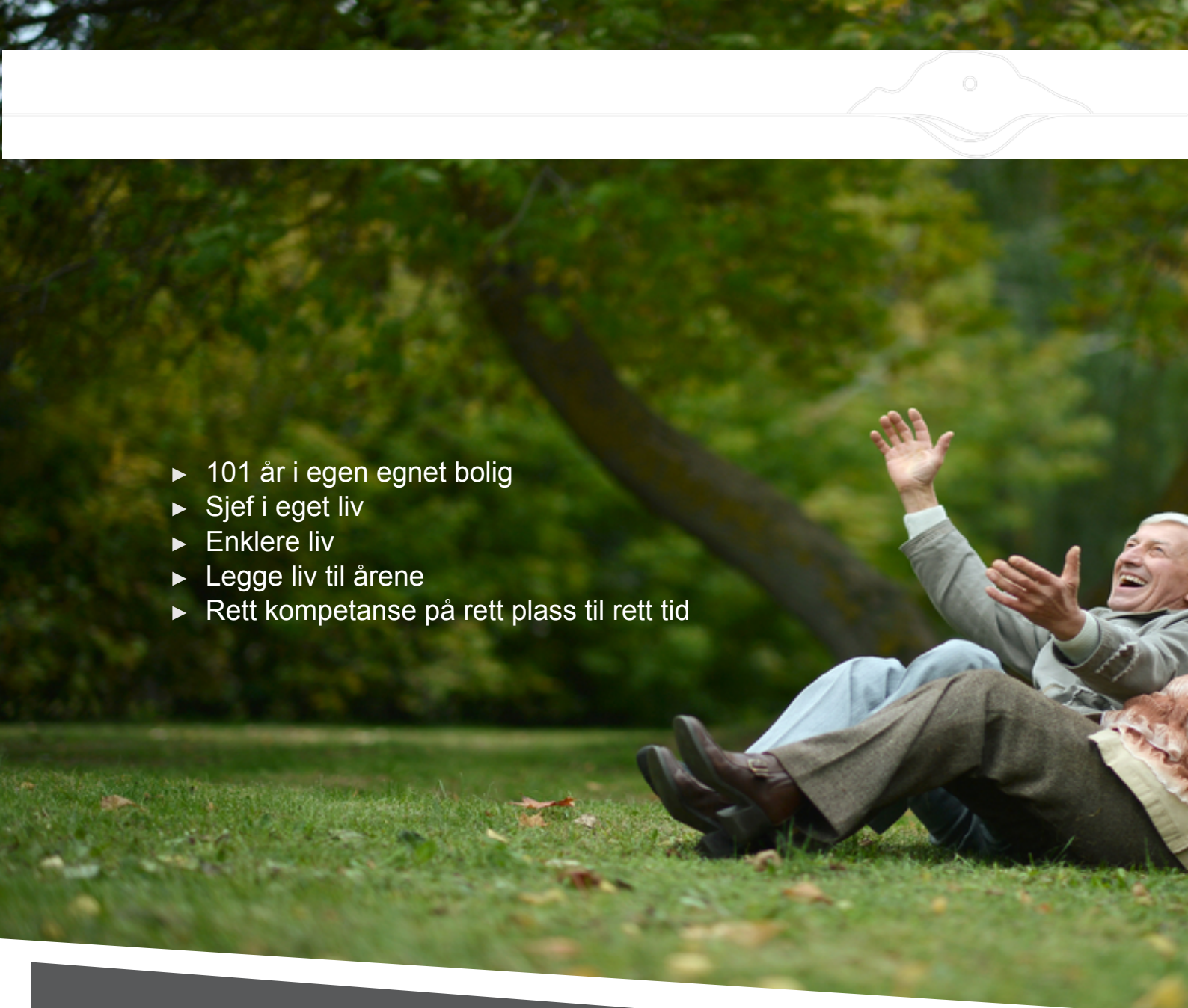


- 
- 
- ▶ 101 år i egen egnet bolig
 - ▶ Sjef i eget liv
 - ▶ Enklere liv
 - ▶ Legge liv til årene
 - ▶ Rett kompetanse på rett plass til rett tid

Helse- og omsorgsplan 2018– 2028

«MESTRINGSPLAN»

BRØNNØY KOMMUNE

OPPDRAUGSGIVER: Brønnøy kommune
RAPPORT NR: 1020348

RAPPORTENS TITTEL: Helse- og omsorgsplan 2018–2028
ANSVARLIG KONSULENT: Rune Holbæk
KVALITETSSIKRET AV: Per Schanche
FOTOGRAFI I RAPPORT: www.shutterstock.com
DATO: 25.06.2018
SLUTTFØRT AV: Brønnøy kommune

Innhold

Forord	4
1 Oppsummering, mål, strategier og handlingsplan	5
1.1 Innledning	5
1.2 Oppsummering av analysen og hovedutfordringene	7
1.3 Mål og strategier	8
1.4 Handlingsplan – innsatsområder	10
2 Bakgrunn og rammebetingelser	13
2.1 Strategiplan for helse-, omsorgs og velferdstjenestene – hva er nå det?	13
2.2 Nasjonale føringer	14
2.3 Forebygging og tidlig innsats	15
2.4 Tjenestene utvikles i dialog med lokalsamfunnet (kommunen 3.0)	16
3 Utviklingstrekk	17
3.1 Styrket hjemmetjenester gjennom flere tiår i Norge og Norden	17
3.2 Mye har skjedd i Brønnøy siden forrige plan i 2015	18
3.3 Fortsatt styrking av hjemmetjenestene i Brønnøy	20
3.4 Utviklingen i årene fremover	21
4 Bolig og institusjon	23
4.1 Boligpolitikk	23
4.2 Kommunal utbygging av boliger med bemanning	25
5 Andre tema	26
5.1 Heltidskultur og kompetanse	26
5.2 Tilbudet til personer med demens	28
5.3 Digitalisering og velferdsteknologi	30
5.4 Legetjenesten	32
5.5 Rehabilitering- habilitering (ReHab) og Hverdagsmestring	33
5.6 Tjenester til brukere med psykisk utviklingshemming	35
5.7 Tjenester til brukere med psykiske helseplager og ruslidelser	36
5.8 Sosiale velferdstjenester	37
5.9 Tidlig innsats- plan for barn og unge	39

Forord

Jammen godt at kommunen bestemte seg for å bli en aldersvennlig kommune. Brønnøysund er en trivelig liten perle av en by, hvor vi både føler oss hjemme, og hvor vi mye større grad enn før er knyttet sammen. Vi får både bidra og delta for at både naboene og innbyggere har det bedre. Jeg hadde litt frykt for alderdommen, jeg var litt engstelig for å bli irrelevant og for å ikke høre til.

Hyggelig å være «leseinspirator» for førsteklassingene - det er noe magisk med å lese for å lage video for de små ørene. Oppvekstsjefen redegjorde i forrige «Grey Academy samling» at det er stor sammenheng mellom frafall i videregående opplæring og evnen til å lese. Barn som blir lest for blir lesere lærte vi!

Vi er blitt et aldersvennlig samfunn hvor det legges til rette for en aktiv og sunn aldring, hvor vi har funnet nye og spennende boformer som gjør at vi tar bedre vare på hverandre. Jeg har gått fra å være yrkesaktiv til å bli samfunnsaktiv. I det kurative bofellesskapet jeg bor i sier den nye hjemmetreneren vår, litt lekent; «at hun surfer på eldrebølgen» - hun er 67 år og nyutdannet personlig trener. Hennes motto er; «jeg trener ikke for å bli yngre, men jeg trener for å bli eldre..»

Karriereportalen for pensjonister står godt sammen med Grey Academy og flere er aktive både i kommunens tjenester og i frivilligheten. Det tok tid å forstå hva kommunen la i «samfunnsaktiv», men det har gjort at jeg både føler jeg hører til og at jeg er relevant.

Velferdsteknologien kommunen har tilrettelagt har gjort at vi føler oss trygge og at vi enkelt får tilgang til både tjenester og informasjon som gjør hverdagen bedre. Både er det enkelt å forstå og bruke, og vi følges godt opp både av kommunens innbyggere og kommunens ansatte. Det har gitt meg kontakt med flere og jeg synes jeg hører mer til nå enn jeg fryktet for. Å legge seg og føle seg trygg gir også bedre nattesøvn

LinkedBackIn - kalte rådmannen det. Vi var fire to-treogseksti år gamle damer med lang erfaring som gikk av med avtalefestede pensjoner. Vi kom fra skole og oppvekst og vi stiftet vårt eget selskap og de siste tre årene har vi arbeidet to dager i uken for ppt, både som utredere og veiledere. Verdifullt for alle parter.

Husmannskostkokkeskolen med de unge kokkelærlingene fra videregående samler stadig flere, og at de har startet med matombringing gir dem en ekstra inntekt, og vi får varierte måltider med et moderne snitt, både til hverdags og fest. De nye byrommene har en appell til aktivitet og jeg ser at de brukes flittig. At kommunen er tilpasset «de tre hjulene; barnevogn, sykkel og rullator» gjør at vi også i større grad beveger oss rundt.

«Byttesiden» fungerer aldeles utmerket. Der registrerer vi oss med litt om hva vi har og hva vi kan, som andre kan ha brukt for - noen har bil og kan kjøre, andre kan sy og reparere. I går reparerte jeg en glidelås og fikk et hyggelig kinobesøk med «glidelåseieren» som takk for hjelpen. At kommunen gir bort kinobillett til den som tar med seg en som ikke kommer seg på kino uten hjelp, er supert.

Det å kunne «leie» en bestemor har vært en stor suksess, både for enslige foreldre og dem som ikke har besteforeldrene sine her.

Endringen av utdanningstilbudet i Brønnøy har absolutt blitt til det bedre. Å sette samme relevante studier og etterutdanninger i samme klasserom hva vist at vi både får tak i og utvikler fagfolk til mange arbeidsgivere i regionen. Studier og etterutdanning krever disiplin, og det at vi samles, på tross av ulike utdanninger gir motivasjon og lyst til å lære.

Rådmann Pål Trælvik

1 Oppsummering, mål, strategier og handlingsplan

1.1 Innledning

Dagens omsorgstjeneste har mottakere i alle aldre og med svært ulike behov. Noen mottar tjenester fra de er født og gjennom hele livsløpet, mens andre mottar tjenester for en avgrenset periode i livet.

Morgendagens omsorgstjenestebrukere blir flere enn før, de vil være i alle aldersgrupper og ha et mer sammensatt omsorgsbehov.

Gjennom systematisk kartlegging av folkehelsestilstand i kommunen skal Brønnøy kommune tilrettelegge for gode rammer for å utvikle en god folkehelse. Tidlig innsats,

forebygging, helsefremming og mestring må stå sentralt i dette arbeidet gjennom hele livsløpet

Planforslaget slik det foreligger, bygger på Kommuneplanens samfunnsdel, omsorgsplan, og analyser av dagens tjenesteprofil og framtidig behov.

Andre sentrale nasjonale føringer er: Helse og omsorgstjenesten loven, Samhandlingsreformen, Folkehelseloven, Fremtidens primærhelsetjeneste og Leve hele livet.



Planprosess

Planen er utarbeidet av helse- omsorg- og velferdsområdene med bistand fra Agenda

Kaupang. Høsten 2017 ble det avholdt en omsorgskonferanse med driftsstyret for helse og omsorg. Siden er det informert i

lag, foreninger, til ansatte og politikere om kommunens utfordringer.

Rådene har også fått anledning til å gi innspill. Innspillene gitt i de ulike foraene har vært en del av grunnlaget for planen. I en dialogkonferanse med leder, ansatte, tillitsvalgte og politikere i januar og juni 2018 fokuserte deltakerne på status, utfordringer og utvikling av tilbudet i helse, omsorg og velferd.

Medvirkning

Det er gjennomført et omfattende arbeid av faggrupper innenfor helse og omsorg, og i alle deler av kommunens helse- og omsorgstjenester er det kommet innspill og vurderinger i løpet av prosessen.

Planen ble sendt ut på høring i desember 2018.

I høringsperioden ble administrasjonen invitert til Frivilligsentralene for å informere lag og foreninger om planen. Det var et positivt møte med mange engasjerte frivillige, og et godt utgangspunkt for å utvikle samarbeidet videre. Det har også vært informasjonsmøter om planen til andre interesserte. Ansatte har hatt tilgang til planen og den har også vært tema i personalmøter.

Høringsuttalelser - behandling

Det er kommet høringsuttalelser fra Brønnøy ungdomsråd, NFU- Sør-Helgeland (Norsk forening for utviklingshemmede), NHF Brønnøy (Norsk handikapforening), Frivilligsentralen og Brønnøy senterparti.

Hvordan de innkomne uttalelsene og merknadene til planen er vurdert og eventuelt innarbeidet, går fram av et eget vedlegg til planen.

Øvrige tilpasninger og endringer i planen

Det er lagt inn en kort innledning for å allerede her introdusere det vi ønsker skal være et hovedfokus i planen/ rød tråd, omkring tidlig innsats, forebygging, helsefremming og mestring. «Forebygging og tidlig innsats» flyttes fra kapittel 5 (pkt. 5.9) til kapittel 2 (pkt. 2.3) av samme grunn.

I kapittel 5, pkt. 5.5 er definisjonen av rehabilitering og habilitering pr. 1.5.2018 tatt inn. Under pkt. 5.6. er definisjonen av utviklingshemming tatt inn.

1.2 Oppsummering av analysen og hovedutfordringene

Brønnøy kommune har folkehelseutfordringer på mange områder og et høyt behov for helse- og omsorgstjenester etter kriteriene for statens inntektssystem

- ▶ Kommunen har en høy lånegjeld og den har vært økende de siste årene
- ▶ Kommunen har en dyr helsetjeneste med god dekning av leger. Det er særlig undersøkelse, behandling og rehabilitering som er dyrere enn sammenligningskommunene, men også helsestasjonsdriften er relativt dyr
- ▶ Det er satt av lite ressurser til forebyggende arbeid selv om kommunen har livsstils utfordringer blant befolkningen.
- ▶ Utfordringer knyttet til samarbeid mellom helse og oppvekst
- ▶ Det er få psykiatriske sykepleiere på tross av helseutfordringer innen området
- ▶ På tross av god legedekning og rimelig god fysioterapidekning i kommunen, er dekningen av lege og fysioterapeut på institusjon lav
- ▶ Sosialhjelpsmottakerne går forholdsvis lenge på sosialhjelp. Det er relativt få årsverk innen dette feltet. Det er derimot mange årsverk som går til personer med rusproblemer
- ▶ Tjenestebehovet i pleie og omsorg vil øke med nesten det dobbelte fram til 2040 dersom tjenesten løses på samme måte som i dag. De øvrige store sektorene i kommunene vil ikke ha noe særlig vekst i behovet fra dagens nivå
- ▶ Det vil ta noen år før kommunen får en stor økning av de over 80 år. Dette gir kommunen et visst handlingsvindu de nærmeste årene
- ▶ Det er beregnet at 248 personer i Brønnøy vil ha en type demens-sykdom i 2040 mot dagens 124 personer
- ▶ Kommunen har mange små fragmenterte tjenester på forskjellige virksomhetsområder, hvor ressursutnyttelsen ikke blir optimal.
- ▶ Lite aktivitetstilbud til både barn og unge
- ▶ Mange deltidsstillinger i sektoren

1.3 Mål og strategier

med private aktører

Overordnet mål 2018–2028

- ▶ Fra servicekommune til fellesskapskommune
- ▶ Brukerne er ikke kunder, men aktive og ressurssterke innbyggere som skal bidra til fellesskapet. Tjenestetilbudet skal utvikles i tettere dialog med lokalsamfunnet etter inspirasjon fra **fellesskapskommunen** (kommune 3.0) – «Hva er viktig for deg?»
- ▶ Ressursene skal til enhver tid disponeres slik at en oppnår et *best* mulig tjenestetilbud for innbyggerne i Brønnøy kommune på laveste mulig omsorgsnivå (BEON-prinsippet)
- ▶ God folkehelse med et aktivt og meningsfylt liv i egen egnet bolig

Hovedstrategiene i Helse- og omsorgsplan 2018–2028

Basert på utfordringsbildet til kommunen framover og på hovedmålene for Helse- og omsorgsplanen 2018–2028, er det utviklet fem hovedstrategier som skal være førende for handlingsdelen av denne planen med konkrete tiltak for å oppnå de overordnede målsetningene.

- 1) «101år i egen egnet bolig»
- 2) «Sjef i eget liv»
- 3) «Enklere liv»
- 4) «Legge liv til årene»
- 5) Rett **kompetanse** på rett plass til rett tid

Strategi 1: «101 år i egen egnet bolig»

Legge til rette for en helhetlig boligpolitikk som sikrer muligheten for «101 år i egen egnet bolig». Vri tjenestetilbudet og ressursinnsatsen fra tilbud med heldøgns bemanning til ambulante hjemmetjenester.

- ▶ Økt satsing på ambulante hjemmetjenester
- ▶ Fra leie til eie – legge til rette for at flest mulig kan eie eller leie egen bolig – låneordninger
- ▶ Utvikle framtidens boligløsninger med boformer tilpasset behovet i samarbeid

- ▶ Videreføre satsing på bygging av tilrettelagte boliger/bofellesskap med mulighet for heldøgns bemanning fremfor flere institusjonsplasser.
- ▶ Boliger skal tilrettelegges for livsløpsstandard, smarthus/ og velferdsteknologi

Strategi 2: «Sjef i eget liv»

Fra servicetjenester til fokus på mestring, trygghet og tidlig innsats.

- ▶ Helhetlig pasientforløp (beskriver forløpet fra en får behov for helsehjelp og helt til pasienten/brukeren er tilbake i en avklart og stabilisert situasjon, med den nødvendige oppfølging).
- ▶ Vurdering av kvalitetsstandarder og kriterier for tildeling av tjenester.
- ▶ Økt satsing på korttidsopphold i institusjon for hjemmeboende som har behov for behandling og rehabilitering
- ▶ Bedre samordning av hjemmetjenester til personer med psykisk helse- og rusproblemer
- ▶ Bedre samordning av forebyggende tjenester
- ▶ Sikre en god helhetlig demensomsorg med fokus på *mestring, trygghet og tidlig innsats*

Strategi 3: «Enklere liv»

Utnytte mulighetene digitalisering gir for å tilby gode og effektive innbyggertjenester.

- ▶ Lage en felles digitaliseringsstrategi innen helse og omsorgstjenestene
- ▶ Definere og forankre roller, ansvarsdeling for digital utvikling
- ▶ Innføre velferdsteknologi tilpasset brukernes behov for å frigjøre tid og ressurser, enklere liv, mindre avhengige
- ▶ Gi innbyggere og næringsliv til enhver tid enkel og rask tilgang til kvalitetssikret informasjon og bruk av kommunes tjenester

- ▶ Evne å ta i bruk smarte og framtidsrettede tjenester
- ▶ Digitaliseringsprosjekter som endrer arbeidsmåter skal følges av god opplæring og oppfølging av ansatte

Strategi 4: «Legge liv til årene»

Tjenestene skal kjennetegnes ved aktiv omsorg med sterk brukermedvirkning, god kvalitet og stort rom for frivillighet.

- ▶ Skape engasjement og deltakelse for frivillighetsarbeid
- ▶ Økt fokus på gruppetilbud – friskliv og hverdagsmestring i samarbeid med frivillige organisasjoner
- ▶ Økt systematisk samarbeid med pårørende
- ▶ Systematisk samarbeid med Frivilligsentralen og frivillige organisasjoner

Strategi 5: «Rett kompetanse på rett plass til rett tid»

Utvikle en kompetansekultur med fokus på en høy gjennomsnittlig stillingsstørrelse og tverrfaglig og fleksibel bruk av kompetansen og de ansatte.

- ▶ Definere kompetansekrev-beholdning og behov
- ▶ Profilere området som attraktiv arbeidsgiver blant fremtidens ansatte og ledere
- ▶ Stimulere og rekruttere innbyggere og ansatte til å søke på relevant utdanning for å møte framtidig behov og som gjør kommunen til en attraktiv arbeidsgiver
- ▶ Arbeidstidsordninger som viktige forutsetninger for å skape en heltidskultur
- ▶ Fleksibel bruk av tverrfaglig kompetanse
- ▶ Arbeide målrettet med rekruttering, kompetanse og utviklingsplaner

1.4 Handlingsplan – innsatsområder

Handlingsdelen i helse- og omsorgsplan en skal rulleres hvert år og vil være linket til kommunens økonomiplan og budsjettprosesser.

Tabellen under viser en oversikt over forslag til hovedtiltakene under hver av de fem hovedstrategiene og ansvarlig virksomhet for oppfølgingen av de ulike tiltakene.

«101 år i egen egnet bolig» <i>Legge til rette for en helhetlig boligpolitikk som sikrer muligheten for «101 år i egen egnet bolig». Vri tjenestetilbudet og ressursinnsatsen fra tilbud med heldøgns bemanning til ambulante hjemmetjenester.</i>	Ansvarlig virksomhet	År
Boligsosial handlingsplan integreres i en helhetlig boligpolitiskplan - Videreføre/utvikle samarbeidet med Husbanken - Utrede muligheten for å bygge boliger sentralt gjerne i samarbeid med private - Videreutvikle boligforum - Etablere boveiledning	Eiendom og Plut	2020
Utrede behov for botilbud, heldøgnsomsorg og hjemmesykepleie fram mot 2030 - Sykehjem eller boform med heldøgns bemanning Vurdere ombygging av Hestvadet - Utrede behovet for intermediære plasser i samarbeid med Helgelandssykehuset - Utrede Tautra 2, Overgangs/treningsbolig - Helhetlig pasientforløp samhandling legetjeneste / DMS / Institusjon / hjemmebasert - Hjemmesykepleien styrkes - Gjennomgå kriterier for tildeling av tjenester- terskelverdier, samt utarbeide kvalitetsstandarder - Primærteam- modellen skal benyttes til alle hjemmesykepleiebrukere for helhetlig oppfølging - Innføre «livets siste dager» i hjemmebaserte tjenester (palliasjon)	Helse/ omsorg	2019/2020
«Sjef i eget liv» <i>Fra servicetjenester til fokus på mestring, trygghet og tidlig innsats.</i>	Ansvarlig virksomhet	År
Psykatri plan revideres (ny) - Utrede organisering av tjenestetilbud til brukere med sammensatte behov, herunder tjenester til personer med psykisk helse- og rusproblemer - Videreutvikle og implementere FACT-team i samarbeid med spesialisthelsetjenesten - Etablere en arena for helsepersonell med samhandling for brukere med sammensatte behov. Brukerforum eventuelt utvidet fagteam - Implementere Rask Psykisk Helsehjelp (RPH) i daglig drift, inkludert Videreutvikle og forankre verktøy for samhandling IP (Visma sampro) - Øke spisskompetansen på psykiatri- og rus på kveld, natt, helg og høytid i pleie og omsorgstjenesten	Helse/ omsorg/ oppvekst	2019
Forebygging og tidlig innsats- barn og unge - Tiltakskjede rundt forebygging og oppfølging av overvekt og fedme hos barn og unge. - Etablering av samarbeidsmøter og ansvarsgrupper, evt lpi samarbeid med tjenestekontoret dersom barn har behov for koordinerte tjenester. - Utarbeide habiliteringsplan som inkluderer barn og unge, herunder tilrettelagt avlastningstilbud for barn.		

- Økt foreldrekompentanse gjennom veiledning, rådgivning og kunnskapsdeling ved bruk av målrettet tiltak. - Økt kompetanse i fysisk/ psykisk helse for barn og unge i relevante tjenesteområder med fokus på hverdagsmestring og livsmestring.		
- System for å ivareta informasjon til barn i vanskelig livssituasjoner, der barn er pårørende. - Bruke sosiale medier og Facebook for relevant informasjon og kunnskap til foreldre og ungdom, befolkning om barns behov, og utvikling kommunalt tilbud osv.	Oppvekst	2019
Utrede en universelt utformet aktivitetsplass i et samarbeid med kommunen og NHF Brønnøy.		
Demensplan ferdigstilles- vedtas - Utvide tilbud om avlastning til pårørende til hjemmeboende personer med demens-sykdom - Utrede utvidet behov for dagsenter for demente - Utrede behov og løsninger for forsterkede skjermede plasser på institusjon	Helse/ omsorg	2019
Mestring- rehabilitering- habiliteringsplan - Organisere forbyggende tjenester til et hverdagsmestringsteam for hele kommunen - Gjennomføre rehabilitering- og mestringsprosjekt institusjon - Gradvis styrke forebyggende tjenester med 1 årsverk ergoterapeut og 1 årsverk ernæringsfysiolog, 0,5 årsverk hjelpemiddeltekniker. - Forebyggende hjemmebesøk over i drift	Helse/ omsorg	2019/ 2020
«Enklere liv» <i>Utnytte mulighetene digitalisering gir for å tilby gode og effektive innbyggertjenester.</i>	Ansvarlig virksomhet	År
Utarbeide digitaliseringsstrategi innen helse og omsorgstjenestene. - Definere og forankre roller, ansvarsdeling for digital utvikling - Starte grupper med velferdsteknologiens ABC for alle relevante ansatte - Opprette ett årsverk med spisskompetanse på helse og velferdsteknologi - Ny løsning / plattform skalerbar for alle tjenester - Timeliste/turnusprogram/ integrasjon med fagsystem - Innføre håndholdte terminaler i hele hjemmetjenesten - Inkludere funksjonalitet for å optimalisere kjøreruter i hjemmebaserte tjenester - Gå fra analoge til digitale trygghetsalarmer. Mobile trygghetsalarmer ved behov - Elektroniske dørlåser - Elektroniske pillemaskiner - Digitalt natt-tilsyn på institusjon / bolig - Gi brukerne opplæring for å kunne ta i bruk smarte og framtidsrettede tjenester	Helse/ omsorg/ IT	2019/ 2020
"Legge liv til årene» <i>Tjenestene skal kjennetegnes ved aktiv omsorg med sterk brukermedvirkning, god kvalitet og stort rom for frivillighet.</i>	Ansvarlig virksomhet	År
Utvide samarbeidet med Frivilligsentralen, herunder å lage felles føringer for samarbeid og avklare rammebetingelser	Helse/ omsorg	2019
Bedre koordinering/formidling av frivillig arbeid og vurdere digitale verktøy som kan være aktuelt	Helse/ omsorg	

Rekruttere seniorer som frivillige ressurser på ulike kommunale fagområder	Helse/ omsorg	2021
Økt gruppetilbud, friskliv og hverdagsmestring	Helse/ omsorg	2021
Starte opp med musikkbasert miljøbehandling sykehjem	Helse/ omsorg	2019
Utrede alternativ organisering av støttekontakttjenesten	Helse/ omsorg	2019
Opprette kommunalt lærings- og mestringstilbud i samarbeid med spesialisthelsetjenesten	Helse/ omsorg	2019/20
Opprette aktivitetstilbudet/dagenter tilbud til eldre hjemmeboende	Helse/ omsorg	2020
Kartlegge behovet for aktivitetstilbud for utviklingshemmede	Helse/ omsorg	2020
Treningstilbud for eldre med fokus på balansetrening og trening av beinstyrke (fallforebygging)	Helse/ omsorg	2020
Tilrettelegge for økt bruker- og pårørendemedvirkning	Helse/ omsorg	2019
Systematisk ernæringsarbeid ihht Stortingsmelding 15, «Leve hele livet»	Helse/ omsorg	2019
«Rett kompetanse på rett plass til rett tid» <i>Utvikle en kompetansekultur med fokus på en høy gjennomsnittlig stillingsstørrelse og tverrfaglig og fleksibel bruk av kompetansen og de ansatte.</i>	Ansvarlig virksomhet	År
Kompetanse og rekrutteringsplan revideres	Helse/ omsorg/ oppvekst	2019
- Utrede arbeidstidsordninger som fremmer heltidskultur - Uprøving av årsplanlegging - Prioritere behov for kompetanseheving årlig - Utarbeide plan for rekruttering og dimensjonering av legetjenesten - Planlegge for aktiv rekruttering av konkurranseutsatt kompetanse - Videreutvikle kvalitetsutvalget	Helse/ omsorg/ oppvekst	2019

2 Bakgrunn og rammebetingelser

2.1 Strategiplan for helse-, omsorgs og velferdstjenestene – hva er nå det?

Hva er en strategiplan?

Formålet med denne planen som bygger videre på Omsorgsplan 2015-2020, er både å beskrive utfordringene og skissere strategier og konkrete tiltak for hvordan møte dagens behov og morgendagens utfordringer.

Helse- og velferdstjenestene er preget av en rekke utfordringer: Det blir flere eldre og flere med demens, kommunen får nye oppgaver fra staten, ny teknologi gir nye muligheter og tjenestene er preget av mange små stillinger. Videre er det nødvendig å ta stilling til omfang og lokalisering av boliger med mulighet for heldøgns bemanning.

Tidshorisont for planen er fram til 2028. Den kommunale virkeligheten er i stadig forandring – nye problemfelt dukker opp, og det vil være et jevnlig behov for årlig *rullering* av handlingsdelen slik at ny kunnskap innarbeides og de budsjettmessige konsekvensene knyttes til kommunens økonomiplan og budsjettprosess.

Hvordan er strategiplanen laget?

Planen er utarbeidet av ansatte i helse- og velferdstjenesten med bistand fra Agenda Kaupang. I en dialogkonferanse med ledere, ansatte og politikere i januar og juni 2018 fokuserte deltakerne på status, utfordringer og utviklingen av tilbudet i helse, omsorg og velferd.

Høsten 2017 ble det avholdt en omsorgskonferanse med driftsstyre for helse og omsorg. Siden er det informert i lag, foreninger, til ansatte og politikere om kommunens utfordringer. Rådene har også fått anledning til å gi innspill. Innspillene gitt i de ulike foraene har vært en del av grunnlaget for planen.

Samarbeid med spesialisthelse-tjenesten - prosjekt av Distrikts-medisinsk senter (DMS)

Forprosjekt for utbygging av DMS i Brønnøysund er nå i slutfasen. Dette er et samarbeid mellom Helgelandssykehuset og kommunene på Sør- Helgeland.

Kommuneplanens samfunnsdel

Dette dokumentet konkretiserer politiske mål og visjoner for Brønnøy kommune, både som samfunn, som myndighet og som tjenesteyter. Planen har som mål at Brønnøy kommune har en befolkning med god psykisk og fysisk helse. Det er også et mål at kommunens tjenester skal ivareta brukernes selvstendighet og styrke deres evne til å hjelpe seg selv. Tjenestene skal bidra til å forebygge helseplager, og det skal bli gitt tidlig tverrfaglig innsats.

Budsjett og økonomiplan

Årsbudsjettet er en bindende plan for kommunens midler og hvordan disse skal brukes i budsjettåret. Brønnøy kommune behandler årsbudsjettet og økonomiplanen samtidig.

Bygging av bofellesskap og eventuelt omsorgsboliger vil kreve at det tas opp lån til investeringer, som igjen vil føre til renter og avdrag som skal finansieres over kommunens budsjett. Det vil være nødvendig med en økonomisk, rasjonell drift som kan sikres gjennom å utnytte mulighetene som ligger i stordriftsfordeler, velferdsteknologi, innovative løsninger, samarbeid med det sivile samfunn og private aktører mv.

2.2 Nasjonale føringer

Staten har gradvis gitt kommunene et større ansvar, blant annet for forebyggende tiltak og folkehelse. De statlige føringene har skjedd gjennom samhandlingsreformen, utvikling av nytt lovverk, nasjonale planer, stortingsmeldinger mv. Her blir noen av de sentrale statlige føringer omtalt.

Oppgaver flyttes fra staten til kommunene

Samhandlingsreformen er iverksatt og skal sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet. Videre skal tjenestetilbudet preges av høy pasientsikkerhet og være tilpasset den enkelte bruker. Reformen har medført en ny kommunerolle og har gitt kommunen ansvar for nye pasientgrupper. Kommunene skal nå tilby tjenester som omfatter forebyggende tiltak, utredning, behandling, pleie og omsorg, akuttberedskap, habilitering og rehabilitering og oppfølging på tvers av sektorer. Tjenestene skal organiseres slik at den enkelte kan fortsette å leve et trygt, meningsfullt og mest mulig selvstendig liv uavhengig av sosiale og helsemessige problemer eller funksjonssvikt.

Nye lover

Som del av innføring av samhandlingsreformen ble *Helse- og omsorgstjenesteloven* innført 1.1.2012. Loven erstattet kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, og skal bidra til et bedre grunnlag for samhandling mellom tjenestene i kommunen. Med den nye lovendringen ble kommunens plikter regulert i helse- og omsorgstjenesteloven, brukers rettigheter i pasient- og brukerrettighetsloven og yrkesutøvelsen i helsepersonell-loven.

I Helse- og omsorgstjenesteloven tydeliggjøres kommunens ansvar for et overordnet «sørge for-ansvar». I dette ansvaret så ligger det at kommunen selv kan velge hvordan den vil organisere virksomheten og tjenestene ut fra lokale forhold og behov. Videre tydeliggjøres det i loven kommunens ansvar for å tilby forsvarlige tjenester. Alle virksomheter i den kommunale helse og omsorgstjenesten pålegges å drive

systematisk kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhetsarbeid.

Videre ble *ny folkehelselov innført 1.1.2012*, med formål om å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevner sosiale helseforskjeller. Etter loven skal kommunen fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen.

Mer tverrfaglighet og økt kompetanse

I stortingsmeldingen om *fremtidens primærhelsetjeneste* beskriver regjeringen et behov for mer helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester i kommunene. Meldingen peker blant annet på tverrfaglig organisering og kompetanseløft for både medarbeidere og ledere som viktige strategier. I meldingen varslers regjeringen særlige satsinger rettet mot barn og unge, psykisk helse, rehabilitering og kapasitets- og kvalitetsutvikling.

Grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming.

Det har vært en positiv utvikling i levekårene for personer med utviklingshemming siden ansvarsreformen. Det er allikevel slik at det er utfordringer innenfor områdene selvbestemmelse, rettsikkerhet, opplæring, arbeidsdeltakelse samt helse og omsorg. NOU 2016:17 «på lik linje» trekker frem 8 løft for å bedre vilkårene til personer med utviklingshemming.

Kvalitetsreform for eldre

Regjeringen har kommet med en *ny reform for eldre*: «leve hele livet» Den handler om de grunnleggende tingene som ofte svikter i tilbudet til eldre: Mat, aktivitet og fellesskap, helsehjelp og sammenheng i tjenestene. Utfordringene som regjeringen peker på er av generell karakter, samtidig er de også relevante for Brønnøy kommune.

2.3 Forebygging og tidlig innsats

Status

En av våre viktigste samfunnsressurser er en befolkning som trives og har god helse. Dette gjelder for hele Brønnøy-samfunnet, noe som innebærer at en rekke aktører må involveres for å nå planens målsettinger. Dette skal bidra til en politikk og praksis som gir enkeltmennesker, grupper og lokalsamfunn større mulighet for ansvar, deltagelse, mestring og kontroll over egne liv. Det handler om å skape gode oppvekst- og levekår med sunne levevaner i et trygt og inkluderende samfunn.

God helse skapes der vi lever livene våre: hjemme, på jobb, i barnehagen, på skolen, i lag og foreninger, og i nærmiljøet. Hver innbygger har selv hovedansvaret for egen helse. Vår livsstil, hvordan vi velger å leve, får betydning for hvordan helsen blir senere i livet. Samtidig har vi som kommune et særlig ansvar for å legge forholdene til rette for at alle motiveres og gis mulighet til å ta vare på egen helse. Påvirkningsfaktorene for helsa er mangfoldige og overlappende, positive og negative. Og de er i stor grad knyttet til samfunnsforhold, levekår og miljø.

Tidlig innsats handler om mye. Det handler om å fremme helse i alt vi gjøre, og legge til rette for mestring, trivsel og deltagelse gjennom alle faser av livet. På samfunnsnivå handler det om å oppdage utsatte grupper og utviklingstrekk som gir grunn til uro, og forebygge helseproblem. I møte med den enkelte handler det om å avdekke utfordringer og ta tak i dem før de blir for store. Tidlig innsats mot barn og unge handler om å legge et godt grunnlag for resten av livet, og ha et særskilt fokus på de som trenger ekstra oppfølging for å sikre en god utvikling. Tidlig innsats kan være å finne nye måter å arbeide på, og utvikle bærekraftige løsninger i møte med utfordringer som vi vet kommer.

Barn og unge

Gode oppvekstvilkår og læringsmiljø er avgjørende for at barn og unge skal ha god helse. Forskning viser til at grunnlaget for god helse gjennom livet blir lagt i fosterstadiet og i tidlig barndom. Barn og unges sin fysiske og psykiske helse blir påvirket av erfaringene og livsstilen til foreldrene. Helsefremmende arbeid gjennom god oppfølging av gravide, barn og familie er derfor viktig og det er en god investering for framtiden. Barn har rett til nødvendig helse- og omsorgstjenester. Helsestasjonstjenesten er organisert i oppvekstsektoren og er underlagt barne- og familiesentret. «Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten» og flere faglige retningslinjer regulerer arbeidet og setter minimumskrav for svangerskapsomsorg, helsestasjons- og skolehelsetjeneste til barn og ungdom 0-20 år.

Effektivt folkehelsearbeid

må være tverrfaglig og sektorovergripende. Næringsliv og frivillige organisasjoner er, i tillegg til offentlig tjenesteyting, naturlige samarbeidspartnere i folkehelsearbeid

Utfordringer

- ▶ Lavt utdanningsnivå
- ▶ Unge uføretrygdde
- ▶ Frafall i videregående skole
 - Samarbeid mellom bhg, grunnskole, vgs
 - overgangsfasene
- ▶ Psykisk helse
 - Barn og unge
 - Voksne
 - Eldre
- ▶ Demografi
 - Større andel av de eldste i kommunen
- ▶ Livsstilsrelaterte sykdommer
 - Overvekt, fedme, diabetes, KOLS, hjerte- og karsykdommer
- ▶ Boligsosiale utfordringer

2.4 Tjenestene utvikles i dialog med lokalsamfunnet (kommunen 3.0)

Hva er kommune 3.0?

Begrepet kommune 3.0 blir brukt for å signalisere en ny rolle for kommunen, hvor vi er på vei bort fra det såkalte "servicesamfunnet" og over mot "fellesskapssamfunnet". Brukeren er ikke en kunde, men en innbygger som skal bidra til fellesskapet.

Kommunen er ikke lenger først og fremst en myndighet (kommune 1.0), og heller ikke lenger en servicevirksomhet (kommune 2.0). Kommunen er et demokratisk ledet fellesskap av aktive og ressurssterke innbyggere (kommune 3.0).

Etter inspirasjon fra Danmark har flere norske kommuner etter hvert tatt i bruk dette begrepet. Erfaringene viser at det tar tid å endre rollene i tråd med ambisjonene som begrepet innebærer. Nye roller krever ny kompetanse, nye verdier og metoder for dialog med de berørte aktørene

Også i Brønnøy vil utviklingen av helse- og omsorgstjenesten bli gjort med prinsippene for kommune 3.0. God helse- og omsorgstjenester handler om å gi alle mulighet i hverdagen. Det oppnår vi ved å forvente ansvarlighet og aktivt medspill fra alle. Vi skal bryte ned grensene mellom «dem» og «oss»

I det følgende gis en omtale av kommunens dialog med berørte parter i lokalsamfunnet og andre tjenesteleverandører.

Innbyggernes ansvar

Et av målene i kommuneplanen er som tidligere nevnt å styrke innbyggernes evne til å klare seg selv. Dette blir blant omtalt i kapittel 3.1, kommunal boligpolitikk for eldre. Et av målene med politikken er å bidra til at innbyggerne kan bo lengst mulig hjemme i eget hjem.

Boligpolitikk henger nært sammen med politikken for utvikling av kommunens arealer. Utvikling av kommunen 3.0 handler om å utvikle rollen som samfunnsaktør i tillegg til rollen som tjenesteprodusent.

Politikken favner altså videre enn helse- og omsorgstjenestene.

Bruker- og pårørendemedvirkning

Brukermedvirkning er viktig for at brukerne skal kunne ta en mer aktiv rolle og i større grad bli en ressurs i eget liv. Dette stiller større krav til omsorgstjenestene, som i større grad enn tidligere må kartlegge og forstå brukerens behov. Videre må omsorgstjenestene gjennom kommunikasjon og støtte, tilrettelegge for at brukerne reelt kan delta i beslutninger som angår dem selv.

Ved tildeling av tjenester er det viktig å legge vekt på brukerens situasjon og hva som er viktig for brukeren. Bruken av spørsmålet «Hva er viktig for deg?» kan være et viktig virkemiddel for å få fram hva som egentlig er det viktigste for brukeren. Om man skal ta mestring og brukernes mål på alvor, må man møte brukerne på en annen måte enn det som før har vært vanlig

Aktiv omsorg

I St.meld. nr 25 (2005-2006) *Mestring, mening og mangfold* peker Regjeringen på de fem viktigste omsorgstjenester og legger opp til «Aktiv omsorg» som en hovedstrategi for framtidas omsorgstjenester. En slik strategi vil kreve større faglig bredde i omsorgssektoren, ved flere faggrupper og økt vekt på kulturtiltak, sosialpedagogikk, ergoterapi, fysioterapi og sosialt arbeid.

Innsatsen fra frivillige

I Norge har det vært en utvikling i retning av at frivillige nå i større grad stiller opp som enkeltpersoner, og færre gjør frivillig innsats gjennom organisasjoner. Frivillighet trenger mer koordinering enn før.

Frivilligsentralen i Brønnøy er under utvikling og har ett godt samarbeid med flere frivillige organisasjoner. Det arbeides for å få til etter tettere og bedre samarbeid mellom kommunen og frivillighetssentralen. Det er i den forbindelse opprettet et forum for frivillighet.

3 Utviklingstrekk

3.1 Styrket hjemmetjenester gjennom flere tiår i Norge og Norden

Økt satsing på hjemmebaserte tjenester

I hele Norden går utviklingen i retning av at det er flere som får tilbud i eget hjem og færre som får tilbud på institusjon.

Sammenliknet med de andre landene er det i Norge en langt høyere andel av den eldre befolkningen som får et tilbud på institusjon.

En forklaring er at bygging av institusjon har blitt vektlagt på nasjonalt nivå i Norge. Hos oss, finansierer staten en stor del av den kommunale byggingen av institusjon. I de andre nordiske landene har det derimot vært en bevisst satsing på nasjonalt nivå om å utvikle andre botilbud til eldre.

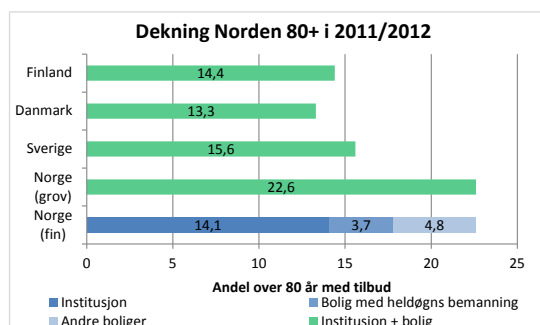
I Norge har det vært en vridning fra institusjon til bolig for funksjonshemmede. Dette skjedde gjennom den såkalte HVPU-reformen på 1990-tallet.

Utviklingen er i ferd med å snu også for eldre i Norge. De aller fleste kommuner satser mer på hjemmetjenester enn før, og dekningen for heldøgnsstilbudet går ned.

En økende andel av heldøgnsstilbudet blir gitt i omsorgsboliger og en redusert andel blir gitt på institusjon.

Botilbud til eldre belyst med tall

Tabellen under illustrer de store forskjellene det er i tilbudet mellom landene.



I Norge var det i 2011 4,8 % av eldre over 80 år som hadde omsorgsboliger uten heldøgns bemanning (jf. forrige figuren). Det var 14,1 % med tilbud på institusjon og 3,7 % i omsorgsboliger med heldøgns bemanning.

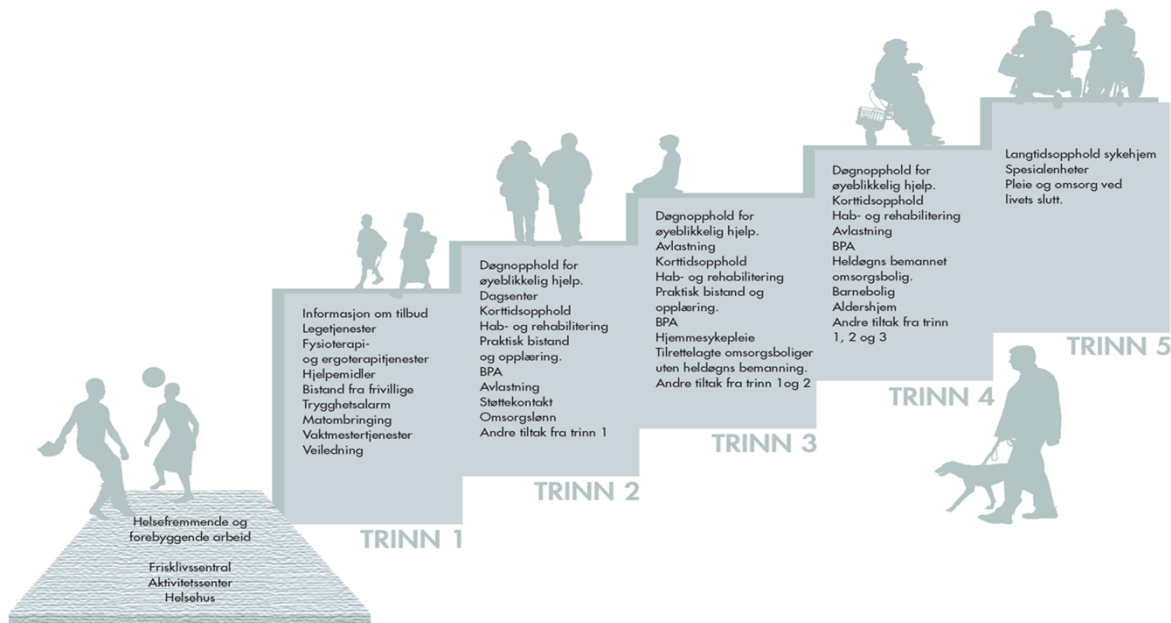
Den samlede dekningen var altså på 22,6 %. I de andre nordiske landene blir det ikke utarbeidet statistikk som gir mulighet til å skille ut heldøgnsstilbudet. Derfor er det bare foretatt en sammenlikning av den samlede dekningsgraden for ulike botilbud.

I de tre andre landene varierer denne dekningen mellom 13,3 % i Danmark til 15,6 % i Sverige. Tilbudet i Norge er med andre ord langt mer omfattende enn det som er vanlig i de andre nordiske landene.

Dialog og mestring

Utviklingen i Norge har skjedd i dialog med aktører i det sivile samfunn: Innbyggere, brukere, frivillige, pårørende og andre. Det har blitt vanlig å snakke om at kommunen skal skape tilbudet sammen med disse aktørene- felleskapssamfunnet. Det blir lagt mer vekt på at brukere (og innbyggere) skal mestre eget liv. Derfor legges det vekt på aktivisering og mobilisering av ressursene hos den enkelte.

3.2 Mye har skjedd i Brønnøy siden forrige plan i 2015



Forrige helse- og omsorgsplan

Omsorgsplan 2015 ble vedtatt i Brønnøy kommunestyre 21.06.2011. Den skulle vært rullert i 2012 i henhold til vedtakets pkt.3, men ble først rullert i 2014 som Omsorgsplan 2015-2020. Planen beskriver at den store endringen i pasientbehandlingen går fra passiv til aktiv omsorg. Dette krever en holdningsendring med fokus på den enkeltes ressurser som legger til rette for egen mestring og deltagelse.

Praksisen hvor kommunen retter innsatsen mot kostnadskrevende tjenester i de øverste nivåene i omsorgstrappen må endres. Ressursinnsatsen skal rettes mot tidlig innsats og lavest mulig nivå i omsorgstrappen. *Vi må i større grad sette inn ressursene tidlig for å unngå at behovene utvikles i det siste trinnet i «omsorgstrappen».* For brukerne vil fokus på forebygging og folkehelse bety at de selv ivaretar og mestrer egen helse og livssituasjon så lenge som mulig med så lite hjelp som mulig.

Dette prinsippet og andre føringer i planen er i samsvar med hva som fortsatt regnes som gode prinsipper, både i Norge og i de andre nordiske landene.

I perioden fra 2015 har tjenestene vært preget av endringer. Endringene er et resultat av tiltak i regi av forrige plan og andre forhold som man naturlig nok ikke visste så mye om i 2014. Viktige endringer de siste årene blir kort omtalt i det følgende.

Samhandlingsreform fra 2012

Reformen har medført at kommunene har tatt over oppgaver fra sykehusene. Både institusjonene og hjemmetjenesten har ansvar for brukere med mer omfattende behov for bistand enn før.

Kommunal akutt døgnplass (KAD), ble lov- pålagt i 2016. Tilbudet preges av høy faglighet og godt utstyr. Sømna kommune kan benytte en av KAD-plassene.

Det er vedtatt å etablere et *distrikts medisinsk senter (DMS)*, der Brønnøy sammen med de andre kommunene på Sør Helgeland samarbeider med Helgelandsykehuset (HSYK) om tjenester.

Færre institusjonsplasser

I 2018 har vi totalt 58 plasser.

Institusjonsplassene er fordelt slik: 2 KAD, 16 demens, 2 palliasjon, 8 korttidsplasser/avlastning/rehabilitering og 30 ordinære plasser.

I 2017 ble 16 aldershjems plasser i Velfjord omgjort til 20 boliger, med heldøgns bemanning.

Utfordringsbilde

En av hovedutfordringene er samhandling og koordinering mellom mange fragmenterte tjenester.

Det må jobbes målrettet mot å finne en felles referanseramme og forståelse av hva som legges i sømløse og helhetlige pasientforløp. Herunder organiseringen av de ulike tjenestene som gir brukere/pasienter beste effektive omsorgsnivå (Beon-prinsippet). De potensielle gevinstene er bedre rolledeling, bedre og mer effektiv saksbehandling, mer rettferdighet og bedre rettsikkerhet. En suksessfaktor er at det etableres en god dialog mellom Tjenestekontoret og utførerne.

Styrking av hjemmetjenestene

De siste årene har det vært en styrking av hjemmetjenestene gjennom følgende tiltak:

- ▶ 20 boliger med heldøgns bemanning
- ▶ Hverdagsrehabilitering gikk over fra prosjekt til drift mai 2017
- ▶ Oppstart av prosjekt forebyggende hjemmebesøk 2017 som ønskes i drift januar 2019

- ▶ Oppstart prosjekt velferdsteknologi med planlagt start 2019
- ▶ Økt palliativ innsats
- ▶ Ansettelse av kommunepsykolog i 2017
- ▶ Økte ressurser til rus og psykiatritjenesten

Etablering av Tjenestekontor

Brønnøy etablerte i 2013 et Tjenestekontor med koordinerende enhet som innebærer at utførerne ikke lenger har ansvaret for saksbehandling av tjenester.

Enheten har det overordnede ansvaret for

- ▶ Saksbehandling av helse og omsorgstjenester inklusive heldøgns omsorgsboliger. Søknader om rus og psykisk helsetjeneste er politisk vedtatt under samme kontor, men er ikke gjeldene praksis per tidspunkt.
- ▶ Veiledning til pasient, pårørende og samarbeidspartnere
- ▶ På systemnivå sikre at formålet med forskrifter habilitering/rehabilitering, individuell plan og koordinator blir ivarettatt

3.3 Fortsatt styrking av hjemmetjenestene i Brønnøy

Hjemmetjenesten i tall

I november 2017 var det 307 personer som mottok hjemmetjenester fra kommunen. Av disse var 148 personer over 80 år og 98 under 67 år. I tillegg har 80 personer vedtak på både praktisk bistand og hjemme- sykepleie i boliger med heldøgns omsorg.

Status hjemmebasert omsorg i eget privat hjem pr. 01.11.2017	2017	<67 år	67-79	>80-89 år	>90 år
Kun hjemmesykepleie	78	21	18	34	5
Hjemmesykepleie og praktisk bistand	157	51	26	56	24
Kun praktisk bistand/hjemmehjelp	72	26	17	22	7
Antall personer som får hjemmebasert omsorg i eget privat hjem	307	98	61	112	36

Tabellen nedenfor viser at det har vært en betydelig vekst i antall brukere med hjemmesykepleie det siste året.

Styringstall	23.05.2017	23.05.2018	Endring
Antall personer med hjemmesykepleie	132	151	19
Timer pr uke	619	650	31
Antall personer med hjemmehjelp	136	135	-1
Timer pr uke	264	252	-12
Brukerstyrt Personlig assistanse			
Antall personer	7	8	1
Totalt t/uke	197	230	33
Miljøterapi			
Antall brukere	35	32	-3
Ant. t/uke	422	446	24

2017 fikk ca. 41 % av de eldre over 80 år hjemmetjenester. For landet var tilsvarende andel på 32 % inkludert omsorgsboligene.

En bruker med hjemmetjenester kostet i 2017 i gjennomsnitt 203 000 kr, betydelig lavere enn i landet forøvrig. Bak dette gjennomsnittet er det store variasjoner i hvor mye en bruker faktisk koster.

«101 år i egen egnet bolig»

Begrunnelsen for å satse på gode hjemmetjenester er godt oppsummert i en kronikk i Aftenposten 21. mai 2016 av Per Fugelli:

Hjemme bor tryggheten. I sykehuset er mange av oss redde.

Hjemme er du hovedsmann. Du er sjef over eget liv og egen død. I sykehuset er du under overkommando.

Hjemme er du hel. I sykehuset blir du delt i biter.

Hjemme er det vakkert, etter din smak. I sykehuset er det stygt.

Hjemme er du nær de du er glad i. I sykehuset kommer de på besøk, som fremmedlegemer.

Endring av kultur blant ansatte og innbyggere tar tid

Nye måter å tilby tjenestene på utfordrer vante arbeidsmåter. For eksempel innebærer vektlegging av mestring egeninnsats hos bruker og pårørende og bruk av velferdsteknologi. Det tar tid å forandre den etablerte kulturen.

Mange av tiltakene som prøves ut er relativt nye i nasjonal sammenheng. For eksempel er utprøving av velferdsteknologi fortsatt i en tidlig fase. Det vil være nødvendig å justere kursen på grunnlag av erfaringer som gjøres i Brønnøy kommune og andre kommuner.

Fortsatt styrking av hjemmetjenesten

Det er fortsatt nødvendig å *styrke kapasiteten* i hjemmetjenester, slik at enda flere kan få bistand i eget hjem.

Økt satsing på boliger med mulighet for heldøgns bemanning gjør at hjemmetjenestene styrkes, fordi et slikt tilbud regnes som hjemmetjeneste. I praksis vil brukerne i slike boliger kunne få tilnærmet den samme bistanden som beboerne på institusjon.

Videre foreslås det *økt spesialisering*, slik at det kan bli gitt bedre tjenester innen områder som rehabilitering, rus, demens, kreft, lindrende behandling mv. Det bør satses på tverrfaglig organisering i tråd med den omtalte primærhelsemeldingen i kap. 1.2.

Aktivitetstilbud viktig

Kommunens aktivitetstilbud skal bidra til å aktivisere hjemmeboende og til å avlaste pårørende. Gevinster ved samlokalisering er et sterkere fagmiljø og muligheten for å utvikle et mer differensiert tilbud til brukere med ulike behov.

Behov for utvikling av rutiner

Arbeidet i hjemmetjenesten innebærer at ansatte i stor grad arbeider alene. Det er nødvendig med gode rutiner for å sikre en god håndtering av brukere med ulike behov.

Behov for flere fagpersoner

Brønnøy har i dag betydelige problemer med rekrutteringen av fagfolk til helse og

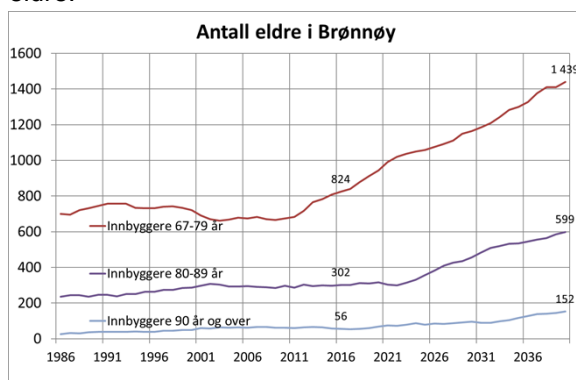
omsorgstjenesten. Behovene for kompetanse og bistand øker i de fleste kommuner, slik at det trolig blir økt mangel på arbeidskraft.

Gode fagmiljø og faglige utfordringer vil kunne bidra til at Brønnøy oppleves som en attraktiv arbeidsgiver, slik at kommunen kan rekruttere tilstrekkelige, kompetente fagfolk.

3.4 Utviklingen i årene fremover

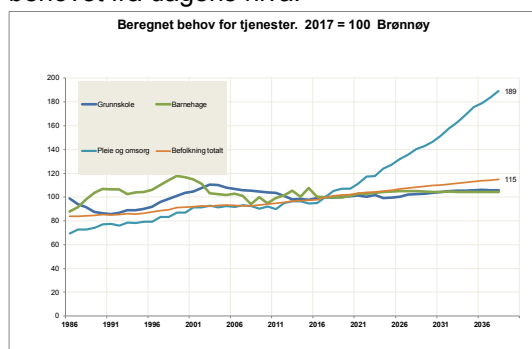
Mange flere over 80 år fra 2022

Økningen i antall eldre i Brønnøy er preget av at de store etterkrigskullene gradvis blir eldre.



Beregninger av behov med dagens praksis

Tjenestebehovet i pleie og omsorg vil øke med nesten det dobbelte fram til 2040 dersom tjenesten løses på samme måte som i dag. De øvrige store sektorene i kommunene vil ikke ha noe særlig vekst i behovet fra dagens nivå.

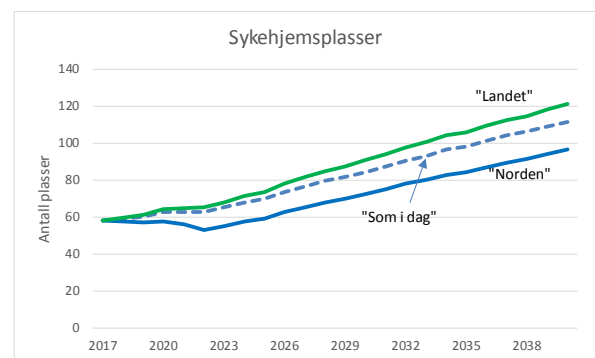


Det er utført beregninger av fremtidig behov for plasser på institusjon. Først er det foretatt en beregning av behovet for institusjon, gitt at dekningen for personer over og under 80 år fortsetter på dagens nivå.

Deretter er det foretatt en alternativ framskrivning som illustrerer hvordan Brønnøy kan planlegge sitt heldøgns tilbud. Boligtilbudet til funksjonshemmede er holdt utenfor beregningene.

Dagens dekning frem til 2040

I 2018 har Brønnøy 58 plasser på institusjon inkludert 2 øyeblikkelig hjelp plasser (jf. tidligere omtale).



I 2040 er det beregnet et behov for 54 flere institusjonsplasser med dagens praksis. Behovet øker allerede fra 2018, og veksten blir sterkere på 2025-tallet.

Kommunen har pr. i dag 51 boliger med døgnbemannning til den eldste delen av befolkningen. Med dagens praksis tilsvarer det et behov for 100 boliger i 2040.

Videreføring av langsiktige trender

Som tidligere omtalt har det skjedd betydelige endringer i tilbudet de siste årene. Nå får flere tilbud hjemme og færre på institusjon, blant annet som følge av strategier og tiltak utviklet i tidligere helse- og omsorgsplan. Tabellen illustrerer hva som kan skje dersom disse trendene fortsetter.

Brønnøy kommune	2017	2018	2022	2026	2030	2040
Sykehjem						
Alternativ 0	58	59	63	74	85	112
Alternativ "Norden"	58	58	53	63	73	97
Alternativ "Landet"	58	60	65	78	91	121
Kommunale boliger med døgnbemanning						
Alternativ 0	51	52	54	65	75	100
Alternativ "Norden"	51	47	23	28	32	43
Alternativ "Landet"	51	46	17	21	24	32
Totalt heldøgns plasser "Norden"	109	105	76	91	105	139

Andelen over 80 år i Brønnøy med et heldøgnsstilbud er høy i nasjonal sammenheng. Derfor er det trolig et stort potensial for ytterligere reduksjon.

Det «nordiske» alternativet gir

- ▶ En samlet dekning for korttids- og langtids plasser institusjon på 10 % i 2022
- ▶ For boliger med døgnbemanning er det lagt til grunn en dekning på 5 % i 2022
- ▶ Det samlede nivået for døgnstilbudet blir omtrent på linje med det som er vanlig i resten av Norden
- ▶ Dekningen i 2022 vil være på linje med de kommunene i Norge med lavest dekningsgrad for innbyggere over 80 år i 2017

Ved valg av en dekningsgrad på et nordisk nivå vil behovet for institusjons plasser og investeringer framover holdes på et lavt nivå. Behovet for plasser tilrettelagt for heldøgns bemanning øker sterkest etter 2030, når de store etterkrigskullene etter hvert blir over 80 år

I 2030 vil det med det nordiske alternativet totalt være behov for 105 heldøgns plasser, omtrent samme antall som kommunen har i 2017.

I alternativ «Norden» vil det ikke bli behov for flere langtids plasser på institusjon før i 2024. Totalt øker behovet til 97 institusjons plasser i 2040.

Distriktsmedisinsk senter vil i nær framtid benytte 5- 6 av dagens institusjons plasser til intermediære plasser. Inkludert KAD- plassene vil det gjenstå 51- 52 institusjons plasser i Brønnøy kommune.

Beregningene er ment som en illustrasjon av en mulig utvikling. I praksis er det usikkerhet knyttet til beregningene. Den faktiske utviklingen vil i stor grad være påvirket av beslutninger som blir foretatt av Brønnøy kommune.

4 Bolig og institusjon

4.1 Boligpolitikk

Boligpolitikk og boligtrapp

Det er vanlig å sortere helse- og omsorgstjeneste i en omsorgstrapp. Laveste trinn i omsorgstrappen er forebyggende arbeid og øverste trinn er institusjon eller tilsvarende tjenester med høy bemanning. Sorteringen danner grunnlag for en tilpasset behandling og oppfølging etter det behovet brukerne har for bistand og omsorg.

Det har også blitt vanlig å bruke begrepet *boligtrapp* som forteller om hvor brukerne av tjenester bor. Utviklingen av en differensiert boligtrapp er altså kjernen i en *boligpolitikk*. Et differensiert botilbud kan gi flere et godt alternativ til institusjon, som kan bidra til at brukerne kan bo lengst mulig i egne hjem.

Husbanken gir tilskudd til *omsorgsboliger med heldøgns omsorg*. Kommunen tilbyr også boliger uten døgnbemanning. Dessuten er det fullt mulig å kjøpe eller leie boliger med mange av de samme egenskapene som en omsorgsbolig.

Et sentralt spørsmål er i hvilken grad eldre skal få tilbud om bolig med døgnomsorg istedenfor plass på en institusjon. En tilsvarende omlegging av tilbudet ble gjort for funksjonshemmede på 1990-tallet.

Brønnøy leier også ut boliger til leietakere mellom 18 og 95 år. 2,2 % av gruppen over 80 år leier kommunale boliger i 2017. I noen av disse boligene har kommunen etablert baser, hvor det blir gitt omsorgstjenester.

En strategi for disse boligene bør også være omfattet av denne politikken.

Kommunale botilbud krever investeringer

Bygging av institusjonsplasser og omsorgsboliger innebærer betydelige investeringer for Brønnøy. Byggingen er også av stor betydning for driftsutgiftene i årene som kommer. Det er viktig å se

utbygging i kommunal og privat regi i sammenheng.

Lettstelte selveide boliger reduserer behovet for kommunal utbygging

I Norge har det vært en betydelig økning i antall personer over 50 år som kjøper ny bolig. Mange ønsker seg lettstelte sentrumsnære boliger med mulighet for sosial kontakt.

Bygging av flere slike boliger reduserer behovet for et kommunalt botilbud til denne gruppen.

Bygging av gode seniorboliger i privat regi kan bidra til at flere eldre kan ta ansvar for egen egnet bolig. Ofte kan det være lurt å flytte inn i slik bolig mens man ennå har god helse.

Noen har ikke nok egenkapital til å kjøpe en ny egnet bolig. Det bør derfor være mulig å leie boliger. Kommunen kan gi råd om hva som finnes av støtteordninger i kommunal og statlig regi, og gi veiledning i forbindelse å ta opp lån på det private markedet.

Byggingen av slike boliger kan gjøres i dialog med private utbyggere. Som planmyndighet kan kommunen stille krav om for eksempel fellesarealer, slik at boligene er egnet. Det er også mulig å vurdere om kommunen skal etablere omsorgsbaser i private bygg, slik enkelte kommuner har gjort.

Bygging i sentrum?

Erfaringen fra andre kommuner har vist at det er viktig å kunne være sosiale og aktive. Eldre flytter ofte til boliger i sentrum for å få dekket disse behovene.

En spørreundersøkelse blant innbyggerne i Brønnøy kan gi informasjon om hvor i kommunen eldre ønsker å bo og hvilke funksjoner eldre ønsker i nærheten av boligen.

Boligsosial handlingsplan 2017- 2021

Formål:

- ▶ Skaffe rimelige og nøkterne boliger til vanskeligstilte, herunder også innvandrere og familiejenforening
- ▶ Utvikle en mer variert boligstruktur / type bolig /boligområde
- ▶ Ta bedre vare på våre boliger og leietakere

Tiltakene i planperioden 2017- 2021:

- Behov for små boenheter- ungdom flyktning
- Behov for avlastningsbolig/leilighet
- Gjennomføre Tautra 2
- Opprettelse av boligkontor
- Treningsleilighet

Planen tar blant annet for seg behov og utfordringer overfor:

- ▶ Personer med nedsatt funksjonsevne
- ▶ Eldre
- ▶ Personer med vansker knyttet til rus og/eller psykiatri
- ▶ Fra leie til eie
- ▶ Flyktninger i introduksjons- og kvalifiseringsfasen

4.2 Kommunal utbygging av boliger med bemanning

Dagens kommunale botilbud i tall

I 2018 disponerer kommunen 58 institusjonsplasser. Institusjonsplassene er fordelt slik: 2 kommunal akutt døgnplasser (KAD), hvorav den ene sengen skal benyttes til pasienter med psykiske lidelser. 16 demens, 2 palliasjon, 8 korttidsplasser/avlastning/rehabilitering.

I dagens bogruppe 4 vil fem faste plasser omgjøres til intermediære plasser på DMS. De øvrige sengeplassene ved avdelingen vil være korttidsplasser.

I 2017 bodde 12,6 % av eldre over 80 år på institusjon. 11,7 % fikk tilbud om bolig med heldøgns bemanning. Tilsvarende andeler for landet var på henholdsvis 12,9 og 3,7 %.

En institusjonsplass i Brønnøy kostet i 2016 i gjennomsnitt 1 184 000 kr i året. Man kan altså tilby mye hjelp i hjemmet til mange brukere for det en plass på institusjon koster.

En plass i en omsorgsbolig med døgnbemanning kan koste fra 200 000 til 700 000 kr i året. Den store variasjonen er et uttrykk for forskjeller i omfanget av bemanning og bistand som blir tilbudt i disse boligene.

Behov for flere kommunale boliger med bemanning

En økt andel eldre med demens samt reduksjon av institusjonsplasser på grunn av etableringen av intermediære senger i dagens areal, vil gi et økt behov for kommunale boliger med bemanning. Jamfør kap. 2.4, sier beregninger noe om et behov for 54 nye plasser fram mot 2040 dersom dagens praksis videreføres.

Boliger bør bygges med mulighet for å tilpasse bemanning til brukernes behov til enhver tid. Det bør være en base med mulighet for heldøgns bemanning, slik at det om nødvendig kan tilbys nattevakt.

En mer differensiert boligtrapp vil kunne bidra til reduserte kommunale utgifter, og dermed en forsvarlig økonomisk drift.

Basen(e) i omsorgsboligene og hjemme-tjenesten bør ses i sammenheng. I denne planperioden planlegges det å utrede Tautra 2 og overgangs/treningsbolig samt en utredning for utbygging av Hestvadet med 18 nye enheter, slik at vi kan imøtekomme fremtidige behov.

Institusjonene har plasser med ulike funksjoner og brukergrupper. De mest aktuelle brukergruppene av langtidsplassene er personer med langt kommet demenssykdom og personer i palliativ fase som ikke får tilbud hjemme. Videre blir det flere eldre funksjonshemmede som også bruker disse plassene.

Brønnøy har også egne plasser til avlastning for pårørende.

Behov for flere korttidsplasser

Korttidsplassene på institusjon er viktige for at brukere skal klare seg lengst mulig hjemme, blant annet etter utskrivning fra sykehuset.

- ▶ Brønnøy har relativt liten andel institusjonsplasser avsatt til korttidsopphold, og mangler et godt tilbud om rehabilitering.
- ▶ Kommunen har i 2017 hatt liten gjennomstrømning på korttidsplassene med lange korttidsopphold og få personer pr plass.
- ▶ I 2018 vil det bli påbegynt et prosjektarbeid med fokus på rehabilitering og bruken av korttidsplasser.

5 Andre tema

5.1 Heltidskultur og kompetanse

Brønnøy kommune ønsker å jobbe systematisk og strategisk med kompetanse for lettere å beholde, utvikle, rekruttere og benytte oss av rett kompetanse. Gjennom bruk av kompetanse og rekrutteringsplan og ved å satse på heltidskultur, vil Brønnøy kommune kunne være i stand til å møte nye utfordringer. En strategisk og systematisk satsing på kompetanse er nødvendig for at kommunen skal kunne lykkes som en god velferdsprodusent.

som driver døgnskategorier.

Status

Samhandlingsreformen gir kommunene flere oppgaver som krever annen og ny kompetanse og som innebærer at det er viktig å holde et høyt kvalifikasjonsnivå slik at tjenestene og brukeren blir ivaretatt. I dag ytes det tjenester innen et bredt spekter, der det kreves kompetanse av ulik art og på ulikt nivå. Den favnes bredt med henhold til oppgaver og tilhørende kompetansekrav fra ufaglærte til universitetsutdannet. I forhold til sammenlignbare kommuner (kostragruppe 11) har vi et høyt antall ufaglært ansatte.

I Helse og omsorg er det mange store stillinger og veldig mange små stillinger. Det er vanlig å bruke gjennomsnittlig stillingsstørrelse som et samlemål for omfanget av deltid. I Brønnøy kommune har rundt to tredjedeler av enhetene en gjennomsnittlig stillingsstørrelse på 60 prosent eller lavere. Det er altså mange små stillinger.

Ved siste måling i 2016 var

- ▶ Gjennomsnittlig stillingsstørrelse på institusjon 50 %
- ▶ Gjennomsnittlig stillingsstørrelse i hjemmebasert omsorg 60 %

Det er de mange små stillingene som byr på utfordringer. Spesielt gjelder dette i tjenester

For å se på mulige løsninger på dette, er det satt i gang arbeid med årsplanlegging og alternative arbeidstidsordninger.

Utfordringer

- ▶ Å rekruttere faggrupper som: leger, ergoterapeut, helsesøster
- ▶ At Samhandlingsreformen gir kommunene flere oppgaver som krever annen og ny kompetanse
- ▶ Mye deltid
- ▶ Høy andel ufaglærte

Hva sier forskningen?

Det er vanlig at etablering av nye arbeidstidsordninger i helsesektoren har som mål at det skal bli mindre ufrivillig deltid, større stillingsstørrelser og flere hele stillinger. Bakgrunnen er at sektoren er preget av mange små stillinger. Etablering av nye turnuser har imidlertid også hatt bredere målsettinger om bedre arbeidsmiljø, bedre tjenester, mindre vikarbruk og bedre ressursutnyttelse. I det følgende gis det en kortfattet oppsummering av forskningen på feltet.

Forskningen på feltet har dokumentert at et høyt omfang av små stillinger fører til svekket tjenestekvalitet og en ineffektiv tjeneste. Samtidig gir små stillinger uverdige ansettelsesforhold for arbeidstakere, som er avhengig av full lønn/pensjon og mer forutsigbarhet.

Små stillinger bidrar til en fragmentert tjeneste og virker direkte negativt inn på tjenestekvaliteten når omfanget er stort. Særlig innen pleie- og omsorgssektoren vil mange av brukerne ha behov for stabile tjenesteutøvere som de kjenner og som kjenner dem. En virksomhet som satser på heltidsstillinger har lettere for å trekke til seg kompetent arbeidskraft og holde på den.

Den vil ha lettere for å utvikle gode fagmiljøer og for å legge opp en tjeneste «med bruker i sentrum». Dermed sikres både kompetent arbeidskraft og en mer brukervennlig anvendelse av arbeidskraften.

Strategier og planer for videre utvikling

- ▶ Beholde
- ▶ Utvikle
- ▶ Rekruttere
- ▶ Benytte

Beholde: Innebærer blant annet å øke stillingsbrøker. Gevinster er behov for færre tjenesteytere og større stillinger. Det er jobbet med en utvikling av heltids kultur i kommunen. Tiltak som skal bidra til økt stillingsprosent er utprøving av alternative arbeidstidsordninger. Det er et mål at gjennomsnittlig stillingsprosent skal øke til 80 prosent, og at det ikke skal utlyses stillinger under 50 prosent. Resultatene skal meldes årlig. For å høste erfaringer er det satt i gang flere tiltak

Utvikle: handler om å skape en lærende organisasjon hvor vi vil legge til rette for faglig og personlig utvikling i form av etisk refleksjon, veiledning, gjennom kurstilbud, hospitering, videre og etterutdanning.

Kompetansekartlegging gjøres via Sticos og årlig vekst og utviklingssamtaler med leder. Det søkes årlig fylkesmannen for midler for kompetanseheving og innovasjonsmidler. Kontinuerlig arbeid med kompetanseplan.

Rekruttere: vil si å ansette personell med den utdanning/kompetanse og motivasjon som kreves for stillingen. Det vil i løpet av våren 2019 bli utarbeidet en rekrutteringsplan.

Benytte: vil her si å organisere arbeidet slik at eksisterende kompetanse kan benyttes av hele organisasjonen, og brukes på en effektiv

måte. Samtidig med at de ansatte skal få anvendt sin kompetanse.

Gjennom disse strategiene vil Brønnøy kommune

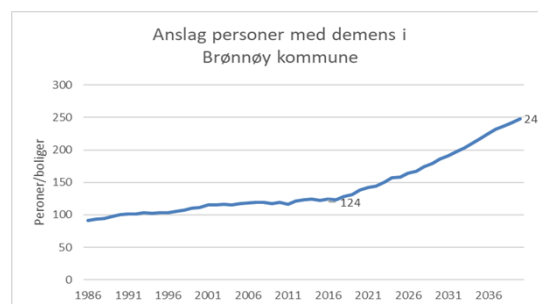
- ▶ Sikre at nødvendig kompetanse er på rett plass til rett tid
- ▶ Gi våre brukere en god og helhetlig tjeneste
- ▶ Være en lærende organisasjon i utvikling
- ▶ Utvikle gode prosjekter som skal over i drift



5.2 Tilbudet til personer med demens

Antall personer med demens i Brønnøy

Det foreligger ingen norske studier av forekomsten av (prevalens) demens i befolkningen. Derimot er det foretatt ulike internasjonale studier av forekomsten av demens i ulike aldersgrupper slik det er vist i tabellen under. Felles for studiene er at forekomsten av demens øker med alderen, og at det er mer enn 40 prosent av eldre over 90 år som har demens. Ellers viser studiene nokså store forskjeller i andelen med demens i de ulike aldersgruppene. Disse forskjellene illustrerer usikkerheten knyttet til en nøyaktig tallfesting av antall demente.



Det er anslått rundt 124 personer med demens i Brønnøy i 2017, jf. figuren over. I perioden fra 1986 til 2017 har antall personer med demens økt med rundt 33 personer. I 2038 vil det være rundt 248 personer med demens i kommunen. Nye medisiner kan bidra til å redusere forekomst/tjenestebehov.

På den annen side vil redusert dødelighet av hjerte- og karsykdom og kreft øke forekomsten av demens. Fysisk aktivitet blir ansett å være et viktig forebyggende tiltak.

Hva sier forskningen?

Det er foretatt en kartlegging av tjenester, kostnader og sykdomsforløp for rundt 2 000 personer med demens i Norge. Resultatet viste at gjennomsnittlig sykdomsvarighet var på 8,1 år, som forskerne har valgt å dele i tre stadier eller faser:

- 1) Fra symptomdebut til diagnosestilling (varighet 3,0 år).
- 2) Fra diagnosestilling til innleggelse på institusjon (varighet 3,0 år).
- 3) Opphold på institusjon (varighet 2,1 år).

Forskerne har kartlagt at 90 prosent av personer med demens mottar hjelp fra pårørende. Når demensdiagnosen blir stilt, yter pårørende i den andre fasen i gjennomsnitt 60 til 85 timer hjelp i måneden. I den tredje fasen på institusjon faller bstanden fra pårørende til 7 timer i måneden. (Sykehuset Innlandet (2015).

Nyere forskning viser at forekomsten av demens går ned og det er mye som tyder på at eldre i den vestlige verden ikke bare får demens senere i livet, men at de også lever kortere med demenstilstanden.

Tilbud i de to første fasene kan bidra til at de pårørende kan bistå lenger. Stabilitet og trygghet er viktig for å kunne være hjemme. Tiltak som avlastningsplasser, dagsenter og bokollektiv avlastar pårørende og utsetter innlegging på institusjon. For kommunen kan utgiftene til økt satsing på slike tiltak føre til en større reduksjon i utgiftene til de dyre institusjonsplassene.

Ofta vil 80 prosent av pasienter på institusjon ha demens, men få har behov for et skjermet tilbud. Velferdsteknologi blir et nyttig hjelpemiddel i stadium to og tre. Lokaliseringsteknologi og ulike sensorer vil være til stor hjelp.

Innsatsområder i Brønnøy kommune

1. I tidsløpet fra symptom til diagnose:

Styrke samarbeid med fastleger og hukommelsesteamet slik at utredningsfasen kortes ned og diagnose settes:

2. I tidsløpet fra diagnose til innleggelse:

Øke kompetansen i hjemmetjenesten med fokus på personsentrert omsorg slik at brukerne kan få mulighet til å bo hjemme så lenge som mulig.

Fokus på fleksible avlastningstiltak og opprette bokollektiv/heldøgns omsorgsplasser tilrettelagt for personer med demens.

Informasjon til offentlig ansatte, butikkansatte og ansatte i transportnæringen.

3. Under opphold på institusjon:

Økt kompetanse blant ansatte i demensavdeling og opprette forsterket skjermet enhet evt. i samarbeid med nabokommuner

For å sikre best mulig livskvalitet hos personer med demens, bør innsatsen rettes mot å støtte gode relasjoner, sosialt engasjement og hverdagslige funksjoner, samt tiltak mot dårlig fysisk og psykisk helse.

Strategier:

- ▶ Helhetlig pasientforløp for personer med demenssykdom, fra sykdomsdebut til livets slutt.
- ▶ Velferdsteknologi og lokaliseringsteknologi utredes for personer med demenssykdom.
- ▶ Tydelig pårørendestrategi, herunder avlastningstilbud og pårørendeoppfølging.
- ▶ Kompetanseheving av ansatte i helse og omsorg.

5.3 Digitalisering og velferdsteknologi

Hva er velferdsteknologi?

Helsedirektoratet definerer begrepet som følger: «Velferdsteknologi er først og fremst teknologisk assistanse, som skal understøtte og forsterke brukernes trygghet, sikkerhet, mobilitet, samt å muliggjøre økt fysisk og kulturell aktivitet.» Det er også vanlig å bruke begrepet om teknologi som kan gjøre det lettere for kommunen (og andre) og tilby velferdstjenester.

Helsedirektoratet sier videre at «*Bruk av velferdsteknologiske løsninger 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.*»

Nasjonale anbefalinger

Gevinstene er tydelige ved bruk av velferdsteknologiske løsninger i kommunene, og Helsedirektoratet anbefaler at kommunene vurderer å innføre følgende løsninger:

- ▶ Lokaliseringsteknologi (GPS)
- ▶ Elektronisk medisineringsstøtte (elektronisk medisindispenser)
- ▶ Elektroniske dørlåser (e-lås)
- ▶ Digitalt tilsyn
- ▶ Oppgraderte sykesignalanlegg/pasientvarslingssystem
- ▶ Logistikk-løsning for mer optimale kjøreruter og bedre kvalitet på tjenester
- ▶ Digitale trygghetsalarmer
- ▶ Responstjenester
- ▶ Tekniske krav til trygghetsteknologi

Nasjonalt velferdsteknologiprogram har lagt frem en ny rapport i 2017, som slår fast at velferdsteknologi gir økt trygghet for brukerne og bedre kvalitet i tjenesten. Rapporten viser også at når teknologi og tjenester er godt tilpasset brukerens behov, gir de økt opp-

levelse av mestring, trygghet og selvstendighet for brukerne som mottar tjenesten.

Brønnøy kommune sine tanker rundt innføring av velferdsteknologi:

Fagpersoner fra helsesektoren og IT siden har det siste året jobbet mye med å kartlegge behovet for å innføre velferdsteknologi og hvilke utfordringer vi står ovenfor i dag og i årene som kommer.

Brønnøy kommune ønsker å innføre velferdsteknologi fordi:

- ▶ Det blir flere og flere eldre innbyggere i årene som kommer
- ▶ Folk ønsker å kunne bo lenger hjemme
- ▶ Det tilrettelegges for å være sjef i eget liv og for et enklere liv
- ▶ Vi ønsker å gi bedre trygghet for både bruker og pårørende
- ▶ Vi ønsker mer effektivisering i helse- og omsorgstjenestene
- ▶ Vi ønsker bedre kvalitet på tjenestene
- ▶ Vi ønsker en bedre samhandling på tvers av fagområdene innen helsesektoren, for eksempel mellom lege, hjemmesykepleie og fysioterapi.

Utfordringer

I Brønnøy er utfordringsbildet blant annet at elektroniske løsninger for samling, systematisering, tilgjengeliggjøring og oppdatering av informasjon til og fra underliggende systemer, ikke er tilstrekkelig. Et eksempel: Lege, hjemmesykepleie, fysioterapi og sykehus jobber i ulike system og det er ingen automatisk dataflyt mellom de ulike systemene. Dette medfører at det blir svært liten effektiv samhandling mellom de ulike faggruppene. Det er papirarbeid som lagres i permer i stedet for i et datasystem, og dokumenter skannes og lastes inn i programmene som brukes i etterkant. Hjemmebaserte tjenester har ingen mulighet til å skrive og lagre data om pasienten direkte på stedet. Rapporter må

skrives i etterkant, og det er få maskiner tilgjengelig.

Implementering av velferdsteknologi og utnyttelsen av de mulighetene som teknologi kan tilby av nye løsningene er tidkrevende. Erfaring sier at det å etablere velferdsteknologi i omsorgstjenestene kan være utfordrende. Prosessen krever både ressurser, tid og en kontinuerlig forankring. Det er nødvendigheten med forankring på alle nivå, både politisk, administrativt, og på nivået til ansatte, innbyggere og fagfolk som gjennomfører prosjektet for å lykkes.

Innføring av velferdsteknologi krever langsiktig og koordinert planlegging. Manglende kompetanse, for eksempel hos dem som bestiller og drifter helsetilbudet og kommunenes økonomiske handlingsrom, kan i en slik prosess virke hemmende.

Kommunen har frihet til å drive nyskapning, men innføring av velferdsteknologi krever både økonomisk støtte og metodeutvikling.

Strategier og planer for videre utvikling

- ▶ Implementering av velferdsteknologi og utnyttelsen av de mulighetene som teknologi kan tilby.
- ▶ Tilrettelegge for en enklere hverdag.
- ▶ Øke den digitale kompetansen til helsepersonell.
- ▶ Innføre digitale løsninger som kan hjelpe oss å jobbe på en smartere, mer hensiktsmessig og effektiv måte.

Brønnøy kommune vil satse på innovative og fremtidsrettede teknologiske løsninger for å øke kvaliteten i helsevesenet, og med dette legge til rette for at brukere i større grad kan

mestre egen helse og egenomsorg. I 2017 startet vi derfor prosjekt Velferdsteknologi.

Digitalisering handler om å endre organisasjonen og måten å jobbe på gjennom innføring av nye digitale løsninger eller bedre utnyttelse av eksisterende løsninger. Digitalisering omfatter endringer i prosesser, tjenester organisasjon og teknologi. For at overgangen fra prosjekt til drift skal gjennomføres profesjonelt, er det viktig å ha nødvendig kompetanse slik at vi reduserer risiko og slik at planlagte gevinster realiseres. Løsninger må ivareta personvern og informasjonssikkerhet.

Vi ønsker å innføre en digital løsning som kan hjelpe oss å jobbe på en smartere, mer hensiktsmessig og effektiv måte.

Vi ønsker å utstyre alle pleiere innen helse og omsorgsektoren med en mobil enhet. Den mobile enheten skal ha et program/applikasjon som kan motta alarmer, og den ansatte som befinner seg nærmest pasienten som utløste alarmen skal motta alarmen først. Via den mobile enheten vil den ansatte få tilgang til fagsystemer og nødvendig informasjon.

Det er ønskelig den nye løsningen skal kunne ta imot alarmer fra for eksempel:

- ▶ Sykesignalanlegg
- ▶ Telefonisystem
- ▶ Luftmåling, bevegelse, temperatur, lys
- ▶ Helseapplikasjoner som for eksempel puls, treningsdagbok
- ▶ Pasient reisesystem
- ▶ Skjemaløsning for søknader

5.4 Legetjenesten

Status

Kommunenes legetjenester omfatter allmennmedisinsk individ- og grupperettet kurativt arbeid i både fastlegeordningen og i kommunehelsetjenesten, samt samfunnsmedisinsk arbeid i kommunene og i samhandlingsarenaer mot eksterne samarbeidspartnere.

Legetjenesten i Brønnøy består av 10 årsverk fordelt på fastleger, kommuneoverlege, helsestasjonslege og institusjonslege. Alle legene i Brønnøy ble kommunalt ansatt i 2011. Legesenteret består av fastlegekontor, legevakt, laboratorium og ekspedisjon.

Fastlegene har 1025 listepasienter på full liste. De kommunale oppgavene fordeles på fastlegene og alle legene deltar i tillegg i legevakt. Fastlegene har legevaktberedskap (ikke stasjonær legevakt) og deltar i legevaktsamarbeid med Sømna. Det er stor avstand til sykehus noe som medfører stor aktivitet på legevakt.

Brønnøy kommune er en av fire kommuner i Nordland med egen laboratorium tilknyttet legekantoret. Dette gir raskere svar på blodprøver og raskere iverksetting av behandling og kan i noen tilfeller føre til at innleggelse i sykehus unngås.

Utfordringsbilde

Det har de senere årene vært vanskelig å rekruttere og beholde leger i Brønnøy kommune. Det er noe uklart hva som er årsaken til dette.

Brønnøy kommune la om driftene fra privatpraktiserende leger til kommunale ansatte leger i 2011. Til tross for dette har vi samme utfordringsbilde. Noe av forklaringen kan være stor avstand til sykehus, noe som bidrar til høy belastning på lege og legevakt. Stabilitet er viktig for å opprettholde kvaliteten hos legene.

Strategier i Brønnøy kommune

Kommunen har en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten. Kommunen er selvstendig pålagt å ha en plan for legetjenesten.

Det utarbeides en plan for legetjenester i kommunen, som omfatter nåværende status for fastleger, kommuneoverlege og andre kommunale oppgaver (institusjonslege, helsestasjon, m.fl.), samt forventninger til utvikling på bakgrunn av demografiske og helsepolitiske/administrative utfordringer.

Planen skal bidra til en forsvarlig dimensjonering av allmennlegetjenesten og anslå rekrutteringsbehov for de kommende 8 årene. Den skal bidra til kvalitetsutvikling av og til helhetstenking for legetjenester i kommunene.

Vår forventning til planen er at den vil øke fokus på **å bidra til god helse for folk flest i kommunene.**

5.5 Rehabilitering- habilitering (ReHab) og Hverdagsmestring

1. mai 2018, trådte det i kraft en ny definisjon av rehabilitering og habilitering, jfr forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator §3

«Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasients og brukers livssituasjon og mål. Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak. Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive 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».

Status

I dag har Brønnøy kommune mange «små tjenester» som drives separat, herunder Frisklivssentral, Hverdagsrehabilitering, frivillighetskoordinator og prosjekt forebyggende hjemmebesøk. I tillegg er fysio- og ergoterapitjenesten med både kommunalt ansatte og selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter sentral i rehabiliteringsarbeidet.

Tjenestekontor/Koordinerende enhet (KE)

tilrettelegger for helhetlige og koordinerte tjenester på tvers av fag, nivåer og etater. På systemnivå følger de opp Individuell plan, koordinator og ansvarsgrupper rundt en del brukere, spesielt gjelder dette gruppen under 18 år som har sammensatte behov.

Hverdagsrehabilitering gikk fra prosjekt til drift i 2017 og har stått for en fokusdreining fra kompenserende hjelp til aktiv deltagelse. I stedet for «Hva er problemet du trenger hjelp til?» spør man brukerne «Hva er viktige aktiviteter i livet ditt som du ønsker å mestre?». Helse og ressurser vektlegges i kartlegging og tiltak, fremfor sykdom og

begrensninger og mestring av daglige aktiviteter og brukerens egne mål står sentralt.

Frisklivssentralen er organisert under fysioterapitjenesten og tilbyr individuell og gruppebasert veiledning innenfor fysisk aktivitet, kosthold og tobakksslutt. Kjernetilbudet er Frisklivsresepten og ulike treningsgrupper.

Ergoterapi og hjelpemiddelteknikk er marginalt bemannet. Mange oppgaver blir derfor skjøvet over til hjemmetjenesten. For å kunne ivareta et bedre forebyggende og rehabiliteringstilbud må det tilføres.

De øvrige tjenester vil beskrives under egne punkt i planen.

Følgende prosjektet er startet opp i 2016/17/18

- ▶ **Forebyggende hjemmebesøk** foretar kartlegging og driver informasjonsarbeid med hjemmeboende eldre på 75 år som ikke mottar helse- og omsorgstjenester.
- ▶ **Velferdsteknologi** er nærmere beskrevet under punkt 4.3.
- ▶ **Rehabilitering og mestring** skal jobbe med rutiner for bruk av korttids- og KAD-plasser som tiltak før, istedenfor og etter opphold i spesialisthelsetjenesten, basert på sammenhengende pasientforløp. I denne vil strategier og tiltak for videre utvikling av habiliterings- og rehabiliteringstjenestene utdypes. Prosjektet reviderer og ReHab plan for kommunen.

Utfordringsbildet

Stortingsmelding nr 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen trekker frem tre hovedutfordringer for helse og omsorgstjenester, som også er relevant for Brønnøy kommune:

- ▶ Pasientens behov for koordinerte tjenester ivaretas ikke godt nok
- ▶ Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom

- Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

Individuell plan og koordinatarbeid er tiltak som styrker både hverdagsmestring og rehabiliteringstjenestene, men som i dag ikke alltid fungerer etter intensjonen.

Konsekvensen er manglende koordinering og samhandling, noe som har negative effekter for brukerne. Hverdagsmestrings-, rehabiliterings- og habiliteringsstrategien i kommunen er primært rettet inn mot helse- og omsorgssektoren, men kan ikke lykkes uten et nært tverrfaglig og tverrtjenstlig samarbeid.

Organiseringen med mange små tjenester som jobber hver for seg innenfor et overlappende arbeidsfelt og med til dels samme brukergruppe, gir både utfordringer for samhandling, men hindrer også koordinerte, helhetlige forløp.

Liggetid på korttidsplassene er per i dag høy, og dette skyldes flere forhold. En del av pasientene som innvilges korttidsplass har ikke reelt rehabiliteringspotensiale, og kommer etter hvert over på langtidsvedtak. For pasientene med rehabiliteringspotensiale mangler det gode rutiner for mottak og tidlig målsettingsarbeid og igangsetting av tiltak.

Det er behov for bedre tverrfaglig samarbeid, og det mangler ergoterapeut inn i tverrfaglige team. Et tett tverrfaglig samarbeid utfordres av at korttidsplassene spres i institusjonen heller enn å samles på bognr. 4. Noen av pasientene kunne hatt bedre muligheter til å mestre å bo videre i egen bolig dersom rehabiliteringen ble gitt utenfor institusjon.

Det er fremdeles for lite fokus og kapasitet i det forebyggende arbeidet. Frisklivssentralen gir i dag tilbud innenfor levevaneområdene, men bør videreutvikles med mer tverrfaglig bemanning og økt kapasitet for å kunne

favne bredere enn tiltak knyttet til fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. Forebyggende hjemmebesøk har fokus på dialog med 75 åringer til i selv i større grad å ta ansvar for egen alderdom ift til å tilrettelegge egen bolig, investere i venner og sosialt nettverk og å opprettholde best mulig funksjonsevne gjennom et aktivt liv. Det har vært meget gode tilbakemeldinger fra brukergruppen og tiltaket bør over i drift.

Samhandlingsreformen har gitt kommunen større ansvar for rehabilitering, og dette har gitt økt trykk hverdagsrehabilitering og på det polikliniske fysioterapitilbudet med lang ventetid til fysioterapibehandling som konsekvens. Med presset kapasitet er det behov for tiltak for å sikre riktig og rettferdig fordeling av tjenesten.

Strategi

I tråd med satsning på tverrfaglig organisering må vi se på organisering av hverdagsmestrings- og rehabiliteringstjenestene.

Samorganisering av de ulike tjenestene vil gi mer robust bemanning med mer tverrfaglighet ved at fagressursene vi har benyttes best mulig. I tillegg er det behov for å rekruttere fagkompetanse som mangler, herunder ernæringsfysiolog, ergoterapeut som arbeider med rehabilitering i og utenfor institusjon.

Et tverrfaglig **mestringsteam** som kan følge brukeren både før, i institusjon og etter hjemreise vil gi et bedre og mer effektivt tilbud.

En økt satsning på gruppebaserte tilbud vil både øke kapasiteten i tjenestene ved å gi tilbud til flere, og samtidig inkludere sosialt fellesskap i tiltakene.

Det må opprettes lærings- og mestringstilbud, både som forebyggende tiltak og som del av rehabiliteringstilbudet.

5.6 Tjenester til brukere med psykisk utviklingshemming

I henhold til Stortingsmelding 45- «Frihet og likeverd om mennesker med utviklingshemming» er betegnelsen utviklingshemming beskrevet som følger:

Utviklingshemming er en samlebetegnelse for en rekke ulike tilstander som medfører en kognitiv funksjonsnedsettelse. Det er store variasjoner mellom de personene som har diagnosen utviklingshemming, både når det gjelder årsak til funksjonsnedsettelsen, kognitiv funksjonsevne og fysisk funksjonsevne. Det er derfor vanskelig, og ofte lite ønskelig, å behandle personer med utviklingshemming som en samlet gruppe. En kognitiv funksjonsnedsettelse utløser likevel noen særlige behov og reiser noen problemstillinger som kan være felles for personene som har denne formen for nedsatt funksjonsevne.

Status

Tjenesten som yter bistand hos mennesker med utviklingshemming blir i hovedsak ivaretatt av Miljøterapi-tjenesten. Det ytes miljø-tjenester hos hjemmeboende med utviklingshemming og tre boliger er heldøgns bemannet. Hjelpen inneholder ADL trening og praktisk bistand og opplæring.

Det er registrert 74 personer (0-100 år) med psykisk utviklingshemming i kommunen. Av disse har ca. 50 personer hjelp av Miljø-tjenesten ukentlig. Kommunen tilbyr avlastning.

Det er etablert et tilrettelagt dagtilbud (HIAS), for psykisk utviklingshemmede som tilbyr aktiviteter som husflid, snekker avdeling, kantine og vaskeri. Tilbudet blir benyttet av 21 personer.

Brønnøy var tidligere vertskommune for to institusjoner Helgelandsheimen og Brønnøytunet. Noen få av brukere er fortsatt bosatt i Brønnøy kommune.

Utfordringsbildet

- ▶ Vi har per i dag ingen ledighet i heldøgns bemannede boliger og bør i løpet av en 20 års periode planlegge 14 boenheter. Dette er basert på tall fra Boligsosial handlingsplan, der vi har et estimert antall barn med utviklingshemming under 18 år.
- ▶ Endring i diagnosebildet. De siste årene har vi sett en klar endring i diagnosebildet hos brukergruppen som mottar tjenester fra Miljøterapi-tjenesten. Utfordringen ligger i å tilby riktig kompetanse og rett type hjelp. Det er også utfordringer knyttet til å finne tilstrekkelig gode boforhold.
- ▶ Flere av våre unge tjenestemottakere har lav boevne. Det vil si at de ikke evner å ivare et hjem på en tilstrekkelig måte. Det kan være utfordringer i forbindelse med økonomi, praktiske oppgaver i hjemmet, strukturere hverdagen (komme seg opp om morgenen, gå på jobb/skole, få nok søvn), personlig hygiene.
- ▶ Aktivitetstilbud. Selv om det finnes et dagsenter som flere av brukerne kan benytte seg av, er det en stor andel utviklingshemmede som pr i dag ikke har et arbeids/aktivitetsrelatert tilbud.

Strategi

- ▶ Økt tverrfaglig samarbeid, spesielt rettet inn mot brukere med komplekse diagnosebilder.
- ▶ Utrede organiseringen av de ulike tjenestene.
- ▶ Kartlegge omfanget av behovet/ønsket om å være i aktivitet/arbeid hos brukerne det gjelder.
- ▶ Brukermedvirkning og holdningsskapende arbeid.

5.7 Tjenester til brukere med psykiske helseplager og ruslidelser

Status

Rus og- psykisk helsetjeneste er et lavterskeltilbud til alle i Brønnøy kommune, både for barn, ungdom og voksne, med forskjellig grad av rus og psykiske problemer. Oppdraget er å fremme psykisk helse.

Tjenesten utfører samtaler, støtte, råd og veiledning. Nødvendig hjelp og oppfølging ut i fra utfordring og problematikk hos bruker. I tillegg til motivasjonsarbeid og bistand.

Tjenesten drifter også dagsenter. Målet er å gi hjelp til selvhjelp, slik at pasienter kan mestre sitt eget liv i lokalmiljø, på tross av sine helseplager.

ROP-ung er et helsetilbud for barn og ungdom med lette til moderate psykiske vansker. Det kan handle om tristhet, angst, uro, konsentrasjonsvansker, sinne, tankeproblemer, ettervirkninger etter ubehagelige hendelser, vansker i forhold til kropp og mat, forstyrret søvn eller rusproblemer. Det kan også dreie seg om vanskeligheter i relasjon til andre mennesker. ROP-ung tilbyr én-til-én-samtaler for de som har det vanskelig. I samtalen tas det alltid utgangspunkt i det de selv opplever som viktig for seg.

Tjenesten hadde i 2017 i snitt 200 brukere. Kjønnfordelingen var 90 menn og 165 kvinner.

Dagsenteret har ca 40 brukere i alderen 30 til 90 år, antall besøk varierer.

Tjenesten arbeider i henhold til helse og omsorgstjenesten loven og veilederen «sammen om mestring».

Veilederen beskriver tre hovedforløp

- ▶ Hovedforløp 1 er milde og kortvarige problemer.
- ▶ Hovedforløp 2 er kortvarige og alvorlige problemer/lidelser og langvarige og milde problemer/lidelser.
- ▶ Hovedforløp 3 er alvorlige og langvarige problemer/lidelser.

Utfordringsbildet

Det blir stadig flere krevende og tunge brukere. En utfordring er særlig arbeidet med hovedforløp 1, fordi arbeidet med de andre hovedforløpene tar mye tid og ressurser. Det medfører at brukere med milde og moderate psykisk vansker/lidelser får ikke hjelp raskt nok og ventetiden blir lang. Tidlig innsats øker mulighetene for å forebygge/avverge et langvarig sykdomsforløp.

En stor utfordring for brukergruppen i hovedforløp 3 er at det er lite boliger med baser i nær tilknytting. Flere av brukerne har behov for miljøterapi og botrening i tillegg til oppfølging og behandling.

Medikamenthåndtering er en utfordring fordi tjenesten bruker store ressurser på det. Hovedutfordringene er samarbeid, samhandling og koordinering mellom tjenester som trengs inn i arbeidet med brukergruppen. Rolleavklaring og tydelig definering av ansvarsområder for oppfølging av denne brukergruppen er nødvendig. Bruker skal ha et sømløst og riktig tilpasset tjenestetilbud, slik at de kan mestre og leve det livet de selv ønsker. Tilbudet skal bygges opp og primært gis i nærmiljøet og i kommunen

Strategi

- ▶ Utvikling til en mer recoverybasert tilnærming, med fokus på mestring og egne ressurser.
- ▶ Den enkelte bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud med samhandling mellom helse, oppvekst og spesialisthelsetjenesten.
- ▶ Forebygging og tidlig innsats blant barn og unge, med mer tilstedeværelse på deres arenaer.
- ▶ Videreutvikle ROP-ung og tjenestens tilbud til barn og unge med flere virkemidler og tiltak. I tillegg se på muligheten for en barneansvarlig for arbeid med barn som pårørende til personer med psykiske lidelser og/eller rusproblematikk.

5.8 Sosiale velferdstjenester

Status

I Norge har vi tilgang til mange velferdstjenester vi som borgere tenker er helt naturlig og tar som en selvfølge. Fra fødsel der mor/far mottar fødselspenger og barnetrygd for å være hjemme med sine små til tjenester man mottar i slutten av livet i et institusjon. Kommunen tilbyr barnehageplass og utdanning. Trenger du i løpet av livet helse- eller omsorgshjelp stiller kommunen med legehjelp, helsestasjonstjeneste og psykiatritjeneste. Dette går i parallelt løp og tilbys ved siden av din utdanning og jobb. For å kunne nå tjenestene legger kommunen til rette med områder du kan bo og vei slik at du kommer dit du må.

Staten stiller også opp med supplerende tilbud til kommunens tjenester i folks nærhet. Videreutdanning, kommunikasjonsmuligheter, politi og rettsvesen.

Lokalt har kommunen et samarbeid med staten om å drifte et lokalt NAV-kontor. Kommunen har ansvar for de sosiale tjenestene i NAV-kontoret. Lover og forskrifter fastsetter hvilke tjenester og tiltak kommunene har ansvar for; å fremme økonomisk og sosial trygghet, bedre levekårene for vanskeligstilte, bidra til økt likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer.

NAV-kontoret er tuftet på likeverdig partnerskap mellom stat og kommune og skal yte både statlige og kommunale arbeids- og velferdstjenester.

Det lokale partnerskapet har handlefrihet til å finne løsninger for NAV-kontoret som er tilpasset lokale behov og utfordringer. Det gjelder, for eksempel, hvilke kommunale tjenester som skal legges inn i NAV-kontoret, og hvordan kontoret skal ledes. Hvilke sosiale tjenester som tilbys er opp til det lokale partnerskapet å avgjøre.

I følge Lov om sosiale tjenester i NAV skal kontoret som minimum tilby

- ▶ økonomisk sosialhjelp
- ▶ kvalifiseringsprogrammet
- ▶ generell rådgivning og veiledning
- ▶ økonomisk rådgivning
- ▶ individuell plan
- ▶ midlertidig husvære

I tillegg betjener NAV-kontoret lokale tjenester for Husbanken innen bostøtte, startlån og tilskudd.

NAV-kontoret har også har ansvar for de statlige arbeids- og velferdstjenestene. Arbeid, trygd og pensjon og stønader knyttet til de forskjellige ordningene. Arbeids- og velferdsdirektoratet omsetter politiske føringer til praktisk handling. Arbeids- og velferdsdirektoratet er også fagdirektorat for de kommunale sosiale tjenestene.

Utfordringer

For stønadsmottakere av kommunale ytelser sosialstønad og kvalifiseringsprogrammet (KVP).

- ▶ brukere går lenge på økonomisk sosialhjelp, spesielt brukere over 25 år
- ▶ høy andel unge brukere under 25 år mottar sosialhjelp
- ▶ mange brukere må ha økonomisk rådgivning
- ▶ mange henvendelser om startlån der søker ikke har betjeningsmulighet at nødvendig lånestørrelse på grunn av egne inntekter
- ▶ mange unge uføre

Funnene er også i samsvar med stønadsnivå for statlige ytelser. Vi har ligget over fylkessnitt i arbeidsledighet og sykefravær siste år. Vi ser at skole gir mye leksehjelp og har lavere avgangskarakterer ifht landet og frafall i videregående skole ligger fortsatt

høyt. Utdanningsnivået i kommunen er også under landssnitt.

Kommunen har en høy sysselsetting innen off. administrasjon, undervisning og helse opp mot 47%. Dette innebærer at de som sysselsettes må inneha fagutdannelse eller høyere utdanning. For de som ikke har utdanning er det derfor mindre sjanser for å skaffe seg jobb og opprettholde egen forsørgelse. NAV-kontoret ser dette gjennom oppfølging av brukere der vi bruker mye høyere andel statlige tiltak som arbeidspraksis enn gjennomsnittet i fylket.

Hovedgrep

NAV-kontoret har omorganisert oppfølgingen av alle brukere. Brukere skal som mål få en saksbehandler å forholde seg til i sin sak uavhengig statlig-kommunal stønad.

Kontoret organiserer opp eget team som skal jobbe med oppfølging av sykefravær i tett samarbeid med NAV Arbeidslivssenter. Spesielt mål om å komme tettere på de arbeidsgivere som trenger bistand i oppfølging av egne ansatte.

Kontoret har også styrket innsatsen opp mot økonomiske saker der saksbehandlere dedikeres økonomiske saker og støtter kollegaer. Aktuelle saksbehandlere har søkt etterutdanning på universitetsnivå.

Kontoret er med i et nasjonalt prosjekt innen økonomisk rådgivning med navn «fra – til +» og holder kurs for brukere vi identifiserer i oppfølging, egeninitiert påmelding og som «sommer-/vinterskole» for flyktninger i intro. Fortsetter kjøp av AMO-kurs for fremmedspråklige.

NAV Brønnøy har søkt prosjektmidler for å kunne opprette tett oppfølging for brukere med psykiske lidelser innen individuell jobbstøtte (IPS - Individual Placement and Support)

NAVs strategier i Brønnøy

Figuren under gjengir strategier for NAV i Brønnøy, for prioriterte områder og delområder.

Prioriterte områder og delområder



5.9 Tidlig innsats- plan for barn og unge

Status

Gode oppvekstvilkår og læringsmiljø er avgjørende for at barn og unge skal ha god helse.

Forskning viser til at grunnlaget for god helse gjennom livet blir lagt i fosterstadiet og i tidlig barndom. Barn og unges fysiske og psykiske helse blir påvirket av erfaringene og livsstilen til foreldrene. Helsefremmende arbeid gjennom god oppfølging av gravide, barn og familie er derfor viktig og det er en god investering for framtiden. Barn har rett til nødvendig helse- og omsorgstjenester.

Plan for helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsestasjonstjenesten er organisert i oppvekstsektoren og er underlagt barne- og familiesentret. «Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten» og ny faglige retningslinje for helsestasjonen, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom, med flere regulerer arbeidet og setter minimumskrav for driften av kjerneområdene. Tjenesten har blitt styrket bemanningsmessig de senere år. Det er stor etterspørsel etter helsesykepleier og lege både i skolehelsetjenesten, og i helsestasjon. Det er etablert et godt tverrfaglig samarbeid med blant andre kommunepsykolog og LOS. Helsestasjonen har opprettet egen facebook side og legger ut forskningsbasert informasjon.

Svangerskapsomsorgen

Brønnøysund helsestasjon kjøper 75% jordmortjenester fra Helgelandssykehuset.

Jordmortjenesten skal tilby svangerskapsundersøkelser til alle gravide som bor i Brønnøy kommune og som ønsker oppfølging av jordmor. Det gis individuelt tilpasset oppfølging i forbindelse med svangerskap, veiledning og rådgivning i forbindelse med svangerskap, fødsel og

barseltid. Dette omfatter også prevensjon, samliv og foreldreveiledning.

Jordmortjenesten samarbeider med kvinnens fastlege. Oppfølgingen i svangerskapet deles mellom lege og jordmor. Jordmor henviser til og samarbeider med andre kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten ved behov. Jordmortjenesten skal gi tilbud om utvidet støtte og hjelp ved behov.

Det er egen fagplan for svangerskapsomsorgen

Helsestasjonstjenesten 0-5 år

Helsestasjon er et lavterskeltilbud.

Alle barn mellom 0-5 år og deres foresatte som bor fast eller oppholder seg midlertidig i Brønnøy kommune har rett på helsestasjonstjeneste.

Helsestasjonen skal tilby vaksinasjon og foreldreveiledning om barns utvikling. Helsestasjon skal iverksette tilbud om utvidet støtte og hjelp ved behov. Helsestasjon skal tilrettelegge for barn og foresatte med flerkulturell bakgrunn. Helsestasjon skal være lett tilgjengelig. Helsestasjon tar kontakt med barnets foresatte innen 2 dager etter hjemkomst. Helsestasjon tilbyr statlig vaksinasjonsprogram for alle barn.

Det er egen fagplan for helsestasjon 0-5 år

Skolehelsetjenesten 6- 20 år

Alle barn og unge i alderen 6-20 år har rett til et tilbud om skolehelsetjeneste. Barnet må gå i enten barne-/ungdomsskole, eller i videregående skole i Brønnøy. Barn på private skoler har også rett til skolehelsetjeneste.

Helsesykepleier har fast kontortid i uken på den enkelte skole. Åpningstiden kan variere fra skole til skole. Skolelegen og fysioterapeut er på helsestasjonen to dager i uka.

Skolehelsetjenesten er basert på et samarbeid mellom elev, foresatt og skolens personell.

Det er utarbeidet egen plan for skolehelsetjenesten.

Helsestasjon for ungdom

Ungdom som har behov for å treffe helsesykepleier og lege i eller etter skoletid kan besøke Helsestasjon for ungdom. Helsestasjon for ungdom er åpen hver tirsdag kl. 14.00-16.00. Tilbudet følger skoleruta. Her jobber helsesykepleier og lege og det er ingen timebestilling. Helsestasjon for ungdom er et gratis tilbud til ungdom mellom 13–24 år og er et supplement til skolehelsetjenesten.

Vaksinasjon og smittevern

Reise- og vaksinasjonskontoret i Brønnøy kommune

Alle som bor i Brønnøy og som skal reise til utlandet kan benytte tilbudet. Priser er etter gjeldene takster. Det tilbys vern mot smittsomme sykdommer og oppgradering av grunnvaksiner ved reiser til utlandet. Vaksinekontoret skal være lett tilgjengelig for timebestilling og rådgivning pr. telefon.

Det er utarbeidet egenfagplan for smittevern

Helsestasjon for flyktninger i Brønnøy kommune

Helsetjenestens formål er å: fremme psykisk og fysisk helsefremmende gode sosiale og miljømessige forhold til alle flyktninger som kommer til Brønnøy Kommune.

Førstegangs helseundersøkelse av alle foretas av lege og helsesykepleier

Det henvises til andre tjenester og/ eller spesialister etter behov.

Det gis individuell oppfølging etter behov v/helsesykepleier. Tolk benyttes ved behov.

Det gis informasjon, råd og veiledning i helsespørsmål og det er samarbeide med andre faggrupper/etater.

Miljørettet helsevern

Miljørettet helsevern omfatter de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Disse omfatter blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer.

Det er kommunen som er vedtaksmyndighet innen miljørettet helsevern. Denne myndigheten er delegert til kommuneoverlegen. Helsestasjonen har delegert saksbehandling i forhold til godkjenning av barnehager og skoler i hht miljørettet helsevern

Det er utarbeidet egen fagplan for miljørettet helsevern

Utfordringsbildet:

- ▶ Det fødes færre barn i Norge, den samme tendensen ses i Brønnøy. Det er fremdeles store kull mellom 5-20 år.
- ▶ Sikre kjernekompetansen for helsestasjonsdriften.
- ▶ Bedre dialog mellom tjenesteleverandørene og sikre overganger – helhetlig tjenesteforløp. Såkalte «stafettholdere».
- ▶ Bedre dialog med lokalsamfunnet.
- ▶ Forebygge risikofaktorer herunder bla;
 - Forebygging av overvekt og fedme
 - Mobbing, netthets
 - Seksuelle overgrep og vold
 - Rusadferd
 - Kriminalitet
 - Psykisk helseplage

