

Kommunedelplan Helse & Omsorg

FAKTA OG ANALYSE



Hemnes kommune
Skaper glede mellom smul sjø og evig snø

**Innholdsfortegnelse**

1.	TJENESTEOMRÅDET HELSE OG OMSORG	5
1.1	Tildeling av tjenester	7
1.1.1	Tildelingskontoret	7
1.1.2	Koordinerende enhet for voksne	8
1.1.3	Koordinerende enhet for barn og unge	8
1.2	Institusjon (sykehjem)	8
1.2.1	Sykehjem	8
1.2.2	Somatisk sykehjem	9
1.2.3	Sykehjem for personer med demens	9
1.2.4	Belegg på sykehjemmene	10
1.2.5	Hverdagsrehabilitering	10
1.3	Bemannede boliger	10
1.4	Hjemmesykepleien	10
1.5	Praktisk bistand	11
1.6	Miljøtjenesten	11
1.7	Brukerstyrt personlig assistent (BPA)	12
1.8	Omsorgslønn	12
1.9	Dagrehabilitering	12
1.10	Kjøkken	12
1.11	Legetjenesten	12
1.12	Fysioterapi-/ ergoterapitjenesten	13
1.13	Psykatri og rustjenesten	13
1.14	Helsestasjon og jordmortjenesten	14
1.15	Psykososialt kriseteam	14
2.	STATUS HEMNES KOMMUNE	15
2.1	Befolkningsutvikling	15
2.2	Bosetting	16



2.3	Sysseisseting	17
2.4	Inntektsforhold	17
2.5	Utdanning	18
2.6	Framskrivning	18
2.7	Helse	19
2.8	Folkehelseprofil	19
2.9	Psyisk helse og rus	20
2.10	Barnevern og barneverntiltak	22
2.11	Vurderinger	23
3.	FOKUSOMRÅDER	25
3.1	Folkehelse, forebygging og helsefremming	25
3.1.1.	Aktivitet	26
3.1.2	Kunst og kultur	26
3.1.3	Mestring	26
3.1.4	Verdighet og forsvarlighet	26
3.2	Brukermedvirkning	27
3.3	Koordinerte og helhetlige tjenester	27
3.3.1	Bolig	28
3.3.2	Habilitering og rehabilitering	28
3.3.3	Hverdagsrehabilitering	28
3.3.4	Demensomsorg	29
3.3.5	Lindrende behandling	29
3.3.6	Koordinerende enhet for voksne	29
3.3.7	Koordinerende enhet for barn	29
3.4	Kompetanse, kvalitet og rekruttering	30
3.5	Samarbeid med frivillige	32
3.6	Velferdsteknologi og innovasjon	33
KILDER		35



1. TJENESTEOMRÅDET HELSE OG OMSORG

Kommunen har ansvaret for tjenestetilbudet til alle med behov for helse- og omsorgstjenester, uavhengig av alder eller diagnose. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har de siste 20 år fått tilført mange nye oppgaver og hatt en stor tilvekst av nye brukergrupper. Tjenesteområdet for helse og omsorg består av fire sektorer; Korgen omsorgstjeneste, Hemnesberget omsorgstjeneste, Miljøtjenesten og Helsetjenesten. Enhetene omfatter helsetjenester som psykisk helse og rus, barneavlastning, omsorgstjenester i institusjon og hjem, legetjenesten, fysioterapi-/ergoterapitjenesten og helsestasjonene.

Spekteret av fagområder innen dette tjenesteområdet er svært bredt, hvilket innebærer at innhold og oppgaver reguleres av svært mange og ulike nasjonale planer, føringer, lovverk og forskrifter. Tjenesteutøvelsen omfatter lovpålagte oppgaver som forebygging, diagnostisering, behandling, habilitering, rehabilitering av somatisk og psykisk sykdom og rusmiddelavhengighet, pleie og omsorg i hjemmet og ved institusjoner, informering og veiledning om helsefremmende atferd, og oppfølging av personer i alle aldre med svært forskjellige behov.

Samhandlingsreformen er en stor reform som skal implementeres i 2012-2017. Reformen peker på betydningen av at kommunene får bedre oversikt over grunnleggende lokale helseutfordringer, og spisser forebyggingsinnsatsen mot tiltak med dokumentert effekt. Reformen har et tydelig fokus på å styrke det forebyggende helsearbeidet i kommunene og det forutsettes at kommunene forankrer forebyggingsinnsatsen i kommunale planer. Samhandlingsreformen stiller store krav til den kommunale ledelsen. Kommuneoverlegene skal inneha samfunnsmedisinsk kompetanse og sørge for at helsemessige hensyn blir ivaretatt på tvers av sektorer, slik at kommunens folkehelsearbeid blir systematisk, kunnskapsbasert, nyttig og kostnadmessig forsvarlig.¹

De kommunale utfordringene i sektoren, kombinert med økningen i behovet for helse- og omsorgstjenester, har medført stor politisk oppmerksomhet om feltet de senere årene. Reformen knyttet til blant annet samhandling, pasientrettigheter og forebyggende arbeid er gjennomført, samtidig med implementering av lovendringer knyttet til blant annet roller, ansvar og samhandling.

Lov om helse- og omsorgstjenester

Lovens formål presiserer et felles verdigrunnlag for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Syv særlige formål er listet opp i en formålsbestemmelse.

Å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, lidelse og nedsatt funksjonsevne

Å fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer.

Den enkelte skal få mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre,

Tjenestetilbudets kvalitet skal sikres, og det skal være et likeverdig tjenestetilbud.

Sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker og at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov.

Sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet

Bidra til at ressursene utnyttes best mulig.

¹ St.Meld.nr.47 (2008-2009) Samhandlingsreformen- Rett behandling – på rett sted- til rett tid



Målet for samhandlingsreformen er blant annet å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Pasienter og brukere skal få helhetlige og godt koordinerte helse- og omsorgstjenester med gode pasientforløp. Ansvar flyttes fra stat til kommunen.

Tidlig innsats handler om å være i forkant av et forløp, en forventet utvikling eller en hendelse forbundet med en viss risiko. Begrepet «tidlig inn» betegner et valg om å forebygge i stedet for å reparere. Tidlig innsats krever innsatsfaktorer på langt lavere nivå enn reparerende innsats. Det krever også målrettet, mangfoldig og flerfaglig samarbeid over tid. En samfunnsutvikling som styrker innbyggernes og lokalsamfunnets mulighet til å ta ansvar for helse, trivsel og mestring, krever forebygging og tidlig innsats. Dette må være grunnleggende prinsipper for all tjenesteutvikling, uavhengig av alder eller målgruppe.

Det er et mål at mesteparten av veksten i behov skal finne sin løsning i kommunene. Det vil kreve at kommunene styrker den forebyggende innsatsen, og at flest mulig får tjenester på lavest mulig nivå.

I sammenheng med samhandlingsreformen ble det vedtatt to nye lover: LOV 2011-06-24 no 30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. og LOV 2011-06-24 no 29: Lov om folkehelsearbeid. Disse omfatter alle tjenestene innenfor helse og omsorg.

Nasjonal Omsorgsplan 2015 skal dekke hele livsløpet og er en satsing for alle brukere av helse- og omsorgstjenestene, uavhengig av alder, diagnose eller funksjonshemming. Til denne planen er det knyttet tre delplaner: Kompetanseløftet 2015, Demensplan 2015 og Nevroplan 2015.

Kompetanseløftet var avsatte midler som kommunene kunne søke på for å øke ansattes kompetanse innenfor helse- og omsorgssektoren. Demensplanen har samme strategier som Omsorg 2015 og løfter frem tre hovedsaker for en bedre demensomsorg. Disse er dagaktivitetstilbud for personer med demens, etablering av botilbud tilpasset personer med demens (øremerkede tilskudd fra 2012) og økt kunnskap og kompetanse blant ansatte. Nevroplan 2015 peker på at dagens omsorgstjenester ikke i tilstrekkelig grad er utformet og tilrettelagt for personer med nevrologiske skader og sykdommer og at tjenestene må legge større vekt på rehabilitering og tilrettelegging for kontinuerlig trening for å gjenvinne eller beholde viktige funksjoner. Nevroplanen peker på tre hovedutfordringer med målsettinger. Disse er: behovet for informasjon og ny kunnskap, rehabilitering i dagliglivet, og dag-, aktivitets- og treningstilbud og flerfaglig utviklingsarbeid. Nasjonal Omsorgsplan 2015 er nå under avrunding, og regjeringen er i gang med en ny nasjonal omsorgsplan 2015-2020.

Fra 1. januar 2015 gjelder ny § 2-1 d i pasient- og brukerrettighetsloven om rett til brukerstyrt personlig assistanse. Endringen gir rett til brukerstyrt personlig assistanse (BPA) for personer under 67 år med langvarig og stort behov for personlig assistanse etter helse- og omsorgstjenesteloven.

Mulighetsmelding for omsorgsfeltet

Stortingsmeldingen som ble framlagt våren 2013 peker på nye muligheter for omsorgsfeltet:

”Den skal først og fremst gi helse- og omsorgstjenestens brukere nye muligheter til å klare seg selv bedre i hverdagen til tross for sykdom, problemer eller funksjonsnedsettelse.

Samtidig skal den gi grunnlag for å videreutvikle det faglige arbeidet, både for de som har størst behov for lindring og pleie, og de som daglig trenger assistanse gjennom et helt liv.

Den skal også skape trygghet for at vi gjennom nyskaping og fornyelse fortsatt kan satse på de fellesskapsløsninger vi har bygd opp i vårt land. Vi skal ikke bare forsvare, men også utvikle velferdsstaten.”

Meld. St. 29 (2012-2013):

Morgendagens omsorg



Retten omfatter også avlastningstiltak etter samme lov for personer med foreldreansvar for hjemmeboende barn under 18 år med nedsatt funksjonsevne. Nærmere omtale av lovendringen fremgår på Stortingets sider på internett i Prop. 86 L (2013-2014) og Innst. 294 L (2013-2014)

Årlig sendes det ut "Nasjonale mål og prioriterte områder" som kommunen skal rapportere om. Disse gjengir hovedtrekk for hvilke aktiviteter og oppgaver kommunen skal løse kommende år.

For pasienter innenfor rus og psykiatri kom det i 2012 Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med rus- og psykisk lidelse. Denne retningslinjen anbefaler at mer behandling skal foregå etter en samlet plan. Kun i de tilfeller hvor hjemmebaserte tjenester viser seg å være utilstrekkelig, skal kommunen vurdere døgnbasert institusjonsbehandling.

Brukerundersøkelsen i omsorgstjenesten 2014 viser at brukere og pårørende i snitt er godt fornøyd med tjenestene som leveres. Samlet sett ligger besvarelsene over landsgjennomsnittet på de fleste områder, og resultatet er bedre enn i 2012. Områder som kommer dårligst ut er aktivitet, informasjon og kontakt mot pårørende. Svarene fra utviklingshemmede viser beste score på trygghet, og dårligst score på brukermedvirkning og informasjon.

På bakgrunn av befolkningsframskrivninger som viser at befolkningen stadig blir eldre, er det trolig at vi i framtiden vil bli flere brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester.² Det er óg sannsynlig at framtidens brukere vil ha andre behov og utfordringer – og trolig andre ressurser til å mestre dem. Mange vil ha høyere utdanning og vi må derfor anta at deres forventninger til kommunen som tjenesteyter vil bli påvirket av dette.

1.1 Tildeling av tjenester

Å vektlegge brukerens ressurser og mestringsevne starter i saksbehandlingen ved tildeling av tjenester. Det må jobbes ut fra klare målsettinger knyttet til kvaliteten og omfanget som ønskes av tjenestene, og til hvordan vi ønsker tjenestene organisert. Dette skal sikre at alle innbyggerne blir behandlet likt, uavhengig av hvor de bor.

Kommunen har vedtatte tjenestebeskrivelser på alle tjenester som tilbys. Tjenestebeskrivelsene behandles hvert 4.år i forbindelse med kommunevalg. Tjenestebeskrivelsen deles ut til alle som mottar de ulike tjenestene.

1.1.1 Tildelingskontoret

Tildelingskontoret ble etablert i 2012. Hensikten var å skille forvaltning og drift; tildeling og tjenesteutøvelse. Ikke minst er det viktig å spisse kompetansen innen forvaltning. Saksbehandling er et komplisert fag, der fagkompetanse og jus går parallelt. Alle søknader behandles på tildelingskontoret. Iplos-kartlegging er et nasjonalt kartleggingsverktøy som benyttes også i Hemnes.

Tildelingskontoret er et viktig kontaktpunkt for sykehusene når det gjelder overføring av pasienter til kommunene. Her er det ett telefonnummer 24/7 for alle slike henvendelser. Kommunen har et selvstendig ansvar for å koordinere sine tjenester.

Etter vel to års drift, ser en at målet med å skille bestilling fra utførelse er oppnådd. Tildelingskontoret er kontaktpunkt for kommunens innbyggere med behov for tjenester, og for tjenestemottakerne. Kontoret mottar mange henvendelser om tjenestetilbud, hjelp til utfylling av søknader, hjelp til å ta kontakt med andre hjelpeinstanser, m.v. Koordinering av tjenester og mottak av utskrivningsklare pasienter har kommet på plass. Tverrfaglige møter og tidligere etablering av

² SSB, befolkningsframskrivninger 2014-2100



tilbud er noe av det vi ser forbedring på, samt at Hemnes kun betalte bot for ett døgn for utskrivningsklar pasient i 2014.

Tildelingskontoret har ansvar for behandling av søknader om helse- og omsorgstjenester for alle tjenester som ytes i sektorene Hemnesberget omsorgstjeneste, Korgen omsorgstjeneste og Miljøtjenesten. Dette omfatter tjenester hjemlet i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Saksbehandlingstiden er i all hovedsak innenfor forvaltningslovens krav, men i komplekse saker hender det unntaksvis at det brukes noe lenger tid.

Det jobbes nå med å overføre fatting av vedtak om rus og psykiatritjenester til Tildelingskontoret.

1.1.2 Koordinerende enhet for voksne

For å bedre habilitering- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunene ble det i forbindelse med samhandlingsreformen pålagt å etablere en koordinerende enhet. Denne oppgaven har tildelingskontoret. Koordinering av tjenestene skal foregå sømløst og kontaktpunkter for tjenesten skal være kjent for brukere, pårørende og samarbeidspartnere.

1.1.3 Koordinerende enhet for barn og unge

De fleste barn med nedsatt funksjonsevne vil ha behov for habilitering gjennom hele livet. Målet må være at den enkelte bruker og familien skal oppleve sammenheng, helhet, kontinuitet, god koordinering og langsiktighet, både i planlegging, utredning, og gjennomføring av tiltak.

Kommunestyret vedtok i desember 2014 at det skal etableres en koordinerende enhet for denne målgruppen fra 1.9.2015.

1.2 Institusjon (sykehjem)

1.2.1 Sykehjem

Langtidsopphold, korttidsopphold, dag-/nattopphold og avlastning i sykehjem er et kommunalt tjenestetilbud til personer med behov for pleie og omsorg. Langtidsopphold gis til pasienter med et varig behov for sykehjem. Korttidsopphold er målrettet behandling som f.eks. rehabilitering, vurdering, observasjon og annet med begrenset varighet. Dagopphold gis der det er behov for behandling og pleie som kan avgrensas til dagtid. De to siste årene har dette behovet økt, i tråd med samhandlingsreformen og overføring av oppgaver fra sykehus til kommunehelsetjenesten.

Liggedøgn institusjon	2012		2013		2014	
	Liggedøgn	%	Liggedøgn	%	Liggedøgn	%
Langtidsopphold	17 673	93.6%	16 978	93.7%	16 383	91.4%
Korttidsopphold	933	4.9%	1 044	5.8%	1 437	8.0%
Avlastning	274	1.5%	88	0.5%	105	0,60 %
Liggedøgn samlet	18 880	100 %	18 110	100 %	17 925	100 %
Belegg i %	100,20 %		96.3%		98.2%	

2012: 52 sykehjemsplasser

2013: 52 sykehjemsplasser fram til 30/9. 50 plasser fra 1/10. Gjennomsnitt 51,5 plasser

2014: 50 sykehjemsplasser



Avlastningsopphold gis primært for avlastning til pårørende i en begrenset periode.

Sykehjemstjenesten ligger i omsorgssentrene, og utgjør 50 plasser i enerom, fordelt på 6 bofellesskap. Av disse er 46 langtidsplasser og 4 korttidsplasser. Alle bofellesskapene har fellesareal som kjøkken, stue og bad. Det er også lett tilgang til tilrettelagt uteareal.

I sykehjemstjenesten er tilsynslegetjenesten en del av tilbudet. Helsemyndighetene har utarbeidet Nasjonal kvalitetsindikator for pleie- og omsorgstjenester. Denne indikatoren viser gjennomsnittlig antall legetimer per uke per beboer i sykehjem. Det er antatt en sammenheng mellom omfanget av legetjenester og kvaliteten på helsetjenesten til beboeren i sykehjem. Legetimer per uke per beboer i sykehjem har på landsbasis økt gradvis fra 2008-2013, fra 0,33 timer til 0,46 timer. Det er store variasjoner både mellom fylkene og mellom kommunene. I Nordland er det stor variasjon mellom de 44 kommunene. Øverst ligger Tysfjord med 1,7 time/pasient/uke, nederst ligger Tjeldsund med 0,09 time/pasient/uke. Hemnes ligger på tredje siste plass med 0,19 time/pasient/uke.

Hvilket nivå Hemnes bør ligge på når det gjelder tilsynslegetimer i sykehjem, vil være et aktuelt tema når det nå skal jobbes med tiltaksdelen. Hver kommune bør ha egne lokale normer for legedekning i sykehjem.

1.2.2 Somatisk sykehjem

Begge omsorgssentrene har somatisk sykehjemsavdelinger. Her bor pasienter med omfattende behov for sykepleiefaglige tjenester, legetjenester og stort pleie- og tilsynsbehov. Rommene er utstyrt med takheis, moderne sykesignalanlegg og eget bad/toalett. To rom har kun toalett, ikke dusj.

I avdelingene ytes det sykepleiefaglig bistand og pleie i forbindelse med alvorlig sykdom og funksjonssvikt, samt stell og pleie i livets siste fase. Pasienter kommer fra sykehus på et tidligere stadium i behandlingsfasen nå enn tidligere, og tilbudet sykehjemmet må gi er derfor nå mer avansert og teknisk komplisert.

1.2.3 Sykehjem for personer med demens

Begge omsorgssentrene har avdelinger for personer med demens. Til sammen 24 av sykehjemsplassene brukes til dette formålet. I disse avdelingene ytes et tilbud som er optimalt tilpasset disse pasientenes spesielle behov, i den hensikt å verne mot eller forebygge unødig uro og engstelse, og å gi opplevelsen av et verdig liv. Tre av plassene er spesielt tilrettelagt med lydisolering og sluse, ett av disse rommene er også utrustet med uknuselige vinduer og mulighet for videoovervåking. Det er sansehager under oppbygging tilknyttet alle bogrupper.

1.2.4 Belegg på sykehjemmene

Belegget i sykehjem har de siste tre årene gått fra 103,1 % til 95,8 %. I samme periode har andel langtidsplasser gått ned, og andel korttidsplasser gått opp. En forklaring på dette skyldes nok i stor grad at samhandlingsreformen mellom kommuner og sykehus ble iverksatt i 2012. Kommunen reduserte antall langtidsplasser for å kunne tilby korttidsplasser til hjemmeboende og utskrivningsklare pasienter fra sykehus. Ved korttidsplasser kan to brukere dele rom. Hemnes kommune kan i stor grad ta imot utskrivningsklare sykehuspasienter med behov for korttidsplass. Personer med behov for sykehjemsplass tildeles korttidsplass i påvente av langtidsplass. Alternativt gir kommunen forsvarlig tilbud i bemannet omsorgsbolig eller i eget hjem. Det kan se ut som om Hemnes kommune har dimensjonert sykehjemsplassene riktig.



1.2.5 Hverdagshabilitering

Hverdagsrehabilitering er en anbefalt ressursorientert arbeidsmetode i Stortingsmelding 29-«Morgendagens omsorg». Metoden oppsto primært for eldre, men kan være rettet både mot opptrening av psykisk og fysisk funksjonssvikt. Det sentrale element i metoden er å gi støtte til å styrke brukernes mestringsevne. Hverdagsrehabilitering skal bidra til å endre den tradisjonelle tenkningen i helse- og omsorgstjenestene fra «Hva er problemet du trenger hjelp til» til «Hva er viktige aktiviteter i ditt liv som du ønsker å mestre?». Innføring av hverdagsrehabilitering har flere mål i det den skal være 1) brukerrettet og bidra til at personer klarer å utføre aktiviteter som er viktige for dem selv, i stedet for å være passive hjelpemottakere; 2) kommunaløkonomisk, der økt mestringsevne skal innebære at kommunen får redusert sin ressursbruk ved en reduksjon i behovet for hjemmetjenester og en utsettelse av tidspunktet for heldøgns pleie og omsorg (f.eks. utsatt sykehjeminnleggelse); og 3) medarbeiderne i de kommunale helse- og omsorgstjenestene skal oppleve det som tilfredsstillende og motiverende at deres innsats fører til at brukerne mestrer hverdagslivets aktiviteter.³

1.3 Bemannede boliger

Kommunen har 40 bemannede omsorgsboliger, 16 i Korgen og 24 på Hemnesberget. Disse er lokalisert på omsorgssentrene. Beboere i bemannede boliger er å definere som hjemmeboende og tilbudet i boligene tilpasses den enkelte beboer. I bemannede boliger er det nærhet til hjelp, tett oppfølging og tilsyn og nærhet til alle senterets fasiliteter. Beboerne kan velge å kjøpe alle måltid og tjenester, eller å gjøre alt eller deler selv.

1.4 Hjemmesykepleien

Hjemmesykepleien er organisert under begge omsorgssektorene. Tjenesten yter sykepleiefaglige tjenester til alle hjemmeboende som har et definert behov. Boligene i dag er bedre tilrettelagt enn tidligere, og flere velger å bo hjemme lengre, også de med alvorlig sykdom og store hjelpebehov. I hovedsak jobber de ansatte selvstendig og alene i de enkelte oppdrag, men også i team ved behov. Dette skyldes de betydelige avstandene.

1.5 Praktisk bistand

Praktisk bistand gis når en ikke kan dra omsorg for seg selv, eller er helt avhengig av praktisk hjelp for å klare daglige gjøremål.

Praktisk bistand er i hovedsak hjemmehjelp og organiseres under begge omsorgssektorene. Typiske oppgaver som utføres av hjemmehjelpen er renhold, handling, klesvask mv. Terskelen for å få hjemmehjelp er høynet, og omfanget timer per måned er redusert.

1.6 Miljøtjenesten

Miljøtjenesten (MIL) har som målgrupper utviklingshemmede, multifunksjonshemmede og hjemmeboende ressurskrevende brukere med spesielle behov. MIL er organisert som egen sektor i Helse- og omsorgsenheten.

Kommunale tjenester ytes som hjemmetjenester i egne hjem, enten i selveide boliger eller i leide boliger, f.eks. i bofellesskap med heldøgnsbemanning. Det er etablert bofellesskap både i Korgen og

³ KS FoU-prosjekt nr. 134027, Sluttrapport 15.6.2014



på Hemnesberget. Miljøtjenesten har 28 omsorgsboliger med heldøgnsbemanning. Disse boligene har lavt belegg, som i hovedsak forklares med ledige boliger i Aspmoen 20 og Aspmoen 29. Ledige boliger forklares med at Aspmoen 20 er vedtatt avviklet, samt at det er et generasjonsskifte der flere brukere har gått bort enn som har kommet til.

Kommunen har også avlastningstilbud til familier med funksjonshemmede barn, enten i avlastningsinstitusjon eller som privatavlastning.

Personer med utviklingshemming oppnår høyere alder nå enn tidligere. Ikke minst har dette å gjøre med økt kvalitet på helse- og omsorgstjenestene.

Aldringsprosessen starter ofte tidligere hos utviklingshemmede. Hos personer med moderat til lett grad av utviklingshemming er risiko for å utvikle demens større enn i befolkningen generelt, og personer med Downs syndrom har en klart høyere risiko for å få demens. Eldre utviklingshemmede, med eller uten demensutvikling, har behov for et roligere liv enn yngre aktive utviklingshemmede. De ønsker i liten grad å ha aktiviteter utenfor bofellesskapet og blir fort slitne. De har behov for et mindre, og mer oversiktlig bomiljø, med ro og trygghet rundt seg.

I dagens bofellesskap bor det personer med ulik aldersspredning. Dette stiller stor krav til bemanningstetthet, kompetanse og organisering av tjenestetilbudet. Dette begrenser også muligheten for individuelt tilpassede tjenester.

Kommunestyret har vedtatt etablering av bofellesskap for eldre utviklingshemmede i Korgen. Dette vil kunne gi et kvalitativt godt tilbud til denne målgruppen for dem som ønsker å benytte seg av det.

Miljøtjenesten har fokus på hjelp til selvhjelp, gjennom å fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for brukerne, bidra til økt likeverd og likestilling, og forebygge sosiale problemer. Tjenesten har som mål å bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig, og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre.

1.7 Brukerstyrt personlig assistent (BPA)

BPA er en tjeneste med voksende etterspørsel. Dette er et tilbud til hjemmeboende med særlige hjelpebehov. Brukeren har rollen som arbeidsleder og påtar seg ansvar for organisering og innhold ut fra egne behov. Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven fra 1.1.2015 gir rett til brukerstyrt personlig assistanse (BPA) for personer under 67 år med langvarig og stort behov for personlig assistanse etter helse- og omsorgstjenesteloven. Rettighetsfesting av BPA skal bidra til å legge til rette for at personer med nedsatt funksjonsevne og stort behov for bistand skal leve et selvstendig og aktivt liv.

1.8 Omsorgslønn

En stønad som kan gis i de tilfeller hvor innbyggere har særlig tyngende omsorgsoppgaver i hjemmet. Gjerne i kombinasjon med kommunale omsorgstjenester.

1.9 Dagrehabilitering

Begge sentrene har Dagrehabilitering med tilbud både for hjemmeboende og beboere på sentrene. Dagsenter er åpent 5 dager i uken. Aktivitøren har ansvaret for planlegging og gjennomføring av store og små aktiviteter. Avdelingen har et dagtilbud til hjemmeboende 5 dager i uken. Tilbudet inkluderer skyss, middag, og deltakelse på senterets aktiviteter. Veiledning og trening med fysioterapeut er også en del av tilbudet.



1.10 Kjøkken

Kjøkkenene i begge sentrene produserer mat til sentrene og til hjemmeboende som har et definert behov. På hverdager serveres det varm mat produsert samme dag til senterets beboere. I helger og høytider serveres det kok/kjøl-mat. Maten som bringes ut til hjemmeboende er kok/kjøl-mat. Hovedkjøkkenet er ansvarlig for all innkjøp av mat til senteret, samt baking, tilbereding av pålegg, dietter o.l.

1.11 Legetjenesten

I følge Helse- og omsorgstjenesteloven skal kommunene ha en eller flere kommuneleger, som skal utføre de oppgaver kommunelegen er tillagt i lov eller instruks. Kommuneoverlegen er medisinsk faglig rådgiver for kommunen, j. fr Lov om kommunale helsetjenester § 3-5. Kommuneoverlegen skal utføre arbeidsoppgaver innenfor rammen av gjeldende lovverk, øvrige myndighetskrav og/eller denne instruks. Stillingen er plassert i helsetjenesten med sektorleder for helsetjenesten som nærmeste administrative overordnede. Prioritering av arbeidsoppgaver gjøres av kommuneoverlege i samråd med sektorleder, enhetsleder og/eller rådmann. Kommuneoverlegen har følgende arbeidsoppgaver: planarbeid, folkehelsearbeid, forebygging, informasjon, miljørettet helsevern, smittevern, helseberedskap, internkontroll, samarbeid, klagebehandling og administrative oppgaver.

Fastlegen har en tre-delt rolle:

- Ansvar for legetjenester til de som står på fastlegens liste
- Oppgaver definert som allmennmedisinske offentlige legearbeid.
- Legevakt

Hemnes kommune har to legekontor, på Hemnesberget og i Korgen. Kommunen har fire legehjemler.

Hemnes kommune har legevaktsamarbeid med Rana kommune, som for tiden stasjonierer i lokaler ved Rana sykehus. Hverdager på dagtid er det alltid ett av legekantorene i Hemnes som har øyeblikkelig-hjelp-beredskap som bistand for AMK-sentralen (Akuttmedisinsk kommunikasjonnssentral, drevet av staten).

1.12 Fysioterapi- og ergoterapitjenesten

Kommunen skal i sin planlegging, utvikling og drift av helsetjenesten tilstrebe en tilfredsstillende fysioterapidekning. Tjenesten i Hemnes består av en kommunal fysioterapeut, en ergoterapeut og fire private fysioterapeuter med driftstilskudd. Fysioterapitjenesten gir både forebyggende og reparerende behandling. Den kommunale ergoterapeuten og fysioterapeuten er en del av kommunens rehabiliteringstilbud. De jobber med alle aldersgrupper og i samarbeid med alle faggrupper, ikke bare i helse- og omsorgstjenesten.

1.13 Psykiatri- og rustjenesten (PSYRUS)

Psykisk helsetjeneste i Hemnes gir tilbud om samtaler, støtte og hjelp i heimesituasjonen, hjelp til sosial trening og nettverksbygging og etablering av kontakt med andre hjelpeinstanser. Psykisk helsetjeneste har fire medarbeidere med delt kontorsted på hhv Hemnesberget og Korgen. Disse jobber både alene og i team, og samarbeider med NAV, legene og omsorgstjenestene. Det



arrangeres kurs i mestring av depresjon og mestring av belastning, som viser seg å være nyttig og etterspurt for mange.

Kommunen har et ansvar for tjenester til personer med rusproblematikk. Tjenestene kan omfatte rådgivning, veiledning, støtteopplegg, bolig, oppfølging i bolig, oppsøkende arbeid, tiltak for sosial- og arbeidsrettet rehabilitering, og oppfølging før, under og etter opphold i fengsel. Kommunen skal bidra til å forebygge rusavhengighet.

Kommunen ble førstegangsbruker av registreringsverktøyet BrukerPlan i 2014. I tillegg ble det gjennomført ungdataundersøkelse for årskullene 8.-10. klasse. Ungdata viser at rusmiddelbruk for disse aldersgruppene ligger betydelig over både sammenlignbare kommuner og landsgjennomsnittet. Rustjenesten i kommune ser tilvekst av ungdom med alvorlige rusproblemer.

Olsenhågen, Kaffesiken og Restart-prosjektet er viktige og godt etablerte tiltak der PSYRUS er aktivt deltakende. Dette er et lavterskeltilbud som gir et uforpliktende tilbud til mange. Det er ikke et tilbud om behandling, men et tilbud om sosialt fellesskap, råd/veiledning og aktivisering

Kommunens tjenestetilbud til voksne personer med psykiske lidelser/plager og/eller rusproblemer utføres i dag hovedsakelig av psykisk helsetjeneste. Tjenestemottakernes bistandsbehov er svært varierende. Noen har behov for tett oppfølging ofte, mens andre kan klare seg uten hjelp i lengre perioder.

Psykiske plager og lidelser kan medføre en betydelig redusert funksjonsevne i hjem og skole/arbeid og tap av livskvalitet. Psykiske lidelser utgjør en stadig større andel av all sykemelding og uføretrygd. Høyt sykefravær blant personer med psykiske lidelser er også dokumentert i flere internasjonale studier (Rapport 2011:1, Folkehelseinstituttet). Nesten hver tredje uføretrygdet her i landet er det pga. psykiske lidelser. Forekomsten av disse lidelsene som årsak til sykemelding og trygd ser ut til å øke.

1.14 Helsestasjon og jordmortjenesten

Hemnes har to helsestasjoner på hhv Hemnesberget og Korgen. Tre helsesøsterstillinger er knyttet til disse to helsestasjonene. I tillegg har kommunen en familieveilederstilling i 100 % og jordmor i 50 % som har delt arbeidssted i Korgen og på Hemnesberget

Helsestasjonen i Hemnes er vedtatt økt med ett årsverk fra 1.7.2015, med fokus på skolehelsetjenesten.. Med denne satsingen er Hemnes nærmere opp mot den nasjonale normen for skolehelsetjenester. Ut fra «Nasjonal norm for bemanning IS-1798», er normtallene slik:

Barneskole: 35 % pr. 100 barn

Ungdomsskole: 18 % pr. 100 barn

+ 20 % merkantil pr. årsverk helsesøster.

Dette tilsier at Hemnes skal ha omtrent 2,0 årsverk skolehelsetjeneste. Hemnes har i dag (med vedtatt økning) 1,6-1,8 årsverk, alt etter hvor mye som defineres inn i skolehelsetjenesten.



1.15 Psykososialt kriseteam

Kommunen har et overordnet ansvar for å ivareta befolkningen i forbindelse med kriser, ulykker og katastrofer. I Hemnes er det etablert psykososialt kriseteam som skal ha det faglige ansvaret for psykososiale tiltak og oppfølging av berørte enkeltpersoner, familier eller lokalsamfunnet. Kriseteamet er et viktig samarbeidstiltak i kommunen. AMK-sentralen i Rana har til enhver tid oversikt over aktuelle personer/telefonnummer som skal kontaktes.





2.STATUS HEMNES KOMMUNE

Status på befolkning, levekår og folkehelse i Hemnes synliggjør områder som må vies oppmerksomhet fremover. De som skal gjennomføre aktivitet for å oppnå mål, er kommunens ansatte. Infrastruktur, samarbeid på tvers, personalsituasjon og kompetanse er dermed sentrale faktorer. Fakta og tallmateriale i dette kapitlet er hentet fra SSB, enhetene, folkehelseprofilen 2014 og Nordlandsforsknings arbeidsnotat som viser resultatet fra studien «Utvikling for unge i Hemnes kommune». Dette studiet ble gjennomført i slutten av 2014, og omfatter en kartlegging av stedsqualiteter og levekår for innbyggere i alle aldre. Nordlandsforskning gir i dette arbeidsnotatet en beskrivelse av forhold som kan ha betydning for de utfordringene kommunen erfarer. I arbeidsnotatet presenteres mønstre og områder som kan ha betydning for planarbeidet.

2.1 Befolkningsutvikling

Folketallet i Hemnes 1. januar 2014 var 4 557. Dette er lik gjennomsnittet for de siste 10 år. Folketall 1. januar 2015 var 4 528.

Statistisk sett har Hemnes tre tettsted - Hemnesberget, Bjerka og Korgen – og disse har befolkningsvekst. Bjerka har sterkest vekst, 5,8 % de siste 10 år.

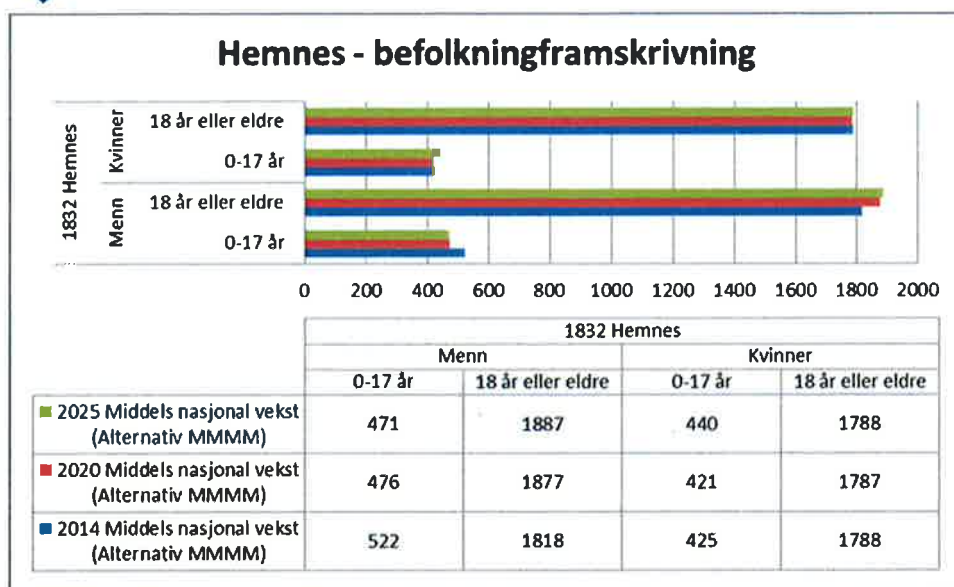
Det er de spredtbygde områdene som mister befolkning. Bleikvasslia skolekrets har 10 % lavere folketall 1. januar 2014 enn 10 år tidligere.

I befolkningsframskrivninger lages flere alternativer for befolkningsutviklingen i Norge. Det er tre forutsetninger det er tatt hensyn til, barnetall per kvinne, levealder og nettoinnvandring. Her er middels vekst grunnlaget, fruktbarheten på lang sikt vil ligge på 1,8 barn per kvinne, levealderen vil øke, sterkere blant menn enn kvinner og nettoinnvandring vil være høy i første del av framskrivingsperioden. Det er viktig å ta i betraktning at det hersker stor usikkerhet om hvordan befolkningen vil utvikle seg.

I mellomalternativet estimerer SSB et omtrent uendret folketall fra 2014 til 2040 i 75 av landets 428 kommuner. 294 kommuner får høyere folketall enn i dag, mens det vil være en nedgang i folketall i 59 kommuner. I framskrivningen er det ikke tatt hensyn til planer for nedleggelse eller oppstart av arbeidsplasser, framtidig utbygging av vei og tog, boligbygging, og så videre.

Figuren viser at i 2025 vil det være 471 gutter mellom 0-17 år, mens det vil være 440 jenter. Aldersgruppen 18 år og eldre vil ha 1887 menn og 1788 kvinner. For begge aldersgruppene – 0-17 år og 18 år og eldre – vil det være færre kvinner. Det er en nedgang i antall gutter 0-17 år mellom 2014 og 2025 med 51, mens det er en oppgang i antall jenter i samme periode med 15.

Samtidig er det estimert færre jenter enn gutter i 2025. Aldersgruppen 18 år og eldre viser en oppgang i antall menn med 69. For kvinnene er det ingen endring mellom 2001 og 2025 i befolkningsframskrivningen.



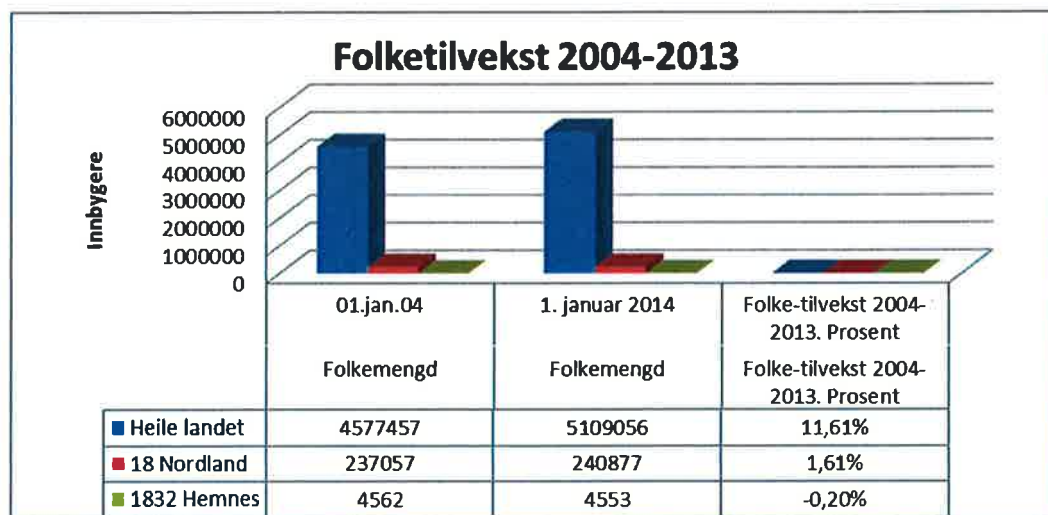
2.2 Bosetting

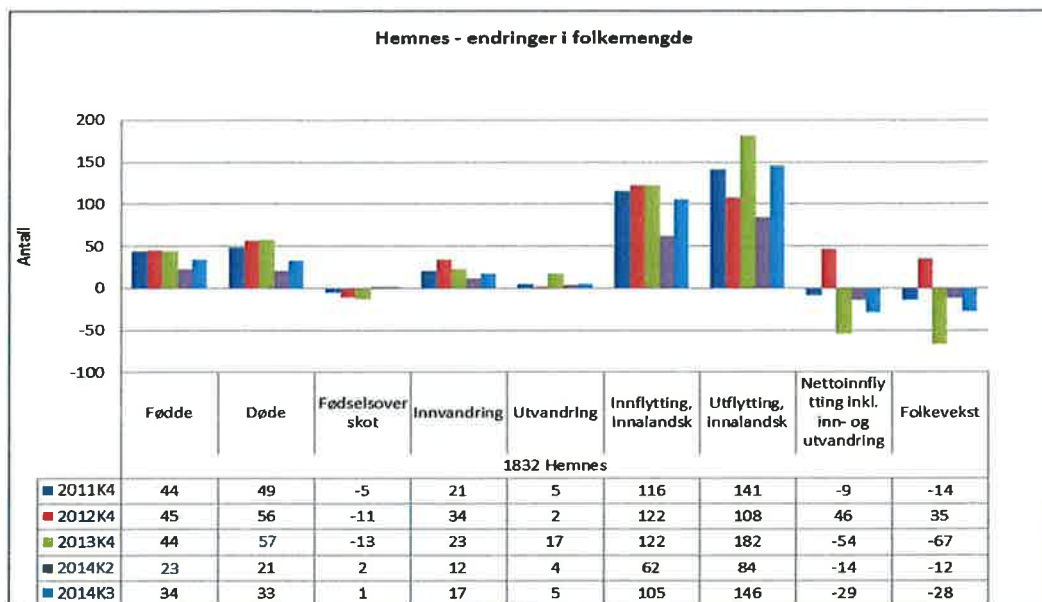
Antallet personer som flytter inn og ut av Hemnes varierer sterkt. I 2012 var netto innflytting 46 mens det året etter var -54. En forklaringsfaktor bak dette er innvandring, som hadde en topp i 2012 og en bunn i 2014.

Aldersgruppen 0-15 år er de 5 siste år redusert med 84 personer, av dette 71 i skolepliktig alder, noe som utgjør 11,5 % av elevmassen i 2009. Samtidig er innpendlingen fra Rana økt. Dette forteller at noen foretrekker å bo i Rana når de arbeider i Hemnes. Det synes som om noen familier flytter ut når ungene begynner i videregående skole.

Når antall barn 0-15 år avtar, skyldes det også at det fødes færre barn nå enn tidligere. For eksempel var det 1. januar 2015 42 0-åringere mens det var 63 15-åringere. Når vi følger de enkelte årskull ser vi imidlertid at Hemnes har tilflytting av barnefamilier. Ett eksempel: Antall 0-åringere 1. januar 2001 var 42, i 2015 var denne årgangen blitt til 53, en økning på 11.

I femårsperioden 2009-2013 var gjennomsnittlig nettotilflytting per år +9 personer. Det samme tallet for nettoinnvandring var +22 (herav bosatte flyktninger 10). I perioden økte folketallet med 93. Uten innvandring vil det folketallet gått ned.





2.3 Sysselsetting

Arbeidspendlingen er lite endret de siste fem årene. Mellom Hemnes og Vefsn er pendlingen redusert begge veier. Pendlingen fra Hemnes til Rana er gått litt ned mens innpendlingen fra Rana til Hemnes er økt 22 %. Dette bekrefter antakelsen om at noen foretrekker å bo i Rana og pendle til Hemnes.

1 626 personer var sysselsatt med arbeidssted i Hemnes 3. kvartal 2013. Fra 2009 er dette en økning på 3 %, som er størst økning blant nabokommunene. Siden Fra 2011 til 2013 ble det færre sysselsatte med arbeidsplass i Hemnes, reduksjonen er 69 tilsvarende 4,1 %. Størst tap i sysselsetting var det i landbruk (34), forretningsmessig tjenesteyting (27), undervisning (18) og varehandel (12). Næringer som transport, overnatting/servering og offentlig administrasjon opplevde små økninger.

2 138 sysselsatte hadde Hemnes som bokommune 3. kvartal 2013. Av disse hadde 1 388 også Hemnes som arbeidskommune. Det var altså 750 personer bosatt i Hemnes med arbeidssted i en annen kommune. Av dette hadde 570 arbeidssted i en av nabokommunene. Av disse igjen pendlet 482 til Rana og 76 til Vefsn.

De sysselsatte som bor i Hemnes, er overrepresentert i yrker som ikke nødvendigvis krever høyere utdanning, som renhold, produksjon, håndverk, salg og landbruk.

2.4 Inntektsforhold

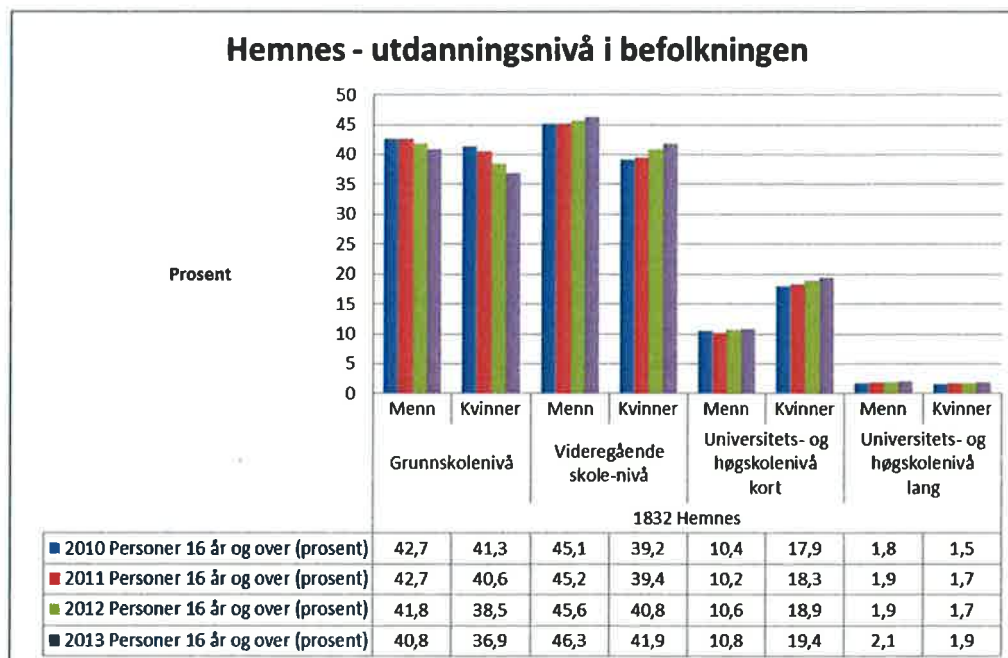
Befolkningen i Hemnes har lavere inntekt enn befolkningen i Rana og Vefsn. Andelen av skattyterne i 2013 med alminnelig inntekt under 200 000 kroner er 8 prosentpoeng høyere i Hemnes enn i Vefsn og Rana.

Dette forklares i hovedsak av to forhold; a) at Hemnes har en høyere andel skattytere som ikke er i arbeid (42 % i Hemnes mot 38 % i Vefsn og Rana) og b) at Hemnes har en høyere andel sysselsatte i yrker med lav lønn (se ovenfor).



2.5 Utdanning

39 % av befolkningen i Hemnes (16 år og over) har grunnskole som høyeste utdanning. Dette er 5 prosentpoeng mer enn gjennomsnittet i Nordland og på linje med kommuner som Bindal, Dønna, Leirfjord og Grane. I perioden 2008-2013 ble dette tallet redusert mer i Hemnes enn i fylket – 9,1 % mot 7,1 %. De store kommunene på Helgeland hadde en reduksjon på 4,8 % til 7,2 %.



39 % er et høyt tall; noe av forklaringen kan ligge i at Hemnes har en høy andel eldre. Mange småkommuner er imidlertid i samme situasjon.

En stor del av sysselsettingen i Hemnes er i bransjer som har lave krav til utdanning.

2.6 Framskrivning

Hemnes har en liten befolkning og framskriving blir derfor svært usikkert. SSBs alternativ middel vekst (MMMM) vil gi en befolkningsvekst på 50 fram til 2040. For de ulike aldersgruppene blir det slik:

Aldersgruppen 90 år og eldre vil ha størst vekst, fra 67 til 100, men økningen kommer etter 2030.

Aldersgruppen 80-89 år (217 personer i 2014) vil i periodene 2022-2030 øke til 340 og dette antallet vil holde seg relativt stabilt til 2040.

Aldersgruppen 67-79 år (589 personer i 2014) vil øke til 690 i 2021 og antallet vil holde seg relativt stabilt til 2040.

Aldersgruppen 20-44 år blir noe større fram til 2044 mens gruppen 40-66 år blir noe mindre.

Aldersgruppen 16-19 år (videregående skoleelever) reduseres fram til 2030 fra 255 til 187 for så å øke noe.

Aldersgruppen 13-15 år (ungdomsskoleelever) reduseres fram til 2030 fra 183 til 147 for så å øke noe.

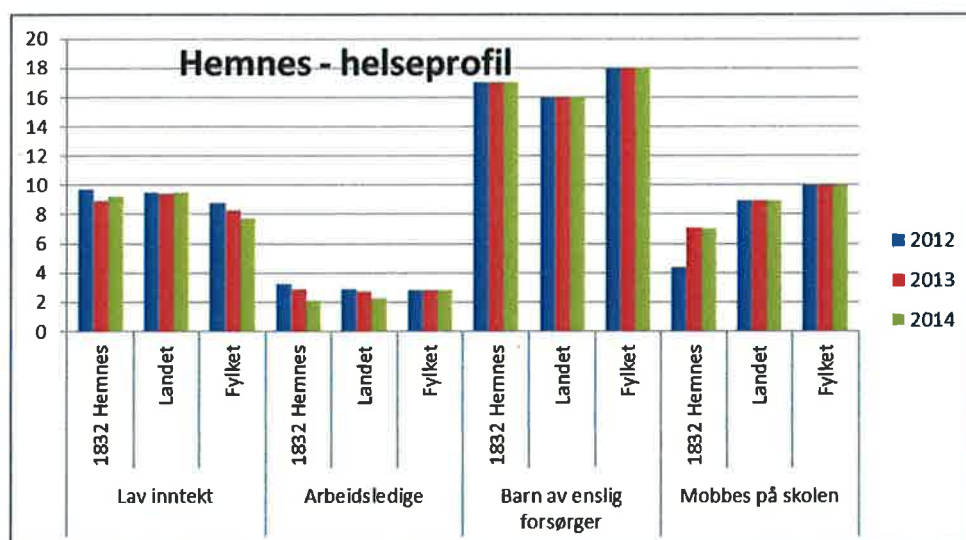


Aldersgruppen 6-12 år (barneskoleelever) vil reduseres fra dagens 364 til 332 i 2023. Deretter vil antallet øke til 356 i 2040.

Aldersgruppen 1-5 år (barnehagebarn) var 242 personer i 2014 og vil bli noe redusert fram til 2018 for deretter å øke til 262 i 2025. Deretter blir det igjen fallende antall.

2.7 Helse

Hemnes kommune ligger i 2014 under snittet for landet, men over snittet for fylket i andelen barn 0-17 år som lever i familier med lav inntekt. Færre mobbes i skolene i Hemnes enn hva som er tilfellet for landet og fylket. Fra 2012-2014 er det likevel økning i andelen elever som mobbes i skolen. I 2012 var Hemnes over snittet for landet og fylket i andel 10.klassinger som trives på skolen. I 2014 ligger kommunen under landet, men over fylket i andel 10.klassinger som trives på skolen. Hemnes kommune ligger over snittet for landet og fylket i antall innbyggere med psykiske symptomer og lidelser. Når det gjelder psykisk lidelse og legemiddelbrukere, ligger Hemnes over hva som er tilfellet for landet og fylket. Hemnes kommune ligger over snittet for landet og fylket i antall voksne innbyggere med psykiske symptomer og lidelser. Når det gjelder psykisk lidelse og legemiddelbrukere ligger Hemnes over snittet for landet og fylket. Andelen innbyggere med affektive- og depressive lidelser og angstlidelser er størst blant kvinner både for landet og Hemnes.⁴



2.8 Folkehelseprofil

Temaområdene nedenfor er valgt med tanke på mulighetene for helsefremmende og forebyggende arbeid. Indikatorene tar høyde for kommunens alders – og kjønns sammensetning, men all statistikk må også tolkes i lys av kunnskap om lokale forhold. Opplysningene kommer fra Folkehelsebarometeret 2014.

Om befolkningen

- Andelen eldre over 80 år i Hemnes i 2020 er estimert til å bli høyere enn i landet som helhet.
- Andelen som bor alene er lavere enn andelen i landet.

⁴ Nordlandsforskning (2014), Hemnes kommune 2014, resultater fra Del én av FoU-prosjekt i to deler – utvikling for barn og unge i Hemnes kommune, arbeidsnotat

**Levekår**

- Andelen med videregående utdanning eller høyere utdanning er lavere enn landsnivået.
- Kommunen er ikke entydig forskjellig fra landet som helhet når det gjelder andelen barn (0-17 år) som bor i husholdning med lav inntekt. Lav inntekt defineres her som under 60 % av nasjonal medianinntekt.
- Andelen barn med enslig forsørger er høyere enn i landet som helhet.
- Tall fra folkehelseinstituttet – kommunehelse statistikkbank, viser at Hemnes i perioden 2010-2012 ligger over landet og fylket når det gjelder andel sosialhjelpsmottakere:

	Hemnes	Nordland	Landet
18- 24 år	8.2 %	7,9 %	5,8 %
25-66 år	6,5 %	3,8 %	3,3 %

Levevaner

- Det finnes lite statistikk på levevaner.
- Utbredelsen av overvekt er ikke entydig forskjellig fra landsnivået.

Helse og sykdom

- Andelen med psykiske symptomer og lidelser er høyere enn i landet som helhet, vurdert etter data fra fastlege og legevakt.
- Hjerter- og karsykdommer ser ut til å være mindre utbredt enn i landet som helhet, vurdert etter sykehusinnleggelser.
- Sykdommer knyttet til muskel- og skjelettsystemet ser ut til å være mer utbredt enn i landet som helhet, vurdert etter data fra fastlege og legevakt.
- Tykk- og endetarmskreft ser ikke ut til å være entydig forskjellig fra landsnivået, vurdert etter antall nye tilfeller.

2.9 Psykisk helse og rus

Verdens Helseorganisasjon (WHO) definerer psykisk helse som "en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stress-situasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet."

Betegnelsen psykiske plager brukes i denne planen om plager som kan gi høy symptombelastning, men ikke nødvendigvis så høy at de kan karakteriseres med diagnose. Forekomsten av psykiske plager kan brukes til å identifisere risikogrupper og til å beregne måltall for forebyggende tiltak.

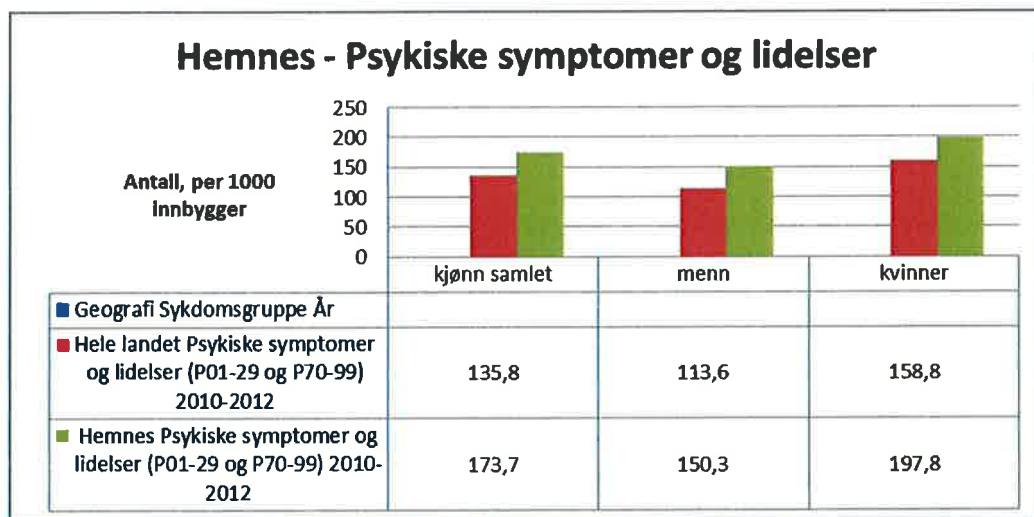
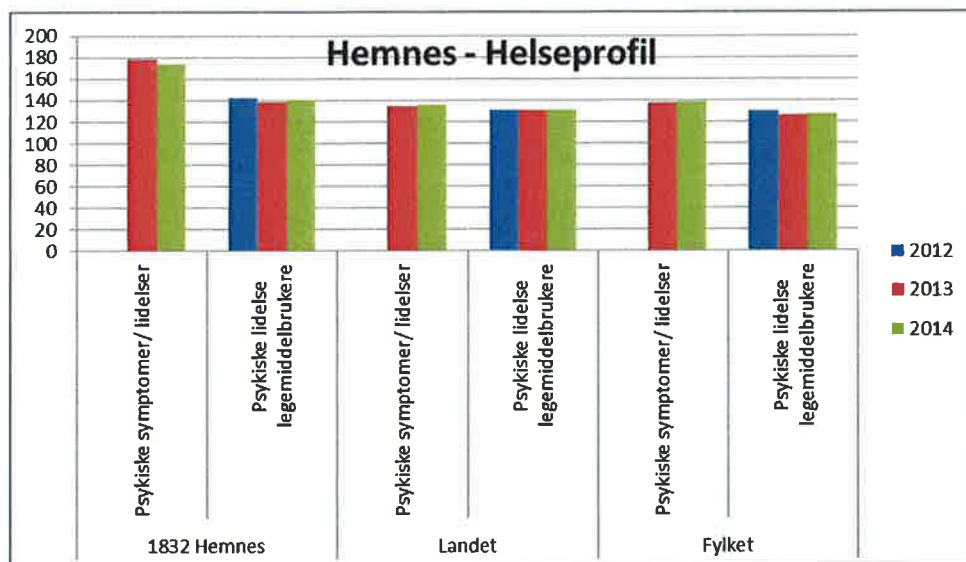
Betegnelsen psykiske lidelser benyttes når symptombelastningen er så stor og av en slik karakter at det kan stilles en diagnose som for eksempel depresjon, ADHD, schizofreni eller bipolar lidelse. I



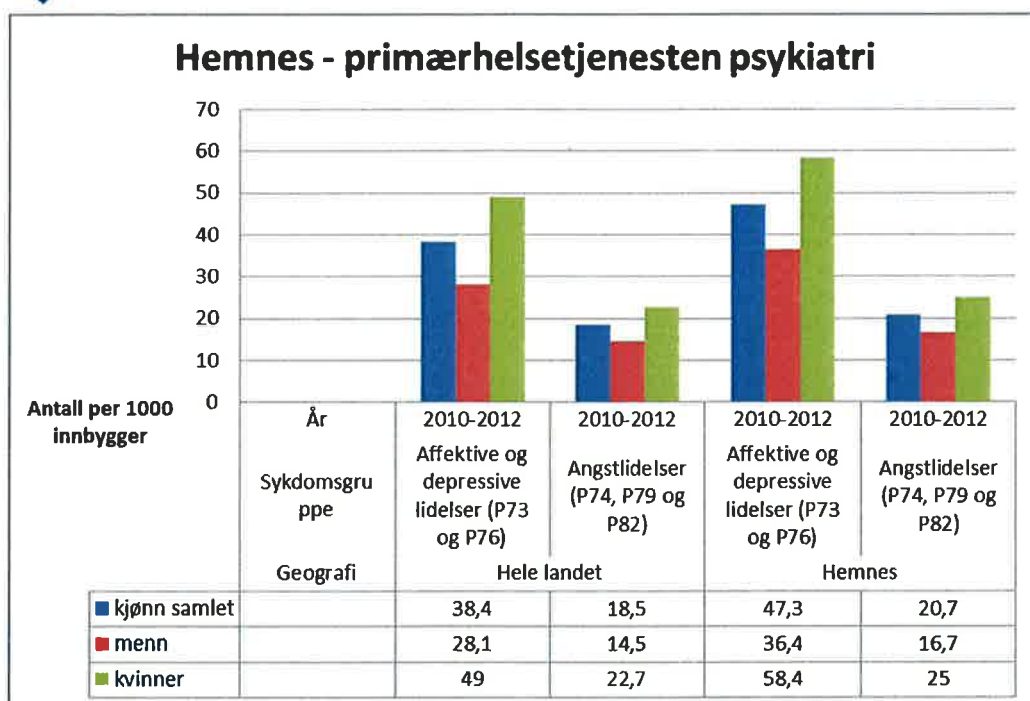
forskning registreres de psykiske lidelsene som oftest gjennom strukturerte kliniske intervjuer, og det benyttes bestemte diagnosekriterier.⁵

Kommunen skal i samsvar med den nye folkehelseloven ha oversikt over den psykiske helsetilstanden i befolkningen, faktorer som påvirker den og over behovet for tiltak og tjenester.

Psykisk helsearbeid omfatter både forebygging av psykiske plager og lidelser, opplysningsarbeid og annet arbeid for å motvirke stigmatisering og diskriminering.



⁵ Folkehelseinstituttet, Rapport 2011:1 Bedre føre var...



Affektive lidelser omfatter psykiske lidelser betegnet ved depresjon og oppstemthet, stemningslidelser. Angst blir en sykdom når bekymringene i hverdagen tar overhånd. Når en person ikke klarer å kontrollere bekymringene, kan det å bekymre seg bli en sykdom.⁶ Hemnes ligger over det nasjonale snittet i antall innbyggere med psykiske symptomer eller lidelser. Antallet med psykiske utfordringer er høyst hos kvinnene, både i Hemnes og landet. 12,2 % flere kvinner enn menn har psykiske symptomer eller lidelser.

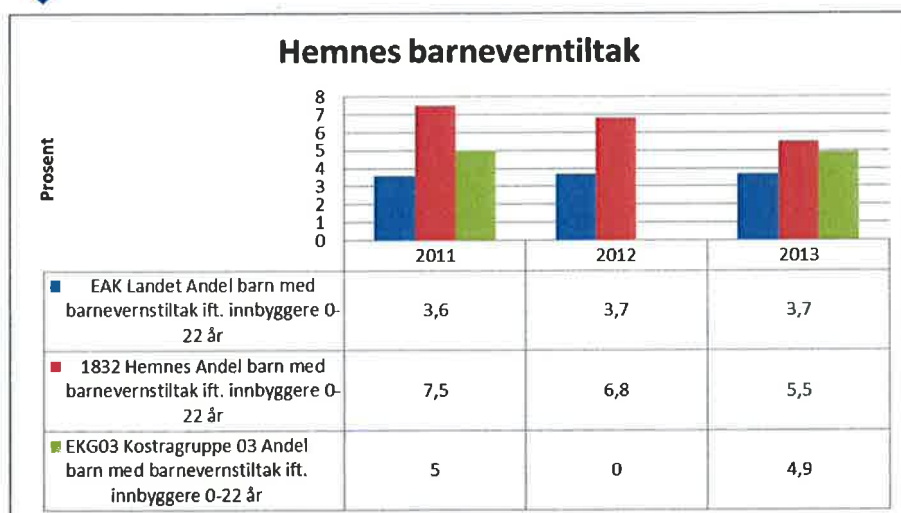
Andelen barn som lever i familie med enslig forsørger er stabil fra 2012 til 2014. Det er en nedgang i andelen arbeidsledige fra 2011-2014.

2.10 Barnevern og barneverntiltak

Endring i barnevernloven gir kommunene større ansvar for tiltak rettet mot barnevernsbarn. Kommunene er i henhold til barnevernloven § 2-1 ansvarlig for å utføre de oppgaver etter loven som loven ikke legger til et statlig organ. Dette omfatter majoriteten av lovens oppgaver, slik som forebyggende arbeid, ansvaret for å gjennomgå meldinger og foreta undersøkelser, treffe vedtak om frivillige hjelpetiltak, treffe akuttvedtak og forberedelse av saker for fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker. Kommunene har også ansvar for å godkjenne og veilede fosterhjem, følge opp barn som er plassert utenfor hjemmet og å oppnevne tilsynsfører og føre tilsyn for barn i fosterhjem.

Hemnes ligger over snittet for sammenlignbare kommuner i andelen barn med barneverntiltak. Andelen barn i alderen 0-22 år med barneverntiltak i 2013 er 5,5 %. Dette er lavere enn i 2011 og 2012. Det er en nedgang i antall barn med barneverntiltak fra 100 tiltak i 2010 til 71 i 2013.

⁶ Folkehelseinstituttet, kommunehelse statistikkbank, <http://khs.fhi.no/webview/>



Det arbeides nasjonalt med strukturendringer i barnevernet, og Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet har nå satt i gang et arbeid for å følge opp regjeringsplattformen og vurdere disse endringene. Dette er endringer som vil berøre både det statlige og det kommunale barnevernet.⁷

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet vil komme tilbake til omfanget av oppgaver og ansvar på barnevernområdet som kan overføres til større kommuner. Konsekvenser av ulike alternativer for ny ansvarsdeling skal utredes nærmere. Utredningene skal belyse alternativer med ulik grad av kommunalt oppgave- og finansieringsansvar. Spørsmål om oppgavedifferensiering og interkommunalt samarbeid vil også bli utredet. Det tas sikte på at økt kommunalt ansvar for barnevernet skal prøves ut i form av forsøksvirksomhet. Kunnskap fra forsøk skal bidra til gode endringsprosesser i en framtidig strukturereform i barnevernet. Forsøksvirksomhet kan iverksettes fra 2016. Det tas videre sikte på at endringer i barnevernet behandles i en egen lovproposisjon som legges fram for Stortinget våren 2017.⁸

2.11 Vurderinger

Med så liten befolkning som Hemnes har, er framskrivninger svært usikre. Siden mobiliteten avtar med alderen gir framskrivingen de sikreste tallene for de eldre.

Det er en viktig forutsetning for planarbeidet at behovene innen helse og omsorg ikke utelukkende knyttes til den forventede økningen i antall eldre. De siste årene har endringene i den kommunale helse- og omsorgssektoren i stor grad vært knyttet til brukere under 67 år. Mange kommuner erfarer at yngre brukergrupper har forventninger og behov som krever endring av helse- og omsorgstjenesten. En forventet økning i forekomsten av psykisk sykdom i befolkningen vil trolig medføre økt behov for tjenester til denne brukergruppen.

I møte med morgendagens omsorgsutfordringer, blir det nødvendig å mobilisere samfunnets samlede omsorgsressurser, og å se nærmere på oppgavefordelingen mellom omsorgsaktørene. De offentlige omsorgstjenestene har vært i kontinuerlig vekst i flere tiår. Med tanke på de demografiske utfordringene som venter oss om 10–15 år, bør denne veksten organiseres slik at den støtter opp under og utløser alle de ressurser som ligger hos brukerne selv, deres familie og sosiale nettverk, i

⁷ Morgendagens barnevern, 30.09.14,

<http://www.regjeringen.no/nb/dokument/dep/bld/sak/strukturendringer-i-barnevernet/id2411809/>

⁸ St.Meld.nr.14 (2014-2015) Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner



nærmiljøet og lokalsamfunnet, i ideelle virksomheter og næringslivet. Disse må ta sin del av samfunnsansvaret.





3.FOKUSOMRÅDER

Nasjonale føringer og skisserte utfordringer, samt lokale prioriteringer og utfordringer ligger til grunn for valg av følgende fokusområder:

- Folkehelse, forebygging og helsefremming
- Brukermedvirkning
- Koordinerte og helhetlige tjenester
- Kompetanse, kvalitet og rekruttering
- Samarbeid med frivillige
- Velferdsteknologi og innovasjon

3.1 Folkehelsearbeid, forebygging og helsefremming

Lov om folkehelsearbeid løfter frem fem grunnleggende prinsipper for folkehelsearbeidet: prinsippet om å utjevne sosiale helseforskjeller, "helse i alt vi gjør", bærekraftig utvikling, føre-var, og medvirkning. Loven tydeliggjør kommunenes ansvar for å fremme befolkningens helse og trivsel og for tilrettelegging av gode sosiale og miljømessige forhold. Kommunene skal også bidra til forebygging av psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, og til utjevning av sosiale helseforskjeller.

Satsning på folkehelsearbeid er en grunnleggende investering for et godt liv i en bærekraftig kommune. Den gjennomsnittlige innbygger i Hemnes har lav lønn, lav utdanning og høy alder. Forskning sier at dette gir folkehelseutfordringer. Satsning på folkehelse er et viktig ledd i å bedre levekårene for barn og unge, og gjør at oppvekstvilkår er et satsningsområde for kommunen.⁹

Folkehelsearbeid er sektorovergripende. Det betyr at aktiviteter og tiltak på områder som for eksempel samferdsel, utdanning, arealplanlegging og vannforsyning påvirker innbyggernes livskvalitet, trivsel og helse. Fokuset på folkehelse skal styrkes i alle deler av kommunens virksomhet.

Folkehelsearbeid er samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme befolkningens helse gjennom å svekke faktorer som medfører helserisiko, og styrke faktorer som bidrar til bedre helse. (www.kommunetorget.no).

Folkehelseprofil for Hemnes 2014 viser til at det er mindre psykiske og fysiske helseproblemer i samfunn som er preget av gjensidig tillit, sosial støtte og samhold. Møteplasser er viktig for at folk skal kunne treffes og knytte kontakt.¹⁰

Folkehelseloven

Folkehelseloven (2012) er sammen med helse- og omsorgstjenestelovens forebyggingsbestemmelser de rettslige virkemidlene for å nå samhandlingsreformens mål om å fremme folkehelse, forebygge sykdom og utjevne sosiale helseforskjeller.

Folkehelseloven løfter frem fem grunnleggende prinsipper for folkehelsearbeidet:

- utjevne sosiale helseforskjeller
- helse i alt vi gjør
- bærekraftig utvikling,
- føre-var
- medvirkning

⁹ Hemnes kommune, Kommuneplanens samfunnsdel 2013-2025

¹⁰ St.Meld.nr.14 (2014-2015) Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner



Forebygging er en av grunnpillarene i samhandlingsreformen. Det er viktig å forebygge mer for å reparere mindre

Ansatte i Hemnes kommune skal ha god evne til kommunikasjon. Dette betyr ansatte som er i stand til å møte den enkeltes behov, til å utøve sitt faglige skjønn i det daglige møtet, og til å motivere og skape positiv stemning. Dette forutsetter trygge, kompetente fagpersoner, med et avklart verdigrunnlag som styring for sitt arbeid.

Fysisk og psykososialt arbeidsmiljø virker i sammenheng, og forhold knyttet til organisering, jobbinnhold, opplæring og samarbeid, er eksempler på faktorer som har betydning på arbeidsmiljøet og den enkeltes helse. Dette må få større fokus i enheter som preges av høyt sykefravær.

3.1.1 Aktivitet

Kultur, aktivitet og trivsel anses som helt sentrale og grunnleggende elementer i et helhetlig omsorgstilbud.

3.1.2 Kunst og kultur

Kunst og kultur bør i større grad brukes til å utvikle miljøterapeutiske metoder og faglige tilnærminger i omsorgstjenestene, som f.eks. integrert bruk av musikk, sang, dans og andre kulturuttrykk. Kultur og omsorg bør jobbe sammen i et tett tverrfaglig samarbeid som både stimulerer kropp og sjel og aktiviserer tanker og følelsesliv.

3.1.3 Mestring

Hverdagsrehabilitering er et av midlene for å oppnå mestring i egen bolig. Det kan defineres som forebygging og rehabilitering i eget hjem. For mange dreier det seg om å mestre hverdagsaktiviteter som å stelle seg selv, lage mat, handle i butikken, leke med barnebarn, være med på fritidsaktiviteter og ivareta sosiale relasjoner.

3.1.4 Verdighet og forsvarlighet

Forskrift om en verdig eldreomsorg trådte i kraft den 1. januar 2011 og har som mål å sikre at eldreomsorgen blir tilrettelagt på en slik måte at denne bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom. I § 3 står det om innholdet i tjenestene: «Tjenestetilbudet skal innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel og sikre at medisinske behov blir ivaretatt».

Utfordringer

Lavterskeltilbud som fritidskontakt og andre ordninger innen fritid med bistand, må også få høyere status og mer fokus på kvalitet enn kvantitet. Det kommer nye brukergrupper med behov for bistand. For å sikre disse menneskene gode levekår, med forebygging av sykdom og sosiale problemer, en opplevelse av mestring og fellesskap med andre, må dette tilbudet være tilfredsstillende.

En slik satsning krever bredde og tverrfaglighet i omsorgssektoren og samarbeid med både kultursektoren og frivillig sektor. Avslutning av den «Kulturelle spaserstokken» fra 2015 fører til

Kunst og kultur i omsorgstjenesten

Bruk av kunst og kultur i omsorgstjenesten kan tjene mange ulike formål. Kunst og kultur har en egenverdi som kilde til opplevelser og til å finne språk og uttrykksformer som kan formidle reaksjoner, inntrykk, tanker og erfaringer som det ellers kan være vanskelig å sette ord på. Videre kan sang, musikk, bevegelse og dans være en del av den gode omsorgen, og skape meningsfulle fellesskapsopplevelser i hverdagen. Bruk av kulturuttrykk kan ha behandlende og terapeutisk effekt.

Meld. St. 29 (2012-2013):

Moraendaagens omsorg



mindre og dyrere kulturtilbud. Tilskuddsordningen fra kommunen til tjenesten for selv å stå for kulturelle arrangement har bortfalt.

Tallet på yngre brukere av helse- og omsorgstjenester øker, flere får stilt diagnose og har mer komplekse og sammensatte behov, og det er en tydelig vekst i yngre brukere med nedsatt funksjonsevne og et større spekter av helsemessige og sosiale utfordringer. En av tre mottakere av hjemmetjenester i norske kommuner er under 67 år. Særlig de siste ti årene har helseforskjellene økt; det gjelder både fysisk og psykisk helse, både hos barn og voksne. Utjevning av sosiale helseforskjeller er derfor en viktig målsetting i folkehelsearbeidet. Lange sykemeldinger øker risikoen for uførepensjon. Årsakene til sykefraværet og uførepensjon er ofte sammensatte. Det er derfor viktig å tolke arbeidsledighet, sykefravær og uføre i lys av kunnskap om lokale forhold.

3.2 Brukermedvirkning

Kvalitet på kommunenes omsorgstjenester handler i stor grad om den enkelte innbyggers opplevelse i møtet med det kommunale hjelpeapparatet. Tjenestemottakeres erfaringer skal legges til grunn i kommunens arbeid med forbedring av sine tjenester.

Brukermedvirkning er lovpålagt, og skal kunne etterspørres, i forhold til hvordan brukerens rettigheter og tjenesteutøverens plikter er ivaretatt.

Dersom brukeren i større grad kan påvirke omgivelsene gjennom egne valg og ressurser, vil det kunne påvirke selvbildet på en positiv måte, og dermed styrke brukerens motivasjon. Dette vil kunne bidra positivt til brukerens bedringsprosess, og således ha en terapeutisk effekt. I motsatt fall kan hjelpeløsheten brukeren opplever bli forsterket.

Utfordringer

Medvirkning kan være utfordrende der faglige hensyn og personlige ønsker hos bruker står i et motsetningsforhold. I disse situasjonene må de personlige ønsker få forrang, samtidig som helsepersonell må forholde seg til lovverket og det som er faglig forsvarlig.

3.3 Koordinerte og helhetlige tjenester

For at kommunen skal kunne møte fremtidens utfordringer, må alle enheter fokusere på tiltak for gode levevilkår, folkehelsearbeid og utjevning av forskjeller. Dette avhenger av at alle enheter tar ansvar utover sin primære funksjon, og samarbeider på tvers. Tjenester skal koordineres, med involvering av relevante aktører, felles engasjement og prioritering. Ledelsesstrukturer som fremmer samarbeid og aktivitet bør utvikles videre, og samarbeid mellom administrative, tekniske og faglige enheter må styrkes. Det må være innarbeidet delegering, med tydelige forventninger og fordeling av oppgaver og ansvar. Samarbeid på tvers av enheter skal understøtte tjenestetilbudet. Det må være høyt fokus på at aktiviteten i den enkelte enhet påvirker aktiviteten i andre enheter. Administrative enheter har en viktig rolle som støtte for at utførende enheter skal kunne fungere best mulig. Dersom ikke alle bidrar og legger til rette for at tjenestene skal kunne utføres mest mulig effektivt, vil tid, krefter og økonomiske ressurser brukes uhensiktsmessig. System, struktur og kultur for samhandling må videreutvikles. Samhandling og samarbeid må skje mellom enkeltpersoner,

Forsvarlighetskrav

Helse- og omsorgstjenester skal være forsvarlige.

Forsvarlighetskravet gjelder ikke bare på individnivå men også på systemnivå.

Forsvarlighetskravet innebærer at kommunen skal tilrettelegge tjenestene sine slik at den enkelte pasient eller bruker blant annet gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud.

Lov om helse- og omsorgstjenester 2011



faggrupper, ledere, og på tvers av enhetene. Mangel på informasjon og kommunikasjon på tvers av enheter og sektorer kan medføre at flere arbeider med det samme uten å vite om hverandre.

3.3.1 Bolig

Hvor og hvordan vi bor er faktorer med betydning for velferd og levekår. Å gi gode og differensierte botilbud krever oppmerksomhet om den enkeltes bosituasjon og evne til å finne helhetlige og individuelt tilpassede løsninger som ivaretar både bolig og omsorgsbehov. Innbyggerne skal stimuleres til å bo og mestre hverdagen i egen bolig lengst mulig.

En boligsosial handlingsplan skal beskrive kommunens konkrete målsettinger, strategier og tiltak for grupper med sosiale utfordringer knyttet til bolig. For barnefamilier med krevende omsorgsoppgaver kan støttetjenester som avlastning, støttekontakt og tilsynsordning etter skoletid gjøre det mulig for barn og unge med omfattende hjelpebehov å bli boende i familiehjemmet til voksen alder. Det må tilbys barneboliger som permanent bosted for barn og unge i de tilfeller der omsorgsoppgavene i de enkelte familier skulle komme til å overstige evne eller mulighet til å mestre hverdagen.

3.3.2 Habilitering og rehabilitering

Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats. Dette for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. Habilitering og rehabilitering er ett av områdene som vektlegges i samhandlingsreformen. Habilitering og rehabilitering er en prosess med bruker/pasient i sentrum.

Tidlig bistand fra helsetjenesten til barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier har stor og avgjørende betydning for at barnet sikres best mulig utvikling. Barn og ungdom skal i størst mulig grad få kunne bo hjemme og få sitt tilbud i vante miljø. Fastlege, ergo- og fysioterapeut, helsestasjon, barnehage og skole er sammen med avlastningstjenester de viktigste støttespillerne for barnet og familien. De fleste barn med nedsatt funksjonsevne vil ha behov for habilitering gjennom hele livet.

Rehabilitering som arbeidsform krever utstrakt samarbeid og samhandling, og innebærer at flere brukere får tidsavgrensede vedtak som legger opp til målrettede prosesser. Brukeren skal få opplæring og veiledning til å tilpasse seg og mestre en ny livssituasjon. En slik praksis kan innebære større ressursinnsats over en kortere tidsperiode, fremfor å gi bistand over lang tid. Kartlegging av behov skal kvalitetssikres for å kunne gi riktig tilbud. Forsterket innsats i en tidlig fase med mål om funksjonsbedring og hverdagsmestring er grunnlaget.

Korttidsopphold i institusjon skal prioriteres fremfor langtidsopphold. Langtidsopphold skal kun gis til personer som trenger hjelp av helsepersonell i store deler av døgnet. Dette skal frigjøre plasser for korttidsopphold og avlastning for personer som har behov for å komme seg etter en hendelse/sykdom eller som har behov for en periode med behandling og pleie.

3.3.3 Hverdagshabilitering

Hverdagsrehabilitering er forebygging og rehabilitering mens brukeren bor i eget hjem. Innsatsen er tverrfaglig. Hverdagsrehabilitering er basert på intensiv innsats i oppstartsfasen, og gradvis avvikling av opptrening etter hvert som aktivitetsfunksjoner bedres. Hverdagsrehabilitering hadde oppstart i Hemnes 15.januar 2014.

Helse- og omsorgstjenester for eldre skal fortrinnsvis gis i eget hjem. Tjenestene skal primært gis i brukerens eget hjem, på brukerens egne premisser. Hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi er virkemidler for å få dette til. Der funksjonsnivået eller omfanget av tjenester tilsier det, må andre botilbud i kommunen vurderes.



3.3.4 Demensomsorg

Som følge av økt levealder og endret alderssammensetning i befolkningen, er det fra nasjonalt hold forespeilet at tallet på mennesker med demens trolig vil doubles de neste 35 årene. Dette stiller krav til planlegging av fremtidig tjenestetilbud.

Ved mistanke om demens, skal det sikres at den enkelte bruker blir utredet og diagnostisert. Ansvar for utredning og diagnostisering ligger hos kommunehelsetjenesten, men dersom saken er komplisert, må det samarbeides med spesialisthelsetjenesten.

Demensteamet i Hemnes gjør en viktig jobb med utredning, informasjon, rådgivning og opplæring i tilknytning til demensrelaterte oppgaver. Tidlig stilt diagnose, informasjon, rådgivning og opplæring til pårørende og helsepersonell er viktig for at den enkelte skal kunne få tilpasset tjenestetilbud og bo hjemme lengst mulig.

3.3.5 Lindrende behandling

Hemnes kommune har en ressursgruppe i lindrende behandling og en kreftkoordinator som alle er personer med spesiell kompetanse på dette området. De er med på å kvalitetssikre tjenestetilbudet på dette området og kreftkoordinatoren har et spesielt ansvar for koordineringen av pasientforløpene. Slik koordinering er viktig, da det er mange instanser å forholde seg til. Det er ønskelig at dialogen mellom de ulike instansene skal fungere best mulig.

3.3.6 Koordinerende enhet for voksne

Kommunen skal ha en koordinerende enhet for habilitering - og rehabiliteringsvirksomhet. Denne enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator etter §§ 7-1 og 7-2.¹¹

Formålet med koordinerende enhet i kommunen er å sørge for at tjenestene ses i sammenheng, sikre kontinuitet i tjenesteytingen, å bidra til samarbeid om planlegging og organisering av tilbudet, og tilrettelegge for brukermedvirkning.¹²

3.3.7 Koordinerende enhet for barn

Det er politisk vedtak om at det fra 1.9.2015 skal opprettes koordinerende enhet fra 1.9.2015. for barn og unge med spesielle behov.

Utfordringer

Stadig flere yngre brukere med nedsatt funksjonsevne, flere eldre, knapphet på helse- og omsorgspersonell, færre frivillige ytere av omsorg og reduksjon i antall personer i yrkesaktiv alder, fører til at kommunen vil ha behov for bedre tverrfaglig samarbeid for å sikre koordinerte tjenester, og behov for mer forebygging og mindre behandling.

Det vil trolig bli mangel på aktivitet og dekning av psykososiale behov.

Organisering av det lokale arbeidet, virkemidler og oppgaveløsning skal først og fremst innfri målet om likeverdige tjenester for den enkelte innbygger, uavhengig av sosial status og geografisk bosted.

¹¹ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011)

¹² St.Meld.nr.16(2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan



Ansvars og oppgavefordeling mellom ulike aktører innenfor kommunehelsetjenesten må være godt avklart. Det må legges til rette for samhandling basert på brukernes behov.

Arbeidet med barn og unge med nedsatt funksjon på grunn av symptomer på psykiske vansker som angst, depresjon og atferdsforstyrrelser er et fellesansvar som krever tydelige holdninger, klare prioriteringer og godt samarbeid mellom alle som har med denne målgruppen å gjøre. Det må arbeides spesielt med å identifisere, og så tidlig som mulig sette inn riktige tiltak.

For barn med nedsatt funksjonsevne er det viktig å etablere og fremme et godt samspill med foreldrene. Et godt samarbeid må sys sammen gjennom individuelle planer og regelmessig kontakt mellom faginstanser, foreldre og barnet selv. Målet er at foreldrenes ressurser som trygghetsskapende og motiverende faktorer for sine barn, blir gitt best mulig vilkår.

Tilstrekkelig kapasitet og kvalitet i tjenesten er en forutsetning for at barn og unge kan bli boende hjemme så lenge som mulig. Tilstrekkelig kvalifisert personell og riktig utforming av tjenestene er de viktigste innsatsfaktorene når det gjelder sikring av god kvalitet på arbeidet rundt den enkelte bruker.

For å utrede og planlegge hjelpetiltak for personer med demens, må kommunen være bevisst på demensteamets rolle og sammensetning. Demensteamet i Hemnes er tverrfaglig sammensatt av personer med særskilt kompetanse og engasjement innenfor demensomsorg. Det må være kontinuitet i det arbeidet som gjøres. Demensteamet skal være et lavterskeltilbud tilgjengelig for brukere og pårørende, og det må avsettes tilstrekkelige ressurser til demensomsorgen.

Noen pasienter har både somatiske utfordringer og demens. Det gjøres alltid en avveining om pasienten skal være på demensavdeling eller somatisk avdeling.

3.4 Kompetanse, kvalitet og rekruttering

Behovet for helse- og omsorgstjenester forventes å øke i årene som kommer. Samtidig vil tilgangen på ressurser i form av økonomi, personale og kompetanse bli begrenset. En god utnyttelse av de samlede ressursene i sektoren gjennom utvikling og forbedring av tjenestene, er dermed viktig for at befolkningen også i fremtiden skal kunne få gode helse- og omsorgstjenester. Å styrke den faglige kompetansen er viktig for å sikre kvaliteten på tjenestetilbudet.

Gode fagmiljø bidrar også til å motvirke høyt sykefravær. «Kompetanseløftet» inneholder strategier og tiltak som skal bidra til kapasitetsvekst og kompetanseheving. Kompetanseutvikling er en viktig faktor for å sørge for at personell utøver tjenestene riktig, med god kvalitet og faglig forsvarlighet for brukerne. Kompetanseutvikling skal både styrke den enkelte ansatte og personalets samlede utøvelse relatert til brukernes behov.

Samhandlingsreformen har bidratt til økt press på kommunene til å ta imot utskrivningsklare pasienter så raskt som mulig. Dette innebærer at pasientene gjerne er mer behandlingskrevende når

Forsvarlighetskrav

Kommunen skal tilrettelegge slik at helse- og omsorgstjenesten og helsepersonell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

Kommunen skal tilrettelegge sine tjenester slik at den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud.

Enhver som yter helse- og omsorgstjenester skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og for pasient- og brukersikkerhet.

Lov om helse- og omsorgstjenester 2011



de kommer ut fra sykehuset. Behandling/rehabilitering må videreføres i kommunen, noe som setter store krav til kompetanse, både i sykehjem og i hjemmebaserte tjenester.

Forventningene til gjennomføring og drift av tjenester har økt som følge av samhandlingsreformen.

Legedekning på sykehjem er en viktig faktor for å øke kvalitet, sikkerhet og trygghet for pasienter og ansatte.

Tillit er en grunnleggende forutsetning for samhandling og innovasjon. Å lykkes i gjennomføringen krever at vi bygger tillit i all samhandling. Tillitsskapende arbeid og ledelse må vektlegges sterkt i organisasjonen, og i samhandling med innbyggerne. Alle ansatte føler seg sett og verdsatt.

Kommunen skal legge til rette for etter- og videreutdanning for personell. Frigjøring av tid og ressurser for etter- og videreutdanning er krevende. Det er derfor svært viktig at ansatte forblir i kommunen etter utdanningen, og at den kompetansen som utvikles organiseres på en slik måte at den blir benyttet til det beste i forhold til brukernes behov.

Utfordringer

Fastlegenes kompetanse etterspørres i mindre grad fra kommunen, og kan med fordel brukes mer aktivt. Dette er et gjensidig ønske og ansvar. Både institusjonstjenesten og hjemmetjenesten har fast avsatte legeressurser i form av ukentlige tilsyn/møter. Tilsynslegeressursen i Hemnes er under de nasjonale normene. Fastlegene er aktivt med i ansvarsgrupper for brukere med sammensatte behov, og for utviklingshemmede. Kommuneoverlegestillingen, som anses å være et naturlig bindeledd mellom fastlegene og kommunen, blant annet med å formidle de helsemessige utfordringene på et bredere grunnlag, er i dag redusert til omkring 10 %. Kommunen kan i større grad hente ut kompetanse og ressurser som er tilgjengelig i ansatte fagpersoner. Styrking av den samfunnsmedisinske kompetansen i kommunen vil kunne sikre den faglige ledelsen av helsetjenesten.

Den demografiske utviklingen vil i nær fremtid bidra til store utfordringer for helse- og omsorgssektoren. Utfordringen er ikke primært knyttet til økt etterspørsel, men til manglende tilgang på helsefagarbeidere og sykepleiere. Rekruttering handler om å få flere til å søke seg til helse- og omsorgsykker, å ville arbeide i store stillinger og å velge å bli i yrket så lenge som mulig.

Når det gjelder endringer i brukergrupper med tanke på alder og sykdomsbilde, får vi i fremtiden flere ressurskrevende brukere, med overvekt på unge, men også noen eldre. Personer med utviklingshemming blir eldre og får endrede behov. Tidligere utskrivning fra sykehus gir behov for tilpasning av kommunale tjenester. Det blir behov for økt spesialisering/anskaffelse av nye faggrupper; som ernæringsfysiolog, diabetessykepleier, psykolog, samt økt samfunnsmedisinsk kompetanse.

Kommunens ressurser bør utnyttes på best mulig måte. Der tjenestene oppleves som underdimensjonert, bør utgangspunktet være å utnytte de eksisterende. Ansatte kan lære av hverandre gjennom intern opplæring. Det enkelte ansatte er gode til, kan andre ansatte lære av. Erfaring og kompetanse kan deles, slik at flest mulig skal kunne være i stand til å håndtere arbeidsoppgavene på best mulig måte – vi gjør hverandre gode. Ansatte oppfordres til å tilrettelegge på alternative måter og reflektere over hva hun eller han kan bidra med. Fasit er ikke alltid å øke bemanningen, men i noen tilfeller – og i perioder – er det nødvendig.

Behov for dagbehandling kommer som følge av at kommunen har overtatt oppgaver fra sykehusene. Etter hvert som flere oppgaver forskyves fra sykehuset til kommunen, er dette en tjeneste der behovet vil bli større. Kommunen må være forberedt på dette, ved å ha egnet utstyr og kapasitet; med tanke på rom, bemanning, og kompetanse som sikrer gode tjenester.



Omsorgstjenesten har i dag et prosjekt i legemiddelgjennomganger(LMG) der sykepleier, farmasøyt og tilsynslege gjør veldig grundige gjennomganger av legemidlene til pasientene. Per i dag har tjenesten en avdelingsleder som er farmasøyt, men som ikke har kapasitet til å dekke behovet. Det antas at dette blir et prioritert område fremover, og at det er og blir behov for farmasøytisk kompetanse.

3.5 Samarbeid med frivillige

Samfunnet skal legge til rette for sunne valg og muligheter for sosial aktivitet, fysisk aktivitet og annet som har betydning for et godt liv. For å øke tilgjengelighet til gode tiltak, er det nødvendig å øke samarbeidet med frivillige organisasjoner, engasjerte enkeltpersoner og næringsliv. Det er også nødvendig å samordne nyttig informasjon og effektive tilbud som stimulerer en sunn livsstil, økt livskvalitet, eller som forebygger sosial isolasjon. Hemnes kommune har et mangfold av lag, organisasjoner og foreninger. Det rike kultur- og fritidslivet i kommunen gir befolkningen mange muligheter for aktivitet og deltakelse.

I Hemnes skal kommunens strategier for frivilligpolitikk utarbeides gjennom en egen Frivilligstrategi. Kommunene bør legge til rette for inkluderende møteplasser uten barrierer for deltakelse. For kommunen blir det viktig å samarbeide med og utløse ressursene som ligger i frivillig sektor og i familien. Folkehelseloven pålegger kommunene å legge til rette for samarbeid med frivillige organisasjoner.

Fagmiljøer bør være oppmerksom på ressursen som kan ligge i den hjelpetrengendes relasjoner og nettverk; dette gjelder særlig i helse og sosialt arbeid. Nyttiggjøring av dette vil kunne bidra til at både innbyggere og ansatte opplever bedre kommunikasjon og informasjon, og dette kan også bidra til bedre ressursutnyttelse rundt den enkelte hjelpetrengende. Pasienter/hjelpetrengendes pårørende har ofte viktig kompetanse å bidra med, noe som også er ressursparende for alle parter. Dette kan også bidra til å trygge pasient og pårørende, særlig i en tidlig fase ved overgang til sykehjems/institusjonsplassering.

Noen enkeltpersoner og grupper er av ulike grunner i liten grad aktive i arbeids- og samfunnslivet i Hemnes. Kommunen ønsker å tilrettelegge for at alle som vil, kan få mulighet til tilhørighet i et sosialt miljø og ha en aktiv hverdag med utgangspunkt i egne forutsetninger og behov.

Ressurser kan med fordel mobiliseres for å sette samspillet med familie, sosiale nettverk og lokalsamfunn i sentrum. De nye formene frivilligheten tar bør utforskes, for å kunne bidra til å sette nye arbeidsmetoder i system. Av dette følger satsing på felles kompetanseoppbygging og utvikling av eksisterende driftsformer og organisering. Det må etableres et tettere samarbeid mellom fagpersoner i kommunen, pårørende og frivillige organisasjoner.

Samarbeid krever systematisk oppfølging med rekruttering, organisering, koordinering, opplæring, motivasjon og veiledning. Det må i tillegg utarbeides klare forventninger og standarder knyttet til de tjenester som ytes, både når det gjelder kommunens egne ansatte, og frivillige lag og foreninger. Frivilligsentralen har en viktig rolle som et bindeledd mellom ulike frivillige aktører og kommunen.

Hemnes kommune legger følgende til grunn for sin frivillighetspolitikk:

- * Frivillig arbeid bidrar til å gjøre Hemnes til et bedre sted å bo i
- * Frivillig arbeid er en ressurs for kommunen sine innbyggere.
- * Frivillig arbeid bidrar til å styrke lokal tilhørighet, engasjement og fellesskap.
- * Frivillig arbeid gir det enkelte menneske mulighet til personlig utfoldelse, sosial kontakt, å vise sosialt ansvar og medmenneskelighet.
- * Frivillig arbeid som supplement til kommunale tjenester gir økt kvalitet på tjenestene, og økt livskvalitet for brukerne.

Hemnes kommune, Høringsutkast
«Strategi for frivillighet (2015-2019)»



Hemnes kommune skal samarbeide med frivillig sektor for å få oversikt over hva som samlet tilbys innbyggerne av aktiviteter. Samarbeid skal ha fokus på hvordan best å utnytte det samlede tilbudet. Drift av Frivilligsentralen vurderes årlig. Det kan være ikke-lovpålagte oppgaver som den enkelte innbygger/familie har behov for å få hjelp til fordi denne/disse av ulike grunner ikke kan klare dette selv. Frivillige og næringsliv kan bidra til at de av befolkningen som dette gjelder får den hjelpen de trenger.

Utfordringer

Hvordan organisere prosesser for bedre samarbeid mellom offentlige og frivillige organisasjoner?

Hvordan sørge for å bedre vilkårene for kommunalt frivillig arbeid?

Hvordan legge til rette for at alle kan delta i frivillig arbeid?

3.6 Velferdsteknologi og innovasjon

Velferdsteknologi er teknologisk assistanse som skal kunne bidra til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet, og fysisk og kulturell aktivitet, og til å styrke den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen. Dette til tross for sykdom, og/eller sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne.

Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende, og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet.¹³

Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon. Den demografiske utviklingen fører til at det i fremtiden ikke vil være nok hender til å ivareta helse- og omsorgsoppgaver. Teknologi vil kunne være et nødvendig supplement dersom sektoren skal klare å ivareta samme oppgaver som i dag.

Å sikre bærekraftig utnyttelse av velferdsteknologi – som gir fordeler både for brukere og personale – vil kunne gi et betydelig kvalitetsløft for faget.

Innovasjon er

- kjent eller ny viten kombinert på en ny måte
- ideer omsatt til en bedre praksis
- driftig, dristig og eksperimenterende i formen
- en kultur
- en prosess der resultatet ikke er kjent på forhånd

«Innovasjons- og utviklingsarbeid i omsorgstjenesten skjer først og fremst i den enkelte kommune og det enkelte lokalmiljø.»

Meld. St. 29 (2012-2013):

Morgendagens omsorg

¹³ NOU: 2011, Hagen-utvalget, Innovasjon i omsorg



Utfordringer

Samfunnet er i stadig endring. Kommunen opplever stadig nye krav og endringer i oppgaver fra staten. Dette medfører at kommunens helhetlige kompetanse vil være avgjørende for om man når de mål som kommunen setter seg. En samfunnsutvikling som går mot en stadig øking av innbyggernes rettigheter og plikter, gjør at det skapes et stadig økende krav til effektivitet og modernisering. Med kommunens begrensede tilgang til ressurser, stilles det store krav til nytenkning og innovasjon i tjenestene.

Det er et stadig voksende behov for etablering av nye fagprogram i strenge lukkede systemer.

Innovasjonskultur

«En åpen og anerkjennende organisasjonskultur er viktig for å fremme refleksjon, nytenking og innovasjon. Det å utvikle en innovativ organisasjonskultur er et langsiktig og kontinuerlig arbeid. Det sterkeste virkemiddelet er å framelske og premiere den atferden som ønskes. [...]

En kultur preget av regelstyring og profesjonstenkning kan hindre utvikling av en innovasjonskultur.»

Meld. St. 29 (2012-2013):

Morgendagens omsorg



KILDER

Folkehelseinstituttet, *Bedre føre var...* , Rapport 2011:1

Folkehelseinstituttet, Folkehelsebarometeret 2014

Folkehelseinstituttet, kommunehelsa statistikkbank, <http://khs.fhi.no/webview/>

Helsedirektoratet (2015) *Nasjonale mål og prioritering på helse- og omsorgsområdet i 2015*

Hemnes kommune, Høringsutkast, *Strategi for frivillighet 2015-2019*

Hemnes kommune, *Kommuneplanens samfunnsdel 2013-2025*

KS, FoU-prosjekt nr. 134027, Sluttrapport 15.6.2014

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011)

Morgendagens barnevern, 30.09.14,
<http://www.regjeringen.no/nb/dokument/dep/bld/sak/strukturendringer-i-barnevernet/id2411809/>

Nordlandsforskning (2014), *Hemnes kommune 2014, resultater fra Del én av FoU-prosjekt i to deler – utvikling for barn og unge i Hemnes kommune*, arbeidsnotat

NOU: 2011, Hagen-utvalget, *Innovasjon i omsorg*

St. Meld. nr.47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen- Rett behandling – på rett sted- til rett tid*

St.Meld. nr. 29 (2012-2013), *Morgendagens omsorg*

SSB, befolkningsframskrivinger 2014-2100

St.Meld. nr. 14 (2014-2015) *Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner*

St.Meld. nr.16(2010-2011) *Nasjonal helse- og omsorgsplan*

www.kommunetorget.no

Layout forside: www.slettengrafisk.no

Foto forside: Astrid Jonassen og Hemnes kommune v/enheten

Illustrasjonsfoto: Fabrice Milochau