



Hadsel kommune
Et hav av muligheter



Kommunedelplan, plan for omsorgstjenesten i Hadsel kommune 2017 -2026

Jf. plan- og bygningsloven §§ 11-1 tredje avsnitt og 11-2 tredje avsnitt

Vedtatt av kommunestyret den 26/4-2018

Handlingdel kap. 11 er rullert av kommunestyret den 12.12.19 jf. PS 64/19 – Styringsdokument 2020-2023/budsjett 2020.

Navn på framtidig plan:	Kommunedelplan, plan for omsorgstjenesten i Hadsel kommune 2017 -2026
Tiltakshaver:	Hadsel kommune
Lovpålagt plan:	Nei
Lovhjemmel:	Plan- og bygningsloven § 11-1 tredje avsnitt
Oppstartsvedtak:	Vedtak i kommunestyret i sak 8/2017 av 6/4-2017
Vedtak - planprogram:	Vedtak i kommunestyret i sak 32/17 av 22/6-2017
Ettersynsvedtak – forslag til plan:	Vedtak i formannskapet i sak 7/18 av 15/2-2018
Endelig vedtak i kommunestyret:	Den 26/4-2018 i sak 7/2018
Start kommunal saksbehandling:	Februar 2017
Styringsgruppe:	Formannskapet/ planutvalget
Referansegruppe:	Politisk referansegruppe sammensatt av partienes gruppeledere
Arbeidsgruppe:	Marion Celius (arbeidsgruppas leder) Torill Brastad (arbeidsgruppas sekretær) Gry Brun (fagleder Tjenestekontoret) Geir Skog (enhetsleder institusjonsomsorg og miljøarbeidertjenesten) Mariann Glad (enhetsleder hjemmetjenesten) Hans Arne Jenssen (enhetsleder helseavdelingen) Hans Christian Haakonsen (planteknisk bistand) Karoline Rask (HTV/Fagforbundet) Rolf Johansen (repr. fra Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne) Lars Klæboe (repr. fra Eldrerådet)
Saksbehandler:	Torill Brastad
Saksnummer:	17/00979
Adresseinformasjon:	Hadsel kommune, Rådhusgata 5, 8450 Stokmarknes Epost: postmottak@hadsel.kommune.no Tlf.: 76 16 40 00
Forsidefoto:	Hadsel kommune

Innhold

1. Bakgrunn	5
2. Innledning:.....	5
2.1 Hvorfor plan for omsorgstjenesten?	5
2.2 Verdigrunnlaget.....	6
2.3 Målsetting for planen	6
2.4 Planens avgrensning.....	6
2.5. Omsorgstrappa.....	7
2.6 Forventningsavklaringer	8
2.7 Overordnede føringer	9
2.7.1 Lover og forskrifter	9
2.7.2 Statlige føringer	9
2.7.3 Regionale føringer og strategier.....	9
2.7.4 Lokale planer og strategier	9
3. Sammendrag	10
4. utfordringer og utviklingstrekk	11
5. Befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer	12
6. Status og ønsket utvikling.....	14
6.1 Oversikt over institusjonsplasser og plasser i heldøgns bemannede omsorgsboliger pr. november 2017	14
6.2 Forskjellen mellom heldøgnsbemannede omsorgsboliger og sykehjemsplasser	15
6.3 Omsorgsbygg: sykehjem og heldøgns bemannede omsorgsboliger	16
6.4 Struktur.....	17
6.4.1 Bakgrunn.....	17
6.4.2 Arbeidsgruppas anbefaling.....	18
6.4.3 Endringer til arbeidsgruppas anbefaling	19
6.5 Tjenestene	21
6.5.1 Demensomsorg	21
6.5.2 Sykehjem	22
6.5.3 Hjemmetjenesten.....	23
6.5.4 Miljøarbeidertjenesten.....	24
6.5.5 Rus og psykisk helsetjeneste	25
7. Rekruttering og kompetanse.....	26
8. Velferdsteknologi	26

9. Trivsel og livskvalitet - samarbeid med frivillig sektor	27
10. Kommunes politikk innenfor omsorgstjenesten	28
10.1 Hovedmål:	28
10.2 Delmål:	29
11. Handlingsdel	29
11.1 Tiltak 2020-2023	29
11.2 Driftstiltak styringsdokument 2020-2023	31
11.3 Investeringer styringsdokument 2020-2023	32

Vedlegg:

1. Statistikk pleie og omsorg – fra Ståstedsanalyse Hadsel kommune 2017
2. Status omsorgsbygg – Notat fra Hadsel Eiendom
3. Notat fra fagdag – alderspsykiater John William Danenbarger
4. Bygg og omsorgstilbud på Melbu

1. Bakgrunn

Bakgrunnen for planen er å ha et verktøy kommunen kan benytte for å kunne møte fremtidens omsorgsutfordringer på en bedre måte. Dette gjøres ved at planen får et bredere og mer helhetlig perspektiv enn forrige plan. Samtidig skal det fremtidige omsorgstilbudet være både forsvarlig og bærekraftig: På den ene siden skal tilbudet ivareta rettighetene til den enkelte, på den andre siden skal tjenesten være håndterbar for kommunen. Kommunestyret vedtok derfor et planprogram som skulle danne føringer for det videre planarbeidet. Dette arbeidet har ledet frem til denne planen.

2. Innledning:

2.1 Hvorfor plan for omsorgstjenesten?

Hadsel kommunes visjon er «Med mulighetene i fokus skaper vi fremtiden». Målsettingen med omsorgsplanen er at den skal støtte opp under denne visjonen samt de mål og retningslinjer kommuneplanens samfunnsdel setter. Dette gjøres gjennom å legge føringer i omsorgsplanen for planlegging som sikrer et fremtidig forsvarlig og bærekraftig omsorgstilbud.

Omsorgsplanen skal gi grunnlag for planlegging av en omsorgsstruktur som sikrer at brukerne får hjelp til rett tid og på rett tjenestenivå. Planen legger opp til å synliggjøre behovet samt fastslå hvilke mål og strategier som er nødvendige for å sikre brukerne et forsvarlig tjenestetilbud også i fremtiden. I planleggingen må vi også ta med oss samfunnsutviklingen og de rammene vi har og får, slik at planen blir så realistisk og anvendbar som mulig.

Vi vil få en økning av andelen eldre i befolkningen mens antallet i yrkesaktiv alder går ned. Samtidig får vi også stadig flere yngre brukere under 67 år med behov for omfattende tjenestetilbud. Dette er en utfordring for omsorgstjenesten, både i forhold til ressurser og rekruttering av tilstrekkelig fagpersonell.

Omsorgsplanen skal gi en felles forståelse av situasjonen i dag, og de fremtidige utfordringene vi uansett vil møte. Gjennom omsorgsplanen vil vi kunne styre utviklingen på en bedre måte: Struktur og forutsigbarhet vil gi en høyere grad av trygghet. Da har vi imøtekommet plan- og bygningslovens ubetingede krav til forutsigbarhet, langsiktige løsninger og bærekraftig utvikling til beste for den enkelte, samfunnet og framtidige generasjoner. *Omsorgstilbudet må være økonomisk, faglig, strukturelt og bygningsmessig bærekraftig.*

Til slutt er verdt å nevne at omsorgsstrukturen har vært et aktuelt tema for kommunens innbyggere over flere år, spesielt under det årlige arbeidet med kommunens styringsdokument. Kommunens økonomiske situasjon, de påfølgende prioriteringene og konsekvensene av disse er ofte utgangspunktet for gjentakende diskusjoner blant innbyggerne og i det politiske ordskiftet. Dette gjelder særlig strukturendring som gjelde omlegging fra institusjonsbasert til hjemmebasert omsorg med nedbygging av antall langtidsplasser på sykehjem. Gjennom denne planen prøver vi å tenke langsiktig, skape trygghet og forutsigbarhet for innbyggerne – debatt rundt omsorgsområdet vil det fortsatt være, men da har vi noe mer fast å ta utgangspunkt i.

2.2 Verdigrunnlaget

Kommunen legger til grunn følgende verdier:

Verdighet – Faglighet – Samarbeid

Verdighet:

Bruker/pasient skal være i fokus og sikres medvirkning og involvering. Hver bruker/pasient er unik og den enkelte skal møtes med respekt. Verdighet er å få tjenester som er individuelt tilpasset, få hjelp til å kunne være lengst mulig aktiv i eget liv og kunne bruke egne ressurser. Ved å stille spørsmålet «Hva er viktig for deg?» flyttes oppmerksomheten fra sykdom til helse og fra diagnose til hele mennesket.

Faglighet:

Ansatte skal ha faglig kompetanse slik at brukerne/pasientene får tjenester med kvalitet i samsvar med sitt pleie- og omsorgsbehov.

Samarbeid:

Tjenestene skal samarbeide på tvers og på de ulike nivåene slik at bruker/pasienten får sammenhengende og koordinerte tjenester.

2.3 Målsetting for planen

I planstrategien- og i planprogrammet har kommunestyret fastsatt følgende mål for omsorgsplanen:

Kommunen skal sikre et forsvarlig og bærekraftig omsorgstilbud i Hadsel.

Med *forsvarlig* menes at omsorgstilbudet skal være i samsvar med lover og forskrifter (legalitetsprinsippet). Omsorgstilbudet må være økonomisk, faglig, strukturelt og bygningsmessig *bærekraftig*. *Bærekraftig* betyr at ressursene på sikt skal være til stede og på en slik måte at kommunen i størst mulig grad får langsiktige og forutsigbare løsninger.

2.4 Planens avgrensning

Kommunedelplan for omsorgstjenesten 2017-2026 har sine avgrensninger til en rekke planer. I kommunal planstrategi for Hadsel kommune 2016-2019 er det bl.a. besluttet at det skal utarbeides en kommunedelplan for folkehelse, hvor følgende planer innarbeides:

- Eksisterende plan for fysisk aktivitet og naturopplevelser
- Eksisterende handlingsplan for folkehelsearbeidet

- Eksisterende kommunedelplan «Sammen om mestring» - plan for personer med behov for koordinerte og langvarige tjenester
- Plan for universell utforming (ikke laget)
- Eksisterende plan for psykisk helse og rusfeltet 2012-2015

Det er i tillegg besluttet at det skal utarbeides kommunedelplan for frivillighet og kommunedelplan for strategisk boligplan.

En gjør derfor oppmerksom på at omsorgsplanen må ses i sammenheng med øvrige kommunedelplaner. Enkelte tema i omsorgsplanen blir derfor nærmere utredet i ovennevnte kommunedelplaner. Dette gjelder f.eks. rus og psykisk helse, boliger og frivillighet.

2.5. Omsorgstrappa

Verdens helseorganisasjon (WHO) har innført prinsippet om næromsorg. LEON står for Laveste Effektive Omsorgsnivå. Prinsippet går ut på at alt forebyggende og helsefremmende arbeid bør foregå i så nær tilknytning til hjemmemiljøet som mulig. I begrepet næromsorg ligger ønsket om å kunne utnytte de mulighetene og ressursene som en finner i tilknytning til nærmiljø og sosiale nettverk. Prinsippet er nedfelt som en kommunal og fylkeskommunal forpliktelse gjennom gjeldende lovverk og i en rekke offentlige utredninger og planer.

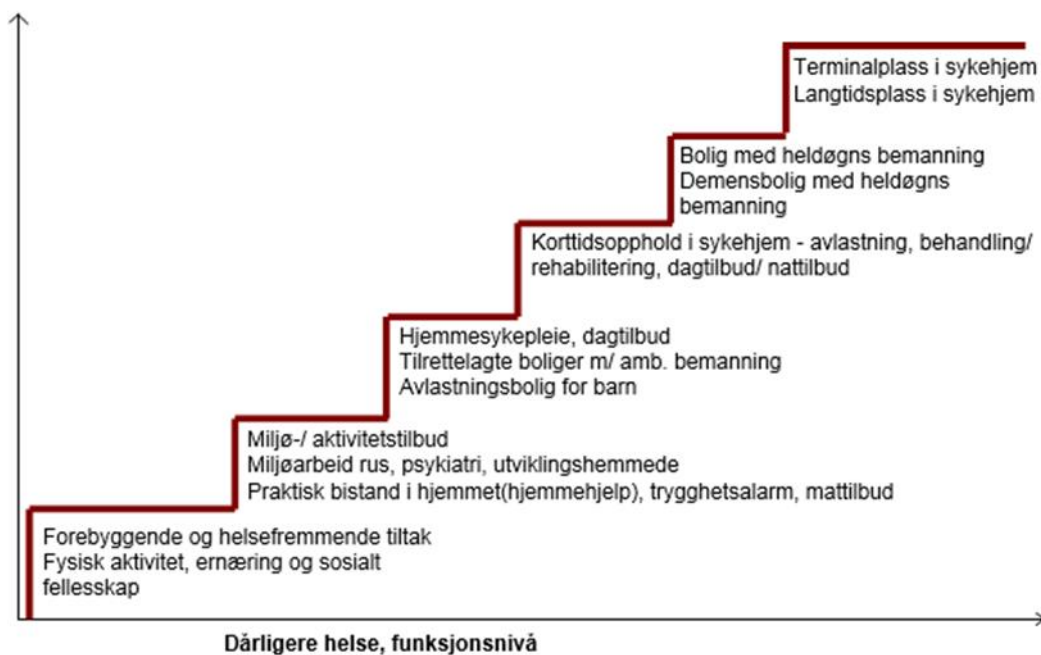
- Pasienten/brukeren skal sikres rett behandling på rett sted til rett tid

Av hensyn til pasienten/brukeren og best mulig utnyttelse av offentlige ressurser, skal tjenestene i størst mulig grad gis på laveste effektive omsorgsnivå.

Beste Effektive Omsorgsnivå (BEON-prinsippet) ble introdusert som begrep i samhandlingsreformen og tydeliggjør prinsippet for ansvarsfordeling mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste. LEON og BEON prinsippet benyttes om hverandre i enkelte offentlige dokumenter¹.

Hadsel kommune bruker lavest effektive omsorgsnivå (LEON)/beste effektive omsorgsnivå (BEON) som prinsipp ved tildeling av tjenester og tiltak i omsorgstrappa. Nedenfor er det ett eksempel på en illustrasjon på omsorgstrappa:

¹ Kilde: Veilder.no



LEON/BEON- prinsippet innebærer at tjenester ikke skal tildeles eller utøves på høyere nivå enn det som er strengt tatt nødvendig ut fra en helsefaglig vurdering. Avvik fra dette prinsippet vil vanligvis medføre at tjenestene får en høyere kostnad enn nødvendig fordi bruker tvinges opp på et høyere omsorgsnivå som de ikke har behov for. Dette kan også medføre tap av ressurser og tilbakegang i funksjonsnivå for bruker/pasient.

Omsorgstrappa viser til at det finnes mange typer omsorgstjenester, og at disse må sees i sammenheng. Omsorgstrappa forutsetter at man anser at mennesker som har behov for omsorgstjenester ikke er like. Den enkelte må vurderes individuelt, og tjenestetilbudet må tilpasses den enkelte. Behovet for hjelp og bistand vil for noen være relativt enkelt og lite, for andre er det snakk om meget omfattende og sammensatte tjenestebehov. Tjenestetilbudet må reflektere den enkeltes behov, og omsorgstrappa viser til en sammenheng der økende behov møtes med økende tjenestetilbud.

Målet skal være at den enkelte skal mestre eget liv i eget hjem lengst mulig. Da må ressursene fordeles slik at det brukes mer ressurser på de lavere trinnene i omsorgstrappa: helsefremming, forebygging og rehabilitering. Det må jobbes mer målrettet med tidlig innsats som kan forebygge og utsette behov for døgntjenester.

2.6 Forventningsavklaringer

Forventningene om hva kommunen kan tilby kan være høyere enn det kommunen kan tilby. Det er viktig at befolkningen får tilstrekkelig informasjon både om hva kommunen kan tilby og hva som forventes av tjenestemottaker. Serviceerklæringer for pleie- og omsorgstjenesten ble vedtatt i kommunestyret 2014. Hovedhensikten med serviceerklæringene er å informere brukere og pårørende om hva de kan forvente av kommunens pleie- og omsorgstjenester. Serviceerklæringer skal gi en beskrivelse av nivå og kriterier for tjenestene.

Ved at det foretas strukturendringer og vridning fra institusjonsbasert til hjemmebasert omsorg kan enkelte oppfatte dette som en forringelse av tjenestetilbudet. Det må gis trygghet for at brukerne skal få tjenester på rett omsorgsnivå også i fremtiden. De som har behov for sykehjems plass skal fortsatt få tildelt dette jf. lokal forskrift om tildeling av langtidsopphold i sykehjem. Lett tilgjengelig informasjon om tjenestetilbudene, samt god kommunikasjon med brukere og pårørende er viktig.

2.7 Overordnede føringer

2.7.1 Lover og forskrifter

- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Pasient- og brukerrettighetsloven
- Folkehelseloven
- Pasientjournalloven
- Helsepersonelloven
- Diskrimineringsloven
- Arbeidsmiljøloven
- Plan og bygningsloven
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene
- Forskrift om styringssystem i helse- og omsorgstjenesten
- Forskrift om en verdig eldreomsorg (Verdighetsgarantien)
- Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter

2.7.2 Statlige føringer

- Omsorg 2020 – Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020
- Demensplan 2020 – Et mer demensvennlig samfunn
- Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet
- Meld. St. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid
- Meld. St. 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter
- Meld. St. 11 (2014-2015) Kvalitet og pasientsikkerhet 2013
- Prop. 15 S (2015–2016) Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)
- Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging, vedtatt ved kongelig resolusjon 12. juni 2015
- Prop. 99 L (2015-2016) Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven (rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester – kriterier og ventelister)
- Rikspolitiske retningslinjer for universell utforming

2.7.3 Regionale føringer og strategier

- Fylkesplan
- Handlingsplan folkehelsearbeid
- Handlingsplan universell Utforming

2.7.4 Lokale planer og strategier

- Kommuneplanens samfunnsdel
- Kommunal planstrategi for Hadsel kommune
- Styringsdokument

3. Sammendrag

Gjennom samhandlingsreformen har kommunen fått flere oppgaver og økt kompetansekrav. Reformens målsetning er bedre folkehelse og bedre helse- og omsorgstjenester på en bærekraftig måte. Strategiene er å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp nærmest mulig der de bor².

Helse- og omsorgstjenestens ansvarsområde er omfattende og berører et bredt spekter av både brukergrupper og tjenester. Befolkningsprognosen for Hadsel viser at de mest markante endringer er stadig flere eldre. Det er også økende behov blant yngre under 67 år – herunder flere brukere med omfattende bistandsbehov. Endringene i den kommunale omsorgssektoren de siste 20 årene har i stor grad vært knyttet til veksten i tjenestemottakere under 67 år med fokus på langvarige og kroniske sykdommer, funksjonsnedsettelse og psykiske og sosiale problemer. Brukergruppen under 67 år mottar i hovedsak hjemmebaserte tjenester. Dette inkluderer brukere av miljøarbeidertjenesten og rus og psykisk helsetjeneste. Reformen og befolknings sammensetning medfører økt press på tjenestene.

Kommunens utfordringer kan ikke løses gjennom videreføring av dagens drift. I den grad det foreligger handlingsrom innenfor sektoren, ligger dette i en fortsatt dreining fra institusjonsomsorg til hjemmebaserte tjenester, samt opprettelse av mer effektive tjenester i grenselandet mellom hjem og institusjon.

For at omsorgstjenesten skal fungere optimalt må alle trinnene i omsorgstrappa være på plass. Ressursene må settes inn på et tidligere tidspunkt enn i dag for å begrense og forebygge sykdom. Med andre ord må ressursene til de lavere trinnene i omsorgstrappa økes. Målet er at flest mulig skal kunne bo i eget hjem så lenge som mulig. Med eget hjem menes opprinnelig bolig, omsorgsbolig, eller heldøgns bemannet omsorgsbolig.

De fleste ønsker å kunne bo i eget hjem lengst mulig og klare seg selv, og omsorgstjenesten skal bidra til at bruker får bistand til dette. Ved å stille spørsmålet «Hva er viktig for deg?» i stedet for «Hva kan vi gjøre for deg?» flyttes oppmerksomheten fra sykdom til helse og fra diagnose til hele mennesket. Dette er en helsefremmende tilnæringsrolle og styrker bruker-/pasientrollen.

Ett annet tiltak for å sikre faglig og økonomisk bærekraft er samlokalisering av tjenestene. Antall lokasjoner med heldøgns bemannet omsorg bør reduseres. Dette vil kunne gi grunnlag for en mer rasjonell og effektiv drift av tjenesten, f.eks. sambruk av nattevakt.

Det forutsettes videre at sykehjemmets rolle endres. Sykehjemmets rolle blir å dekke brukernes behov for medisinsk behandling og pleie utover hva hjemmebaserte tjenester kan tilby i døgnbemannede omsorgsboliger, samt gi korttids- og avlastningsplasser og tilbud om lindrende behandling. Dette vil kreve personale med nødvendig kompetanse.

² St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid

For at kommunen skal være i stand til å møte morgensdagens behov med et forsvarlig og bærekraftig omsorgstilbud må det nå foretas viktige veivalg:

- Økt fokus på helsefremmende og forebyggende tiltak og rehabilitering
- Styrke hjemmebaserte tjenester
- Strukturelle endringer: redusere antall langtidsplasser på sykehjem, mer samlokalisering og samordning.

4. Utfordringer og utviklingstrekk

Hovedutfordringer for sektoren fremover er:

- Demografisk utvikling – økt behov i eldreomsorgen

Befolkningsprognosen³ for Hadsel viser at de mest markante endringene er stadig flere eldre. Frem mot 2027 blir det 194 flere 80-89 åringer, mens den eldste (90 år og eldre) er overveiende stabil til 2027. Det er også grunn til å bemerke det stabile folketallet for videregående alder og voksne, i kombinasjon med økning av antall eldre. Uten spesielle tiltak vurderes dette å bety store utfordringer med hensyn til rekruttering til eldreomsorgen.

Tabellen nedenfor viser en ytterligere oppdeling av gruppen eldre frem mot 2041:

	2011	2016	2021	2026	2031	2036	2041
67-79 år	835	1 093	1 242	1 260	1 254	1 289	1 356
80-89 år	388	329	369	492	613	678	670
90 år eller eldre	72	90	95	89	113	158	199
Total	1 295	1 512	1 706	1 841	1 980	2 125	2 225

Det forventes godt over dobbelt så mange, både av 80-89 åringer og av de aller eldste, i 2041 som i dag. Dersom det forutsettes uendret andel pleietrengende vil dette bety press på kommunens kapasitet og ressurser.

- Økte behov yngre under 67 år – herunder flere brukere med omfattende bistandsbehov

De siste 20 årene har endringene i den kommunale omsorgssektoren i stor grad vært knyttet til veksten i tjenstemottakere under 67 år med fokus på langvarige og kroniske sykdommer, funksjonsnedsettelse og psykiske og sosiale problemer. Brukergruppen under 67 år mottar i hovedsak hjemmebaserte tjenester⁴. Dette inkluderer brukere av miljøarbeidertjenesten og rus og psykisk helsetjeneste.

- Flere oppgaver for kommunen som følge av samhandlingsreformen

Kommunens oppgaver har økt og er blitt mer komplekse etter Samhandlingsreformen. Liggetid på sykehus er kraftig redusert, slik at pasienter skrives raskere ut enn tidligere. Samhandlingsreformen medfører at tjenester innen helse og omsorg skal løse flere og mer komplekse oppgaver for alle aldersgrupper. Dette fordrer at vi har tilstrekkelig fagpersonell og prioriterer ressursene på riktig måte.

³ Vedlegg 1 Statistikk pleie og omsorg – fra Ståstedsanalyse Hadsel kommune 2017

⁴ Meld St. 29 (2012-2013)

- Rekruttering og kompetanse

Brukere og pasienter har mer komplekse og sammensatte utfordringer enn tidligere. Det kreves variert spesialisert fagkompetanse innen flere fagområder. Det mest utfordrende for tjenestene er mangel på fagpersonell, og da særlig sykepleiere. Det har ikke vært mulig å få tilsatt personell i alle de ledige stillingene som vi har, til tross for at det er satt i verk ulike rekrutteringstiltak. Dette medfører stor slitasje på de ansatte og en arbeidsbelastning som ikke vil være bærekraftig eller forsvarlig på sikt. Mangel på personell medfører mye overtidbruk, høyt sykefravær og et krevende arbeidsmiljø, som gjør at noen sykepleiere har søkt seg bort fra enkelte arbeidsplasser.

Rekrutteringsutfordringene har forverret seg den siste tiden og vil bli mer utfordrende fremover. SSB har anslått at det på landsbasis vil være en underdekning på nær 28 000 sykepleiere innen 2035. I følge Navs bedriftsundersøkelse mangler Norge 3600 sykepleiere i 2017. Dette er vi nødt til å ta på alvor, når vi organiserer tjenestene fremover, slik at sykepleierkrevende tjenester samles i størst mulig grad. Da oppnås en større fleksibilitet i utnyttelsen av personellet, samt at det blir mindre sårbarhet ved sykdom og annet fravær.

- Økonomi

Hadsel har en dyrere pleie- og omsorgstjeneste enn kommunegruppe 11 i KOSTRA⁵. Fra 2015 til 2016 har vi tilnærmet økt kostnadene med 10 millioner utover det våre sammenligningskommuner har gjort. Vår kostnadsøkning er knyttet til nye brukere/vedtak om tjenester. Befolkningsprognosen med økt antall eldre vil videre medføre høyere kostnader. Det vises for øvrig til vedlegg 1 Statistikk pleie og omsorg – fra Ståstedsanalyse Hadsel kommune 2017.

5. Befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer

Plikten til å ha en folkehelseoversikt⁶ er forankret i folkehelseloven og folkehelseforskriften. Helseoversikten, som inngikk som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi, pekte ut områder som bør prioriteres i folkehelsearbeidet kommende planperiode:

- Sosial ulikhet i helse
Alle faktorer som påvirker helsa, og som er sosialt ulikt fordelt i befolkningen bidrar til å opprettholde sosiale ulikheter i helse. Sosiale ulikheter i helse vil si at det er systematiske helseforskjeller som følge inntekt og utdanningslengde.
- Levevaner og livsstil
Levevaner og livsstil har stor betydning for den enkeltes helse, bl.a. kosthold, fysisk aktivitet og røyking. Det kan se ut som at Hadsel har større utfordringer med overvektsproblematikk enn fylket og landet som helhet, vurdert etter resultat fra nettbasert sesjon 1 for gutter og jenter

⁵ Dette er pr definisjon «mellomstore kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter».

⁶ Folkehelseoversikten for Hadsel ble vedtatt i kommunestyret juni 2016

(17 år). Helsestasjonen opplyser også at overvekt blant barn er et økende problem. Det er viktig at alle får kunnskap og hjelp til å etablere sunne levevaner.

- Psykisk helse

Andelen med psykiske sykdommer og lidelser i alderen 15-29 år er lavere enn i landet som helhet, vurdert etter data fra fastlege og legevakt. Tjenestene rapporterer om at ikke alle fanges opp av legetjenesten. F.eks. erfarer skolehelsetjenesten at psykiske plager er økende – og da særlig blant jenter på videregående skole. Skolehelsetjenestens erfaring samsvarer med det som fremkommer i rapporten fra siste nasjonale ungdomsundersøkelse om at andelen med ulike psykiske helseplager blant jentene har økt de siste årene. Kommunen har et viktig ansvar for å bidra til å fremme psykisk helse i befolkningen – og særlig prioritere tidlig innsats.

- Befolknings sammensetningen og befolkningsprognose

Prognose for befolkningsframskriving viser en økende andel eldre og det må planlegges i forhold til dette. Dette vil sannsynligvis medføre økning i aldersrelaterte sykdommer, flere med kroniske og sammensatte helseproblemer. Dette medfører økt behov for helse- og omsorgstjenester.

Folkehelsearbeidet er et felles ansvar og ansvaret for folkehelse tiltak er sektorovergripende. Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer, jf. folkehelselovens § 5. Folkehelsearbeidet skal sikre en bærekraftig samfunnsutvikling.



6. Status og ønsket utvikling

6.1 Oversikt over institusjonsplasser og plasser i heldøgns bemannede omsorgsboliger pr. november 2017

	Sted	2017 Antall	2018 Antall
HDO	Stokmarknes		20
	Riarhaugen bosenter	24 (inkl. en leilighet til tidsbegrenset opphold)	
	Innlandet alderssenter ⁷	15 (inkl. en leilighet til tidsbegrenset opphold)	
Sykehjem:			
Langtidsplasser	Hadsel sykehjem	23	
	Stokmarknes sykehjem	40	
Korttidsplasser	Stokmarknes sykehjem	8	
Avlastningsplasser	Hadsel sykehjem	2	
Dagaktivitetsplasser hjemmeboende demente	Stokmarknes sykehjem	10	
KAD-plass	Stokmarknes sykehjem	1	
Palliativ	Stokmarknes sykehjem	1	

Oversikten inkluderer skjermede enheter for personer med demens: Stokmarknes sykehjem: 7 av langtidsplassene er «skjermet enhet». Hadsel sykehjem: 11 av langtidsplassene er «skjermet enhet».

⁷ SSB og Husbanken bruker heldøgnsbegrepet forskjellig. Krav til personellbase er ulik. Innlandet alderssenter er pr. definisjon ikke heldøgns bemannet omsorgsbolig iht KOSTRAS definisjon. Da kreves det noen faste ansatte på selve alderssenteret og eget bedriftsnummer. Innlandet alderssenterers personell er pr. i dag kun tilknyttet hjemmesykepleien.

6.2 Forskjellen mellom heldøgnsbemannede omsorgsboliger og sykehjemsplasser

Den prinsipielle forskjellen mellom sykehjem og omsorgsbolig med heldøgns bemanning ligger i de formelle kravene som følger av lov og forskrift. Forskjellen er illustrert i tabellen nedenfor:

Sykehjem	Omsorgsbolig med heldøgns bemanning
Fast bemanning lite påvirket av endring i brukernes behov for tjenester	Fast grunnbemanning og ytterligere bemanning ut fra brukernes behov for tjenester
Boformen er hjemlet i sykehjemsforskriften	Boformen er ikke lovhjemlet i sykehjemsforskriften
Betaling etter vederlag for opphold på sykehjem. Av folketrygdens grunnbeløp, minus fribeløp, trekkes det 75%. Av inntekter utover folketrygdens grunnbeløp trekkes det 85%.	Betaler for kost og helsetjenester osv. som andre hjemmeboende. Fastsatt husleie. Beboer kan søke bostøtte
Hjelpemidler betales av kommunen	Hjelpemidler betales av staten
Medisiner dekkes over sykehjemmets budsjett	Medisiner og forbruksmaterieell på blå resept. Egenandel betales av bruker

Å bo i en heldøgns bemannet omsorgsbolig er som å bo i eget hjem. Omfang av tjenestebehov kartlegges individuelt og det gis enkeltvedtak som angir omfanget av tjenestetilbudet. En heldøgns bemannet omsorgsbolig har en fast grunnbemanning. Ytterligere bemanning bestemmes ut fra leieboernes individuelle bistandsbehov. Lønnskostnader til pleiepersonell for en heldøgns bemannet omsorgsbolig vil derfor variere. På et sykehjem er det derimot fast bemanning uavhengig av beboernes variasjon og behov for tjenester.

I en heldøgns bemannet omsorgsbolig er beboer leietaker og er ansvarlig for sine egne utgifter; husleie, strøm, medisiner, mat, helsetjenester osv. Dersom bruker har behov for hjelpemidler dekkes dette av staten. Kommunen har kun utgifter tilknyttet pleie- og omsorgstjenester. Bruker betaler egenandel for hjemmehjelp/praktisk bistand.

En beboer på institusjon betaler vederlag i henhold til statlig satser⁸. Da er alle utgifter dekt. Kommunen har da utgiftene til bolig, kost, medisinerutgifter, vaskeri, hjelpemidler og pleie- og omsorgstjenester.

Driftsmessig er det beregnet at heldøgns bemannede omsorgsboliger er billigere enn sykehjem.

⁸ Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester

6.3 Omsorgsbygg: sykehjem og heldøgns bemannede omsorgsboliger

Hadsel kommune har tjenester med heldøgns bemanning ved:

- Stokmarknes sykehjem
- Hadsel sykehjem
- Riarhaugen bosenter
- Innlandet alderssenter
- Heldøgns bemannede omsorgsboliger, Stokmarknes, fra 2018

Botilbud og omsorg for mennesker med behov for helse- og omsorgstjenester har vært i stor forandring de siste 20 årene. Omsorgsbygg som bygges i dag er tiltenkt de som trenger mest tjenester. Dette krever spesiell tilrettelegging, både av hensyn til brukerens behov og til de som utfører tjenestene. De nye omsorgsboligene på Stokmarknes blir det første omsorgsbygget i kommunen som er oppført etter denne tankegangen.

Omsorgsbygg som bygges i dag har større fokus på brukerens behov og arbeidsforholdene til de som utfører tjenester. De fysiske omgivelsene danner rammene rundt vårt hverdagsliv. Dette er faktorer som har betydning for livskvalitet. Ved bygging av nye omsorgsboliger må det planlegges for at boligene er tilpasset for personer med demens og at boligene kan tilpasses brukerne etter behov. I Helse- og omsorgsdepartementet rapport Rom for omsorg⁹ påpekes følgende:

"Sykehjem og omsorgsboliger som bygges eller moderniseres må utformes slik at de først og fremst møter framtidens ulike brukere sine behov og preferanser. Det krever et mangfold av ulike boformer og løsninger, og bedre verktøy for å kartlegge de ulike brukergruppens behov. Småskala botilbud med lokaler som en integrert del av nærmiljøet i tettsteder og bydeler, i tråd med anbefalingene i Omsorg 2020, ser ut til å gi de beste forutsetningene for de fleste brukergrupper med heldøgns omsorgsbehov. Byggene bør ha tydelig skille mellom privatareal og fellesareal, og legge forholdene godt til rette for beboerens familie og sosiale nettverk»

Riarhaugen bosenter, Innlandet alderssenter, Stokmarknes sykehjem og Hadsel sykehjem er oppført i perioden 1950-1985. Ingen av disse byggene tilfredsstiller dagens krav, men kan oppgraderes i varierende grad. Når det gjelder planlagt rehabilitering av omsorgsbyggene vises det til vedtatt handlingsplan for kommunale formålsbygg 2017-2019.

Byggene har varierende behov for rehabilitering¹⁰:

Stokmarknes sykehjem

Bygget kan rehabiliteres utvendig og innvendig for levetid på nye 30 år. Planløsningen innvendig tilfredsstiller ikke dagens krav i forhold til kjernevirksomhetens område. Det må vurderes om planløsning har akseptabel standard. Det er ikke tilstrekkelig areal på beboerrom til å oppfylle dagens krav. Stokmarknes sykehjem kan være en kandidat for teknisk oppgradering, men bygningen har dårlig tilpasningsdyktighet og er lite egnet til dagens tjeneste.

⁹ Rom for omsorg – Behov for utbygging og fornyelse av landets sykehjem og omsorgsboliger (2016)

¹⁰ Vedlegg 2 Status omsorgsbygg - Hadsel Eiendom

Det er i 2017 igangsatt arbeid med utskifting av alle vinduer. Det er oppnådd delfinansiering for oppgraderinger av kjøkkenløsninger i begge etasjer, dagaktivitetsarealer, ventilasjon brannberedskap og overrisling. I tillegg etableres det felles nødstrøm med de heldøgnsbemannede omsorgsboligene som er under bygging. I forbindelse med bruktagelse av omsorgsboligene i området, bør dobbelttrommene ved Stokmarknes Sykehjem gradvis avvikles.

Hadsel sykehjem

Deler av bygningsmassen har sterkt redusert eller ingen funksjon. Planløsningen oppfyller ikke dagens krav til kjernevirksomhetens område.

Tilstandsrapport fra HR Prosjekt as konkluderer med utfasing/rivning. Rest levetiden er satt til mindre enn 10 år, nye lokaler anskaffes.

Riarhaugen bosenter

Bygget kan rehabiliteres utvendig og innvendig for nye 30 år. Det må vurderes om planløsning har akseptabel standard i forhold til kjernevirksomhetens bruk. Det er ikke tilstrekkelig areal på beboerrom til å oppfylle dagens krav. Riarhaugen bosenter kan være en kandidat for teknisk oppgradering, men bør vurderes nøye for framtidig bruk. Bygningen er dårlig egnet for ombygning.

Det er via husbanken oppnådd delfinansiering for en oppgradering av Riarhaugen. Det skal iverksettes oppgradering av noen fellesarealer, kjøkken og spiserom, ventilasjon brannsikring med overrislingsanlegg, samt etablering av sansehage til anlegget. Utbygging av gammel EL-kjele til jordvarme.

Innlandet omsorgsbolig

Bygget kan rehabiliteres utvendig og innvendig for nye 30 år. Planløsningen på badet tilfredsstiller ikke dagens krav, men det er tilstrekkelig areal til å oppfylle dagens krav til omsorgsboliger, dette gjelder både bad og oppholdsrom. Bygningen har gode egenskaper for å kunne være egnet på lang sikt.

Boligene skal rehabiliteres i 2018. Dette omfatter oppgradering av bad, fellesareal, brannberedskap/overrisling, kjøkken og stue. Ventilasjon. Det etableres oppvarming med flere varmepumper. Oppgraderingene er delfinansiert av Husbanken og arbeidet er under detaljplanlegging. Uteanleggene skal oppgraderes, og det skal bygges sansehage i tilknytting til boligene. Oppstart planlegges første halvår 2018.

6.4 Struktur

6.4.1 Bakgrunn

Det må det være en trinnvis boligstruktur som er tilpasset befolkningens bolig-/omsorgsbehov: opprinnelig bolig → omsorgsbolig → heldøgns bemannet omsorgsbolig → institusjonsplass.

En viktig forventningsavklaring er ansvaret for tilpasning av egen privatbolig. Tilpasning av egen bolig er et privat ansvar, men kommunen kan bidra med råd

og veiledning. Antall korttids- og avlastningsplasser på sykehjem, samt dagaktivitetsplasser har videre betydning for hvor lenge personer kan bli boende i eget hjem.

For å sikre et forsvarlig og bærekraftig omsorgstilbud må det foretas en vurdering av kommunens struktur og tjenestetilbud som helhet. Ved fremtidig planlegging bør en derfor vurdere kostnadsbesparende tiltak som samlokalisering. Økt samlokalisering gir også større fagmiljø, som kan bidra til at det er lettere å rekruttere og beholde fagpersonell.

Det er politisk vedtatt at det skal bygges omsorgsboliger med heldøgns bemanning på Melbu. På Melbu er det i dag to lokasjoner med heldøgns bemannet omsorg: Hadsel sykehjem og Riarhaugen bosenter.

Det er foretatt egen utredning av bygg og omsorgstilbud Melbu jf. omsorgsplanens vedlegg 4. Denne inkluderer tre rapporter om alternative tomter for bygging av boliger med heldøgns bemanning på Melbu: Riarhaugen, Svartskogen og Ekren. Dette er kommunale tomter. Det er ikke utredet muligheter for private tomtealternativ fordi dette krever innledende dialog med grunneier(e) om pris og dette vil forsinke utredningen. Konklusjon fra utredningen er som følger:

Planlegging for bygg og omsorgstilbud på Melbu må ses i sammenheng med det totale behovet for heldøgns bemannede omsorgstilbud i kommunen som helhet. En videreføring av tradisjonell sykehjemsdekning er ikke bærekraftig verken faglig eller økonomisk. Hadsel sykehjem er pr. i dag ikke funksjonelt tilpasset til personer med demens og kognitiv svikt. Det skal omfattende rehabilitering og endring av planløsning til, for at dette skal bli et bygg med slik tilpasning. Tilstandsrapport fra HR Prosjekt konkluderer at totaløkonomien ved å beholde, vedlikeholde og videreutvikle bygningsmassen er mindre gunstig enn å gå til anskaffelse av ny. Det anbefales derfor at Hadsel sykehjem saneres/rives. Det anbefales heller ikke å gå videre med alternativ Svartskogen.

6.4.2 Arbeidsgruppas anbefaling

Arbeidsgruppa for omsorgsplanen anbefaler at nye omsorgsboliger med heldøgns bemanning lokaliseres til Riarhaugen. Da er det vektlagt at samlokalisering vil bidra til å redusere driftsutgifter og bidra til et tettere og styrket fagmiljø. Videre kan den sentrumsnære beliggenhet gi positive ringvirkninger for beboere, pårørende og ansatte som beskrevet i vedlagte rapport om tomtealternativet Riarhaugen.

Det har i tillegg vært nødvendig å gjøre investeringer i 2017 for 2 mill i forbindelse med nye administrasjonslokaler til hjemmetjenesten, sone Melbu. Disse ligger i lokalene til Riarhaugen omsorgssenter. I og med at det er hjemmetjenesten som både bemanner og gir utfyllende tjenester etter vedtak ved bemannede omsorgsboliger, er nær tilknytning til boligene å foretrekke for å optimalisere driften. Det kan derfor bli nødvendig å vurdere bygging av nye administrasjonslokaler for tjenesten hvis de bemannede boligene etableres på Ekren.

For å sikre et forsvarlig og bærekraftig omsorgstilbud kan det ikke opprettholdes to lokasjoner med heldøgns bemanning på Melbu. Valg av tomt for nye omsorgsboliger bør derfor ha følgende konsekvenser:

- 1) Omsorgsboligene bygges på Ekren.
Konsekvens: Riarhaugen bosenter blir da tilbakeført som ordinære omsorgsboliger, dvs. ingen døgnbemanning.
- 2) Omsorgsboligene bygges på Riarhaugen:
Konsekvens: eksisterende heldøgns bemannede omsorgsboliger Riarhaugen videreføres. Samlokalisering har stordriftsfordeler
- 3) Samlet tjenestetilbud ny tomt på Melbu
Konsekvens: døgnbemannede omsorgsboliger ved Riarhaugen tilbakeføres til ordinære omsorgsboliger.

Oppsummert anbefales kommunens fremtidige struktur som følger:

- Hadsel sykehjem fases ut
- Stokmarknes sykehjem videreføres som institusjon
- Innlandet alderssenter videreføres som heldøgns bemannet omsorgsbolig¹¹
- Omsorgsboliger med heldøgns bemanning på Stokmarknes fra november 2018
- Omsorgsboliger med heldøgns bemanning på Melbu 2021
- Riarhaugen bosenter videreføres som heldøgns bemannet omsorgsbolig, forutsatt at de nye omsorgsboligene bygges på Riarhaugen. Dersom det vedtas annet tomtealternativ bør Riarhaugen bosenter tilbakeføres som omsorgsboliger uten heldøgns bemanning.

6.4.3 Endringer til arbeidsgruppas anbefaling

Innledning

En av omsorgstjenestens viktige oppgaver er å sikre innbyggere med demenssykdom et faglig forsvarlig og trygt omsorgstilbud.

Omsorgsboliger er boliger med særskilte tilpasninger eller livsløpsstandarder for personer som grunnet enten demenssykdom eller somatisk sykdom trenger en tilpasset bolig for å klare seg. Boligens areal tar høyde for nødvendige boligfunksjoner til egen husholdning og privatliv. Fellesarealer ivaretar behovet for fellesaktiviteter og annen sosialisering. De fysiske rammene rundt vårt hverdagsliv danner muligheter og begrensinger. Omsorgsboliger med heldøgns bemanning skal gi et tilpasset tilbud til den enkelte. En skal kunne velge om en vil delta i fellesaktiviteter eller en om en vil innta en mer privat holdning.

Ved å iverksette denne type brukerorienterte tiltak, basert på behovet tilpasset den enkelte bruker, vil en kunne møte den enkeltes ønsker og behov. Dette bidrar også til å opprettholde viktig fysisk og mental fungeringsevne, med økt

¹¹ SSB og Husbanken bruker heldøgnsbegrepet forskjellig. Krav til personellbase er ulik. Innlandet alderssenter er pr. definisjon ikke heldøgns bemannet omsorgsbolig iht KOSTRAS definisjon. Da kreves det noen faste ansatte på selve alderssenteret og eget bedriftsnummer. Innlandet alderssenterers personell er pr. i dag kun tilknyttet hjemmesykepleien.

livskvalitet som resultat. Livskvalitet er en subjektiv følelse, og har både fysiske, psykiske og eksistensielle dimensjoner. Dette underbygger behovet for å ha døgnbemannede boliger som er fleksible og har mulighet for å tilpasse omsorgstilbudet til den enkelte, samtidig som en ivaretar den enkeltes trygghetsbehov. Dette til forskjell fra institusjoner, som i større grad har «tvungne fellesskapsløsninger» og mindre muligheter for tilpasset og fleksibel omsorg.

Bygging av døgnbemannede omsorgsboliger på Ekren

Den faglige tilrådingen for botilbud til demente som er kommet så langt i sykdomsforløpet at de ikke lenger kan bo alene hjemme eller i omsorgsbolig uten døgnbemanning, er døgnbemannede små og oversiktlige bo-senter med lett adkomst til trygge utearealer.

Som ledd i opprustningen av demensomsorgen i Hadsel skal det derfor utvikles et særlig tilrettelagt og tilpasset tilbud for denne brukergruppen på Ekren. Tilbudet skal gjelde personer med behov for døgnbemannet omsorg.

Konkret skal det bygges inntil 20 døgnbemannede omsorgsboliger særskilt tilpasset denne gruppens omsorgsbehov. Boligene skal samtidig tilpasses andre grupper som også har behov for døgnbemannet botilbud. Grunnbemanningen skal tilpasses og dimensjoneres beboernes omsorgsbehov. Bemanningen ved boligene skal ha særlig kompetanse innen demensomsorg.

Deler av dagens sykehjemsplasser på skjermet avdeling ved Stokmarknes sykehjem/Blåkroken skal som ledd i etableringen av demensboligene da kunne tildeles andre beboere uten behov for skjerming.

Til grunn for at Ekren vurderes som mest egnet lokasjon, legges avgjørende vekt arealets størrelse, mulighet for fleksibel og trinnvis utbygging i et langsiktsperspektiv, samt gode uteområder for etablering av sansehager og øvrig bruk av omgivelsene. Byggekostnader for lokasjonen vurderes ikke å være uforholdsmessig høye. Området er allerede regulert, og det antas at det til en viss grad kan gjøres gjenbruk av forarbeidet som ble gjort 2012. Området er blant annet klarert for bygging i forhold til forminner. Videre er det foretatt nydyrking, betalt av Hadsel kommune, som kompensasjon for dyrket areal som vil gå tapt. Umiddelbar nærhet til Melbu anses ikke å være avgjørende for brukergruppen som skal tilbys en døgnbemannet omsorgsbolig. Risikoen for økte samlede driftsutgifter anses å være lav. Dagens boliger på Riarhaugen tilbakeføres til alminnelige omsorgsboliger uten døgnbemanning. Ekren blir derfor eneste lokasjon på "Melbusiden" med døgnbemanning. Det legges opp til at hjemmetjenesten sone Melbu fremdeles kan ha sin administrasjon på Riarhaugen.

Fremdrift og finansiering

Forprosjekt bygging av boliger på Ekren starter i 2018, etter kommunestyrets vedtakelse av Omsorgsplanen i april måned. Tentativt tidspunkt for byggestart er høst/senhøst 2019.

Økonomiplanen for 2018-21 har på investeringsbudsjettet post I-21 avsatt kr 60 millioner til investeringer for omsorgsbygg Melbusiden i 2021. Det foretas en budsjettregulering, der beløpet omdisponeres slik at oppstart bygging skjer i slutten 2019 med ferdigstillelse 2020/2021.

Utbyggingen skjer i regi av Hadsel Eiendom KF. Foretaket tilføres midler for prosjektering av byggene i 2018/19, finansiert med overføringer i forbindelse med Havbruksfondet. Kommunens egenandel i boligene i form av kontor, pauserom, garderober mv. finansieres fortrinnsvis gjennom bruk av Havbruksfondet.

Det forutsettes samme finansieringsmodell som for utbyggingen av heldøgns bemannede omsorgsboliger på Stokmarknes. Driftskostnader for dette ligger inne i budsjettet.

6.5 Tjenestene

6.5.1 Demensomsorg

Det er anslått at rundt ca. 80 % av dagens sykehjemspasienter har en demenslidelse¹². Demenssykdommen påvirker ikke bare den syke, men også i stor grad pårørende. Å være familieomsorgsgiver for en person med demens øker risikoen for helseproblemer hos omsorgspersonen.

Befolkningsprognosen med økt andel eldre tilsier at det også blir økning i antall personer med demens. Kommunen må planlegge sitt tjenestebehov for å møte morgendagens utfordringer. For å vite hva som er viktig å ta hensyn til er det innhentet faglig innspill fra alderspsykiater John William Danenbarger. Hans faglige anbefalinger legges til grunn for kommunens planlegging av fremtidens demensomsorg¹³, oppsummert som følger:

- Satse på sterke demensteam. Det gir mer omsorg for pengene dersom pengene flyttes fra slutten av sykdomsforløpet (tunge sykehjem) til begynnelsen av sykdomsforløpet. Sterkt demensteam er en forutsetning, slik at en del av behovene dekkes allerede i hjemmet og de fleste personer med demens kan bo hjemme lenge. Demensteamet må gradvis bygge tillit og kompetanse hos pasient og pårørende ved å jobbe intensivt med tidlig diagnostisering, opplæring, tilrettelegging i hjemmet, fysiske tilpasninger, ha veiledning til pårørende, tilgjengelighet og forutsigbarhet, trygging av pårørende og pasient.
- Dagens sykehjem er ikke egnet til å ivareta personer med demensomsorg. Institusjoner bidrar til passivitet og bevarer ikke det som beboerne fremdeles mestrer. Bygg må designes slik at de kompensere for den demenssykes svikt. Målet er forskjellige botilbud samlet hvor beboerne skal føle seg hjemme og beholde de fleste av sine funksjoner og aktiviteter som de hadde tidligere. Beboerne kan gå utendørs når de vil – i tilpasset uteområde. De fleste vil kunne bo i høybemannede omsorgsboliger resten av livet. «Hjemlede plasser» med låst dør tilsvarer de tidligere sykehjemsplassene. Disse trenger vi bare noen få av og er kun

¹² Demensplan 2020 – «Den gode dagen»

¹³ Vedlegg 3 Notat fra fagdag - alderspsykiater John William Danenbarger

korttidsplasser ved akutt forvirring eller store observasjonsbehov og hyppig legetilsyn.

- Satse på kompetanse med personsentrert omsorg gjennom fire modeller valgt av helsedirektoratet: 1) Strukturert miljøbehandling, 2) VIPS-praksismodell, 3) Marte Meo og 4) Dementia Care Mapping
- Felles ledelse for hele kjeden – gir mulighet til å se hele tilbudet i sammenheng og større fleksibilitet i å flytte beboeren til riktig omsorgsnivå etter som behovene melder seg.

For at personer med demens kan bo lengst mulig i eget hjem må det også være tilstrekkelig antall avlastningsplasser, slik at pårørende får nødvendig avlastning. Videre er dagaktivitetstilbud viktig. Dette gir meningsfull aktivitet til personen med demens samtidig som det gir avlastning for pårørende. Kommunen har i dag 10 dagaktivitetsplasser. Det bør ses på muligheten for å øke antallet. Videre på muligheten for aktivitetstilbud en ettermiddag pr. uke.

6.5.2 Sykehjem

Befolkningsprognosen for Hadsel viser at de mest markante endringene er stadig flere eldre. Frem mot 2027 blir det 194 flere 80-89 åringer, mens den eldste aldersgruppen (90 år og eldre) er overveiende stabil til 2027.

Morgendagens eldre vil imidlertid ha bedre forutsetninger for et lengre aktivt og selvstendig liv. Dette både ut fra at en regner med at de nye eldre vil være friskere enn før, tar vare på egen helse (bl.a. fysisk aktivitet og kosthold), stadig bedre medisinbehandling, samt større bruk av velferdsteknologi. Men vi lever også lengre slik at sykdom oppstår.

Brukere som tildeles langtidsplass er blitt mye dårligere de siste årene. Gjennomsnittlig botid på sykehjem er redusert. Samhandlingsreformen medfører også i økende grad behov for korttidsplasser både til behandling og rehabilitering. Pr. i dag gir korttidsavdelingen lite rom for rehabilitering, og må få forsterket bemanning dersom dette tilbudet skal gis. I tillegg må fysiofasilitetene oppgraderes. Det er videre behov for økt antall korttidsplasser og avlastningsplasser slik at det er tilstrekkelig antall plasser når brukere har behov for dette og som støtte til hjemmebaserte tjenester. Både korttidsplasser og avlastningsplasser kan bidra til at bruker kan bo lenger i eget hjem.

En videreføring av tradisjonell sykehjemsdekning er ikke bærekraftig verken faglig eller økonomisk. Sykehjemets rolle blir å dekke brukernes behov for medisinsk behandling og pleie utover hva hjemmebaserte tjenester kan tilby i døgnbemannede omsorgsboliger, samt gi korttids- og avlastningsplasser og tilbud om lindrende behandling. Sykehjemmet går i retning av å bli i større grad et behandlingstilbud, mer enn et botilbud. Dette vil kreve personale med nødvendig kompetanse. Kommunen bør derfor konsentrere driften rundt ett sykehjem.

Det er imidlertid vanskelig å planlegge for konkret behov for fremtiden. Tjenestetilbudet må til enhver tid dimensjoneres ut fra nasjonale føringer, befolkningens omsorgsbehov og tilgjengelig fagpersonell. Kommunen bør derfor tilrettelegge for en fleksibel og dynamisk bruk av avlastnings-, korttids- og langtidsplasser samt plasser i heldøgns bemannede omsorgsboliger.

6.5.3 Hjemmetjenesten

Dreining fra institusjonsbasert omsorg til lavere trinn i omsorgstrappa medfører ikke færre ansatte/personell. Hjemmetjenesten vil få en stadig større rolle og flere oppgaver fremover og må tilført tilstrekkelig fagpersonell for å gi et faglig forsvarlig tjenestetilbud. Hjemmetjenesten har de senere årene opplevd store utfordringer som et resultat av samhandlingsreformen. Pasientene skrives tidligere ut av sykehus, enten via korttids plass på sykehjem, eller direkte til eget hjem med behov for tjenester. Problemstillingene blir stadig mer komplekse og stiller krav til økt kompetanse hos personellet.

For å møte de økte utfordringene må hjemmetjenesten også jobbe mer målrettet med helsefremming, forebygging og rehabilitering:

- Helsefremming og forebygging

Det kan være flere tiltak som kan bidra til å oppfylle kommunens ansvar for det forebyggende helse- og omsorgsarbeidet, og som kan bidra til økt mestring i eget liv:

- Forebyggende risikokartlegging:
Formål: Tidlig identifisere personer som står i økende fare for å kunne bli alvorlig syke, pådra seg skader og lidelser, med den hensikt å kunne forebygge og behandle
- Eldrekurs med råd om kosthold, aktivitet, fallforebygging, tilrettelegging av bolig, tilgjengelige hjelpemidler osv.
- Info på kommunens hjemmeside, infobrosjyrer
- Gode sosiale arenaer i samarbeid med kultursektoren og frivillige

- Hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring

Ved å stille spørsmålet «Hva er viktig for deg?» flyttes oppmerksomheten fra sykdom til helse og fra diagnose til hele mennesket. Dette er en viktig endring, som er basert på en helsefremmende tilnæringsrolle og styrker bruker-/pasientrollen. Det skal oppleves at tjenestene er trygge og koordinerte. Rapporten NOU 11:11 Innovasjon i omsorg beskriver behovet for fokusendring slik:

Fra	Til
Sen innsats	Tidlig innsats
Behandling	Tidlig oppsporing
Kompensasjon	Rehabilitering
Pleie	Forebygging
Informasjon	Motivasjon

«Istedenfor å heve terskelen for å få hjelp og bare konsentrere ressursinnsatsen om «de som trenger det mest» blir strategien å drive oppsøkende virksomhet og tidlig oppsporing og intervensjon som utgangspunkt for opptrening og hjelp til selvhjelp ut fra den enkeltes ønsker og mål».

Hverdagsrehabilitering går kort fortalt ut på at de som for eksempel mottar hjemmesykepleie eller praktisk bistand trenes opp til å bli mer selvhjulpne. Hensikten er at bruker skal gjenvinne og beholde sitt funksjonsnivå. Ved skade eller sykdom må funksjoner gjenvinnnes, bygges på nytt eller vedlikeholdes gjennom rehabilitering. Målgruppen er hovedsakelig personer med funksjonsfall.

Brukers motivasjon for trening og mestring er grunnleggende. Ikke alle brukere av hjemmetjenesten er i denne målgruppen. Tiltaket innebærer større ressursinnsats over en kortere periode og krever tverrfaglig samarbeid.

Hverdagsmestring har blitt nært knyttet til arbeidsformen hverdagsrehabilitering og forstås både som et tankesett og som overordnet mål for den enkelte borger. I felles rapport «Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering» fra prosjekt «Hverdagsrehabilitering i Norge» er hverdagsmestring definert som:

«et forebyggende og rehabiliterende tankesett som vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen uansett funksjonsnivå. Brukerstyring og vektlegging av den enkeltes ressurser og deltakelse står sentralt»

Hverdagsmestring handler om å ta borgerens ønsker og valg på alvor og å legge til rette for at den enkelte kan bestemme over sitt eget liv. Det handler om selvbestemmelse.

6.5.4 Miljøarbeidertjenesten

Miljøarbeidertjenesten har fått økt antall brukere de siste årene. Dette gjelder særlig miljøarbeidertjenesten på Stokmarknes. De fleste av brukerne innen miljøarbeidertjenesten har diagnosen psykisk utviklingshemming, men tjenesten får også nye grupper brukere med behov for miljøtjenester, både innen rus og psykiatri. Seljeveien dagsenter har aktivitetstilbud til brukere fra både Stokmarknes og Melbu, fra ulike tjenester og ulike alderstrinn. Brukerne får aktiviteter etter eget funksjonsnivå. Det er også tilbud på kveldstid.

Brukerne i miljøarbeidertjenesten er hovedsakelig under 67 år. Det er stor variasjon i bistandsbehovet. Det er imidlertid denne tjenesten som har flest brukere med særlig ressurskrevende omsorgsbehov. Flere i tjenesten har vedtak om døgnkontinuerlig 1:1 bemanning og det er også brukere med 2:1 bemanning. Tjenestekontoret er kjent med at det er flere som står for tur til å flytte ut til egen bolig.

Siden 1990-tallet og ansvarsreformen har det vært et velferdspolitisk mål at personer med utviklingshemming skal bo i mest mulig vanlige boliger og motta nødvendige tjenester der. Utviklingshemmede skal bo i ordinære bomiljøer og ha mulighet til å leve selvstendige og aktive liv. Dette målet gjentas og bekreftes i regjeringens nasjonale strategi for Boligsosialt arbeid 2014–2020 *Bolig for velferd*. Strategien legger konkrete føringer for utformingen av samlokaliserte boenheter og bofellesskap (utleieboliger og omsorgsboliger). De skal ikke ha institusjonslignende preg og antall boenheter skal ikke være for stort. Boenhetene bør plasseres i ordinære bomiljøer, slik at prinsippene om normalisering og integrering ivaretas¹⁴.

Det må tilrettelegges for at botilbudet til brukerne – da spesielt de som har omfattende behov for tjenester – samlokaliseres. Brukerne har individuelle enkeltvedtak, som avgjør omfanget av tjenestetilbudet. Imidlertid har de fleste brukere ikke vedtak på at det er behov for egen nattevakt. Med samlokalisering

¹⁴ NOU 2016:17 På lik linje – Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming

kan kostnader til nattevakter reduseres. På kort sikt er det behov for nye boliger på Stokmarknes. På lengre sikt må det også vurderes behov for bygging av boliger på Melbu.

Det bør derfor planlegges for flere samlokaliserte boliger. Disse må utformes slik at det ikke er institusjonspreget. Et nært samarbeid med brukere og pårørende/verger er grunnleggende for å få til de beste løsningene. For enkelte kan det være ønske om kjøp av egen bolig. Kommunen må så langt som mulig tilrettelegge for dette innenfor Husbankens finansieringsordninger. Brukeren skal ha et reelt valg knyttet til om han/hun bosetter seg i en samlokalisert bolig eller i egen bolig. For å kvalitetssikre tilbudet rundt disse brukerne bør man bygge opp kompetanse på personsentrert omsorg som modell i tjenesten.

6.5.5 Rus og psykisk helsetjeneste

Kommunen har et viktig ansvar for å bidra til å fremme psykisk helse i befolkningen. Tidlig innsats må prioriteres, slik at forebygging går foran behandling og reparasjon. Det må tilrettelegges for gode oppvekstvilkår og forebygging må starte så tidlig som mulig. Arbeidet i oppvekstsektoren med helsefremmende barnehager og skoler er viktige tiltak. Videre er det viktig at lavterskel tjenester som helsestasjon, skolehelsetjeneste og utekontakt er godt markedsført, og at det er lett tilgjengelig informasjon om tjenestetilbudene.

Skolehelsetjenesten opplyser at psykiske plager er økende – og da særlig blant jenter på videregående skole. Skolehelsetjenestens erfaring samsvarer med det som fremkommer i rapporten fra siste nasjonale ungdomsundersøkelse om at andelen med ulike psykiske helseplager blant jentene har økt de siste årene.

Stadig flere barn og unge får avslag på henvisning til BUP, og det begrunnes i avslaget at oppfølging skal gis i 1. linjetjenesten. I Hadsel vil dette si fastlege eller helsesøstertjenesten. Både for forebygging og på tiltakssiden er tverrfaglig samarbeid viktig. Kommunens Fellesfaglige forum og ressursteam bør utvikles og videreføres.

Rus og psykisk helsetjeneste erfarer økning av antall brukere, spesielt innen rus, hvor diagnosene blir mer komplekse sammen med behovet for ekstra oppfølging av ulike tverrfaglige samarbeidspartnere. Tjenesten har også fått flere unge brukere. Rus- og psykisk helsetjeneste må utvikles og dimensjoneres innenfor nær fremtid for å kunne møte et økende og endret behov for tjenester. Dette må gjøres i et bruker- og mestringsperspektiv, og det må legges til rette for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester, hvor ulike aktiviteter blir en del av dagens støttesamtaler. Det er også unge brukere som trenger miljøtiltak, for å lære å bo.

Tjenesten har drevet et rusfritt lavterskeltilbud siden 2015 med egen møteplass og ulike aktiviteter finansiert av prosjektmidler for unge brukere som sliter med rus- og/eller psykiske lidelser. Prosjektet er i samarbeid med den øvrige tjenesten og utekontakten.

Det er et stort behov for kortidsboliger til brukere med f.eks. behov for ettervern og medisinstjustering. I en periode får da brukerne dobbel husleie (ved at de også må betale husleie for den boligen de opprinnelig bor i). De fleste er

imidlertid i en situasjon der de kan få økonomisk tilskudd fra NAV. Samarbeidet med NAV Hadsel er godt.

Når det gjelder boliger for personer med rusproblematikk har tjenesten erfart at disse ikke bør bo i felleskap med hverandre, på grunn av tilgangen på rusmidler. Ansatte føler seg også mer utrygge i møte med personer i slike miljøer, fordi disse trekker til seg andre misbrukere.

Etter nedbyggingen av statlige institusjonsplasser faller enkelte brukere med tunge psykiatriske sykdommer mellom to stoler. Mange av dem trenger omsorg 1:1, og noen ganger mer. Ut fra et faglig og økonomisk perspektiv er det behov for en nærmere utredning av omsorgstilbudet til denne gruppen, herunder om det er hensiktsmessig å etablere et felles regionalt tilbud. En dialog med nabokommunene inngår i dette arbeidet.

7. Rekruttering og kompetanse

Strategiene i samhandlingsreformen er å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp nærmest der de bor. Som en konsekvens av samhandlingsreformen er pasienter som utskrives fra sykehuset sykere enn tidligere – med mer komplekse problemstillinger og diagnoser. Dette krever at kommunen har mer sykepleierressurser tilgjengelige enn tidligere og at personalet generelt har god kompetanse i observasjon og behandling. Pasientene fordrer større ressurser enn tidligere. Dette krever ofte en bredere kartlegging fra kommunens side for å kunne si noe om hvilke tjenester den enkelte har behov for fremover.

Hadsel har i likhet med de fleste av landets kommuner vansker med å rekruttere tilstrekkelig fagpersonell. Særlig gjelder dette sykepleierkompetanse. Dette krever at vi i større grad samler kompetansetrengende tjenester. Et større fagmiljø er mindre sårbart ved sykdom og fravær, samt gir bedre utnyttelse av fagressursene. Kommunen må fremstå som en attraktiv arbeidsplass hvor ansatte får nødvendig kompetanseheving og faglig oppdatering for å møte nye behov. Et nært samarbeid med utdanningsinstitusjoner, rekruttering av lærlinger/studenter med tilstrekkelig antall lærlingeplasser og praksisplasser, er sentralt for å rekruttere nye medarbeider. I tillegg må man ha en strategisk tilnærming når det gjelder kompetanseplanlegging, og aktivt jobbe med rekrutteringstiltak.

8. Velferdsteknologi

Nasjonalt er det en betydelig satsing på utvikling av faglig grunnlag for implementering av velferdsteknologi i de kommunale omsorgstjenestene. Dette skjer bl.a. gjennom Nasjonalt Velferdsteknologiprogram. Hovedmålet for programmet er at velferdsteknologi skal være en integrert del av tjenestetilbudet i omsorgstjenestene innen 2020. Resultat fra kommuner som deltar i Nasjonalt Velferdsprogram viser indikasjoner på flere typer gevinster¹⁵ bl.a.:

- Unngåtte kostnader, f.eks. utsatt eller unngått innleggelse i institusjon, færre hjemmebesøk

¹⁵ Rapport IS-2557 Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger, Helsedirektoratet

- Spart tid, f.eks. redusert antall hjemmebesøk, mer effektiv medisinbehandling
- Økt kvalitet f.eks. økt egenmestring og trygghet

Formålet med å ta velferdsteknologi i bruk er å gi enkeltmennesker mulighet til bedre å mestre eget liv og helse (NOU 2011:11), styrke det offentlige oppgaveløsning gjennom innovasjon og anvendelse av ny teknologi og bedre kunne møte de fremtidige utfordringene, bl.a. som følge av den demografiske utviklingen (Damvad 2011).

Velferdsteknologi betyr ikke færre ansatte i omsorgstjenesten, men kan gi en bedre ressursutnyttelse av tjenestene. Det kan friggi menneskelige ressurser til de oppgaver hvor det er mest bruk for dem. Det er et mål at den enkelte skal bo i egen bolig og mestre eget liv og helse lengst mulig.

Innføring av velferdsteknologi er en omfattende oppgave som krever mye forarbeid og tilrettelegging før tjenestene kan settes i drift. Kommunene er derfor anbefalt å gå sammen om dette utviklingsarbeidet og enes om felles løsninger. Høsten 2016 ble det startet opp et 2-årig prosjekt for kommunene i Vesterålen: Hadsel, Andøy, Bø, Lødingen, Sortland og Øksnes. Prosjektet *Felles velferdsteknologiske løsninger* koordineres av Vesterålen RKK. Prosjektet følger nasjonalt veikart for tjenesteinnovasjon – velferdsteknologi med fokus på elektronisk medisindispenser, alarmsporsingsverktøy/digitalt tilsyn, elektroniske dørlåser.

Parallelt med det interkommunale prosjektet iverksetter Hadsel et eget velferdsteknologisk prosjekt. Hadsel har fått innvilget prosjektmidler fra fylkesmannen til 50 % prosjektleder for utprøving og innføring av velferdsteknologi i omsorgstjenesten. Det opprettes en kommunal prosjektgruppe.

9. Trivsel og livskvalitet - samarbeid med frivillig sektor

Kultur, måltider, aktivitet og trivsel er helt sentrale og grunnleggende elementer i et helhetlig omsorgstilbud. En framtidig og god omsorgstjeneste må legge større vekt på aktivisering både sosialt og fysisk, gjennom mer tverrfaglige tilbud og økt oppmerksomhet på brukeres sosiale, eksistensielle og kulturelle behov.¹⁶

Helse og omsorg har et godt samarbeid med kommunens kulturavdeling om flere aktiviteter. En har tidligere hatt gode erfaringer med tverrsektorielle tiltak, f.eks. besøk i sykehjem fra barnehager, skoler og musikk-skole. Det er ønskelig at det tilrettelegges for økt samarbeid på tvers av sektorer for kulturtiltak og aktiviteter for omsorgstjenestens brukere.

I sykehjem, heldøgns bemannede omsorgsboliger og bofellesskap med fellesareal, bør det fortsatt tilrettelegges for og fokuseres på verdien av fellesmåltider for de som ønsker det. Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten¹⁷ setter fokus på sammenhengen mellom mat, kultur, helse og livskvalitet og fremhever sammenhengen under temaet

¹⁶ Meld. St. 29 (2012-2013): Morgendagens omsorg

¹⁷ Helsedirektoratet. Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten (IS-1972)

«grunnleggende rammer». Dette understreker betydningen mat og måltider har for både friske og syke mennesker i alle livsfaser og en bevissthet om matens rolle for å skape fellesskap, helse og trivsel.

Omsorgstjenesten ønsker økt samarbeid med frivillig sektor for å styrke aktivitetstilbudet til brukerne og vil tilrettelegge for dette. Det er sentrale føringer for økt fokus på og samarbeid med frivillig sektor.¹⁸ Frivilligheten skal være et supplement til de kommunale tjenestene.

Helse og omsorg har god erfaring med samarbeid med Hadsel frivilligforening og lag/foreninger om enkelte tiltak eller prosjekter. Det fungerer godt når frivillig sektor selv tar initiativ til tiltak og bidrar med det de ønsker og har kapasitet til.

En har erfart at frivilligheten ikke ønsker å binde seg opp, f.eks. til å ta ansvar for matombringning 365 dager i året. Både frivilligsentral og flere lag/foreninger sier det er vanskelig å rekruttere til frivillig arbeid, og har derfor begrenset kapasitet.

Hadsel Frivilligsentral¹⁹ får ikke lenger direkte statsstøtte. Ett visst beløp overføres nå på rammetilskuddet fra staten til kommunen, som deretter innvilger tilskudd til frivilligsentralen. Kommunens samhandling med Hadsel frivilligforening behandles nærmere i kommende kommunedelplan for frivillighet.

Det vises for øvrig til at det skal utarbeides kommunedelplan for frivillighet.

10. Kommunes politikk innenfor omsorgstjenesten

I dette kapittelet fastsettes kommunenes politikk innenfor området, basert på foreliggende kunnskapsgrunnlag, overordnede føringer og lokalpolitiske ønsker og føringer. Politikktutformingene på feltet er nedfelt i verdiorienterte hovedmål, delmål og strategier og er førende for handlingsprogrammet i neste kapittel.

10.1 Hovedmål:

I planprogrammet ble følgende mål vedtatt:

Kommunen skal sikre et forsvarlig og bærekraftig omsorgstilbud i Hadsel

Med *forsvarlig* menes at omsorgstilbudet skal være i samsvar med lover og forskrifter (legalitetsprinsippet). Omsorgstilbudet må være økonomisk, faglig, strukturelt og bygningsmessig *bærekraftig*. *Bærekraftig* betyr at ressursene på sikt skal være til stede og på en slik måte at kommunen i størst mulig grad får langsiktige og forutsigbare løsninger.

¹⁸ Bl.a. St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, Meld. St. 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen, NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg, St. Meld. nr. 39 (2006-2007) Frivillighet for alle

¹⁹ Hadsel frivillighetssentralen har nå endret navn til Hadsel frivilligforening.

10.2 Delmål:

Ut fra foregående kapitler settes følgende delmål:

- Bidra til at brukerne mestrer egne liv
- Dreining av ressurser fra institusjonsbasert til hjemmebasert tjeneste
- Samle kompetansekrevene tjenester i størst mulig grad
- Rus og psykisk helsetjeneste er tilpasset dagens og fremtidens utfordringsbilde
- Miljøarbeidertjenestens boligstruktur er tilpasset tilgjengelige ressurser
- Demensomsorgen er tilpasset brukernes behov gjennom hele sykdomsforløpet
- Velferdsteknologi innføres og utvikles i samarbeid og god dialog med den enkelte bruker og pårørende, slik at det oppleves trygghet og større egenmestring i hverdagen.
- Rekruttering slik at omsorgstjenesten har kompetent fagpersonell
- Økt samarbeid med frivillig sektor

11. Handlingsdel

11.1 Tiltak 2020-2023

Tiltakene er satt i uprioritert rekkefølge. Tiltakene evalueres årlig i forbindelse med styringsdokumentet/økonomiplanen. Behovet for eventuell kursjustering vedrørende omfanget sykehjemsplasser og døgnbemannede omsorgsboliger skal vurderes halvveis i planperioden.

1. Helsefremming, forebygging og rehabilitering

- Bruke ulike arena for å gi befolkningen informasjon slik at de kan ivareta egen helse
- Øke bruken av sosiale medier (pr. 2018 Snap, Insta og Facebook) for å samhandle med yngre brukergrupper i kommunen
- Lett tilgjengelig og oppdatert informasjon om kommunens tjenestetilbud
- Videreutvikle Fellesfaglig forum med ressursteam for å følge opp den tverrfaglige forebyggingen på systemnivå
- Hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring innarbeides i den daglige drift
- Kurs/informasjonsmøter for eldre innføres som helsefremmende og forebyggende tiltak

2. Institusjonstjenesten/sykehjem:

- Avvikle Hadsel sykehjem jf. styringsdokument 2019-2022
- Overføre personal og kompetanse til hjemmetjenesten jf. styringsdokument 2019-2022
- Avvikle dobbeltrom Stokmarknes sykehjem, Styringsdokument 2019-2022
- Tilrettelegge for romforhold fysiofasiliteter
- Fleksibel bruk innenfor det totale antallet sykehjemsplasser

3. Demensomsorg

- Innføre personsentrert omsorg gjennom de fire modellene: 1) Strukturert miljøbehandling, 2) VIPS-praksismodell, 3) Marte Meo og 4) Dementia Care Mapping

- Stillingen som demenskoordinator økes fra 50 til 100 %, jf. styringsdokument 2020-2023.
 - Øke antall dagaktivitetsplasser, med vurdering av behov for kveldstilbud
 - Tilrettelagte botilbud i heldøgns bemannede omsorgsboliger for personer med demens når de har behov for det. Omsorgsboligen skal i størst mulig grad være en bolig livet ut ved at tjenestene tilpasses beboerens funksjonsnivå og omsorgsbehov.
 - Tilrettelegge lokaler for dagaktivitetsavdeling med flere mindre rom samt rehabilitering av kjøkkenet
 - Pårørende er en viktig ressurs. Omsorgstjenesten skal legge til rette for informasjon, samtale og dialog med pårørende.
4. Hjemmetjenesten
- Økt bemanning hjemmetjenesten jf. vridning fra institusjonsbasert til hjemmebasert omsorg, styringsdokument 2019-2022
 - Bemanning HDO Ekren, jf. styringsdokument 2020-2023
5. Miljøarbeidertjenesten
- Samlokalisering av boliger (bygging av boliger, Parkveien 2) jf. styringsdokument 2020-2023
 - Innføre «personsentrert omsorg» som modell i tjenesten
6. Rus og psykisk helsetjeneste
- Regionalt samarbeid med en andel på 20 % stilling psykolog (systemnivå) jf. styringsdokument 2020-2023
 - Opptopping kommunal andel prosjektstilling rusfeltet jf. styringsdokument 2020-2023
 - Økt fokus på bolig og arbeid
 - Recovery som verktøy i bedringsprosesser
 - Utrede omsorgstilbudet til brukere med et tungt omsorgsbehov, herunder om det er hensiktsmessig å etablere et felles regionalt tilbud. En dialog med nabokommunene inngår i dette arbeidet.
7. Rekruttering og kompetanse
- Utarbeide strategisk kompetanseplan for sektoren
 - Mobilisering og utvikling av den kompetansen som finnes i organisasjonen
 - Tilrettelegge for faglig oppdatering og kompetansebygging
 - Tilrettelegge for rekrutteringsstillinger for sykepleiere
 - Videreføre dagens antall lærlingeplasser (Inntak av 5 pr år med forløp på 2 år. Altså til enhver tid 10 lærlinger inne i sektoren)
 - Sørge for konkurransedyktige betingelser
 - Øke lederkompetansen
 - Legge til rette for gode arbeidsmiljø i moderne lokaler/utstyr og med tilpassede turnuser
 - Øke andelen med høyskoleutdanning
 - Øke andelen med fagbrev
 - Implementere heltidstenkning i hele sektoren så langt som mulig
 - Videreføre sykefraværprosjekt

8. Velferdsteknologi

- Intern prosjektgruppe aktiveres. Få på plass prosjektleder med midler fra fylkesmannen.
- Innføre digitalt tilsyn
- Innføre elektronisk dørlås
- Innføre lokaliseringsteknologi
- Innføre medisindispenser
- Gi ansatte systematisk opplæring på bruk av velferdsteknologi

9. Samarbeid med frivillig sektor

- Utvikle samarbeidet med skoleklasser, barnehager, kulturskolen, lag og foreninger samt andre frivillige, om tiltak som styrker aktivitets- og hyggetilbud i helse- og omsorgstjenestene.

Årlige styringsdokumenter frem til utløpet av planperioden angir drifts- og investeringsnivå.

11.2 Driftstiltak styringsdokument 2020-2023 (kommunestyrets vedtak)

Driftsbudsjett med endringer

Beløp i 1000

		Økonomiplan			
		2020	2021	2022	2023
Vedtatt budsjett		216 524	216 524	216 524	216 524
Sum Tekniske justeringer		3 212	3 212	3 212	3 212
Vedtatt forrige periode					
Avvikle dobbeltrom Stokmarknes sykehjem	Helse og omsorg	-1 500	-1 500	-1 500	-1 500
Avvikling Hadsel sykehjem	Helse og omsorg	-8 184	-8 184	-8 184	-8 184
Forhandling legeavtaler	Helse og omsorg	-300	-300	-300	-300
Helsehus driftsbesparelser/synergier	Helse og omsorg	-500	-1 000	-1 000	-1 000
Innføring av velferdsteknologi-synergieffekt	Helse og omsorg	-150	-300	-450	-450
Parkveien 2	Helse og omsorg	-1 200	-2 500	-4 500	-4 500
Ta hjem brukere fra private institusjoner	Helse og omsorg	-1 000	-1 500	-2 000	-2 000
Økt bemanning hjemmetjenesten	Helse og omsorg	600	1 200	1 800	1 800
Sum Vedtak forrige periode		-12 234	-14 084	-16 134	-16 134
Sum Demografijustering		5 100	5 100	5 100	5 100
Konsekvensjustert budsjett		-3 922	-5 772	-7 822	-7 822
Konsekvensjustert ramme		212 602	210 752	208 702	208 702
Politisk vedtak					
Besparelse som følge av inv i velferdsteknologi	Helse og omsorg	-300	-300	-300	-300
Demenskoordinator	Helse og omsorg	400	400	400	400
Redusert sykefravær	Helse og omsorg	-500	-500	-500	-500
Sum Politisk vedtak		-400	-400	-400	-400
Nye tiltak					
Andel psykolog (systemnivå)	Helse og omsorg	200	200	200	200
Andel regional stilling miljørettet helsevern	Helse og omsorg	230	230	230	230
Bemanning HDO demens Ekren	Helse og omsorg	0	4 000	8 000	8 000
Kompensasjon for lønns- og prisvekst	Helse og omsorg	4 291	2 835	2 174	1 594
Opptrapping kommunal andel prosjektstilling rusfeltet	Helse og omsorg	0	165	330	660
Sum Nye tiltak		4 721	7 430	10 934	10 684
Innsparingstiltak					
Bemanning hjemmetjenesten	Helse og omsorg	3 068	-2 024	-6 124	-6 224
Besparelse integrering og bosetting	Helse og omsorg	-1 000	-2 000	-3 000	-3 000
Fjerne et årsverk i MATS 2	Helse og omsorg	-607	-607	-607	-607
Legge ned kantinen på rådhuset	Helse og omsorg	0	-608	-608	-608
Reduksjon nattevakt MATS 1	Helse og omsorg	-1 616	-1 616	-1 616	-1 616
Sum Innsparingstiltak		-155	-6 855	-11 955	-12 055
Nye tiltak og realendringer budsjett		4 166	175	-1 421	-1 771
Ramme 2020-2023		216 768	210 927	207 281	206 931

11.3 Investeringer styringsdokument 2020-2023 (kommunestyrets vedtak)

Beløp i 1000

	Oppr. budsjett	Øk.plan 2020	Øk.plan 2021	Øk.plan 2022	Øk.plan 2023	Øk.plan Sum 2020-2023
Investeringspott omsorg	750	1 000	1 000	1 000	1 000	4 000
Innkjøp av EL-biler til hjemmetjenesten	0	850	750	750	750	3 100
Investeringer velferdsteknologi	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	4 000
Pasientbil Stokmarknes sykehjem	0	500	0	0	0	500
Nødstrømsagregat Stokmarknes sykehjem	500	500	0	0	0	500
Parkveien 2, bygging av flere boliger for miljøtjenesten	0	1 500	1 500	0	0	3 000