SENTRALE UTFORDRINGER</b>	Vekst i brukergrupper med sammensatte lidelser, ikke smittende sykdommer og økning i forekomst av demens
Forebygging og tidlig innsats	Kompetanse til å gi tjenester av høy kvalitet og samhandling mellom tjenester og tjenestenivå	Tilstrekkelig brukerperspektiv
Rus	Psykiske lidelser blant unge	Vold i nære relasjoner
Hverdagsmestring	Innovasjonsarbeid	Velferdsteknologiske løsninger

### 3.1 Demografi

Hustadvika kommune vil i årene fremover møte utfordringer knyttet til demografisk utvikling, og til rekruttering av kvalifisert personell. Kommunen skal utvikle tjenester til en befolkning som øker i aldersgruppen 70 år og eldre. Samtidig synker antall barn og unge. Skatteinntektene øker ikke proporsjonalt med den økende mengden oppgaver, noe som vil utgjøre en stor økonomisk utfordring.

Andelen av befolkningen i aldersgruppen 0-19 år synker med neste fem hundre personer de neste 20 årene viser fremskrivninger fra SSB. Denne utviklingen betyr at dagens velferdssamfunn må endres og tilpasses et samfunn med en større andel eldre enn yngre.



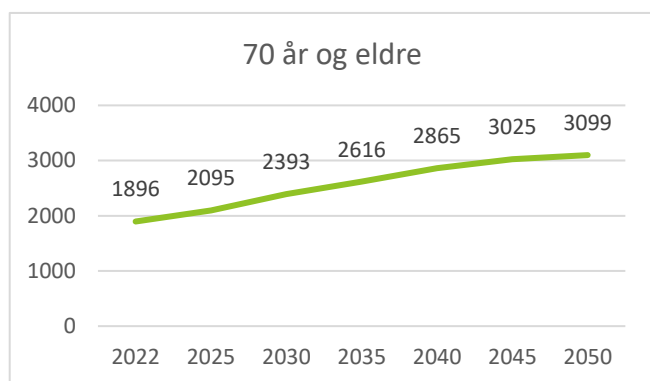


Framskrivningene viser også at andelen av innbyggere i yrkesaktiv alder reduseres med omtrent like mange som i aldersgruppen 0-19 år. Tiltak som kan rekruttere unge til helse- og omsorgsyirket har innvirkning på mulighetene til å ansette tilstrekkelig antall personell fremover, og unge må motiveres til å komme tilbake til kommunen etter endt utdanning.

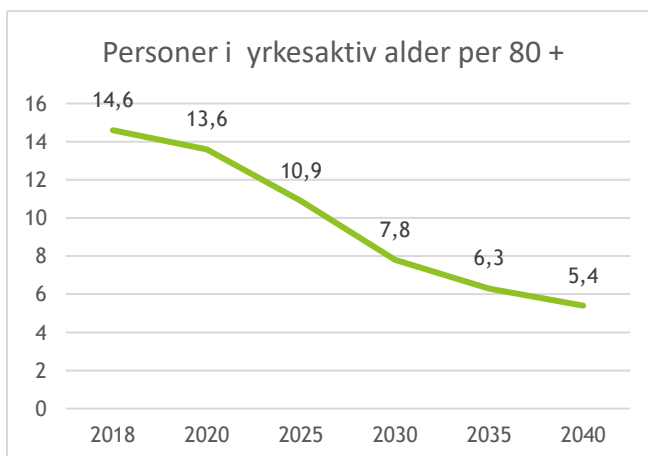
Kommunen må legge til rette for

lærlingplasser og for etter- og videreutdanning for ansatte i helse-, sosial- og omsorgstjenestene.

Flere eldre er heldigvis friske lengre, og mange bor hjemme i høy alder og klarer seg selv, eller har litt hjelp. Dette gir mange muligheter. En 65-åring kan forvente å ha 15-20 funksjonsfriske år foran seg. Derfor må de eldres arbeidskraft og kompetanse brukes i langt større grad. 80 prosent av eldre personer greier seg fint hjemme, eventuelt kun med oppfølging fra fastlege. Eldre mennesker er verdifulle bidragsyttere i samfunnet hvis de slipper til, og at de møtes med forventninger om å leve aktive liv.



Forskning på eldres helse og sykkelighet de siste årene viser at eldre ikke nødvendigvis har fått færre år med sykdom enn før, kanskje snarere flere. Likevel ser det ut til at de klarer seg bedre med disse sykdommene enn tidligere. Det kan henge sammen med høyere utdanning, bedre mestringsevne, bedre medisinsk behandling, og fysiske omgivelser og teknologi som tilrettelegger for at eldre kan klare seg selv. Kommunen må likevel forberede seg på å måtte øke oppgavene, samtidig som det vil bli mangel på kvalifisert personell.



Mens det i 2018 var 14,6 yrkesaktive per innbygger over 80 år, vil det i 2040 være bare 5,4. De skal inneha alle yrker i Norge, fra snekker til hjernekirurg.

Det vil også bli vanskeligere å få arbeidskraft fra Europa, da samme utvikling pågår der. Det er derfor viktig at sysselsettingsgraden i kommunen er høy. Tiltak som bidrar til at unge fullfører videregående skole og får en utdanning som gjør at de får seg arbeid, vil ha

innvirkning på forholdet mellom tall yrkesaktive og tall pensjonister.



### Mål og muligheter for demografiutviklingen

1. Vi planlegger godt for organisering og dimensjonering av tjenestene våre (se kapittel 5)
2. Vi har en god plan for å rekruttere og beholde ansatte med nødvendig kompetanse (se kapittel 4.21 om kompetanse, og Kompetanseplan for Helse og velferd 2022-2034 <sup>1</sup>)

## 3.2 Helsefremmende og forebyggende tjenester

Helsefremmende tjenester er tiltak som bedrer livskvaliteten, trivselen og muligheten til å mestre de utfordringer og belastninger vi utsettes for i dagliglivet. Helsefremmende tiltak retter seg mot alle innbyggere og har som mål å fremme helse og livskvalitet, samt bidra til god selvfølelse, overskudd og livsglede. Dette er et prioritert område både nasjonalt og internasjonalt, og det handler om å gjøre folk i stand til å ta gode valg for egen helse. Mennesket skal involveres aktivt i avgjørelser om forhold som påvirker egen helse og egen livskvalitet, og det forutsetter fokus både på individuelle og samfunnsmessige forhold. Faktorer i samfunnet som gir god helse, må styrkes, og faktorer som medfører helserisiko, må svekkes.

Forebyggende tiltak retter seg mot risikogrupper blant innbyggerne og skal bidra til å minske risikoen for sykdom og skade og følgene av dette. Tiltakene har som mål å sette innbyggerne i stand til i størst mulig grad å være selvhjulpne og mestre hverdagen.

Hustadvika kommune har ulike helsefremmende og forebyggende tjenester, for eksempel frisklivs-sentral, fysio- og ergoterapitjeneste og rask psykisk helsehjelp. I tillegg er Frivilligsentralen, Aktiv på dagtid og Sterk og stødig viktige bidrag på dette området. Å fremme ansvar for eget liv og egenmestring vil være positivt for den enkelte og samtidig redusere behovet for dyrere helse- og omsorgstjenester. Sett i lys av de utfordringer befolkningsutviklingen gir oss, vil dette være en svært god investering i tiden fremover.

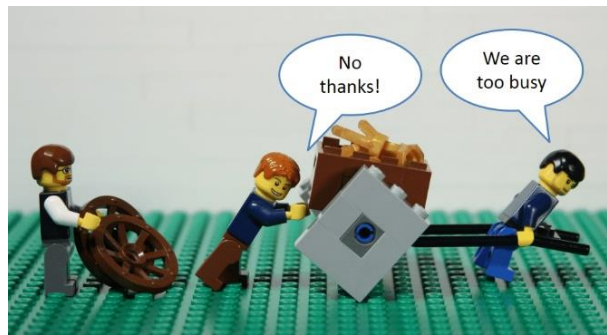
### Mål og muligheter for helsefremmende og forebyggende tjenester

1. Vi vektlegger helsefremmende og forebyggende arbeid i alle tjenesteområder og rettet mot alle aldersgrupper ved at vi tilbyr
  - a) systematisk folkehelseopplysning, veiledning og opplæring
  - b) opplæring i digitale ferdigheter
  - c) ulike lærings- og mestringskurs gjennom frisklivssentralen og rask psykisk helsehjelp
2. Vi iverksetter forebyggende hjemmebesøk til eldre
3. Vi etablerer helsestasjon for eldre
4. Vi har målrettet samarbeid med frivilligheten, lag og foreninger
5. Vi legger til rette for gode oppvekstmiljø, lokalsamfunn og fritidsmiljø ved å
  - a) sørge for god informasjon til innbyggerne om aktiviteter og møteplasser
  - b) støtte opp om lavterskeltilbud, fysisk aktivitet og sosiale møteplasser for alle aldersgrupper

<sup>1</sup> PS 1/2022 i Administrasjonsutvalget

### 3.3 Innovasjon

Ut fra et brukerperspektiv handler innovasjon om å forstå brukerne sine eksisterende og fremtidige behov, for deretter å bruke kunnskapen som grunnlag for utvikling av nye produkt, prosesser og organisasjonsformer. Det må tilrettelegges slik at tilgjengelige ressurser kan samhandle, og at oppgavene blir løst sammen med innbyggerne.



#### 3.3.1 Velferds- og mestringsteknologi

Bruk av velferds- og mestringsteknologiske løysningar kan bidra til økt trygghet og bedre tjenester for brukere og pårørende. Erfaringer viser også at velferdsteknologi kan gi mer effektiv bruk av ressurser i helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Velferds- og mestringsteknologi bør være den første og foretrukne tjenesten som tildeles nye brukar, for eksempel digitalt tilsyn, medisindispenser, trygghetsalarm mv. Denne teknologien er viktig verktøy for å møte fremtidens utfordringar, og brukes til forebygging og hverdagsmestring. Den kan brukes som verktøy til fallforebygging, arbeidet mot ensomhet og manglende sosial deltakelse, digital oppfølging av hjemmetrening og rehabilitering, avdekke forverret tilstand på et tidlig tidspunkt og bidra til målrettede tiltak som hindrer utvikling av sykdom. Enhetene i kommunen bør sette seg konkrete, målbare, tidsbestemte og realistiske mål for implementering av velferdsteknologi.

Kommunen har investert og begynt å bruke noe, mest innen trygghets- og sikkerhetsteknologi som pasientvarslingssystem i institusjoner/omsorgssenter, trygghetsalarm mv. Andre eksempler på velferdsteknologi er digital medisineringsstøtte, GPS, fallsensor, trygghetsalarm, memoplanner og rolltalk. [Anbefalinger om velferdsteknologiske løysningar i kommunene - Helsedirektoratet](#)

Det er flere innbyggere som har skaffet seg teknologi for sosial kontakt (for eksempel [KOMP](#)), og renhold (for eksempel robotstøvsugere). Det er viktig at innbyggerne på eget initiativ undersøker og prøver ut ulike løysningar tilpasset deres behov.

#### 3.3.2 Helseplattformen: Èn innbygger - èn journal

Helseplattformen er en ny, felles pasientjournal for hele helsetjenesten i Midt-Norge, og skal etter planen innføres i Hustadvika i mai 2023. Alt om innbyggeren sin helse samles på et sted og skal gi mer sømløse tjenester og bedre samhandling internt i kommunen, men også eksternt med spesialisthelsetjenesten, fastlege og andre behandlere. Helseplattformen har som et av mange mål å øke pasientsikkerheten ved at helsepersonell får bedre oversikt, hjelp og journalopplysningar i sanntid av systemet i behandlingen av pasientene. Bruk av denne nye plattformen krever at ansatte må jobbe på nye måter, det er behov for omstilling og arbeidsprosesser må organiseres på nye måter, noe som krever endrings- og omstillingskompetanse og ikke minst vilje hos alle involverte.



**HELSEPLATTFORMEN**

felles pasientjournal i Midt-Norge

Når Helseplattformen rulles ut vil innbyggere kunne finne sine egne helseopplysninger i en portal som kan nås på mobil og PC. De vil kunne delta mer aktivt i sin egen behandling og helse dersom de ønsker det.

Helseplattformen kommer til å bidra til at kommunen klarer å forvalte ressursene på mer effektiv måte. Den kommer også til å redusere tidstyver som doble føringer, tidkrevende samhandling med fastleger/andre aktører, enklere/bedre dokumentasjon mv.

#### Mål og muligheter for innovasjon og velferdsteknologi

1. Vi har kultur for innovasjon og utvikling
2. Vi satser på digitalisering for innbyggere og tjenesteutøvelse
3. Velferdsteknologi og digitalt tilsyn er det foretrukne valget så sant det er mulig
  - a) velferdsteknologi er vurdert før tildeling av andre helse- og omsorgstjenester
  - b) saksbehandlere på forvaltningskontoret har god kunnskap om hvilke teknologiske løsninger som finnes og hvilke muligheter det gi
4. Vi har god kompetanse i kommunen om velferdsteknologi og digitale tilsyn
  - a) vi har en aktiv flerfaglig velferdsteknologigruppe
  - b) vi tilbyr opplæring
  - c) alle ansatte har grunnleggende kunnskap (inkludert for eksempel fastleger, ansatte på servicekontor, helsestasjon)
5. Vi har demonstrasjonsrom med ulike velferdsteknologiske løsninger
6. Enhetene har konkrete tidsbestemte mål for implementering og bruk av velferdsteknologiske løsninger
7. Innbyggerne er godt opplyst om mulighetene for velferdsteknologiske løsninger og hvordan de selv kan skaffe disse gjennom
8. Vi bruker Helseplattformen for å gi mer helhetlige og bedre tjenester til våre innbyggere

### 3.4 Koordinering, planlegging og gjennomføring av tjenester

Innbyggere kan søke om kommunale tjenester, og det er forvaltningskontoret med et tverrfaglig sammensatt team som vurderer bistandsbehovet til den enkelte.

Kommunen har plikt til å gi skriftlig avgjørelse (enkeltvedtak), enten om innbyggeren får innvilget helsetjenester eller ikke. Lover og forskrifter, og vilkår for helse- og omsorgstjenester er førende for tildeling av tjenester. I saksbehandling er brukermedvirkning sentralt. Pasienter/brukere har rett til å ta del i valg som gjelder seg selv. Det gjelder både kartlegging, målsettinger og gjennomføring av helse- og omsorgstjenestene.

Vi skal yte riktig tjeneste, på riktig nivå til rett tid, vi skal ha gode livsfaser og overganger, og tjenesten skal være av god kvalitet.



### 3.4.1 Forvaltningskontoret/koordinerende enhet

Forvaltningskontoret for helse- og omsorgstjenester består av et tverrfaglig sammensatt team med leder og fem ansatte med kompetanse innen juss, helse og sosialfag. Enheten er organisert i staben til kommunalsjef for helse og velferd.

Enheten er kommunens koordinerende enhet og har det overordnet ansvar for habilitering og rehabilitering, individuell plan og oppnevning av koordinator. Enheten har delegert ansvar og myndighet for saksbehandling av søknader om helse og omsorgstjenester, samt kommunale boliger. Forvaltningskontoret tildeler i dag ikke tjenester til personer med psykiske lidelser eller rusutfordringer, dette gjøres av tjenesten selv. Forvaltningskontoret ble i sin tid etablert for å ivareta rettssikkerheten for brukerne, samt profesjonalisere saksbehandlingen. Dette bør også gjelde for brukergruppen innen rus og psykisk helse.

Forvaltningskontoret har også ansvar for å behandle alle søknader om kommunale boliger, og beslutte hvilken type kommunal bolig som kommunen skal gi tilbud om. På den måten sikrer vi at én enhet sitter på den samlede oversikten og tildeling av alle kommunale boliger. Forvaltningskontoret bruker i dag drøftingsmøte for tildeling av boliger med delvis og heldøgns bemanning. I drøftingsmøtet deltar representanter fra forvaltningskontoret, lege, fysioterapeut, ergoterapeut, hjemmetjenesten, samt representant fra korttids- og rehabiliteringsavdeling.

Det er etablert et boligråd for vurdering av søknader for leie av andre kommunale boliger uten bemanning. Her sitter representanter fra forvaltningskontoret, NAV, mestringsenheten, enhet for integrering og hjemmetjenesten.

Koordinerende enhet skal ha oversikt over behov og bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. Enheten har i dag ikke en god nok oversikt over hvor mange som har funksjonsnedsettelse eller behov for habilitering- og rehabilitering i kommunen.



### 3.4.2 Innbyggerens behov

Den overordnede strategien er å sikre at den enkelte tjenestemottaker i Hustadvika kommune mestrer eget liv mest mulig selvstendig, både fysisk, kognitivt og sosialt, i samspill med kommunale tjenester. Vi forplikter oss til å tilpasse miljøet rundt den enkelte bruker og yte tjeneste etter beste effektive omsorgsnivå. Ved å ha ulike tjenestetilbud, vil tilbudet kunne tildeles ut fra behov den enkelte bruker har. Tilbudene differensieres ved at tjenestetilbudet strekker seg fra lite hjelpebehov til stort hjelpebehov. BEON-prinsippet (beste effektive omsorgsnivå) går i korte trekk ut på at tjenestene gis på mest effektive nivå med søkelys på brukernes egne ressurser.

Sentralt i kvalitetsreformen Leve hele livet, er helsehjelp. Innbyggere som får god hjelp tidlig i forløpet, mestrer sykdommer og helseplager bedre, og kan greie seg selv. Små plager kan raskt utvikle seg til større plager dersom det ikke settes inn nødvendige tiltak på riktig tidspunkt. Tidlig og riktig helsehjelp, gitt av personell med god kompetanse, er avgjørende for at våre innbyggere skal mestre livet på best mulig måte.

Personer med langvarige tjenestebehov trenger ofte hjelp fra ulike instanser for å mestre hverdagen. Tjenestene må samarbeide på tvers om løsninger som ivaretar brukeren sine mål og behov.

### 3.4.3 Brukermedvirkning

Brukere har rett til å medvirke, og tjenestene har plikt til å involvere brukeren. Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, og er dermed ikke noe tjenesteapparatet kan velge å forholde seg til eller ikke.

Brukermedvirkning er også et virkemiddel på flere nivå. Blant annet kan brukermidvirkning bidra til økt treffsikkerhet til utformingen og gjennomføringen av både generelle og individuelle tilbud. I tillegg har brukermidvirkning en egenverdi i at mennesker som søker hjelp, på linje med andre, gjerne vil styre over viktige deler av eget liv, motta hjelp på egne premisser og bli sett og respektert i kraft av sin grunnleggende verdighet.

Brukermedvirkning bidrar til å fremme selvstendighet for den enkelte og styrker evnen til å mestre eget liv. Den fremtidige brukerrollen innebærer at det er individets egen oppfatning av behov for tiltak som er utgangspunktet for tjenestetilbud. Å mestre hverdagen handler om å lære, vedlikeholde og trene på hverdagsaktiviteter.

Ved våre institusjoner og omsorgssentre har vi bruker- og pårørendeutvalg for å stimulere til aktivitet og fellesskap. Disse utvalgene består av brukere og/eller pårørende og ansatte.

### 3.4.4 Gode livsfaser- og overganger

Det er viktig at vi legger til rette og planlegger for gode livsfaser og overganger, slik at det blir sammenheng i tjenestene. Dette gjelder for alle innbyggere som har behov for langvarige og sammensatte tjenester, fra et nyfødt barn til den eldre innbyggeren.

Mange opplever at tjenestene ikke henger godt nok sammen. Et av målene med Leve hele livet er derfor å skape et mer sammenhengende tjenestetilbud. Innbyggerne skal oppleve at de ulike tjenestene samarbeider, at det er kontinuitet i tilbudet og at de har færre ansatte å forholde seg til. Derfor må vi i Hustadvika kommune sørge for økt samhandling mellom kommunens enheter. Dette for å benytte kommunens ressurser til det beste for innbyggerne. Økt samhandling vil gi økt kompetanse om enhetenes arbeid, samt et bedre koordinert og mer målrettet arbeid.

Å få et barn med funksjonsnedsettelse er utfordrende for familien. Det er mange kommunale og eksterne instanser som har sentrale roller i å utrede, hjelpe og tilrettelegge for en god start for familien og en god oppvekst for barnet. Barnet og familien kan ha behov for et bredt spekter av tjenester.

De fleste instanser skiller organisatorisk mellom tjenester til barn og voksne ved 18 år. For ungdommer med funksjonsnedsettelse og familiene kan overganger være svært sårbare, med nye tjenester og nye tjenesteytere. For å legge til rette for gode overganger må kommunen starte planleggingen av overgangen i god tid. Planleggingen må skje i samarbeid med ungdommen, foreldrene, fastlege, avlastningstilbud, bo- og habilitering og/eller andre aktuelle aktører.





Det er viktig at alle overgangene planlegges nøye, med tilstrekkelig tid for å sikre gode opplevelser for brukeren og pårørende. Overganger krever god samhandling om planlegging, overføring av informasjon og kompetanse i god tid før overgangen.

### 3.4.5 Kvalitet

Kunnskapsbasert praksis innebærer at fagutøvere bruker ulike kunnskapskilder i praksis. Ved å bruke forskningsbasert kunnskap, erfaringer fra praksis og pasientens kunnskap og behov, bedrer vi kvaliteten på tjenestene våre. Får å skape gode og bærekraftig tjenester, er vi avhengig av at flertallet av våre ansatte har hele stillinger. Heltidskultur<sup>2</sup> er viktig for god kvalitet og kontinuitet i tjenestene.

#### Mål og muligheter for koordinering, planlegging og gjennomføring av tjenester

1. Hustadvika kommune planlegger og gjennomfører tjenester etter brukerens behov
2. Hustadvika kommune sine tjenester planlegges og gjennomføres med kvalitet
3. Forvaltningskontoret, som også er koordinerende enhet, har godt samarbeid, helhetlige og koordinerte tilbud på tvers av fagområder, enheter og tjenestenivå
4. Forvaltningskontoret har ansvar for saksbehandling for de aller fleste tjenestene i helse og velferd, inkludert tjenester innen rus og psykiatri
5. Velferdsteknologi, som for eksempel digitalt tilsyn, er det foretrukne valget ved tildeling av tjenester så sant det er mulig
6. Det gjennomføres gode kartlegginger og faglige vurderinger i forbindelse med søknad om eller endring av tjenester
7. Der det er aktuelt med individuell plan, utarbeides det sammen med bruker, og planen gjenspeiler brukerens behov, ønsker og mål
8. Kommunen har retningslinjer for hvem som kan utnevnes til koordinator, og opplæring av koordinatorene er satt i system
9. Vi legger til rette for riktig bruker- og pårørendeinvolvering. Dette gjøres ved å:
  - a) la spørsmålet «Hva er viktig for deg?» være førende for brukermedvirkningen
  - b) øke ansatte sin kompetanse på brukermedvirkning, og til å gi råd og veiledning
  - c) ha bruker- og pårørendeutvalg i institusjoner og omsorgssentre og eventuelt andre steder der det er ønskelig
10. BEON-prinsippet ligger til grunn for utmåling og tildeling av tjenester
11. Vi har god pasientflyt styrt av tjenestemottakers behov for tjenester ved hjelp av
  - a) tydelige forventningsavklaringer
  - b) faglige vurderinger av brukers medisinske behov styrer hvor tjenesten blir gitt
12. Vi planlegger overgang til nye tjenester i god tid. Planleggingen skjer i samarbeid med aktuelle aktører, både internt i kommunen (for eksempel bygg/eiendom og oppvekstområdet) og eksternt med andre samarbeidspartnere (for eksempel spesialisthelsetjenesten og statsforvalteren)
13. Vi samarbeider med kunnskaps- og forskningsmiljøer om utvikling av tjenestene, og sørger for at kommunens praksis er kunnskapsbasert
14. Vi har en etablert heltidskultur

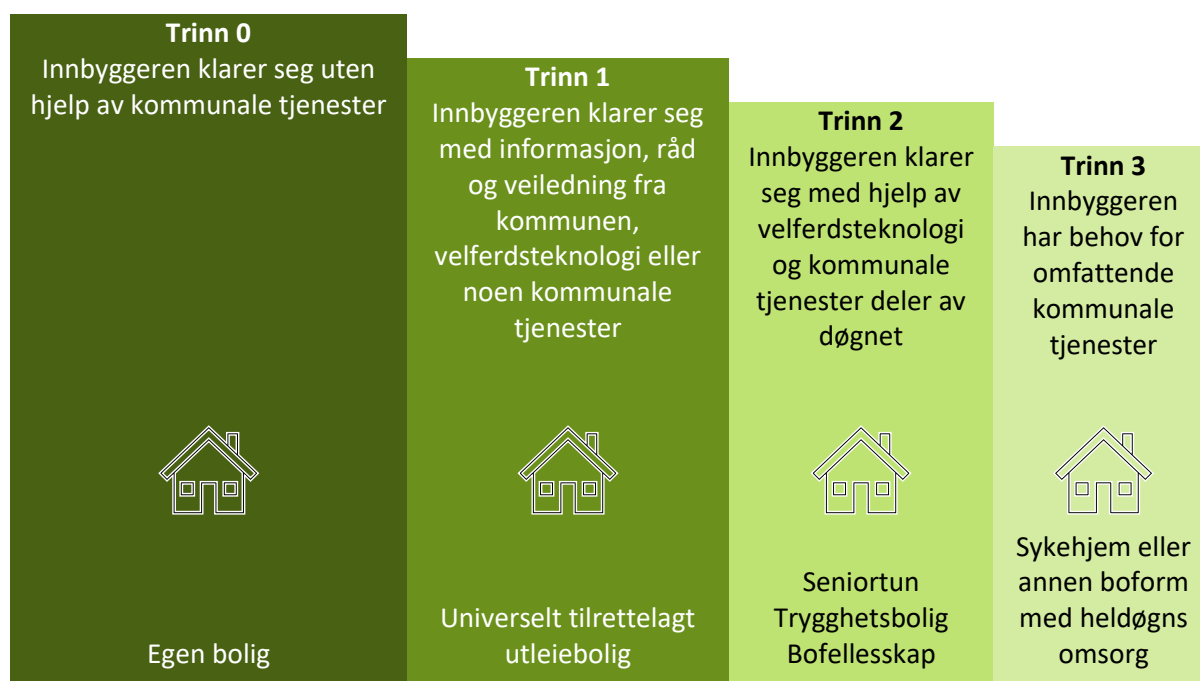
<sup>2</sup> Kompetanseplan for helse og velferd

## 3.5 Boligtrappa

Et av målene i kommuneplanens samfunnsdel er at Hustadvika kommune har trygge, sunne og attraktive bomiljø for alle i kommunen. Det er også et av delmålene i FNs bærekraftsmål ved at vi innen 2030 skal sikre at alle har tilgang til tilfredsstillende og trygge boliger og grunnleggende tjenester til en overkommelig pris.

Vi skal gjennom planverk og andre tiltak legge til rette for og bidra til et aldersvennlig samfunn der barn, unge, voksne og eldre kan trives og være selvstendige, og der offentlige og individuelle ressurser samordnes på en god måte. Hjelp og veiledning for å planlegge og starte en prosess for å skaffe seg en aldersvennlig bolig kan være en god investering både for kommunen og innbyggerne. Aktuelle tilskudd og stønadsordninger for boligbygging skal være lett tilgjengelige. Vi har Husbanken som aktør for tilskudd til ombygging, renovering og nybygg.

### Visualisering av «boligtrappa»



Demografiske framskrivninger understreker viktigheten av at unge mennesker bosetter seg i kommunen. Siden vi har lav arbeidsplassdekning må vi ha gode tjenester på andre områder: gode oppvekstmiljø, barnehager, skoler og helsetjenester i tillegg til tilrettelagte bomiljø, lokalsamfunn og fritidstilbud.

Vi må huske at gamle og unge trenger hverandre, derfor må vi lete etter løsninger som når flere brukergrupper samtidig. Vi må skape attraktive arenaer sentralt i nærmiljøene hvor folk treffes, og lag og foreninger kan ha møter, aktiviteter og arrangementer. Der det er mennesker til stede store deler av døgnet, øker trygghetsfølelsen for alle.

Hustadvika kommune eier og forvalter mange ulike bygg, fra utleieboliger til institusjoner<sup>3</sup>. Boenheter som favner hele omsorgstrappa i kommunen, nedfelles i den kommende boligplana.

<sup>3</sup> Oversikt over kommunale boliger per 29.03.22 (vedlegg)

### 3.5.1 Trinn 1 i boligtrappa - utleieboliger

Vi eier tilrettelagte boliger flere steder i kommunen, som i stor grad er bebodd av eldre og andre med behov for tilrettelagt bolig. Vi har det flere steder på Eide, i Elnesvågen og i Bud. Til sammen utgjør dette cirka 60 leiligheter. Dette er boliger uten heldøgns bemanning.

Vi har også det som gjerne er kalt gjennomgangsboliger, som benyttes i en avgrenset periode, for eksempel til flyktninger eller andre som har behov for en bolig i et kortere tidsrom. Dette er 42 boliger, og de er på Eide, i Bud, i Elnesvågen og på Tornes.

Mange av våre innbyggere bor også i boliger eid av private stiftelser:

- Hustad og Farstad boligstiftelse
- Tornes boligstiftelse
- Søre Fræna boligstiftelse
- Sylte boligstiftelse
- Elnesvågen boligstiftelse
- Fræna boligstiftelse

Regjeringen arbeider nå med en ny reform skal gjøre det trygt for eldre å bo lenger hjemme. Det er mangel på egnede boliger for eldre, særlig i distriktene. Potensialet til universell utforming er ikke godt nok utnyttet. En [rapport fra NOVA](#) viser at eldre flytter oftere fra eneboliger til mer tilgjengelige og lettstelte leiligheter. Eldre benytter imidlertid i mindre grad muligheten til å tilpasse egen bolig og gjøre den mer tilrettelagt for alderdommen. På regjeringens hjemmesider står det at arbeidet med reformen vil involvere flere departementer og sektorer. Regjeringen kommer til å arrangere dialogmøter ulike steder i landet for å høste erfaringer og få innspill. De ønsker en åpen og inkluderende prosess i arbeidet med reformen. Det er i kommunene de eldre bor, og det er her vi finner de gode løsningene. De vil derfor reise rundt og lytte til dem det gjelder. Kommuner, byplanleggere, utbyggere og ikke minst eldre selv og deres pårørende blir veldig viktige å møte.

### 3.5.2 Trinn 2 i boligtrappa - seniortun/trygghetsboliger/bofellesskap

Det er et trinn i «boligtrappa» som mangler, og det er samlokaliserte tilrettelagte universelt utformede leiligheter hvor eldre og andre kan bo i nærheten av hverandre og mestre sitt eget liv.

Eldre har, i likhet med resten av befolkningen, ansvar for å skaffe seg en god og trygg bolig. I distriktskommuner det ofte få egnede boliger i nærområdet, og det er stor prisforskjell mellom brukte og nye boliger. Derfor kan eldre vegre seg for å ta opp høy gjeld i alderdommen, noe som kan hindre eldre i å flytte til en mer egnet bolig.

Husbanken beskriver et godt boligprosjekt for eldreboliger som 7-8 leiligheter i et bygg med fellesarealer og utearealer, hvor gjerne alt er på bakkeplan (seniortun/trygghetsboliger/bofellesskap). Det bør være integrert i lokalsamfunnet i mest mulig grad, med mulighet for omgang med andre mennesker enn de som bor i det aktuelle boligprosjektet. For den enkelte er en tilrettelagt bolig med felles oppholdsarealer viktig for å motvirke ensomhet og opprettholde kognitive funksjoner. Livsløpsstandard i boligen og lokalisering i nærheten av sørvistilbud gjør eldre mer selvhjulpne, og skaper flere møteplasser mellom generasjoner. Det betyr mye for de eldres livskvalitet.

Vi har god fremskrivning av befolkningsveksten for innbyggere som er 80 år og eldre i kretsene i kommunen, noe som gir oss et bilde på hvor i kommunen det er viktig med utbygging av

seniortun/trygghetsboliger/bofellesskap. En forutsetning er imidlertid at det er dagligvarehandel og andre sørvistilbud i gangavstand fra disse boligene. Det er heller ingen forutsetning at kommunen er eier av bygget, det kan være private, og det kan være som en borettslagsmodell, men at kommunen har tildelingsrett til leilighetene.

Seniortun/trygghetsboliger/bofellesskap legger til rette for at seniorer kan bo i nærmiljøet sitt lengre, og behov for eventuelle helsetjenester kan ytes av hjemmetjenesten. Jo flere innbyggere som bor hjemme, jo bedre er det samfunnsøkonomisk. Det fordrer selvfølgelig at det er mulig å bo hjemme ved at det er tilgang til velferdsteknologiske løsninger, at hjemmetjenesten er dimensjonert for tallet på innbyggere med bistandsbehov, og at nærmiljøet er bidragsyttere. I gjennomsnitt koster det en kommune om lag 300.000 kroner i året å gi hjemmetjenester til en person som bor i egen bolig. Til sammenligning koster det om lag 1,1 millioner kroner i året å yte institusjonstjenester.

### **Innbyggerundersøkelse**

I januar 2022 ble det gjennomført en spørreundersøkelse for innbyggere født i 1972 eller tidligere. Vi fikk mange svar, og det som fremstår som det viktigste i og rundt et fremtidig bosted dersom man ikke lengre kan bo i eget hjem, er balkong/veranda, utsikt til naturen, universell utforming og nærhet til familie og/eller venner. Dagligvarebutikk er den sørvisfunksjonen nesten alle svarer at vil være viktig å bo i nærheten av. Det er også viktig for innbyggerne at de har mulighet til å bevege seg ut fra egen bolig for å kunne opprettholde god helse.

### **3.5.3 Trinn 3 i boligtrappa - sykehjem og boliger med heldøgns bemanning**

#### *Samlokaliserte boliger for personer med nedsatt funksjonsevne*

Vi har flere områder i kommunen hvor vi har samlokaliserte boliger for personer med nedsatt funksjonsevne. På Eide har vi Mikalmarka med 24 leiligheter, hvorav 19 er brukt til boligformål, og de resterende er benyttet til personalbase avlastning, barnebolig, dagtilbud mv. I Elnesvågen er det til sammen sju boligkompleks med til sammen 32 leiligheter, hvorav tre blir brukt som personalbase, og en hybel som blir brukt ved avlastning og akutt behov. På Tornes er det et bygg med fire leiligheter.

#### *Sykehjem og omsorgsboliger med heldøgns bemanning*

**Sykehjem:** Med sykehjem menes helseinstitusjon som faller inn under forskrift 16. desember 2011 nr. 1254 om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon § 1 bokstav d og e og forskrift 21.juni 2013 nr. 708 om sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie. Ifølge forskriften, skal det i tilknytning til oppholdet være organisert legetjeneste, fysioterapitjeneste og sykepleiertjeneste.

**Langtidsplasser/langtidsopphold:** Opphold på ubestemt tid.

**Rehabiliteringsplasser:** Rehabilitering er en tidsavgrenset planlagt prosess med klart definerte mål, dere flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukeren sin egen innsats for å oppnå mest mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendig og deltakelse, sosialt og i samfunnet. Målet med oppholdet er å styrke brukernes muligheter til å gjenvinne tapt funksjonsevne, bidra til egenmestring og opprettholde best mulig funksjonsnivå.

**Korttidsplasser:** Tidsbegrenset institusjonsplass for heldøgns omsorg. Målet med korttidsoppholdet kan være å kartlegge helsetilstand, hjelpebehov og opptrening, slik at den eldre kan komme tilbake til eget hjem. Oppholdet planlegges med utgangspunkt i pasientens ressurser og behov.

**KAD** er et kommunalt tilbud for pasienter som følge av somatisk sykdom eller psykiske helse- og rusproblemer, trenger innleggelse for behandling, observasjon og pleie, og som kan behandles av allmennleger og sykepleiere i primærhelsetjenesten. Vi behandler pasientens avklarte diagnose. Tilbudet erstatter sykehusinnleggelse for pasienter som kan få et like godt tilbud på KAD som på sykehusene. KAD har sykepleier på vakt hele døgnet, og tett kontakt med lege. Hensikten med tilbudet er å unngå innleggelser i spesialisthelsetjenesten når dette ikke er ønskelig eller nødvendig ut fra en helhetlig medisinsk og psykososial vurdering. Kommunal akutt døgnetenhet i Hustadvika er for tiden lokalisert ved Fræna sjukeheim og omsorgssenter.

### **Omsorgsboliger**

Omsorgsboliger er ikke en lovregulert boform, og det er beboerens private hjem. Tjenestene er lovregulert og gis etter behov. I en omsorgsbolig betaler beboerne for kost, boutgifter og eventuelt egenandel på de tjenestene som mottas. Beboere i omsorgsboliger kan få bostøtte, og de kan tildeles individuelle hjelpemidler fra hjelpemiddelsentralen. Tjenester gis av fast tilknyttet personale eller flere besøk fra hjemmetjenesten.

I vår kommune har vi mange omsorgsboliger, men det er ved to steder det er heldøgns bemanning, og det er ved Auretunet omsorgssenter og Lundhaugen omsorgssenter. Her bor det innbyggere som har behov for tilsyn hele døgnet, samt oppfølging og struktur for å ivareta egenomsorg. Hovedtyngden av de ansatte er fagarbeidere med helse- og sosialfaglig utdanning. Bjørklia, ved siden av Eide sykehjem, er bemannet av hjemmetjenesten til faste tider i løpet av døgnet. Vi ser at vi vil ha behov for heldøgns bemanning der etter hvert.

I sluttbehandling av plana i kommunestyret den 23.06.22, ble følgende tilføyd:

Auretunet og Lundhaugen omsorgssenter opprettholdes som omsorgssenter inntil nye institusjonsplasser står ferdig i Elnesvågen og på Eide. Når vi har tilstrekkelig plasser med heldøgns bemanning til en dekningsgrad på 16-18%, legges det opp til at Lundhaugen og Auretunet får et omsorgsnivå på linje med Farstad. I tiden frem til nye plasser står ferdig, bør Lundhaugen tilstrebe samme driftskostnader per plass som Auretunet.

### **Tildeling av heldøgns tjenester**

Tildeling av heldøgns tjenester skjer på grunnlag av behov, og ikke hvor man bor. Derfor vil man få tildelt bosted der det er ledig plass, uavhengig av hvor man bor.

I dag ytes tjenester for eldre og syke med behov for heldøgns omsorg på fem destinasjoner (antall rom/leiligheter i parentes):

<b>Sykehjem</b>	<b>Omsorgsboliger med heldøgns bemanning</b>
Fræna sjukeheim og omsorgssenter (41)	Lundhaugen omsorgssenter (20)
Bøtunet omsorgssenter (16)	Auretunet omsorgssenter (11)
Eide sykehjem (29)	
Her betaler beboerne vederlag for langtidsopphold.	Her betaler beboerne husleie, telefon, tv, medisin, medisinsk forbruksmateriell, kost, renhold mv.



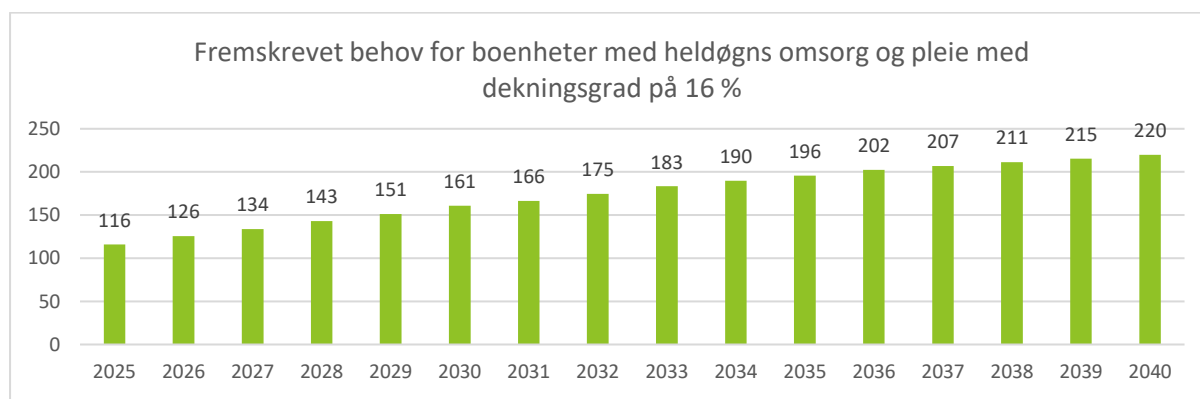
Levealder er økende, og brukergruppen over 80 og 90 år øker. Økt levealder gir høyere forekomst av aldersdemens og det vil trolig bli blant de største utfordringene i eldreomsorgen. Framskrivningene danner grunnlag for hvordan kommunen må planlegge og dimensjonere sykehjemskapasiteten.

For å kunne møte fremtidens utfordringer om rekruttering, er vedtaket om at sykehjemsplassene skal være i Elnesvågen og på Eide viktig. Da kan vi i større grad samle kompetansebeholdningen vår, og det vil lette arbeidet med rekruttering. Alle sykehjemsplasser (inkludert plasser for personer med demens), korttidsplasser, avlastningsplasser og rehabiliteringsplasser vil da være samlet på Eide og i Elnesvågen.

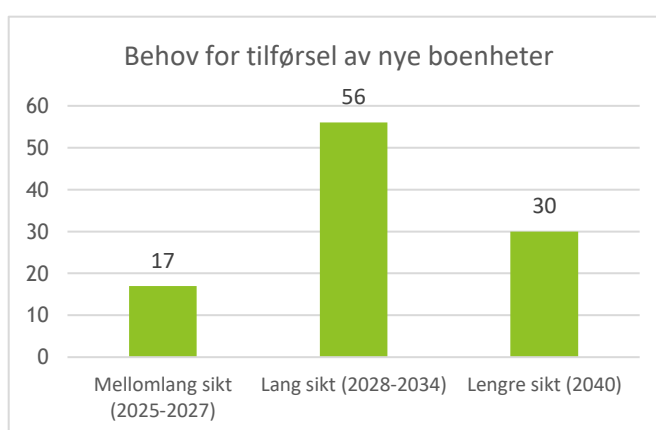
### Fremskrivning av antall boenheter med dekningsgrad på 16 prosent

Dekningsgraden blir regnet ut ved å dividere det samlede antall plasser i sykehjem og omsorgsboliger med heldøgns bemanning på antall innbyggere over 80 år.

Per 01.01.2022 hadde vi 117 boenheter med heldøgns omsorg og pleie, noe som tilsvarer en dekningsgrad på 18,63 prosent. Det vil ikke være bærekraftig å planlegge for denne dekningsgraden. For å kunne imøtekomme de utfordringene som ligger foran oss, vil en realistisk dekningsgrad være 16 prosent. Dette er en dekningsgrad mange kommuner planlegger for. Det innebærer at vi på kort sikt (2023-2024) ikke behøver å øke antall boenheter, men at det må planlegges for flere på mellomlang (2025-2027) og lang sikt (2028-2034).



På mellomlang sikt ser vi et behov for en økning på cirka 20 boenheter, og på lang sikt er behovet på ytterligere 50-60 boenheter. Frem mot 2040 stiger behovet med enda 30 enheter. Det er selvfølgelig vanskelig å si nøyaktig hvordan behovet vil være, i og med at vi ikke har kunnskap om hva for eksempel forskning på demens kan føre til. Dersom det skulle komme en medisin som på en eller annen måte kurerer demens, eller som har påvirkning på utvikling av demens, kan behovet for heldøgns tjenester reduseres. Vi vet heller ikke nok om for eksempel hvor mye forebyggende arbeid kan ha å si for innbyggernes helse og behov for heldøgns tjenester.



### **Antall årsverk og økonomi**

Med en dekningsgrad på 16 % vil vi i 2027 ha behov for 18 nye årsverk, i 2034 ytterligere 60 årsverk, og i 2040 32 nye årsverk, en total økning på 206 årsverk.

### **3.5.4 Byggeprosjekter**

Målet er at helse og velferd får prioritert og dekket hele sitt behov for bygg og boliger raskest mulig og til lavest mulig ressursbruk. Dette kan gjøres ved bruk av eksisterende kommunale bygg, nye byggeprosjekter, ved at innbyggerne kjøper sine egne boliger/tilpasser egne boliger, og gjennom avtaler med private utbyggere. Det er viktig at planleggingen av de enkelte prosjekt starter i god tid.

Ut fra behovsanalyse må utbygging iverksettes og ressurser til å arbeide med gjennomføring av prosjektene må avsettes. Vi må regne med 4-5 år for å få realisert store prosjekter som demenssenter og helse- og rehabiliteringssenter. Mindre prosjekter som samlokaliserte leiligheter/bofellesskap kan ta tre år når det foreligger en reguleringsplan. Dersom det kreves regulering, kan det ta lengre tid.

Det må være fokus på koordinering av boligprosjektene og de interne arbeidsprosesser i kommunen. Vi må undersøke om det er mulig å kjøre parallelle prosesser og utrede flere prosjekter samtidig. Det kan utarbeides mal for de ulike boligtypene, slik at arbeidet med hvert enkelt prosjekt eventuelt kun trenger mindre tilpasninger, noe som vil rasjonalisere arbeidet.

### **3.5.5 Husbanken**

Husbanken sitt samfunnsoppdrag er å forebygge at folk blir vanskeligstilte på boligmarkedet, og bidra til at de som ikke selv klarer det, kan skaffe seg og beholde en egnet bolig.

#### **Bostøtte**

Bostøtte er en statlig støtteordning for de som har lave inntekter og høye bostøtter. Det er kommunen som registrerer søknader og har all kontakt med søkerne.

#### **Startlån og tilskudd**

Startlån og tilskudd fra kommunen kan hjelpe de som har hatt langvarige problemer med å få lån i vanlig bank til å kjøpe eller tilpasse egen bolig. Startlån kan gis til barnefamilier, eldre, personer med nedsatt funksjonsevne eller andre som bor i en uegnet bolig og enten vil kjøpe bolig eller utbedre/tilpasse boligen sin. I noen tilfeller kan kommunen kombinere startlånet med et boligtilskudd. Startlån fra kommunen gjelder de som ikke får boliglån i vanlig bank og ikke har mulighet til å spare opp egenkapital.

Det er ikke alle som har kunnskap om at dette er et alternativ for å kunne kjøpe seg egen bolig. Derfor er det viktig at vi sørger for god informasjon. Ifølge Husbanken bør vi oppsøke innbyggere som kan nyttiggjøre seg startlån, slik at de blir gjort oppmerksomme på det.

Dersom en eller flere i husstanden har nedsatt funksjonsevne, og behov for å bygge om boligen, kan de søke om finansiering til små eller store ombygginger og tilpasninger. Finansieringen kan bestå av startlån og/eller tilskudd. Størrelsen på tilskuddet kommer an på tilgjengelige midler i kommunen, samt en helhetsvurdering av økonomi, behov og muligheter for støtte fra andre offentlige støtteordninger.

#### **Lån fra Husbanken**

Innbyggerne kan søke om lån fra Husbanken til å bygge eller oppgradere bolig. Forutsetningen er at man planlegger for høy kvalitet innenfor miljøvennlige løsninger eller tilgjengelighet. Man kan søke

om lån fra Husbanken til å bygge bolig med god tilgjengelighet. Med livsløpsbolig menes boliger som er lagt til rette for at personer kan bo der gjennom hele livsløpet og være mest mulig selvhjulpne, uavhengig av funksjonsnivå. Krav til en livsløpsbolig er at den skal ikke ha høye terskler eller andre fysiske hinder innvendig eller utenfor, alle nødvendige boligfunksjoner skal være på inngangsplanet (inngangsparti, kjøkken og stue, soverom, bad/toalett), og det må være mulig å installere løsninger for velferds- og smarthusteknologi i ettertid.

### Mål og tiltak for ulike typer boformer

1. Hustadvika kommune har trygge, sunne og attraktive bomiljø for alle i hele kommunen ved at
  - a) boligmassen og bomiljøene tilpasses alle aldersgrupper med variasjon i prisnivå, utforming og størrelse
  - b) bomiljøene baseres på universell utforming og prinsippene for livsløpsstandard
  - c) bomiljøene planlegges med miljøvennlig og sikker transport, gode utearealer og god tilgang på grønnstruktur
2. V tilbyr ulike boligtyper og boformer tett på handel, kultur og tjenestetilbud
  - a) vi har nok tomter tilgjengelig for seniorboliger, gjerne samlokalisert
  - b) vi samarbeider med private boligaktører for å realisere bygging av samlokaliserte universelle boenheter
3. Kommunen benytter Husbankens ordninger slik at mennesker i størst mulig grad får mulighet til å eie sin egen bolig
  - a) vi synliggjør aktuelle tilskudds- og stønadsordninger
4. Helse og velferd får prioritert og dekket hele sitt behov for bygg og boliger raskest mulig og til lavest mulig ressursbruk. Målet skal oppnås gjennom følgende tiltak:
  - a) bruk av eksisterende kommunale bygg
  - b) egne byggeprosjekter
  - c) ved at innbyggerne kjøper sine egne boliger/tilpasser egne boliger
  - d) gjennom avtaler med private utbyggere
5. Universell utforming er en premiss for all planlegging
  - a) vi bruker ergoterapikompetanse i planlegging av renovering og nybygg
  - b) teleslynge er installert i alle kommunale offentlige bygg
  - c) det er gode og riktige fargevalg, ledelinjer mv. til hjelp for synshemmede
6. Vi har en bevisst og konsekvent lokaliseringpolitikk som legger opp til god og riktig sambruk av ressurser
7. Vi har en boligpolitikk som inspirerer til at folk i ulik alder og livssituasjon kan leve sammen
8. Bjørklia får heldøgns bemanning når det er behov for det
9. Vi har tilstrekkelig med korttidsplasser for mottak av utskrivningsklare pasienter
10. Vi har kommunal akutt døgnplass (KAD)
11. Vi har demenssenter på Eide
12. Vi har helse- og rehabiliteringssenter i Elnesvågen

### 3.6 Legetilbudet

Kvalitetsreformen "Leve hele livet" har prioritert sammenheng i helsetjenestene og helsehjelp som to av fem satsningsområder. Det legges vekt på systematisk kartlegging og oppfølging, tidlig innsats, proaktive tjenester, kontinuitet og gode overganger mellom tjenester. En velfungerende fastlegeordning er avgjørende for at man skal lykkes med dette forbedringsarbeidet.

Vi har to fastlegekontor i Hustadvika kommune; Eide legekantor og Fræna legekantor (Fræna legekantor er delt på to lokasjoner). Det er kommunen som har hovedansvaret for at den til enhver tid drives etter lov og forskrift. De pliktene som kommunen og den enkelte fastlege har, er regulert i flere lovverk. Hovedregelen i fastlegeordningen er at legen er næringsdrivende med offentlig finansiering i form av basistilskudd.

Både i Hustadvika, nabokommunene og resten av landet er nå fastlegeordningen under sterkt press.

Mål og muligheter for legetilbudet
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Opprettholde en god og stabil fastlegedekning<ol style="list-style-type: none"><li>a) Hustadvika kommune har en god rekrutteringsplan</li><li>b) Vi utarbeider legeplan i 2022</li></ol></li><li>2. Opprettholde tilstrekkelig legeressurser på sykehjem og helsestasjon</li><li>3. Vi har god implementering av fastlegene i arbeidet med Helseplattformen</li></ol>

### 3.7 Hverdagsmestring og rehabilitering

Et av fokusområdene i Leve hele livet er mestring. Kommunen må tilrettelegge for at innbyggerne skal kunne greie seg selv lengst mulig i egen bolig.

**Boligtilpasning** - det er viktig å ha søkelys på hvordan vi kan motivere innbyggerne til å tilrettelegge sine egne boliger slik at de kan være selvstendige og mestre livet hjemme lengst mulig. Kommunen må også bistå eldre og andre med tilpasning av boliger. I tillegg må kommunen ha god oversikt over virkemidlene fra Husbanken, NAV Hjelpemiddelsentralen og hvilke virkemidler kommunene kan bruke. Det handler om å være i stand til å gi god informasjon til innbyggerne, men også motivere næringslivet til å bidra. Samarbeid med private aktører for å kunne tilby varierte boliger i ulike livsfaser, vil være et godt bidrag til å kunne imøtekomme det stadig økende behovet for universelt tilpassede botilbud. Da handler det også om å legge til rette for en boligsosial innsats som fremmer mestring og reduserer sosiale helseforskjeller.

Det er viktig at innbyggerne bor «riktig», slik at forholdene ligger best til rette for at de skal kunne mestre livet. Kommunen må derfor ha tilrettelagte leiligheter tilgjengelige for innbyggere som trenger det, enten i regi av kommunen eller private aktører.

**Fysio- og ergoterapitjenestene** er lovpålagte helsetjenester i kommunen. De tilbyr både forebyggende, re- og habiliterende, behandlende og kompensierende tiltak, og er dermed sentrale aktører med tanke på å utsette behovet for dyrere tjenester lengre opp i forebyggings- og mestringstrappen. De yter tjenester til innbyggere i alle aldre både i og utenfor institusjon, og er blant annet en del av det tverrfaglige tilbudet ved rehabiliteringsavdelingen.

Ergoterapeutene bidrar til å finne løsninger når det oppstår et gap mellom helse og hverdagens krav. Målet med ergoterapi er deltakelse og inkludering, og tiltakene kan bestå av blant annet kartlegging og opptrening, samt tilrettelegging av aktiviteter og omgivelser. Ergoterapeutene er sentrale i rådgivning for å tilrettelegge bolig slik at innbyggerne mestre livet hjemme lengst mulig, og øke mestring i hverdagen gjennom veiledning i daglige aktiviteter.

Fysioterapitjenesten gir tilbud både individuelt og i grupper. Med begrensede ressurser til å følge opp hjemmeboende med behov for trening og aktivitet, har fysioterapitjenesten valgt å satse på et variert gruppetreningstilbud med til sammen 19 gruppetreningstimer per uke. Dette er hjertetreningssgruppe, KOLS-/lungegruppe, nevrologigruppe, aktiv trening for personer som har (hatt) kreft, fallforebyggende gruppe, miksguppe for seniorer, parkinsongruppe og frisklivstrening. I tillegg er det «Sterk og stødig» treningsgrupper for seniorer følgende steder i kommunen: Elnesvågen, Eide, Bud, Aureosen, Hustad og Tornes. Disse blir ledet av frivillige instruktører som er kurset og sertifisert og følges opp av fysioterapitjenesten. Gruppetreningstilbudene bidrar både til vedlikehold og bedring av fysisk funksjon, men er også en viktig sosial møteplass for deltagerne.

**Frisklivssentral** er en helsefremmende og forebyggende kommunal helsetjeneste. Målgruppen er personer med sykdom eller økt risiko for sykdom, og som trenger støtte til å endre levevaner og mestre helseutfordringer. Tilbudet er dermed en viktig del av det forebyggende tilbudet i kommunehelsetjenesten. Frisklivssentralen tilbyr helsesamtaler basert på metoden motiverende intervju, treningsgrupper og ulike lærings- og mestringskurs.

**Rask psykisk helsehjelp** tilbyr veiledet selvhjelp (internettassistert), lærings- og mestringskurs og samtaler basert på kognitiv terapi. Målet er at folk skal få et tilbud innen én til to uker slik at problemene ikke setter seg. Tilbudet omfatter ikke akutte eller alvorlige psykiske lidelser.

**Hjelpemiddelforvaltning** – Kommunen har et eget hjelpemiddellager med de vanligste hjelpemidlene som for eksempel rullatorer, rullestoler, toalettstoler, dusjkrakker mv. Disse kan lånes ut til brukere med midlertidig behov eller i påvente av søknad til NAV om varig utlån. Ved lageret foregår også mottak/innlevering av hjelpemidler fra NAV Hjelpemiddelsentral i Ålesund. Dette kan i mange tilfeller være en helt avgjørende tjeneste for at brukere for eksempel skal kunne utskrives fra sykehuset til fastsatt tid.

**Hverdagsmestring** er et helsefremmende og forebyggende tankesett som vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen, uansett funksjonsnivå. Hverdagsmestring knyttes gjerne til gjøremål og hverdagslivet, og er dermed også handlingsorientert. Fordi hverdagsaktiviteter utføres hyppig og regelmessig, har de stor betydning for å bevare helsen og opprettholde funksjonsnivået. Hverdagsmestring handler om å ta pasientens/brukerens ønsker og valg på alvor, og å legge til rette for at den enkelte kan bestemme over sitt eget liv.

**Hverdagsrehabilitering** ytes av et tverrfaglig team bestående av ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier. Tjenesten er tidsavgrenset med fokus på opptrening i daglige gjøremål i brukers eget hjem og nærmiljø. Formålet er at bruker skal klare seg best mulig og lengst mulig i egen bolig, og dermed utsette behovet for dyrere og varige tjenester. Hverdagsrehabiliteringsteamet har også et spesielt fokus på og ansvar for implementering av tankesettet hverdagsmestring i hele helse- og velferdsområdet.

**Rehabilitering** er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Formålet er at den enkelte pasient/bruker, som har eller står i fare for å



få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive og/eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å:

- oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet
- forebygge og utsette behov for kompensierende tjenester

Et godt rehabiliteringstilbud er blant annet avhengig av riktig kompetanse og at tjenesten ytes på rett sted til rett tid. Kommunen har deltatt i faglig samarbeidsutvalg for rehabilitering som er ett av tolv helsefelleskap i Møre og Romsdal. Det er i dette samarbeidet utarbeidet en handlingsplan for rehabilitering der målet er å finne gode samarbeidsformer mellom kommune og spesialisthelse-tjenesten.

Forvaltningskontoret i kommunen skal ha oversikt over behovet for rehabiliteringstjenester, og tildeler og koordinerer tjenestene. Det er flere ulike aktører i kommunen som bidrar på utøversiden, blant annet fysio- og ergoterapitjenesten, hverdagsrehabiliteringsteamet, døgnrehabilitering, rask psykisk helsehjelp, frisklivssentralen og hjelpemiddelforvaltningen. Hjemmetjenesten følger det helhetlige pasientforløpet, og er derfor en viktig bidragsyter i å fange opp pasienter som faller eller endrer funksjonsnivå.

Den demografiske utviklingen krever at potensialet i de forebyggende og rehabiliterende helsetjenestene utnyttes. Tidlig innsats er viktig, og rehabilitering må i større grad iverksettes før varige tjenester. Fysio- og ergoterapitjenesten og hjelpemiddelforvaltningen opplever økende etterspørsel etter tjenester. Kostratall viser at Hustadvika i 2021 hadde svært lav dekningsgrad på fysioterapitjenester i sykehjem sammenlignet med de aller fleste kommunene i landet. I tillegg er det dessverre u hensiktsmessig lang ventetid på fysioterapi ved instituttene våre. Ved Fræna fysikalske var det 105 brudd på tidsfristen for ventetid ifølge prioriteringsnøkkelene i 2018. Dette tallet er relativt stabilt fra år til år. Per 1.1.22 stod det 197 personer på venteliste ved instituttet. Kostratall for 2021 viser at dekningsgraden for fysioterapeuter med driftstilskudd per 10 000 innbyggere var 3,8 for Hustadvika kommune mot 5,1 på landsbasis.

Kommunen har ikke kompetanse innen psykomotorisk fysioterapi, og det er kommet gjentatte signal fra Molde kommune om at brukere med behov for dette henvender seg til instituttene i Molde. For ergoterapitjenesten viser kostratall fra 2021 at Hustadvika kommune har en dekningsgrad per 10 000 innbyggere på 2,2 stillinger, mens snittet for hele landet er på 6,1 stillinger per 10 000 innbyggere. Molde kommune har til sammenligning 6 ergoterapistillinger per 10 000 innbyggere.

Tjenester i hjemmet kan være ressurskrevende og fordeling av oppgaver og samarbeidet både innad og mellom tjenestene må optimaliseres. Ergoterapitjenesten bør styrkes for å i større grad kunne bidra med å tilrettelegge eksisterende bolig slik at mennesker kan mestre livet hjemme lengst mulig med minst mulig tjenester.

Kommunen har få ansatte med videreutdanning innen rehabilitering og hverdagsmestring. Rehabiliteringsavdelingen er lokalisert og organisert under Fræna sykehjem og omsorgssenter, noe som kan gjøre det utfordrende å spisse og rendyrke fagmiljøet. Kommunen mangler per i dag tilbud om dagrehabilitering.

### Mål og muligheter for hverdagsmestring og rehabilitering

1. Vi har hverdagsmestring som tankesett i tjenestene, enhetene og befolkningen
  - a) ansatte har kompetanse innen hverdagsmestring og forståelse for viktigheten av dette
2. Vi har tilbud om lærings- og mestringskurs, bl.a. i regi av Rask psykisk helsehjelp og Frisklivssentralen
3. Rask psykisk helsehjelp effektiviseres og videreutvikles gjennom bruk av mer e-læring
4. Vi forebygger utenforskap ved blant annet å sørge for universell utforming
5. Vi etablerer forebyggende hjemmebesøk
6. Vi har god brukervennlighet, kvalitet og effektivitet i hjelpemiddelforvaltningen
7. Vi prioriterer rehabilitering både i og utenfor institusjon for å sette våre innbyggere i stand til å mestre egne liv ved å
  - a) styrke fysio- og ergoterapitjenesten med flere stillinger
  - b) satse på hverdagsrehabilitering
  - c) ha tilstrekkelig antall korttids- og rehabiliteringsplasser
8. Vi har godt og tett samarbeid mellom forvaltningskontor, hjemmetjeneste, fysio- og ergoterapitjeneste, hverdagsrehabiliteringsteam og korttidsavdelinger
9. Vi har tilbud om dagrehabilitering
10. Vi samler rehabiliteringsmiljøet til helse- og rehabiliteringssenteret
11. Vi utvikler SMART hjelpemiddelforvaltning
12. Vi vurderer å opprette sosionomstilling
13. Vi utvikler prosedyrer for bedre samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten og mellom tjenestenivå innad i kommunen

## 3.8 Hjemmetjenesten

Hjemmetjenesten består av ulike tjenester og tiltak.

**Hjemmesykepleie** er den delen av kommunehelsetjenesten som driver med pleie- og omsorgstjenester for personer som bor utenfor helseinstitusjon. Tjenesten er en vesentlig del av eldreomsorgen, selv om det ikke bare er eldre som mottar hjemmesykepleietjenester. Hjemmesykepleie er gratis, og er den helsefaglige delen av de kommunale hjelpeordninger for hjemmene. Kjernepersonellet i hjemmesykepleien er sykepleiere og helsefagarbeidere.

Hjemmesykepleien er i dag fundamentet i den kommunale omsorgstjenesten og den skal være et alternativ til behandling i helseinstitusjon når dette er medisinsk forsvarlig. Tjenesten er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven og skal finnes i alle landets kommuner. Tilbudet gjelder alle aldersgrupper. Staten yter tilskudd til den kommunale ordningen gjennom rammetilskudd.

**Praktisk bistand** (hjemmehjelp) omfatter rengjøring og annet husarbeid. Hva den enkelte får hjelp til, varierer ut fra den enkeltes helse og funksjonsnivå, og avgjøres av Forvaltningskontoret. For denne tjenesten betaler mottakeren en egenandel. Per i dag utføres denne tjenesten av både kommunalt ansatte og et privat firma (ADEA).

**Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)** er en måte å organisere praktisk bistand og opplæring på for personer med langvarig og stort behov for personlig assistanse. BPA blir organisert av brukeren selv eller pårørende. Mer informasjon finnes i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 d.

**Personlig assistanse (PA)** er det samme som BPA, men det er kommunen som organiserer tjenesten.

**Utvidede tiltak i private hjem** er heldøgns tjenester som ytes til hjemmeboende. Tilbud om heldøgns pleie blir gitt i institusjoner, men ytes også mange steder i eget hjem. Det er forsvarlighets- og hensiktsmessighetsvurdering som er styrende for om heldøgns tjenester i det enkelte tilfelle kan eller skal ytes i hjemmet eller i institusjon. Hvorvidt innbyggere trenger nødvendig helsehjelp i form av tjenester i hjemmet og i hvilket omfang, er et faglig spørsmål som helsepersonellet tar stilling til.

**Trygghetsalarm** er en sensor som kan bæres i et smykke rundt halsen eller håndleddet. Den er knyttet til en vaksentral som formidler kontakt videre til hjemmetjenesten. Hvis alarmen går, vil kommunens personell rykke ut, uansett når på døgnet det er.

**Multidose** er maskinelt pakkelegemidler i poser til personer som trenger hjelp til å dosere og huske å ta legemidlene sine. Det er med på å sikre riktig legemiddelbruk og å gjøre det enklere for brukeren.

### Antall tjenestemottakere av hjemmesykepleie

For at vi skal kunne vurdere omfanget av fremtidens behov for tjenester, er det viktige med gode tall og framskrivninger.

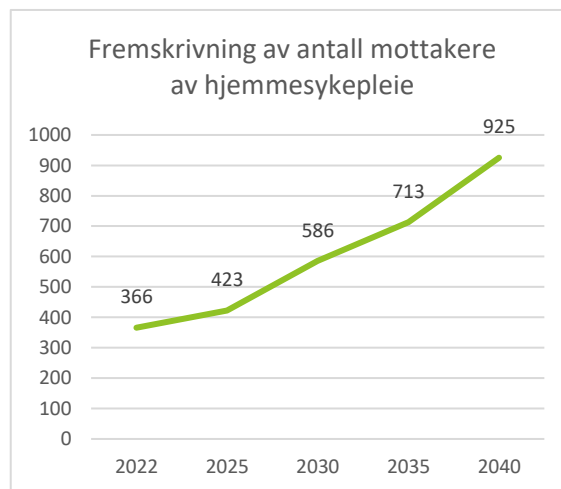
Per 01.01.2022 var det 366 mottakere av ordinær hjemmesykepleie, dette omfatter ikke praktisk bistand, mottakere av BPA, trygghetsalarm eller multidose. Dersom vi legger demografiutviklingen til grunn for framskrivningen, samt dagens praksis for tjenestetildeling, vil vi få en stor økning av innbyggere med behov for hjemmesykepleie.

I tillegg til en vesentlig økning av antall mottakere, vil flere av dem ha mer komplekse sykdomstilstander enn vi ser i dag. Dette er en følge av stadig kortere liggetid i sykehus, mer dagbehandling i sykehus med rehabilitering

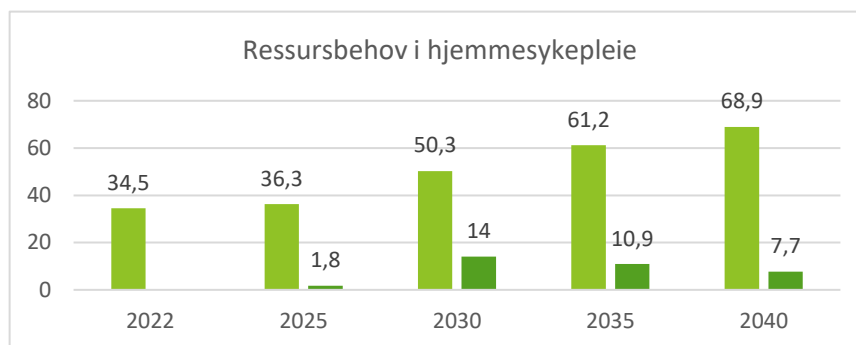
hjemme. En annen årsak vil være at flere lever lengre, og jo lengre vi lever, jo større mulighet er det for utvikling av sykdom. Kreft og demens er sykdomstilstander vi kan regne med at vil øke i tiårene som ligger foran oss. Vi kan imidlertid i større grad ta i bruk velferdsteknologiske løsninger, noe som kan bidra til at flere kan mestre livet lengre, og utsetter behovet for bistand.

### Antall årsverk og økonomi

Dersom innslagspunktet for tildeling av hjemmetjenester er som i dag, vil det være behov for tilførsel av vesentlig ressurser til det området. Og med en redusert dekningsgrad, vil det være behov for ytterligere tilførsel til hjemmesykepleie. I 2022 benyttes 34,5 millioner kroner til lønnsutgifter til ansatte i hjemmesykepleie, og legger vi den demografiske utviklingen til grunn, vil dette tallet øke slik det blir fremstilt på neste side.



Lys grønn søyle er det totale ressursbehovet, og mørk grønn søyle er behovet for hver femårsperiode. Til sammen utgjør dette en økning på 34,4 millioner fra 2022 til 2040.



En lavere dekningsgrad i sykehjem og boenheter med heldøgns omsorg og pleie, vil ha konsekvenser for behovet i hjemmetjenesten (først og fremst for hjemmesykepleie og praktisk bistand). Det vil uansett være mer bærende samfunnsøkonomisk, i og med at hjemmetjenester i gjennomsnitt koster 300 000 kr, og heldøgns omsorg koster 1 100 000 kr. Så sant det er ønskelig og faglig forsvarlig, må våre innbyggere bo hjemme lengst mulig, med bistand fra hjemmetjenesten, men og ved hjelp av velferdsteknologiske løsninger tilpasset den enkelte.

#### Mål og muligheter for hjemmetjenesten

1. Vi utsetter eller unngår innbyggerne sitt behov for heldøgns omsorgsplass ved å
  - a) ha fokus på hverdagsmestring
  - b) jobbe målrettet med tidlig oppdagelse av funksjonssvikt ved bruk av kartleggingsverktøy som for eksempel ProAct
  - c) ha godt samarbeid med eksterne og interne aktører, spesielt ergo- og fysioterapitjenesten og HVR-teamet for å best mulig legge til retter for brukers egenfunksjon og derav evaluerer brukers tjenestebehov
  - d) benytte velferdsteknologi
2. Vi har tilstrekkelig bemanning for å gi faglig forsvarlige tjenester ved å
  - a) ha god forvaltning av kompetanse
  - e) ha kompetanseteam som bistår med sykepleierkompetanse der det ikke finnes i grunnbemanningen
  - f) å ha god logistikk i planlegging av roder i hjemmetjenesten og arbeidstid

### 3.9 Aktivitetstilbud

Aktivitetstilbudet i kommunen rommer tilbud som er tilgjengelig for befolkningen, og tjenester rettet mot sårbare brukergrupper. Tilbudet er spesielt viktig for helsen til personer som ikke kan være i ordinært arbeid. For brukerne er det betydningsfullt å ha en plass å gå til på dagtid. I et folkehelseperspektiv er ensomhet, stress, lite sosial støtte og manglende opplevelse av mestring sentrale utfordringer. Hensikten med aktivitetstilbudet handler om verdien av å være aktiv i eget liv, både sosialt, yrkesmessig og fysisk. Flere av tjenestene i kommunens aktivitetstilbud er på laveste trinn i omsorgstrappen, og er forebyggende lavterskeltilbud som skal styrke innbyggernes livskvalitet og helse.

Leve hele livet er en reform for aktivitet, deltakelse og sosialt fellesskap. Målet er å ta vare på forhold til familie, venner og sosialt nettverk og skape gode opplevelser og møter på tvers av generasjonene. Fysisk, sosial og kulturell aktivitet skal være tilpasset den enkeltes interesser, ønsker og behov. Når livet blir ekstra sårbart, skal man få mulighet til samtale, motivasjon og støtte.

Ifølge Leve hele livet mister mange eldre mye sosial kontakt når de blir pensjonister eller mister ektefellen. Tre av ti personer over 80 sier at de er ensomme. Mange eldre har behov for tilpassede møteplasser og aktiviteter i lokalsamfunnet. Fysisk aktivitet og felleskap beskytter mot en rekke helseplager og reduserer dødelighet. Dette gjelder ikke bare for de eldre, men for alle folk i alle aldersgrupper. Møteplasser og aktivitet er viktig for alle!

### 3.9.1 Medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse

Aktivitetshuset i Elnesvågen er tilbud til personer med utviklingshemming/nedsatt funksjonsevne som har behov for dagtilbud. Det er åpent alle virkedager og har egen koordinator.

Mikalmarka har eget lokalt aktivitetstilbud for de som ikke kan nyttiggjøre seg et arbeidstilbud som for eksempel Aspekt Hustadvika AS. Innholdet er tilpasset den enkelte, og hovedfokuset er det sosiale, trivsel og mestring.

### 3.9.2 Psykiske lidelser

Mestringsenheten har tjenester til alle brukergrupper, fra de med lett til moderate utfordringer til de som har store og vedvarende behov for tjenester innen psykisk helse og/eller rus.

Brukergruppen med lette til moderate utfordringer har tilbudet rask psykisk helsehjelp for de over 16 år og ungdomstilbudet for de under. I tillegg er det samarbeid med friskliv for voksne og Familiens hus for de yngre.

De med alvorlige, men forbigående utfordringer og de som har lette til moderate utfordringer som blir mer vedvarende, har et tjenestetilbud gjennom ambulerende team i Mestring. Yngre har et tilbud gjennom ungdomstilbudet med blant annet med ressurser fra Mestring og Familiens Hus.

De med alvorlige og vedvarende utfordringer har i tillegg til tilbud over, et dagtilbud for alle over 18 år som sliter med rus og/eller psykiske problem. Gnisten er et rusfritt og sosialt møtested der det er lagt vekt på å fremme psykisk helse. Arbeid og aktivitet er viktig for livskvalitet og opplevelse av mestring. Dagtilbudet vil flytte inn i oppussede lokaler i 2022.

### 3.9.3 Eldre

#### **Aktiv på dagtid**

Aktiv på Dagtid er et tilbud til de over 18 år som av en eller annen grunn er hjemmевærende på dagtid. Tilbudet består av lett og motiverende trening både innendørs og utendørs, som for eksempel spinning, styrketrening, yoga, svømming og ikke minst fine turer i regionen med fokus på det sosiale.

#### **Sterk og stødig**

Sterk og stødig er forebyggende treningsgrupper for seniorer og baserer seg på flere internasjonale studier som har undersøkt effekten av balanse- og styrketreningsprogram for eldre med risiko for fall og funksjonssvikt. Målgruppen for tilbudet er hjemmeboende eldre som klarer seg i eget hjem uten særlig bistand fra kommunen, men som opplever ustøhet/ redusert gangfunksjon. Gruppen blir ledet av frivillige instruktører som er kurset og sertifisert og følges opp av kommunens fysioterapitjeneste.

#### **Aktivitetssenter for hjemmeboende eldre**

Hustadvika kommune har to aktivitetssenter for hjemmeboende eldre. **Solstuå** er plassert på Fræna sykehjem og omsorgssenter, den er sosial møteplass og et forebyggende tiltak som har fokus på hvordan fysiske, sosiale og kognitive evner kan opprettholdes og styrkes i hverdagen. Målsetningen

med tilbudet er å forebygge, styrke og vedlikeholde en livssituasjon, samt fremme sosial trygghet og bidra til en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre.

Det andre aktivitetssenteret er på **Eide sykehjem**, det er et tilbud til hjemmeboende og er spesielt tilrettelagt for personer med demens. Her er det forskjellige individuelle tilpassede aktiviteter i tillegg til felles aktiviteter som baking, trim, den gode samtalen og høytlesning.

Dagsentertilbud må søkes om, og dette er et vedtaksbetinget tilbud. Det er økende behov for dette tilbudet, og per dags dato er det venteliste. For å møte dagens og fremtidens behov er det viktig å fokusere på forebygging, aktivitetstilbud er et veldig viktig forebyggende tiltak, tilbudet må utvides og flere hjemmeboende må få mulighet til å benytte seg av det.

### **Beboere i sykehjem og annen boform med heldøgns omsorg**

Vi har som mål at alle brukere av våre tjenester opplever en inkluderende og aktiv hverdag basert på individuelle vurderinger. Aktivitet skal også bidra til økt trivsel, mestring og opplevelse av fellesskap.

Institusjoner og omsorgssenter har jobbet med implementering av hverdagsmestring, og vi ser nødvendigheten av økt fokus på aktivitet og at det må settes inn i et fast system.

#### Mål og muligheter for aktivitetstilbud

1. Hustadvika kommune legger til rette for aktivitet for alle
2. Vi har tilstrekkelig med plasser på våre aktivitetssentre for alle brukergrupper
3. Det er transportordning til og fra aktivitetssentrene slik at alle kommer seg dit
4. Frivilligsentralen formidler frivillige til aktivisering av beboere i institusjoner og omsorgssentre

## 3.10 Arbeidstilbud til innbyggere som faller utenfor ordinært arbeidsliv

Arbeidsinkludering er et sentralt område i den norske velferdspolitikken. Deltakelse i arbeid har samfunnsøkonomisk betydning, men også en betydning for den enkelte. For folk flest er arbeid hovedkilden til inntekt, og har dermed stor innvirkning på deres levekår. I tillegg har arbeid ofte betydning for folk sin identitet, og det bidrar til en opplevelse av at dagene er meningsfulle. Samtidig er det også med på å skape struktur i hverdagen. Til slutt er arbeid for mange en viktig kilde til sosial kontakt og det gir en opplevelse av tilhørighet i samfunnet.

Det å ha en jobb å gå til er naturligvis like viktig for personer med utviklingshemming som for andre. I Meld. St. 45 (2012-2013) «Frihet og likeverd» kommer det imidlertid fram at det er få personer med utviklingshemming som deltar i ordinært arbeid. Regjeringen anslår at omkring 40% av personer med utviklingshemming deltar i arbeidsrettede tiltak i regi av arbeids- og velferdsetaten (NAV). En kartlegging i flere kommuner i Møre og Romsdal viser at dette ikke er tilfelle, og den reelle andelen er betydelig lavere.



Det mest brukte tiltaket er varig tilrettelagt arbeid (VTA). Personer med utviklingshemming har vært en sentral målgruppe for dette tiltaket. Den senere tiden ser man imidlertid at personer med andre



funksjonsnedsettelse benytter seg av tiltaket. Selv om antall tiltaksplasser i VTA har økt, har det likevel ikke medført noen økning for antall personer med utviklingshemming.

Mål og muligheter for arbeidstilbud
<ol style="list-style-type: none"><li>1. I tråd med Hustadvika kommune sitt forslag til eierdokument for sin heleide kommunale bedrift, skal Aspekt Hustadvika AS være eierkommunens virkemiddel og tiltaksarrangør for tilrettelegging av arbeid for innbyggere som har behov for bistand i arbeidslivet ved at<ol style="list-style-type: none"><li>a) vi bruker Aspekt Hustadvika AS som sin leverandør for tiltaksplasser på VTA, og kjøp av kommunale plasser.</li></ol></li><li>2. Hustadvika kommune er en attraktiv arbeidsgiver som har meningsfulle og trygge arbeidsplasser, også for personer som faller utenfor ordinært arbeidsliv. Dette kan gjøres ved at<ol style="list-style-type: none"><li>a) vi oppretter flere varig tilrettelagte kommunale stillinger i samarbeid med Aspekt Hustadvika AS og HELT MED</li></ol></li><li>3. Det lokale næringslivet i Hustadvika oppretter stillinger for personer som faller utenfor ordinært arbeidsliv ved at<ol style="list-style-type: none"><li>a) NAV arbeider for å skaffe flere varig tilrettelagte arbeidsplasser i ordinære bedrifter (VTAO)</li><li>b) samarbeider med HELT MED om arbeidsplasser for personer med utviklingshemming i ordinært arbeidsliv</li></ol></li><li>4. NAV arbeider for å skaffe flere varig tilrettelagte arbeidsplasser (VTA)</li><li>5. Vi involverer rådet for personer med nedsatt funksjonsevne i dette arbeidet</li></ol>

### 3.11 Integrering av flyktninger

Målgruppen er flyktninger som kommer, og eventuelt kommer for familiejenforening. Oppgavene våre er å:

- ta imot og bistå flyktninger i etableringsfasen slik at integreringsprosessen blir best mulig for den enkelte
- tilby introduksjonsprogram for den enkelte
- gi praktisk hjelp, råd og veiledning
- samarbeide med andre instanser for å bidra til norskopplæring/skole/utdanning og arbeid/sysselsetting

#### Introduksjonsprogram for nyankomne flyktninger

Enhet for integrering har utviklet ressursbanken [www.mittintro.no](http://www.mittintro.no). Introduksjonsprogrammet skal styrke flyktningenes mulighet for deltakelse i arbeidslivet og deres økonomiske selvstendighet. Introduksjonsprogrammet skal minst inneholde opplæring i norsk og samfunnskunnskap og forberedelse til å delta i arbeidslivet. Programmet er helårlig på fulltid, og kan vare i inntil to år. Det blir utarbeidet en individuell plan med bakgrunn i personens opplæringsbehov, og deltakerne har krav på introduksjonstønad. De som får tjenesten er nyankomne flyktninger mellom 18 og 55 år som bosettes i Hustadvika kommune etter avtale med integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi), og som har behov for grunnleggende kvalifisering. De har rett og plikt til å delta i introduksjonsprogrammet. Introduksjonsprogrammet er solgt til mange andre kommuner i Norge.

Kommunen får statstilskudd for å ta imot flyktninger. I løpet av de fem første årene de bor i vår kommune, mottar vi til sammen cirka 700 000 kroner per person. For eldre flyktninger, mottar vi i tillegg 176 000 kr det første året.

Vi har tatt imot cirka 160 flyktninger de fem siste årene, og har gode resultater med integrering, det er en høy prosentandel som er i gang med videre skolegang/utdanning eller arbeid etter endt norskopplæring. Vi opplever at familier i stor grad blir boende, men enslige flytter oftest på grunn av arbeid eller utdanning.

### Barnehage

Utfordringer med barnehage er at bosetting som oftest skjer etter at søknadsfristen er utgått. Dersom vi skal holde av plasser i påvente av ankomster, kan dette skape konflikter dersom det for eksempel er venteliste i en barnehage, og to plasser er forbeholdt flyktninger. Språkassistenter er også en utfordring. Dersom vi bruker assistenter fra gruppen, fører dette ofte til konflikter mellom familier.

### Skole

Utfordringer med skole kan være at det blir for mange elever i samme språkgruppe som forsinker språkutviklingen samlet, og som på sikt kan hindre integrering. Elevene må fordeles på flere skoler, noe som igjen fører til økte kostnader til lønn.

### Arbeid

Utfordringene er språk og mangel på praksisplasser.



Bildet er hentet fra kirken.no

### Fritidsaktiviteter

Deltakelse er ofte en utfordring på grunn av avstander og manglende transportmuligheter. For eksempel kan det å bo på Eide og trene turn, være vanskelig. Foreldre har ofte ikke førerkort og bil eller lokalt nettverk som er villige til å ta de med. Det er også kulturforskjeller ved at foreldre ikke er vant til å følge opp barn som vi gjør i Norge.

## Mål og muligheter for integrering av flyktninger

1. Våre nye innbyggere deltar i introduksjonsprogrammet og går videre til utdanning eller arbeid
2. Flyktningene trives i kommunen og blir boende
3. Barna er integrert i skole og fritidsaktiviteter ved at
  - a) foreldrene oppfordres til å bli med sine barn på ulike aktiviteter
  - b) frivilligheten bidrar med organisert skyss for barn og ungdom med flyktninger til fritidsaktiviteter
4. Enhet for integrering oppfordrer barnehagene til å ansette tilkallingsvikarer/assistenter som behersker ulike språk
5. Enhet for integrering oppfordrer skolene til å ansette miljøarbeidere som har fokus på integrering og trivsel, og som kan være med elevene inn i deres ordinære klasser, samarbeide med hjemmet, være et bindeledd opp mot fritidsaktiviteter mv.
6. Vi har gode samarbeidsrutiner med NAV
7. I samarbeid med NAV, bruker vi aktivt den juridiske veilederen til integreringsloven
8. NAV bistår i undervisning i temaet karrierekompetanse
9. I samarbeid med NAV kartlegger vi arbeidsbehovet og tilbyr praksisplasser deretter

### 3.12 NAV

NAV er en del av kommunens velferdstilbud. Sosialtjenesteloven er samfunnets siste sikkerhetsnett og skal ivareta de vanskeligstilte. Den inngår i NAV og kommunens samlede velferdsansvar, og setter rammer for de kommunale tjenestene NAV-kontoret skal forvalte. Personer som har behov for sosiale tjenester er ofte i en vanskelig livssituasjon, og for enkelte er behovet for hjelp akutt. Dette stiller krav til tilgjengelige tjenester ved NAV-kontoret, og kommunen har plikt til å informere om de sosiale tjenestene. Arbeids- og velferdsdirektoratet anbefaler at kommunen gjennom internkontroll sørger for gode rutiner for tilgjengelige tjenester.

Varig tilrettelagt arbeid kan være aktuelt for de som har, eller i nær framtid forventer å få innvilget uføretrygd og trenger spesiell tilrettelegging og oppfølging. Som deltaker i varig tilrettelagt arbeid er man arbeidstaker i henhold til arbeidsmiljøloven, og man skal ha en arbeidskontrakt. Tiltaket er ikke tidsbegrenset. NAV skal likevel vurdere jevnlig om det kan være aktuelt med andre arbeidsrettede tiltak, utdanning eller ordinært arbeid. Varig tilrettelagt arbeid kan skje i en vekstbedrift eller i en ordinær virksomhet.

Stiftelsen HELT MED skal bidra til mangfold og inkludering ved at det opprettes arbeidsplasser for mennesker med utviklingshemming. Videre skal HELT MED bidra til at målgruppen får bistand til å bli rekruttert inn i disse jobbene og får tilstrekkelig oppfølging og opplæring, slik at arbeidsforholdene blir mest mulig vellykkede. Utviklingshemmede skal få samme muligheter som andre til å velge blant jobber de er interesserte i, oppleve at de gjennom deltakelse i arbeidslivet er inkludert og deltakende i samfunnet, og på lik linje med andre oppleve at de er til nytte for andre.

Arbeidstakerne beholder sin uføretrygd, og mottar i tillegg lønn tilsvarende 20 prosent av sammenlignbar tariff.

#### Mål og muligheter for NAV

1. Vi forebygger og reduserer fattigdom ved å:
  - a) bistå med økonomiske råd og veiledning
2. Vi fremmer sosial inkludering ved å:
  - a) legge til rette for møteplasser
  - b) tilby arbeidstrening
3. Våre innbyggere har informasjon om tilgjengelige tjenester ved at
  - a. informasjon er lett tilgjengelig til innbyggere, for eksempel på sosiale medier
  - b. øvrige ansatte i kommunen er godt kjent med hva som finnes av tiltak
  - c. vi har rutiner for informasjonsformidling fra tjenesteutøvere til innbyggere
4. Flere er i arbeid ved at NAV
  - a) arbeider for å skaffe flere varig tilrettelagte arbeidsplasser (VTA)
  - b) arbeider for å skaffe flere varig tilrettelagte arbeidsplasser i ordinære bedrifter (VTAO)
  - c) samarbeider med HELT MED om arbeidsplasser for personer med utviklingshemming i ordinært arbeidsliv

### 3.13 Pårørende

Kommunen har plikt til å ha system for involvering av pårørende, samt innhenting av pårørendes erfaringer og synspunkter, denne plikten er fastsatt iblant annet helse og omsorgstjenesteloven. Det er utarbeidet en nasjonal pårørendeveileder som beskriver pårørendes rettigheter og gir anbefalinger om god praksis. Pårørende har en unik kompetanse i form av inngående kjennskap til pasient/bruker. Helsepersonell bør i dialog med pasient/bruker og pårørende, avklare forventninger og ønsker for hvordan pårørende skal delta i omsorgen av pasienten/brukeren og hvilke roller han eller hun kan ha. Det er en forutsetning at pasienten/brukeren selv ønsker at pårørende skal involveres. Helheten rundt innbyggere som mottar tjenester er viktig og pårørende er en del av denne helheten.

Pårørendeveileder [Om veilederen - Helsedirektoratet](#)

Leve hele livet er en reform også for pårørende. Den skal vise omsorg for de som yter omsorg, og ta vare på de som tar vare på sine nærmeste, slik at de ikke sliter seg ut. Den skal legge til rette for tettere samarbeid om felles oppgaver mellom pårørende og helse- og omsorgstjenesten.

Mål og muligheter for pårørende
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Pårørende er involvert i helse- og omsorgstjenesten til beste for pasient/bruker<ol style="list-style-type: none"><li>a) Vi legger til rette for at nærmeste pårørende medvirker når pasient/bruker ikke kan ivareta sine interesser selv</li><li>b) Vi involverer nærmeste pårørende så langt det lar seg gjøre i utarbeidelse av individuell plan</li><li>c) Vi legger til rette for god og forutsigbar dialog med pårørende</li></ol></li><li>2. Barn og ungdom som pårørende fanges opp tidlig og får nødvendig informasjon og oppfølging<ol style="list-style-type: none"><li>a) Vi kartlegger om pasient/bruker har mindreårige barn</li><li>b) Vi ivaretar barns behov for informasjon og nødvendig oppfølging</li></ol></li><li>3. Voksne pårørende med omsorgsoppgaver og/eller omsorgsbelastninger tilbys individuelt tilpasset støtte og avlastning, opplæring og veiledning<ol style="list-style-type: none"><li>a) Vi gir nødvendig og tilpasset informasjon til pårørende barn og voksne</li><li>b) Pårørende får informasjon og tilbud om avlastning og dagtilbud/aktivitetscenter</li></ol></li><li>4. Pårørende opplever god kvalitet på tjenestene<ol style="list-style-type: none"><li>a) Vi har systematisk innsamling av informasjon om opplevd kvalitet gjennom bruker- og pårørendeundersøkelser</li></ol></li><li>5. Vi har godt samarbeid og dialog med brukerrepresentanter og brukerråd<ol style="list-style-type: none"><li>a) Vi sikrer opplæring for brukerrepresentanter</li><li>b) Vi har bruker- og pårørendeutvalg på alle aktuelle enheter</li></ol></li><li>6. Plan for samhandling med pårørende skal fremkomme av virksomhetsplanene til de forskjellige fag- og rammeområder</li></ol>

### 3.14 Frivillighet

Frivilligsentralene er lokale møteplasser som knytter enkeltmennesker og organisasjoner sammen for å skape et godt frivillig miljø, gode aktivitetstilbud og et godt samarbeid med lokal offentlighet. Frivillig arbeid vil være en viktig bidragsyter for å hindre utenforskap og bidra til å løse noe av framtidens utfordringer. Kultur, fritidsaktiviteter og sosiale møteplasser bidrar til økt livskvalitet og helse. Kommunen må være en støttespiller og tilrettelegge for frivillig sektor på en slik måte at frivillighetens egenart blir bevart. Frivillighet er frivillig arbeid og kan ikke gjøres obligatorisk.

Kulturenheten i Hustadvika kommune omfatter folkebibliotek og fengselsbibliotek, Hustadvika Frivilligsentral og BUA (utstyrssentral). I tillegg jobber de ansatte med spillemidler til nærmiljø- og anleggsutvikling, samt ungdomsarbeid med ungdomsklubber og Ung Kultur Møtes (UKM).

Hustadvika Frivilligsentral skaper mange ulike aktiviteter sammen med ulike typer frivillige mennesker. Sentralen kan bistå organiserte lag og foreninger, men skal også legge til rette for «ikke organisert» frivillighet i samfunnet. Mange har ønske om å bidra med sin frivillighet og hjelpe andre på ulikt vis. Det kan være som besøksvenn, aktivitetsvenn for personer med demens, eller hjelpe til med enkle oppgaver som snømåking og plenklipping. Andre igjen vil hjelpe til å organisere sosiale aktiviteter for sine medmennesker eller bidra i ulike prosjekter. Det er sosialt, meningsfullt og verdifullt å være frivillig, både for den som gir hjelp og for den som mottar hjelp.

Frivilligsentralen er per dato lokalisert i sentrumsbygget Torget 10 i Elnesvågen, også kalt Torgsenteret. Sentralen er en viktig møteplass og er åpen for alle i kommunen – alle ukedager. Her kan man alltid stikke innom for en kaffe og en prat om frivillighet. Lokalet har et møterom som alle lag og foreninger kan låne, samt kontor til frivilligsentralens leder. I tillegg er BUA Utstyrssentral i det samme lokalet. Lokalet er lett tilgjengelig i sentrum, og det er mange folk innom hver dag. Frivilligsentralen har en leder tilsatt i 100 % stilling. BUA Utstyrssentral har en ansatt i 40 % stilling.

Flere nærliggende kommuner har i tillegg til arbeidet i Frivilligsentralen, tilsatt frivilligkoordinatorer. En frivilligkoordinator skal bidra til å rekruttere og beholde frivillige i alle aldre på helse- og omsorgsfeltet, og styrke det systematiske samarbeidet med Frivilligsentralen og andre frivillige enkeltpersoner i helse- og omsorgsfeltet i Hustadvika.

Frivillige lag, organisasjoner og foreninger er viktige for både fysisk aktivitet, tilhørighet og sosiale møteplasser. Frivilligheten tilbyr fritidsaktiviteter for innbyggere i alle aldre, idrettslige og kulturelle opplevelser, opplæring, beredskap, og helse- og omsorgstjenester. Hustadvika kommune må være en aktiv og god samarbeidspartner og bistå frivilligheten i kommunen på en best mulig måte. Samarbeidet og dialogen mellom kommunen og frivilligheten kan på enkelte områder utnyttes enda bedre, for eksempel inn mot eldreomsorgen og for mennesker med funksjonsnedsettelse.

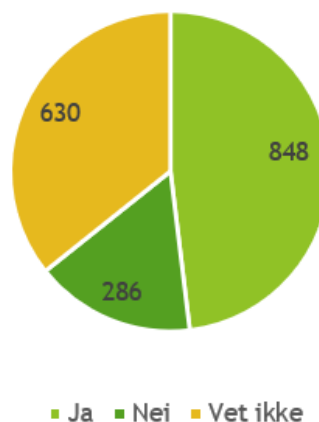
Kommunen kan også se på tiltak i samarbeid med frivilligheten for å løse transportbehovet for barn, unge og eldre til aktivitetstilbud og for å gi tilbud til barn, ungdom og voksne med funksjonsnedsettelse.

Tilrettelegging av møteplasser for innbyggere i alle aldre kan gi mulighet for samarbeid på tvers av organisasjoner og aldersgrupper. Både for uformelle samlinger, måltider, aktiviteter og formelle møter. Slike aktive desentraliserte møteplasser vil skape trivsel og aktivitet, virke forebyggende og motvirke isolasjon og ensomhet.

I forbindelse med **innbyggerundersøkelsen** om helse og bosted som ble gjennomført i januar 2022, spurte vi om våre innbyggere kunne tenke seg å bidra i frivillig arbeid dersom de hadde helse til det. Svært gledelig var det at nesten halvparten svarte ja, og det var dessuten mange som svarte at de ikke visste.

Vi fulgte opp med et spørsmål om hva slags frivillig arbeid det kunne være, og da ble turvenn for noen som gjerne vil gå sammen med noen, den store «vinneren». Det var også mange som svarte at de kunne være besøksvenn for hjemmeboende, frivillig i rydding av turstier og lignende, og ta «vaktmesteroppdrag» for folk som trenger hjelp til enkle gjøremål.

Som vi ser av denne oversikten, har vi et stort potensial for en økning i frivillig arbeid på flere områder i kommunen vår.



Mål og muligheter for frivillighet
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Vi legger til rette for et aktivt lokalsamfunn hvor kultur og deltagelse i frivillig arbeid oppleves som positivt og engasjerende</li><li>2. Det er godt samarbeid mellom frivilligsentralen og enkeltpersoner</li><li>3. Vi har god koordinering av frivillige til alle aktiviteter ved å<ol style="list-style-type: none"><li>a) Opprette en stilling som frivilligkoordinator</li><li>b) bruke innovasjonsverktøy for koordinering av frivillige oppgaver</li></ol></li><li>4. Vi har god rekruttering av frivillige</li><li>5. Vi har frivillige i våre institusjoner som aktiviserer beboerne</li><li>6. Frivilligsentralen samarbeider med frivillige lag og organisasjoner for å finne egnede møteplasser rundt omkring i kommunen</li></ol>

### 3.15 Transport

Transport er et område som kan begrense innbyggernes mulighet til mestring. FNs bærekraftmiljø om bærekraftige byer og lokalsamfunn sier at vi innen 2030 skal sørge for at alle har tilgang til trygge, tilgjengelige og bærekraftige transportsystemer til en overkommelig pris og bedre sikkerheten på veiene, særlig ved å legge til rette for kollektivtransport og med særlig vekt på behovene til personer i utsatte situasjoner, kvinner, barn, personer med nedsatt funksjonsevne og eldre.

De aller fleste voksne reiser med egen bil, men dette faller med alderen.

Mange opplever i dag utfordringer med transport, spesielt gjelder dette barn, unge, eldre og innbyggere med enkelte funksjonsnedsettelse. Dersom man bor i distriktet, har man ikke et godt nok offentlig transporttilbud. Barn og unge kommer seg ikke til fritidsaktiviteter som ligger et stykke unna hjemstedet, og er avhengig av å bli kjørt. Eldre kommer seg kanskje ikke på butikken eller til lege uten å måtte ta taxi eller bli kjørt av noen. Bussholdeplasser og busser er ikke alltid universelt



utformet og tilrettelagt for bevegelseshemmede, og hindrer enkelte å benytte den transportmuligheten. Noen bor langt unna en holdeplass, og i noen deler av kommunen er det ikke tilbud om offentlig transport i det hele tatt.

Et lavterskel transporttilbud vil virke forebyggende ved å gi mulighet for å leve et aktivt sosialt liv, være mest mulig selvhjulpen og motvirke isolasjon og ensomhet.

Dagens infrastruktur kan gi utfordringer for personer med nedsatt funksjonsevne. Det er behov for ledelinjer for synshemmede, benker for å hvile, informasjon tilgjengelig i ulike formater på et enkelt språk mv.

Det finnes ordninger for transport, men de dekker ikke alle behov.

Mål og muligheter for transport
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Vi kartlegger behovet ved hjelp av spørreundersøkelse</li><li>2. Vi har tett kontakt med fylkeskommunens samferdselsavdeling for å utvikle tilbudet med offentlig transport i vår kommune</li></ol>

### 3.16 Medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse

Det er utfordrende å skaffe tall for fremtiden når det gjelder barn med funksjonsnedsettelse. Mange er ikke født enda, derfor blir våre anslag svært usikre. Det viktigste er uansett at vi har et tjenesteapparat som sørger for at de som har behov for det, får god informasjon og bistand.

#### 3.16.1 Innarbeidelse av CRPD i våre tjenester

Vi skal sørge for at innbyggere med funksjonshemninger skal få tilgang til det fysiske miljøet, til transport, til informasjon og kommunikasjon på lik linje med andre. Det er viktig at ansatte har kunnskap om prinsippene i CRPD, og planlegger tjenestetilbudet etter det.

#### 3.16.2 Barn og unge med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse

Det er usikkert hvor mange barn som har funksjonsnedsettelse. Anslagene varierer mellom 3 og 10 prosent av befolkningen under 18 år på landsbasis. Når det gjelder fremtidens behov, er tallene selvfølgelig svært usikre. Vi ser imidlertid av den demografiske fremskrivningen av innbyggere i fruktbar alder er noe synkende, noe som kan bety at tallet på fødte barn med nedsatt funksjonsevne ikke vil øke, men holde seg stabilt eller gå ned.

Mange foreldre kan oppleve en stor sorg ved å få et barn med store og sammensatte behov, derfor er det viktig at kommunen blir opplevd som støtte og ikke som en motpart. Det er barnets beste som er i sentrum, og alle skal samarbeide om å tilrettelegge for nødvendige tjenester. Derfor vil det være viktig å sikre at kommunen har opplysninger om familier med barn som har store og sammensatte behov, og antatt behov for kommunale helse- og omsorgstjenester. Disse familiene har behov for veiledning og informasjon om tjenestene de kan få, og hjelpen må koordineres bedre.

Foreldre/pårørende bruker mye tid på å søke etter informasjon og koordinere tjenester. Første kontakt er gjerne helsestasjonen og/eller fastlege. Foreldre bruker også mye tid på å skaffe tilveie nødvendige helse- og omsorgsopplysninger. Helseplattformen vil være et forbedringspunkt for at

nødvendige helse- og omsorgsopplysninger blir tilgjengelige, selvfølgelig etter samtykke og ikke nødvendigvis må innhentes og sendes. Tjenesteutøvere får nødvendige opplysninger for å kunne yte tjenester i det som blir et felles pasientjournalssystem for ulike samarbeidspartnere, foreldrene inkludert. Helseplattformen omtales nærmere i kapittel 4.3.2.

Det er viktig å etablere faste samarbeidsarenaer mellom ansvarlige tjenesteytere og familien for å sikre oppfølging og gode overganger.

### **Barne- og avlastningsbolig for barn og unge**

Barne- og avlastningsbolig er et tilbud for barn og unge under 18 år som har behov for å bo i en bolig som har helse- og omsorgstjenester hele døgnet. Det kan for eksempel være barn med funksjonsnedsettelse og eventuelt sykdom(mer) som krever ekstra omsorg og pleie.

Det er vanlig å skille mellom barnebolig og avlastningsbolig avhengig av om barnet bor i boligen fast eller i perioder:

- Når barnet bor der fast og ansatte utfører den daglige omsorgen på vegne av foreldrene på permanent basis, kalles tilbudet barnebolig
- Hvis barnet bor fast sammen med foreldrene, men flytter inn i perioder når foreldrene har behov for avlastning, kalles tilbudet avlastningsbolig



Kilde: <https://www.helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunene/kommunal-bolig-boliger-med-serlige-tilpasninger/>

**Avlastning:** For familie med særlig tyngende omsorgsoppgaver kan det være behov for avlastningstiltak. Avlastningstiltak skal gi omsorgsyter som har særlig tyngende omsorgsoppgaver nødvendig og regelmessig fritid og ferie, samt mulighet for å delta i vanlige aktiviteter i samfunnet. Kommunen har plikt til å tilby avlastningstiltak når det er behov for dette.

Avlastning gis ut fra ulike behov og kan organiseres på ulike måter, for eksempel noen timer enkelte dager, eller som døgnbaserte opphold over en kortere periode i et privat hjem eller i en avlastningsbolig (institusjon). Det skal legges stor vekt på familiens behov ved utformingen av avlastningstiltaket.

Avlastningstilbudet skal bidra til å gi gode oppvekstvilkår for barn som har funksjonsnedsettelse. Avlastningstilbudet må utformes på en måte som sikrer at barnet får hjelp til å trene opp og vedlikeholde ferdigheter og at det opplever mestring. Barnet skal også få nødvendig helsehjelp. Det må være mulighet for rekreasjon og hvile, samt mulighet for barnet å motta besøk. På den måten vil hjelpen som gis, bidra til å fremme barnets sosiale integrering og personlige utvikling. Det skal legges til rette for både individuelt tilpassede aktiviteter og fellesaktiviteter.

Avlastningsboligene utformes med egne rom og fellesarealer som stue og kjøkken. Boligene bør ligge gunstig til i forhold til skoler/barnehager, fritidsaktiviteter og lekeareal.

**Barnebolig** er et bo- og tjenestetilbud for barn som har svært alvorlige funksjonsnedsettelse eller av andre årsaker har et omfattende omsorgs- eller oppfølgingsbehov, og det som følge av dette er et behov for at barnet bor fast utenfor foreldrehjemmet.

Når barnet bor i barnebolig, ivaretas omsorgen for barnet av ansatte i boligen. Barnets foreldre har fortsatt foreldreansvaret, mens kommunen ivaretar den daglige omsorgen for det enkelte barn på vegne av foreldrene. Kommunen må derfor sørge for en tydelig ansvarsavklaring med foreldrene. Individuell plan kan være et aktuelt verktøy for tjenestene, omsorgspersoner og tilsynsmyndighetene for å verifisere at ansvar og oppgaver er avklart og tydelig plassert.

### **Samarbeidstiltak mellom barne- og avlastningsbolig og barnehage/skole**

Det bør etableres flere samarbeidstiltak så tidlig som mulig, der ansatte følger barnet både i barnehage/skole og avlastning, noe som vil bidra til mer kontinuitet for barnet og foreldrene, og større stillinger for de ansatte. Barnet og foreldrene vil ha færre å forholde seg, det blir færre sårbare overganger og økt fleksibilitet i forhold til bruk av ansatte. Erfaringene med samarbeid med både Eide barneskole og Eide ungdomsskole er gode. Dette er samarbeid det er mulig å etablere uavhengig av organisering. Det vil også være en stor fordel for barn med store atferdsvansker og vedtak om tvang og makt etter kap 9 i helse og omsorgstjenesteloven.

Det er viktig at de ulike enhetene løser sine lovpålagte oppgaver, for eksempel ved at SFO-tilbud til barn gis av skolen ut 7. klasse, mens avlastning gis i skoleferier, på kveld og helg.

### **Barnekoordinator**

I perioden 2016-2020 foretok Riksrevisjonen en undersøkelse av helse- og omsorgstjenester til barn med funksjonsnedsettelse. Undersøkelsen viser at familiene må ta et stort ansvar selv for å få hjelp og koordinerte tjenester. Tilbakemeldingene fra familiene er at det er vanskelig å orientere seg i informasjonen om de ulike ordningene og at de opplever å få lite hjelp til å finne frem på tvers av fragmenterte tjenester. Dette tyder på at det er behov for å se de ulike informasjonskildene i sammenheng og gjøre informasjonen lettere tilgjengelig.

Som en del av Likeverdsreformen, har regjeringen bestemt at det skal innføres en utvidet koordinatorordning. Retten til barnekoordinator gjelder for familier som har eller venter barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, og der barnet har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester.

Barnekoordinatorerne skal koordinere det samlede tjenestetilbudet rundt familien. Det vil si å ha oversikt over og bidra aktivt til å ivareta kommunens ansvar for nødvendig oppfølging og tilrettelegging for familien og barnet i form av tilbud om eller ytelse av helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester. Det kan være å sørge for at familien og barnet får nødvendig informasjon og helhetlig veiledning om andre velferdstjenester og relevante pasient- og brukerorganisasjoner, og sørge for at familien og barnet gis veiledning i deres kontakt med disse. En annen oppgave kan være å formidle kontakt eller henvisning videre til tjenester eller organisasjoner og sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Kartlegging av barn og familier med hjelpebehov er viktig for å forberede samarbeid og sikre gode overganger mellom de ulike tjenestenivåene.

## Dagens tilbud

Det er i dag noe over 40 barn som mottar avlastning eller andre tilsvarende tiltak. Man kan anta at mange av dem vil ha behov for habiliteringstjenester og et sted å bo. Dette må det planlegges for.

I dag er det både barn, unge og voksne som har avlastningstjenester, og de har det på samme sted, av og til samtidig. Det kan være utfordrende å gi avlastning for barn, unge og voksne samtidig. Ideelt sett er det ønskelig med en noe mer nærhet i alder.

Avlastningstjenesten for barn og unge er i dag organisert under Tiltak for funksjonshemmede i Familiens Hus. Det gir både utfordringer og muligheter. **Utfordrende** fordi tjenesten er sårbar når det gjelder kompetanse og stabilitet i tjenestene. Flere familier har sammensatte behov, og utfordringene kan være store og komplekse. Det medfører også organisatoriske utfordringer ved at det er et stort fagområde med mange ansatte i deltidsstillinger. Som følge av deltidsstillingene, er rekruttering en utfordring for enkelte kompetanseområder. De barna vi har i avlastningene våre er noen av de mest hjelpetrengende innbyggerne vi har i Hustadvika per i dag. Med den organiseringen vi har i dag, klarer vi ikke å tilby ansatte store stillinger. Årsaken til det er at barna er mer hjemme enn i avlastning, og behovet for avlastning er som regel bare på kveld og i helgene. Det medfører en tilsvarende arbeidstid, noe som ikke er tiltrekkelig for de fleste arbeidstakere. Dette fører til høy turnover blant ansatte, høy andel ufaglærte og flere avvik, blant annet med medisinshåndtering. **Mulighetene** ligger i tverrsektorielt og tverrprofesjonelt samarbeid med enheter under andre rammeområder. Det er også utarbeidet gode rutiner på samarbeid rundt prosedyrer og rutiner med Forvaltningskontoret. I og med at vi er en relativt liten kommune, gir dette mulighet for god oversikt over ressurser i lokalsamfunnet.

Det har ikke vært enkelt å sikre at brukerne tildeles og får de tjenestene de har behov for samtidig som lovverkets krav til likebehandling oppfylles. Organiseringen har også gjort det utfordrende å sikre god oppfølging av brukere med komplekse behov og som trenger helhetlige og koordinerte tjenester fra flere enheter med ulikt ansvarsområde. Det er vanskelig å få til samlet faglig og organisatorisk utvikling på områder som har felles funksjon/faglig ståsted, når ansvar og kompetanse er fordelt på ulike enheter som både er geografisk inndelte og funksjonsinndelte.

### 3.16.3 Voksne og eldre med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse

Det er i dag 65 personer som mottar tjenester fra bo og habilitering, de fleste av dem bor i samlokaliserte leiligheter. Hovedoppgaven er å bistå tjenestemottakerne i det daglige og aktivt bidra til hverdagsmestring. Vi skal sikre at tjenestene utøves på faglig forsvarlig måte etter gjeldende lover og forskrifter og i tråd med virksomhetens målsetting. Tjenester skal ytes i henhold til gjeldende vedtak gitt av forvaltningskontoret. Tjenestemottakernes behov skal kontinuerlig vurderes, planlegges og følges opp. Dette forutsetter et tett samarbeid med tjenestemottaker, pårørende og/eller verge, spesialisthelsetjenesten, og i enkelte tilfeller, statsforvalteren.

Vi antar at cirka sju personer har behov for å etablere seg de neste ti årene, hvorav fire av dem er tydelig på at de ønsker kommunal bolig. Flere ønsker å bygge eller kjøpe samlokalisert, men det må reguleres tomteareal for formålet i nærheten av allerede etablerte personalbaser. Disse tallene er imidlertid svært usikre.

Å kunne bo med nærhet til butikker, kultur-, arbeids- og aktivitetstilbud kan være avgjørende for livskvalitet. Likeledes er det en fordel å bo slik at man har kollektivtilbud tilgjengelig.

I tillegg er det flere som har behov for omfattende avlastning eller heldøgns tjenester i sine respektive hjem. Disse tjenestene er som regel organisert under hjemmetjenesten eller i Familiens Hus. Vi ser et behov for å samle alle omfattende tiltak med BPA/PA i kommuneområde helse og velferd.

#### Mål og muligheter for personer med medfødte eller ervervede funksjonsnedsettelse

1. Foreldrene blir møtt på en god måte, og får nødvendig informasjon, blant annet heftet «Barn og unge med nedsatt funksjonsevne - hvilke rettigheter har familien?»
2. Ledelse og ansatte har kunnskap om og fokus på rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD)
3. Forvaltningskontoret oppnevner koordinator i hver enkelt sak
  - a) Sørge for koordinatoropplæring og i større grad profesjonalisere dem
4. Vi sikrer kontinuitet i tjenestene for barn og unge ved å
  - a) ha et tett samarbeid mellom aktuelle enheter for gode overganger
  - b) etablere samarbeidstiltak mellom barnehage/skole og avlastningstjenesten
  - c) samarbeide med oppvekstsektoren om ansatte, noe som også kan resultere i økt heltidskultur
5. Vi har gode bomuligheter
  - a) Vi legger til rette for at unge voksne har tilbud om overgangsleilighet før overgang til egen (leid eller eid) leilighet
  - b) Vi oppfordrer fremtidige tjenestemottakere til å bosette seg i samlokaliserte leiligheter, eventuelt i nærheten av en
  - c) Vi legger til rette for tomter for samlokaliserte leiligheter, både for kommunal og private utbyggere, fortrinnsvis i Elnesvågen og Eide
  - d) Vi informerer om Husbanken sine muligheter ved kjøp eller bygging av hus/leilighet
6. Vi arbeider for at våre innbyggere med funksjonshemninger skal få tilgang til det fysiske miljøet, til transport, til informasjon og kommunikasjon på lik linje med andre. Tiltak for å imøtekomme dette skal innarbeides i alle virksomhetsplaner

### 3.17 Psykisk helse og rus

Hustadvika kommune leverer tjenester til innbyggerne som har utfordringer med psykisk helse og/eller rus. Vi yter i dag tjenester med varierende omfang til cirka 500 personer med psykiske lidelser og ruslidelser. Flere pasienter med komplekse tilstander og utfordrende atferd behandles i kommunen istedenfor i spesialisthelsetjenesten.

Saksbehandling av tjenester innen psykisk helse og rus blir i dag utført av ansatte i mestrings-enheten. Dette bør profesjonaliseres og utføres av forvaltningskontoret. Tjenestene som blir ytt er Gnisten (dagtilbud), rask psykisk helsehjelp, ungdomstilbud, ambulerende team og kommunepsykolog. Hustadvika kommune har botilbud med heldøgns bemanning, og mulighet for avlastning eller korttidsopphold.

Ifølge Folkehelsebarometeret 2022, har vi noe lavere antall innbyggere med psykiske lidelser eller ruslidelser enn Møre og Romsdal og landet ellers. Landsdekkende tall anslår at 1 av 3 personer vil ha

en psykisk lidelse i løpet av livet. Det er også sterke indikasjoner på at tallene er økende, spesielt blant barn og unge. Det har også blitt mer åpenhet rundt temaet, som kan gjøre at flere tar kontakt for å få hjelp. Statistikk viser at over 10 prosent av den voksne befolkningen over 15 år, drikker mer enn helsen har godt av. I tillegg har noen utfordringer med overdreven bruk av reseptbelagte medikamenter og illegale rusmidler.

Utfordringene deles inn i 3 kategorier, da behovet for tjenester kan være relativt ulikt innen de ulike kategoriene. **Kategori en** er de med lette til moderate utfordringer. Her har kommunen tiltaket rask psykisk helsehjelp og ungdomstilbudet. **Kategori to** er de med alvorlige, men forbigående utfordringer. De med lette til moderate utfordringer som blir vedvarende, blir også kategorisert under kategori to. I **tredje og siste kategori** er de som har alvorlig og vedvarende utfordringer. Alle brukere innen kategori to og tre får en egen koordinator/kontaktperson gjennom det ambulerende teamet i kommunen. Dette er viktig for å samordne tjenestetilbudet til disse brukerne. I brukergruppe to og tre er gjeldende praksis at noen brukere blir fulgt opp for lenge. Denne brukergruppen kan kanskje ha bedre nytte av andre kommunale tjenester.

Å streve med rus eller psykiske problemer er en kilde til utenforskap på mange områder. Det er derfor svært viktig at Hustadvika kommune har gode tjenester til disse brukerne og deres familier, og at tjenestetilbudet er utformet slik at brukerne fanges opp og får hjelp tidligere enn i dag.

Forebyggende arbeid for ungdom må prioriteres høyt. Et svært viktig tidlig forebyggende tiltak for ungdoms helse er helsesykepleiertjenesten. Det er derfor et overordnet mål å sørge for at ungdom har best mulig tilgang på denne tjenesten i Hustadvika kommune.

#### Mål og muligheter for psykisk helse og rus

1. Vi legger til rette for at den som mottar hjelp skal få hjelp til selvhjelp og mestring
2. Forvaltningskontoret har ansvar for saksbehandling innen rus og psykiatri
3. Vi har nok møteplasser slik at flere har noe meningsfylt å gjøre
4. Vi har et tilrettelagt og godt aktivitetstilbud som også er en møteplass for personer med utfordringer innen rus og psykiatri, og som er åpent hele året
5. Vi har brukerstyrte aktiviteter
6. Vi har godt samarbeid med frivilligheten
7. Vi har en etablert tverrfaglig rusgruppe som jobber med aktuelle rusforebyggende tiltak på systemnivå

### 3.18 Demens

Demens er en av de største globale utfordringene verden står overfor. Regjeringens «Demensplan 2025» har fire innsatsområder:

- medbestemmelse og deltakelse
- forebygging og folkehelse
- gode og sammenhengende tjenester
- planlegging, kompetanse og kunnskapsutvikling

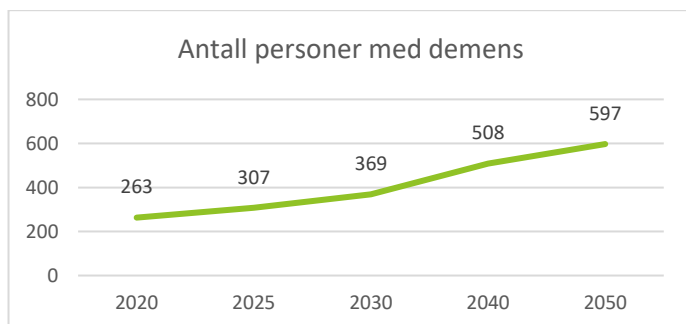


De fleste som får demens er eldre, men også yngre kan få demenssykdom. Demens kan ramme alle, uansett bakgrunn og utdanning. Tidlig diagnostisering kan gjøre at man kan være med på å planlegge fremtiden, inkludert avgangen fra arbeidslivet. For den som er i arbeid, kan det ha stor betydning, både følelsesmessig og økonomisk, å få avklart om det er en medisinsk årsak til at man ikke mestrer jobben.

Det er fortsatt slik at det ikke er noen automatisk oppfølging når en person får en demensdiagnose. Demens påvirker evnen til å ta initiativ, og det gjør at mange med demens ikke klarer å oppsøke hjelp selv. Mange får ikke oppfølging før de har kommet så langt i sykdomsforløpet at de trenger helse- og omsorgstjenester. Fastlegen har ansvar for å følge opp den enkelte og samarbeide med demenskoordinator. Både for personen med demens og pårørende oppleves det som svært viktig å ha en fast kontaktperson i kommunen med bred demenskompetanse. Kontaktpersonen må ta initiativ til samtale og gi individuell støtte samt ha god oversikt over tilbud i kommunen. Å få hjelp til å være åpen om sykdommen kan mobilisere nettverket rundt den som har demens, slik at de kan bistå i å gjøre hverdagen best mulig. Åpenhet er dessuten et viktig bidrag til å redusere skam og stigma

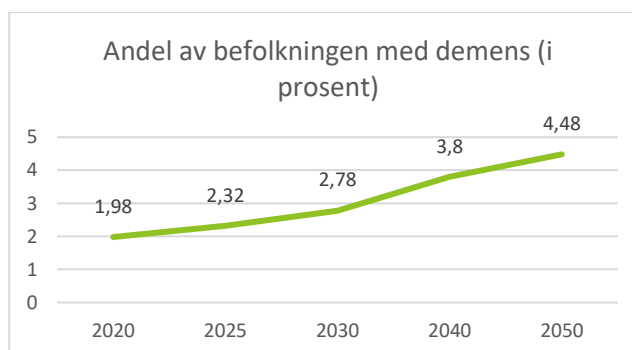
### Omfang av demens i Hustadvika

Befolkningen i Hustadvika er eldre enn gjennomsnittet i Norge, og har derfor også en høyere andel med demens. I 2020 var andelen med demens 1,98% i Hustadvika, og gjennomsnittet i Norge var 1,88%. I 2040 vil 3,80 % av innbyggerne ha demenssykdom (landsgjennomsnittet vil ligge på 3,30 %). For Hustadvika kommune innebærer det en økning i demensandelen på 91,92 %.



I takt med de demografiske endringene, øker tallet på innbyggere med demenssykdom. Gode og tilpassede tilbud, universell utforming både ute og inne, velferdsteknologiske løsninger og godt pårørendearbeid er viktige områder vi skal ha fokus på for at enkeltmennesket, familiene og lokalsamfunnet skal fungere best mulig.

I dag har Hustadvika kommune skjermet enhet for personer med demens ved Bøtunet omsorgssenter i Elnesvågen og ved det som blir kalt Post 2 på Slettatunet (organisert under Eide sykehjem) på Eide. I Elnesvågen er det 16 plasser, og på Eide er det 7 plasser. Dette betyr at cirka 8 % av de som har en demenssykdom, har botilbud i skjermet og tilrettelagt enhet.



Kilde: [Demenskartet – Aldring og helse](#)

I tillegg til botilbud i skjermet og tilrettelagt enhet, har vi fra september i 2021 tilrettelagt dagaktivitetstilbud for hjemmeboende innbyggere med demens. Kommunen har i dag

demenskoordinator i 50 prosent stilling. Vi har jevnlig tilbud om kurs for pårørende, og for innbyggere som ønsker å være aktivitetsvenner for personer med demens.

Velferdsteknologi og bruk av digitale hjelpemidler kan være hensiktsmessig for personer med demens og deres familier.

Vi har, som tidligere nevnt, i dag et noe lavt dimensjonert tilrettelagt botilbud for personer med demens med cirka åtte prosent av våre innbyggere med demenssykdom som bor i tilrettelagt sykehjem. Antall plasser bør være ti prosent av antall innbyggere med demenssykdom.

Vi planlegger for et nytt demenssenter på Eide, rett ved siden av Eide sykehjem. Der vil all aktivitet for personer med demens foregå; aktivitetstilbud, avlastning og langtidsplasser. Ved siden av demenssenteret vil det være avlastning for barn og unge, og det vil også være en barnehage i nærheten. Det er kort vei til sentrum, og til tur- og skogsområder, så det er et godt tilrettelagt område. Ved å samle demensomsorgen på ett sted, får vi samlet fagkompetansen. Vår faglige vurdering er at dette gir et bedre tilbud til personer med demens.

Mål og muligheter for demens
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Hustadvika kommune har god demensomsorg<ol style="list-style-type: none"><li>a) Vi har god oversikt over utvikling av demens i kommunen</li><li>b) Vi bruker velferdsteknologi der det er mulig og ønsket</li><li>c) Demenskoordinator er en pådriver i planlegging og utvikling av demensfaget og jobber enhetsovergripende</li><li>d) Vi har opprettet et «hukommelsesteam»</li></ol></li><li>2. Vi har en god pårørendeomsorg</li><li>3. Vi har tilstrekkelig antall plasser heldøgns tilbud<ol style="list-style-type: none"><li>a) Nytt demenssenter står klart på Eide i 2026</li></ol></li><li>4. Vi har kapasitet til innbyggere med demens som har behov for et aktivitetstilbud</li></ol>

### 3.19 Sykdomsbildet

De siste årene har antall liggedøgn i sykehus gått ned, både på landsbasis og i vår region. Sykehusene pålegges en effektiv drift med korte liggetider. Behandlinger som tidligere ble gitt som døgnbehandling i sykehus, blir nå utført poliklinisk og **kommunene har fått et større ansvar** for brukere med omfattende somatiske og psykiske helse- og ruslidelser. Brukerne skrives tidligere ut fra spesialisthelsetjenesten, og kommunene er pliktig til å yte kommunale tjenester etter en nærmere individuell vurdering. Dette krever at kommunen har tilstrekkelig kapasitet og kompetanse for å kunne tilby tjenester og sengeplasser. Spesialisthelsetjenesten er en av kommunens premissleverandører, og det fordrer et godt samarbeid for å løse stadig mer komplekse saker.

I Norge finnes det mange forskjellige sykdommer og diagnoser, og kompleksitet og behov for oppfølging og tjenester varierer. Her velger vi å omtale de vanligste sykdommene og de som vi med tidlig innsats kan forebygge, rehabilitere og behandle.

**Kreft** er den vanligste sykdommen som fører til død i Norge, generelt ser vi en stadig økning i antall nye krefttilfeller. Dette har sammenheng med at vi lever lengre og har en økende andel av eldre enn

tidligere. Samtidig er det stadig flere som overlever sin kreftsykdom, flere blir helt friske, og mange av de som har kreft lever lenger og har høyere livskvalitet enn tidligere. Dette skyldes en kombinasjon av forebygging, tidligere diagnostisering, og flere, bedre og mer tilpassede behandlingsmåter for de ulike kreftformene. Men samtidig får vi flere personer som lever med senskader etter sykdom og behandling, og som har behov for rehabilitering. Kronisk syke kreftpasienter lever stadig lenger og de har behov for oppfølging og tilrettelegging slik at de lever med best mulig livskvalitet. Antall pasienter med flere kreftsykdommer øker.

**Livsstilssykdommer** tilhører det vi kaller ikke-smittsomme sykdommer som er en av vår tids aller største folkehelseutfordringen. Disse har en nær sammenheng med livsstil og levevaner, og eksempler på dette er overvekt, høyt blodtrykk, hjerte- karsykdommer, hjerneslag, KOLS og visse typer kreft. Hjerte- og karsykdommer er en sykdom som for mange fører til død i Norge. Selv om både dødeligheten og det årlige antallet førstegangstilfeller av hjerteinfarkt går ned, er det fortsatt en femtedel av den norske befolkningen som får forebyggende behandling mot eller lever med en hjerte- og karsykdom. Livsstilssykdommer utvikler seg langsomt, og når sykdommen er etablert er det vanskelig å helbrede den. Samtidig er dette sykdommer som vi i høy grad med **tidlig innsats og helsefremming** kan forebygge eller forsinke. Årsaksfaktorer som kan påvirkes er blant annet inaktivitet, kosthold, tobakksrøyking, høyt alkoholinntak og stress.

**Muskel- og skjelettlidelser** er en av de hyppigste årsakene til at folk oppsøker både tradisjonelle og alternative helsetjenester og -tilbud. Disse lidelsene er de dominerende årsakene til sykefravær, rehabilitering og uførepensjonering. Tall fra folkehelsebarometeret viser at Hustadvika kommune ligger signifikant dårligere an enn landet som helhet, med en forekomst på 35,1 % mot 31,6 % på landsbasis. Årsaksfaktorene er sammensatte, og kan ha sammenheng med både fysiske og psykiske belastninger, livsstil m.m. Forebyggende tiltak bør starte i ung alder. I tillegg er det viktig at kommunen tilbyr rett hjelp til rett tid både med tanke på best mulig livskvalitet for den enkelte og for å **forebygge og redusere sykefravær**.

#### Mål og muligheter

1. Vi ivaretar pakkeforløp for ulike tilstander som for eksempel kreft og hjerneslag
2. Koordinatorer bistår og driver kompetansenettverk innen kreft og demens
3. Vi har fokus på forebyggende tiltak ved å
  - a) sørge for god og tilgjengelig informasjon
  - b) legge til rette for fysisk aktivitet
  - c) bedre tilgang til og kortere ventetid på fysio- og ergoterapitjenester
  - d) etablere forebyggende hjemmebesøk
  - e) etablere helsestasjon for eldre
  - f) fortsatt satse på blant annet hverdagsrehabilitering, hverdagsmestring, Aktiv på Dagtid, frisklivssentral, Rask psykisk helsehjelp
  - g) styrke stillingsressurser innen fysio- og ergoterapi
4. Vi gir tilbud om hjelp til livsstilsendring gjennom Frisklivssentralen og klinisk ernæringsfysiolog
5. Vi har fokus på forebygging og rehabilitering gjennom blant annet
  - a) fysio- og ergoterapitjenesten
  - b) hverdagsrehabiliteringssteamet

### 3.20 Ernæring

Ernæringsarbeid i kommunen omfatter forebyggende arbeid i den friske befolkningen, behandling av under- og feilernæring, og behandling av livsstilssykdommer som overvekt og fedme, diabetes type 2 og hjerte- og karsykdommer. Å ha god ernæringskompetanse i kommunen bidrar til å legge grunnlag for god folkehelse og livskvalitet blant innbyggerne.

I Hustadvika kommune er andelen barn med overvekt og fedme høyere enn ellers i landet. Ifølge selvrapporterte data, rapportert gjennom kommunehelse, gjelder dette også for kommunens ungdommer. Dette gir økt risiko for å utvikle livsstilssykdommer senere i livet. Blant den voksne befolkningen øker forekomsten av overvekt, fedme og diabetes type 2. Dette medfører redusert livskvalitet og bidrar til store økonomiske utgifter for samfunnet. Det derfor behov for både forebyggende og behandlende tiltak for å snu denne trenden.

Et av hovedområdene i Leve hele livet er «Mat og måltider». Mange eldre (og andre) spiser for lite mat og feil mat. Det gjør dem mer utsatt for fysiske og psykiske helseplager. Det fører til at de orker mindre og trives dårligere. Å bidra til at eldre spiser nok og riktig mat kan være like viktig for helsen deres som at de får medisinene de trenger.

Blant pasienter på sykehjem er forekomsten av **underernæring** på 10-60 %. Eldre, personer med



demens, enslige, personer med funksjonshemminger, psykiatriske langtidspasienter, rusmisbrukere og pasienter med kroniske lidelser er de med størst risiko for å bli underernærte. Tall fra Kommunalt pasient- og brukerregister fra 2020 for Hustadvika (tall for landsgjennomsnitt vises i parentes) viser at kun 34,7 % (45 %) av beboere på sykehjem på 67 år og eldre fikk kartlagt sin ernæringsstatus i løpet av året.

Tilsvarende tall for mottakere av helsetjenester i hjemmet på 67 år og eldre, var på 8 % (18 %). Tidlig identifisering av underernæring, eller risiko for underernæring, danner grunnlaget for å gi riktig ernæringsbehandling.

I følge nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, skal alle beboere i sykehjem/institusjon og personer innskrevet i hjemmesykepleien vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg. Likeledes står det i nasjonal veileder for gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming, at kommuner skal legge til rette for god ernæring hos personer med utviklingshemming.

Ifølge pakkeforløp for psykisk helse og rus bør det legges til rette for et godt og tilpasset kostholdstilbud. Alle som har behov for det, bør få tilbud om individuelt tilpasset kostveiledning basert på ernæringsstatus.

Ifølge Leve hele livet bør helse- og omsorgstjenestene ha som ambisjon at eldre som har behov for mat- og ernæringsbistand, skal få tilbud som tilpasses de eldres egen måltidsrytme. Måltidene bør fordeles jevnt utover dagen og kvelden, og det bør ikke gå mer enn elleve timer mellom kvelds- og frokostmåltidet. Dette er etablert nesten fullt ut i våre institusjoner og omsorgssentre.

Kommunen har klinisk ernæringsfysiolog (KEF) i fast stilling som koordinerer ernæringsarbeidet, og som kan bidra til økt bevissthet og kompetanse innen ernæring. Det er viktig at de ulike helsetjenestene i kommunen samarbeider og er kjent med tilbudene som finnes, samt at ansatte har god kjennskap til nasjonale veiledende dokumenter. Kommunen har frisklivssentral som jobber med livsstilsendring, og som er en del av den kommunale helsetjenesten.

Vi har tre kjøkken i kommunen. Hovedkjøkkenet er i leid lokale samlokalisert med Hustadvika videregående skole sitt tilbud «Restaurant og matfag» midt i sentrum av Elnesvågen. I tillegg er det produksjonskjøkken ved Eide sykehjem og Lundhaugen omsorgssenter i Bud. Alle de tre kjøkkenene leverer mat til beboere i sykehjem/omsorgsboliger og hjemmeboende innbyggere.

### Mål og muligheter for ernæring

1. Vi har redusert forekomst av overvekt, fedme og diabetes type 2 i befolkningen ved
  - a) at personer med risiko for, eller som har utviklet livsstilssykdom får tilbud om individuell kostholdsveiledning i tråd med frisklivssentralens inklusjonskriterier
  - b) å arrangere relevante kurs for innbyggerne
2. Vi har redusert forekomst av under- og over- og feilernæring blant beboere i institusjoner, boliger og personer i hjemmetjenesten ved at
  - a) det gjennomføres systematisk ernæringscreening
  - b) det utarbeides individuell tiltaksplan ved identifisering av underernæring, eller ved risiko for tilstanden
  - c) brukerne tilbys veiledning og/eller det utarbeides individuell tiltaksplan ved identifisering av overernæring, eller ved risiko for tilstanden
3. Vi har godt samarbeid om ernæring internt i kommunen ved at
  - a) alle boliger, institusjoner, kjøkken og hjemmetjenesten har en ernæringskontakt som deltar i nettverk med klinisk ernæringsfysiolog
  - b) helsepersonell i institusjoner, hjemmetjeneste og boliger tilbys årlig undervisning av klinisk ernæringsfysiolog
4. Beboere i sykehjem, omsorgsboliger og hjemmeboende har et godt og trygt mat- og ernæringstilbud
5. Beboere i sykehjem og omsorgsboliger har normaliserte måltidstider alle dager gjennom hele året
6. Vi har etablert et samarbeid med frivilligheten og/eller med lokalt næringsliv slik at hjemmeboende eldre får anledning til å spise gode måltider sammen med andre

## 3.21 Kompetanse

Leve hele livet skal blant annet bidra til at ansatte som opplever at de har et godt arbeidsmiljø, der de får benytte kompetansen sin og får gjort en faglig god jobb.

I Hustadvika har 78,4 prosent av de ansatte fagutdanning. I de beste kommunene er andelen 97,5 prosent (Kommunebarometeret 2021). Tilgang på kompetent arbeidskraft er en utfordring og konkurransen om kompetansen er stor i distriktene. Skal kommunen klare å gi gode innbygger-tjenester, må denne utfordringen løses.

De ti siste årene har det blitt langt flere geriatriske sykepleiere i kommunene. I Hustadvika er det 9,67 årsverk med geriatrisk sykepleier per 1 000 innbyggere over 80 år. Kommunen ligger med dette godt an på dette nøkkeltallet (Kommunebarometeret 2021).

Bare 30 prosent av våre ansatte har hel stilling, noe som gir konsekvenser for kvalitet og kontinuitet i tjenestene.

Hustadvika kommune har fire viktige mål kompetansearbeidet:

- **Beholde:** sørge for høyere andel heltidsstillinger, god sykefraværsoppfølging, god oppfølging av nyansatte og årlige medarbeidersamtaler
- **Utvikle:** Skape en lærende organisasjon, legge til rette for relevant videreutdanning, utvikle og gjennomføre kurs, delta i læringsnettverk og skape arenaer for kompetansedeling
- **Rekruttere:** Ansette personell med kompetanse, utdanning og motivasjon som kreves for stillingen og som er nødvendig for å kunne gi brukerne gode helhetlige tjenester
- **Benytte:** Organisere arbeidet slik at eksisterende kompetanse benyttes av hele organisasjonen på best mulig måte, samtidig som ansatte skal få anvende sin kompetanse

Kompetanseplanen som ble vedtatt i administrasjonsutvalget i mars 2022<sup>4</sup>, skal bidra til å gi følgende effekter for tjenestene i helse og velferd:

1. Tjenestemottakerne får rett hjelp til rett tid, på rett sted, utført av personell med rett kompetanse. Dette kan skje ved at:
  - a) ansatte har den kompetansen de trenger for å kunne yte forsvarlige tjenester
  - b) ansatte får en faglig og personlig utvikling som gir jobbløst
  - c) ansatte har et arbeidsmiljø og en kultur som er utviklende og fremtidsrettet, og som stimulerer til fortsatt å være en aktiv og engasjert medarbeider
  - d) vi har god kunnskap om hva slags kompetanse vi vil trenge i økonomiplanperioden utfra tjenestemottakernes behov
  - e) Vi har en god oversikt over hvordan kompetanse blir brukt i enhetene og totalt i helse og velferd
  - f) Vi har et oppdatert styringsverktøy for forvaltning av kompetanse

Behovet for spesialisert kompetanse blir økende i årene fremover, det er viktig at hver enhet/avdeling kartlegger behov og setter seg mål på kort og lang sikt.

Verktøy for dette finnes i kompetanseplanen, og skal benyttes av alle enheter i kommuneområdet helse og velferd.



Bildet er hentet fra s-fu.no

<sup>4</sup> PS 1/2022 i administrasjonsutvalget



De overordnede målene skal være felles for hele Helse og velferd:

Kort sikt:	Lang sikt:
<ul style="list-style-type: none"><li>• Øke kompetansen til fagarbeidere</li><li>• Endre oppgavefordelingen mellom yrkesgrupper</li><li>• Øke andelen ansatte med spesialisering innen ernæring, geriatri, palliasjon, psykisk helse, habilitering og rehabilitering og andre relevante videreutdanninger.</li><li>• Tilby ansatte å delta på relevante ABC-opplæringer</li><li>• Sørg for god opplæring for arbeidsledere, assistenter og saksbehandlere innen brukerstyrt personlig assistanse</li><li>• Rekruttere leger</li><li>• Rekruttere sykepleiere og vernepleiere</li><li>• Enhetsledere skal lage en plan for hvordan de skal nå målet om kompetanse, spesielt gjelder dette i tjenester hvor det er lovkrav om kompetanse</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Påvirke utdanningsinstitusjonene for et bredere tilbud innen videreutdanning for fagarbeidere</li><li>• Øke andelen heltidsansatte</li><li>• Redusere andelen ufaglærte</li></ul>

*Hentet fra Kompetanseplan for helse og velferd*

### 3.22 Tvang og makt

Det finnes i dag flere ulike regelsett som regulerer bruk av tvang og makt i helse- og omsorgstjenesten. Det er nå under utarbeidelse forslag til felles tvangsbegrensningslov for helse- og omsorgstjenesten.

#### Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9

Formålet med reglene i dette kapitlet er å hindre at personer med psykisk utviklingshemning utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade og forebygge og begrense bruk av tvang og makt.

#### Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 - tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige

Kommunene skal ved melding fra pårørende om omfattende rusmiddelmissbruk foreta de nødvendige undersøkelser i saken, og vurdere om det skal fremmes sak etter §§ 10-2 (tilbakehold i institusjon uten eget samtykke) eller 10-3 (tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige).

#### Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A

Formålet med reglene i dette kapitlet er å yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade samt å forebygge og begrense bruk av tvang.

Helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett.

## Psykisk helsevernloven

Formålet med loven her er å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med menneskerettighetene og grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Det er et formål med reglene å forebygge og begrense bruk av tvang.

Helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens behov og selvbestemmelsesrett og respekten for menneskeverdet.

### Mål og muligheter for tvang og makt

1. Våre ansatte har god kompetanse om lovverk som regulerer bruk av tvang og makt
2. Våre ansatte har god kunnskap om forebyggende tiltak
3. Vi tilrettelegger tjenester som gjennomføres på en respektfull måte med minst mulig inngripende tiltak

## 3.23 Palliasjon

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer palliasjon som følger:

*Palliativ behandling, pleie og omsorg er en tilnæringsmåte som har til hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienter og deres familier i møte med livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring av lidelse, ved tidlig identifisering, grundig kartlegging, vurdering og behandling av smerter, og andre problemer av fysisk, psykososial og åndelig art.*

Pasienter med livstruende sykdom opplever ofte lange sykdomsforløp med mange ulike faser. Mange får sykdomsrettet behandling i flere år, og opplever ulike bivirkninger og symptomer, og har mange tapsopplevelser underveis. WHO vektlegger at palliasjon skal benyttes i hele sykdomsforløpet, og ikke bare ved livets slutt.

Palliasjon er aktuelt tidlig i sykdomsforløpet sammen med annen behandling som har til hensikt å forlenge livet, som for eksempel medikamentell kreftbehandling og strålebehandling, og omfatter også undersøkelser som er nødvendige for å forstå og håndtere symptomer og komplikasjoner som sykdommen medfører.



Palliasjon utøves stort sett hvor den som behøver dette befinner seg eller ønsker å være.

Hjemmetjenesten og tjenestene med heldøgns omsorg i kommunen har innført kvalitetsverktøy for lindring og best mulig livskvalitet gjennom «Palliativ plan» og «Livets siste dager». Disse kan brukes uavhengig av diagnose og gir en generell kompetanseheving innen palliasjon.

Barn og unge i Hustadvika med livstruende og livsbegrensende sykdom og deres familier tilbys palliativ oppfølging. Kompleksiteten i palliasjonstilbudet krever omfattende tverrfaglig samarbeid som fremmer bedring av barnets og familiens livskvalitet.

Barnepalliasjon er en aktiv og helhetlig støtte til barnets og familiens fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle behov, som starter ved diagnositidspunkt og varer livet ut, med etterfølgende oppfølging for familie. Grunnprinsipper i barnepalliasjon er:

- Barnepalliasjon er en tilnæringsmåte som har til hensikt å forbedre livskvaliteten til barnet og familien, i møte med livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring, ved hjelp av tidlig identifisering, grundig vurdering og behandling av problemer av fysisk psykososial og åndelig art
- Effektiv barnepalliasjon krever en bred tverrfaglig tilnærming som inkluderer familien, og tar i bruk tilgjengelige ressurser
- Barnepalliasjon tilpasses barnets og familiens ønsker og behov, i ulike faser av barnets sykdom, så langt det er mulig og forsvarlig
- Palliasjon kan være aktuelt under graviditeten (prenatal palliasjon) der den gravide ønsker å fullføre graviditeten med et alvorlig fosteravvik

Det som bør være på plass for å få til hjemmetid og hjemmedød for de som ønsker dette:

- Pasient og pårørende må ønske å være hjemme
- Alle aktuelle tjenester må involveres: fastlege, kreftkoordinator/ koordinator, hjemmesykepleie, palliativt team, sosionom, fysioterapeut, ergoterapeut, psykolog, prest og/eller andre ressurser som kan bistå pasient og pårørende
- Det må utarbeides en plan som bygger på god planlegging og tilrettelegging av hjemmesituasjonen og som beskriver tiltak ved mulige scenarier. Fleksible og individuelle løsninger. Her vil palliativ plan ivareta behovet
- Det må være tilgang på helsehjelp hele døgnet, både grunnleggende og spesialisert kompetanse må være tilgjengelig
- Hjelpemidler og teknisk utstyr må være på plass, og det må være kort responstid

#### Mål og muligheter for palliasjon

1. Vi legger til rette for hjemmedød der dette er faglig forsvarlig og i tråd med pasientens eget ønske.
2. Vi har god oversikt over utviklingen av alvorlige sykdommer i lokalsamfunnet
3. Palliativ plan er innarbeidet i alle enheter der det er relevant
4. Vi har god kompetanse blant ansatte ved
  - a) å tilby årlig kurs til alle ansatte og fastleger om tiltakspakke for døende: Livets siste dager, palliativ plan og generell og spesiell undervisning om temaet
5. Vi bruker plan for «Livets siste dager» for døende

## 4 Fremtidig organisering og dimensjonering av tjenestene

Med det som er beskrevet i kapittel 3 som bakgrunnsteppes, må det planlegges for endring i tjenesteyting, men også en vesentlig styrking av tjenestene i Helse og velferd. Vi har i dag ikke kapasitet i våre eksisterende bygg til å imøtekomme fremtidens endringer i demografi og behov. Vi har heller ikke nok ansatte til å håndtere det stadig økende behovet. Derfor må vi ikke bare planlegge ombygginger og nybygg, men også sørge for at tjenestene blir mer digitale og omstillingsdyktige.



### 4.1 Avlastning for barn og unge

Avlastning for barn og unge er i dag organisert under Tiltak funksjonshemmede i Familiens Hus. De erfaringene som er gjort fra juni 2020 og frem til dag, taler for å flytte disse tjenestene fra kommuneområde oppvekst til rammeområde bo og habilitering i Helse og velferd, noe som kan skape større og mer attraktive stillinger og andelen deltidsansatte kan reduseres. For å sikre kvalitet og kompetanse, er det en fordel at de som jobber med like tjenester er organisert sammen. Det vil være langt lettere å sørge for god fagutvikling og ressursutnyttelse innenfor samme rammeområde.

Stillingen som konsulent for funksjonshemmede som skal ha ansvar for støttekontakter, fritidskontakter, private avlastere og mindre BPA-tiltak, bør legges til den enheten.

Konsulentstillingen bør, sammen med koordinerende enhet, ha et godt overblikk over hele tjenesteproduksjonen og vite hvilke tilbud som finnes i de ulike enhetene i kommunen, og være kontaktperson for familier og koordinere tjenestene rundt barn og unge.

I dag er avlastningstjenesten fordelt på to steder. Det er viktig at vi får samlet avlastningstjenesten på ett sted, det vil kunne gi en mer effektiv bruk av personell og en mulig reduksjon av antall årsverk. Det vil for eksempel ikke være behov for en nattevakt på hver plass når det er få barn inne, og bemanning på kveld kan tenkes redusert dersom behovene sammensettes på en hensiktsmessig måte.

Bruk av eksisterende lokaler	Kapasitet i dag	Mulig kapasitet	Kommentar
Slettatunet	6	16	Avlastning for barn og unge
Slettatunet	7	5	Leiligheter for personer med medfødt eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse som skal trene på å bo og leve selvstendig.

I intensjonsavtalen står det at forslag til mulig plassering av avlastning for barn og unge er på Eide. Det er viktig at avlastning har nærhet til samarbeidspartnere som for eksempel helsestasjon, PPT, barnevernstjenesten. Disse tjenestene er lokalisert i Familiens Hus på Eide. Det er også en fordel om avlastning er i nærheten av lekeplasser, turområder og sentrum. Dette gjør Slettatunet til en god plassering for avlastningstjenesten. Eksisterende avlastningsenhet i Mikalmarka, kan benyttes til

voksne personer. Det kan være hensiktsmessig å skille på alder for personer med medfødt eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse når de er på avlastning.

## 4.2 Bo og habilitering

I dag består bo og habilitering av seks enheter. Vi ser det som hensiktsmessig å redusere eksisterende antall enheter til fire. Vi foreslår også som tidligere nevnt å flytte barnebolig og avlastningstjenesten fra kommuneområdet oppvekst til rammeområdet bo og habilitering i helse og velferd. I kapittel 4.4 som omhandler brukerstyrt personlig assistanse og personlig assistanse, foreslås det at alle de tiltakene skal samles i en enhet, og legges i rammeområdet bo og habilitering. Dette innebærer at rammeområdet for bo og habilitering vil omfatte seks enheter, da med to nye.

Bøtunet omsorgssenter som i dag er en institusjon, kan bygges om til omsorgsleiligheter for personer med nedsatt funksjonsevne. Det vil da være viktig at leilighetene ikke får noe institusjonspreg, men at det blir et leilighetskompleks hvor man kan leie eller eventuelt eie en leilighet.

Nye boliger bør bygges i nærheten til det som allerede er bygd, og det er viktig med nærhet til sentrum for at beboerne lettere skal kunne mestre eget liv og bo i nærheten av sentrumsfunksjoner.

Bruk av eksisterende lokaler	Kapasitet i dag	Mulig kapasitet	Kommentar
Bøtunet omsorgssenter (hovedetasje)		8	
Bøtunet omsorgssenter (underetasje)	3	5	
Mikalmarka	20		
Holalia	5		
Hestehovvegen 14	4		
Hestehovvegen 38	4		
Haukås	10		
Eidem	5		Inkludert avlastningshybel
Setbakken	1	2	Brukt til personale i dag
Knausvegen	4		Vurderes solgt

Planlegging av nye samlokaliserte boliger for personer med medfødt eller tidlig ervervet funksjonsnedsettelse bør inn som tiltak i boligplanen som skal utarbeides i 2022. Dette bør bygges i nærheten av de eksisterende byggene på Mikalmarka, Haukås og Eidem.

## 4.3 Hjemmetjenesten

Hjemmetjenesten er i dag organisert i Elnesvågen, med roder ut til alle delene av kommunen. I tillegg til ordinær hjemmesykepleie, er praktisk bistand (hjemmehjelp), kreftkoordinatorer, demenskoordinator, velferdsteknologiansvarlig og noen komplekse enkelttiltak i private hjem lagt til hjemmetjenesten. Det vil være behov for en mer rendyrket hjemmetjeneste, og vi anbefaler at

enkelttiltakene blir tatt ut fra hjemmetjenesten og samles i en enhet som har de tjenestene som hovedområde.

Med bakgrunn i fremskrivningen i kapittel 4.8, må hjemmetjenesten styrkes vesentlig, og den må styrkes med hovedsakelig helsefagarbeidere, sykepleiere og vernepleiere.

#### 4.4 Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) og personlig assistanse (PA)

BPA og PA er i dag organisert under flere enheter og under to kommuneområder. De er organisert i Familiens Hus, bo og habilitering, hjemmetjenesten og i omsorgssentre. Omfattende tiltak med BPA og PA i private hjem samles i kommuneområde helse og velferd, hvor tjenestene koordineres og organiseres. En slik organisering kan legge til rette for bedre ressursbruk og samordning av stillinger.

Tjenesten er sårbar når det gjelder kompetanse og stabilitet i tjenestene. Flere familier har sammensatte behov, og utfordringene kan være store og komplekse. Det medfører også organisatoriske utfordringer ved at det er et stort fagområde med mange ansatte i deltidsstillinger. Som følge av dette, er rekruttering en utfordring for enkelte kompetanseområder.

Det er vanskelig å få til samlet faglig og organisatorisk utvikling på områder som har felles funksjon/faglig ståsted, når ansvar og kompetanse er fordelt på ulike enheter som både er geografisk inndelte og funksjonsinndelte.

På samme måte som vi forslår for avlastning for barn og unge, bør denne nye enheten legges inn under rammeområde for bo og habilitering i helse og velferd.

#### 4.5 Fysio- og ergoterapitjenesten

Fysio- og ergoterapitjenesten er en del av kommunes lovpålagte helsetjenester. Dagens ressursituasjon er nærmere beskrevet i kap. 4.7.

**Fysioterapitjenesten** – Kommunen kan organisere fysioterapitjenesten ved enten å ansette fysioterapeuter i kommunale stillinger eller ved å inngå driftsavtale med selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter. Per i dag har kommunen 5 hele driftstilskudd og 7,6 kommunale fysioterapistillinger. Fysioterapi er en lovpålagt tjeneste for de boformene som kommer inn under forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie. **Ergoterapitjenesten** – har per i dag 3 fulle stillinger. Fysio- og ergoterapitjenesten vil være sentral i dreining av tjenester mot mer forebygging og rehabilitering. Når vi tar dette i betraktning, og i tillegg hensyntar den demografiske utviklingen og det økende andel brukere som utskrives til egen bolig med komplekse tilstander, vil det helt klart være behov for å øke kapasiteten innen fysioterapi- og ergoterapitjenesten i årene som kommer.

Det er utfordrende å anslå eksakt hvor stort behovet er for ressursøkning i årene som kommer. Det kan være hensiktsmessig å øke kapasiteten med fysioterapeut og ergoterapeut med en stilling annethvert år de neste fire årene. Det som er viktig er at vi får tilstrekkelig med ressurser for å jobbe helsefremmende og forebyggende for å utsette eller unngå at våre innbyggere har behov for omfattende tjenester.



Det er fastlønnskutt for de kommunale fysioterapistillingene. I 2021 var dette på 217 800 kroner for en hel stilling. I tillegg er stillingene direkte inntektsbringende ved at fysioterapeutene krever egenandeler og får refusjoner fra HELFO. Når det gjelder fysioterapeuter med driftstilskudd kostet dette kommunen totalt 475 500 kr per fulle driftstilskudd i 2021.

#### 4.6 Seniorboliger/trygghetsboliger

Det vil være behov for leiligheter med universell utforming rundt omkring i kommunen. Disse samlokaliserte leilighetene må ligge i gangavstand til dagligvarehandel og andre sørvis- og kulturtilbud. Det bør være minst seks leiligheter samlet med et fellesareal til bruk for leilighetenes beboere og eventuelt andre i nærheten. Det er ikke planlagt for heldøgns bemanning her, men gjerne en trygghetsvert, aktivitør eller lignende noen timer hver uke som kan koordinere aktivitet og bistå med enkle oppgaver. Beboere som har behov for bistand, skal ha dette av hjemmetjenesten (hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand). Slike samlokaliserte leiligheter kan eies av private, men kommunen må ha tildelingsrett i avskrivningsperioden.



Vi anbefaler at det bygges seniorboliger/trygghetsboliger/eldretun flere steder i kommunen. Som følge av nedleggelse av Farstad omsorgssenter, anbefaler vi at det bygges seniorboliger/trygghetsboliger/eldretun i kommunal regi i umiddelbar nærhet til den allerede etablerte boligstiftelsen der. Et nybygg med fellesareal bør være lett tilgjengelig og kunne benyttes av flest mulig. Fordelen med denne lokasjonen er at det blir gåavstand fra boligene i stiftelsen. Slik avstanden er mellom boligene i stiftelsen og tidligere Farstad omsorgssenter, blir det i perioder behov for transportløsninger mellom de to lokasjonene. Det blir tidssparende for hjemmetjenesten å ha brukere i en samlet lokasjon i stedet for to. Det blir mer sosialt med flere samlet som igjen kan bidra til mindre ensomhet, økt trivsel og mestring.

Vi ser nødvendigheten av seniorboliger/trygghetsboliger/eldretun flere steder i kommunen, og det bør inn som tiltak i boligplanen som skal utarbeides i 2022.

## 4.7 Sykehjem og annen boform med heldøgns omsorg og pleie

### 4.7.1 Utvidelse/endring av eksisterende lokaler

Vi må benytte den boligmassen vi allerede har, og der det er mulig må den utvides til flere og bedre tilrettelagte botilbud. I tillegg må vi endre noe av infrastrukturen for å få til bedre samordning av ressursene.

#### Lundhaugen omsorgssenter

Lundhaugen omsorgssenter gir i dag tjenester til 20 beboere. I underetasjen er det fire leiligheter, og det er heis mellom etasjene. Så snart det er på plass nytt pasientvarslingsanlegg, kan leilighetene i underetasjen innlemmes i driften. I tillegg er det et ubenyttet areal nordenden i hovedetasjen som kan bygges om til et rom med bad. Dette vil til sammen øke kapasiteten fra 20 til 25 leiligheter/rom med heldøgns bemanning.

#### Fræna sjukeheim og omsorgssenter

I nåværende Fræna sjukeheim og omsorgssenter (FSO) er det i dag kjøkken og stue i hver ende av avdelingene. Dette medfører at de fire avdelingene ikke er så samkjørte som de kunne vært. Med å samle kjøkken på ett sted midt i bygget, vil vi kunne få til mer sambruk av ressurser. Ved å gjøre dette, får vi samtidig frigitt areal som kan bygges om til minimum to rom, som kan øke kapasiteten fra 41 til 43 eller 44 rom.



I underetasjen ved FSO er det i dag sju leiligheter som er beregnet på innbyggere som i stor grad mestrer eget liv, men som har tjenester fra hjemmetjenesten. Ved å flytte aktivitetstilbudet til det planlagte helse- og rehabiliteringssenteret, kan det frigjorte arealet vurderes ombygd til en ny leilighet.

#### Auretunet omsorgssenter

På Auretunet er det i dag 11 leiligheter. To av dem er relativt store, og her kan det vurderes å dele dem i to, slik at kapasiteten blir 13

#### Eide sykehjem

I underetasjen på Eide sykehjem, er det i dag en ubrukt avdeling mot vest. Her er det nytt sprinklet anlegg, og sju pasientrom med bad. Disse rommene tilfredsstillt imidlertid ikke dagens krav om universell utforming. For å kunne benytte seg av dette arealet, er det nødvendig med en ombygging. Arealmessig er det plass til 5 rom, med en anslått kostnad på 3,2 millioner kroner. Disse rommene kan knyttes til enten langtidsavdelingene for somatikk, eller til det foreslåtte demenssenteret sørvest for Eide sykehjem.

Bruk av eksisterende lokaler	Kapasitet i dag	Mulig kapasitet	Kommentar
Auretunet omsorgssenter	11	13	
Lundhaugen omsorgssenter	20	25	
Bjørklia omsorgssenter	12	12	Har ikke heldøgns bemanning i dag, men det planlegges for det.
Fræna sjukeheim og omsorgssenter	41	43	Langtidsplasser somatikk
Eide sykehjem	22	22	Langtidsplasser somatikk
Eide sykehjem underetasjen	0	5	Langtidsplasser somatikk eller demens
	106	120	

Det kan være mulig å øke kapasiteten med 14 boenheter ved å benytte areal i eksisterende bygg.

#### 4.7.2 Nybygg

Som følge av fremskrevet økning i tallet på innbyggere med behov for helse- og omsorgstjenester, vil det være nødvendig med nybygg for å øke kapasiteten.

Nybygg	Sted	Kapasitet	Kommentar
Seniorboliger/trygghetsboliger	Farstad	8-10	Ref. vedtak i hovedutvalget for teknisk, miljø og næring (PS 8/2022) Tjenester ytes fra hjemmetjenesten
Hustadvika demenssenter	Eide	60	Bygges i ett trinn, men innredes i to trinn
Hustadvika helse- og rehabiliteringssenter	Elnesvågen	40	Korttids- og rehabiliteringsplasser
Elnesvågen omsorgssenter		22-24	

Det vil også være behov for et omsorgssenter i Elnesvågen på samme omsorgsnivå som Lundhaugen, Auretunet og Bjørklia, men dette er ikke lagt inn i tiltaksdelen av planen. Det bør inn som tiltak i boligplana som skal utarbeides i 2022.

#### Helse- og rehabiliteringssenter

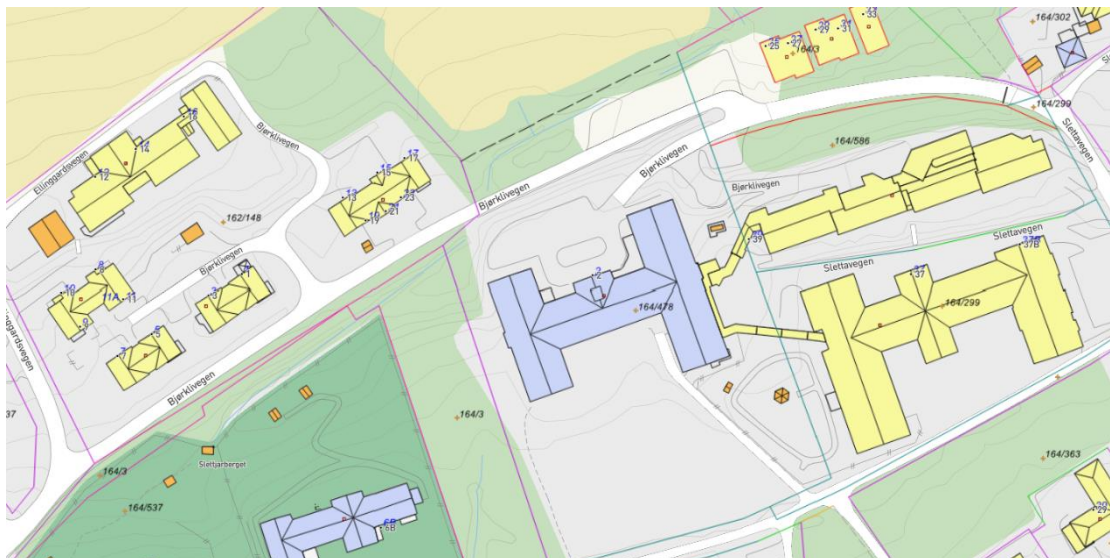
En lavere dekningsgrad enn i dag forutsetter at vi har tilstrekkelig antall korttids- og rehabiliteringsplasser. I dag har vi to avdelinger ved Fræna sjukeheim og omsorgssenter, med til sammen 19 plasser. Denne kapasiteten må styrkes i takt med demografiutviklingen og som følge av reduksjon i dekningsgrad til 16 prosent.

Vi har også mange tjenester vi i dag leier lokaler til. Dette gjelder hjemmetjenesten (hjemmesykepleie, praktisk bistand og kreftkoordinator), hverdagsrehabilitering, fysioterapi, ergoterapi, frisklivsentral, hjelpemiddelforvaltning, hovedkjøkkenet, legekontor, helsestasjon og jordmor. I tillegg har vi aktivitetstilbudene våre for personer med nedsatt funksjonsevne, psykiske lidelser og eldre. Alt dette er tjenester vi med stor fordel kan samle under samme tak, og som vil dra stor nytte av hverandre. Dette kan bygges i ett byggetrinn, men kun tas delvis i bruk fra bygget står ferdig. Bruk av bygget utvides i takt med behovet.

Hustadvika helse- og rehabiliteringssenter skal/bør inneholde følgende funksjoner	
Hjemmesykepleie	Korttids- og rehabiliteringsplasser
Praktisk bistand	Helsestasjon for eldre
Kreftkoordinator	Helsestasjon
Hverdagsrehabilitering	Jordmor
Fysioterapi	Aktivitetscenter for <ul style="list-style-type: none"> <li>• eldre</li> <li>• personer med psykiske lidelser</li> <li>• personer med medfødt eller tidlig ervervet funksjonsnedsettelse</li> </ul>
Ergoterapi	
Frisklivssentral	
Hjelpemiddelforvaltning	
Kjøkken	Legeskontor
Hustadvika helse- og rehabiliteringssenter <u>kan</u> inneholde følgende funksjoner i et eventuelt påbygg senere	
Svømmebasseng	
<p>På sikt bør det vurderes andre tjenester som det i dag leies lokaler til, som har en lengre leiekontrakt, og som kan dra nytte av en samlokalisering med de tjenestene som er planlagt i dette bygget. Det bør derfor settes av areal for en eventuell utvidelse av bygget dersom det vil være behov for det.</p>	

### Demenssenter

En vekst i antall eldre, medfører en vekst i innbyggere med demenssykdom. Som tidligere nevnt i planen, er sykehjems plasser for personer med demens fordelt på to steder i dag. Det vil være nødvendig å samle dette tilbudet, dels fordi det er et ønske om å samle kompetanse om demens på ett sted, og dels på grunn av de rekrutteringsutfordringene vi vil stå ovenfor. Vi foreslår at det blir bygd et demenssenter på Eide, like ved Eide sykehjem, som skal inneholde langtidsplasser, avlastningsplasser og aktivitetstilbud for hjemmeboende. Dette kan bygges i ett byggetrinn, men kun tas delvis i bruk fra bygget står ferdig. Bruk av bygget utvides i takt med behovet.



## Rekkefølge

Det er viktig at vi gjennomfører tiltakene i riktig rekkefølge.

1	Seniorboliger/trygghetsboliger på Farstad	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kostnad cirka 32 millioner</li> </ul>
2	Ombygging av Fræna sjukeheim og omsorgssenter	<ul style="list-style-type: none"> <li>Omdisponere areal til 2-3 nye rom</li> </ul>
3	Ombygging av underetasjen på Eide sykehjem	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bygge om ubrukt areal til 5 rom med bad</li> <li>Skal kunne knyttes til nybygg (ressursenter til demens)</li> <li>Kostnad cirka 3,2 millioner</li> </ul>
4	Hustadvika demenssenter	<ul style="list-style-type: none"> <li>Flytte beboerne fra Bøtunet og post 2 på Slettatunet ved Eide sykehjem til ressursenteret</li> <li>Kostnad cirka 200 millioner</li> </ul>
5	Hustadvika helse- og rehabiliteringssenter	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kostnad cirka 400 millioner</li> </ul>
6	Avlastning for barn og unge på Slettatunet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bruke dagens lokaler + det som i dag er post 2 og avlastningscenter på Slettatunet</li> </ul>
7	Bygge om Bøtunet fra 16 rom til 8 leiligheter	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kostnad cirka 19 millioner</li> </ul>
8	Avvikle Knausvegen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tilby beboerne leilighet på Bøtunet</li> <li>Selge Knausvegen</li> </ul>
9	Bygge samlokaliserte leiligheter for personer med medfødt eller tidlig ervervet funksjonsnedsettelse	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eidem</li> <li>Mikalmarka</li> <li>Haukås</li> </ul>
10	Ombygging av Auretunet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bygge om de to endeleilighetene til fire mindre leiligheter</li> </ul>

## 4.8 Totaloversikt

Denne oversikten viser hva som kan være mulig å få til i nåværende bygg og nybygg.

Navn	Sted	Plasser	Kommentar
Auretunet omsorgssenter	Aureosen	13	Omsorgsleiligheter med heldøgns bemanning
Lundhaugen omsorgssenter	Bud	25	Omsorgsleiligheter med heldøgns bemanning
Bjørklia omsorgssenter	Eide	12	Omsorgsleiligheter med heldøgns bemanning
Elnesvågen sykehjem	Elnesvågen	43	Langtidsplasser
Eide sykehjem	Eide	27	Langtidsplasser
Hustadvika demenssenter	Eide	60	Langtidsplasser, avlastning
Hustadvika helse- og rehabiliteringssenter	Elnesvågen	40	Korttid, rehabilitering, avlastning
<b>Totalt</b>		<b>220</b>	



## 5 Tiltaksplan knyttet til fremtidig organisering og dimensjonering av tjenestene

Tiltakene i dette kapittelet er knyttet til planlagt fremtidig organisering og dimensjonering av tjenestene som kommer frem i kapittel fem.

Det er utfordrende å anslå kostnader knyttet til investering og drift, men det er ingen tvil om at det er behov for store investeringer, og som følge av demografiendringen vil vi også øke driftsnivået vesentlig.

Tallene i tabellene nedenfor er bruttotall, det vil si at tilskudd fra Husbanken for ombygging og bygging av nye botilbud er ikke tatt inn. Dette innebærer at forslag til investeringskostnader vil være noe lavere reelt sett enn det som er oppgitt her.

Planens forslag til tiltak skal revideres hvert år i forbindelse med arbeidet med budsjett- og økonomiplan.

### 5.1 Tiltak på kort sikt 2023-2024

#### Prioritering av investeringstiltak

#	Tiltak	Gevinstrealisering/ eventuelle lovkrav	Investeringskostnader i hele 1000	
			2023	2024
	Seniorboliger/ trygghetsboliger	Ref. vedtak i hovedutvalget for teknisk, miljø og næring (PS 8/2022)	32 000	
	Ombygging FSO	Bedre ressursbruk	3 000	
	Ombygging underetasje Eide sykehjem	Benytte eksisterende areal		3 200
	Ombygging av Lundhaugen	Benytte eksisterende areal	1 000	
<b>Totalkostnad</b>			<b>36 000</b>	<b>3 200</b>

#### Prioritering av driftstiltak

#	Tiltak	Gevinstrealisering/ eventuelle lovkrav	Oppstart	Driftskostnader i hele 1000	
				2023	2024
	Frivilligkoordinator		01.01.23	800	
	Leder BPA/PA	Samle alle tiltak		1 000	
	Ergoterapeut			820	
	Fysioterapeut	Fastlønnstilskudd		600	
	Barnekoordinator			800	
	Helsefagarbeidere			1 500	1 500
<b>Totalkostnad</b>				<b>5 520</b>	<b>1 500</b>

## 5.2 Tiltak på mellomlang sikt 2025-2027

### Prioritering av investeringstiltak

#	Tiltak	Gevinstrealisering/ eventuelle lovkrav	Investeringskostnader i hele 1000		
			2025	2026	2027
	Demenssenter		200 000		
	Helse- og rehabiliteringssenter		400 000		
	Ombygging av Bøtunet				19 000
<b>Totalkostnad</b>			<b>600 000</b>		<b>19 000</b>

### Prioritering av driftstiltak

#	Tiltak	Gevinstrealisering/ eventuelle lovkrav	Oppstart	Driftskostnader i hele 1000		
				2025	2026	2027
	Bemanning demenssenter			8 800		
	Bemanning helse- og rehabiliteringssenter			13 200		
	Ergoterapeut			820		
	Fysioterapeut	Fastlønnstilskudd		600		
	Helsefagarbeidere			750	750	750
	Demenskoordinator			450		
	Sykepleiere/vernepleiere			1 800	1 800	
<b>Totalkostnad</b>				<b>26 420</b>	<b>2 550</b>	<b>750</b>

## 5.3 Tiltak på lang sikt 2028-2034

Innledende tekst

### Prioritering av investeringstiltak

#	Tiltak	Gevinstrealisering/ eventuelle lovkrav	Investeringskostnader i hele 1000		
			2028	2031	2034
	Ombygging Slettatunet	Samle avlastning for barn og unge			
<b>Totalkostnad</b>					

### Prioritering av driftstiltak

#	Tiltak	Gevinstrealisering/ eventuelle lovkrav	Oppstart	Driftskostnader i hele 1000		
				2028	2031	2034
	Helsefagarbeidere			750	750	750
	Sykepleiere/vernepleiere			1 800	1 800	1 800
	Oppbemanning demenssenter			8 800	8 800	8 800
	Oppbemanning helse- og rehabiliteringssenter				18 000	18 000
<b>Totalkostnad</b>				<b>11 350</b>	<b>29 350</b>	<b>29 350</b>



## Evaluering av tiltak

Alle forslag til tiltak må evalueres for hvert år. Det kan skje endringer i sykdomsbildet i befolkningen og demografien.

## 6 Kilder/lenker

---

[Kommunal planstrategi 2020-2023 for Hustadvika kommune 2020-2023](#)

[Kommuneplanens samfunnsdel 2020-2032](#)

[Hustadvika kommune](#)

[FNs bærekraftsmål](#)

[Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming - Helsedirektoratet](#)

[Leve hele livet - regjeringen.no](#)

[Velferdsteknologi - Helsedirektoratet](#)

[Første gevinstrealiseringsrapport – Nasjonalt velferdsteknologiprogram.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

[Aldersvennlig-stedsutvikling-handbok.pdf \(distriktssenteret.no\)](#)

[Demenskartet – Aldring og helse](#)

[Innbyggerundersøkelse om helsetjenester og bosted \(Rediger\) Microsoft Forms \(office.com\)](#)

[Hva er viktig for deg? - En retningsendring - FHI](#)

## 7 Vedlegg

---

Oversikt over kommunale boliger per 29.03.22

Kompetanseplan

Innbyggerundersøkelse



Mikalmarka på Eide