



SEKTORPLAN HELSE OG VELFERD 2025-2036, DEL 1 – HANDLINGSDEL



**FORSVARLEGE OG
BEREKRAFTIGE TENESTER**

Vedteken av Bjørnafjorden kommunestyre 18.9.2025, sak 80/2025

INNHALD

DEL 1 - HANDLINGSDEL

1. Forord	3
2. Oppsummering av sektorplanen del 1-3.....	4
2.1. Utfordringsbiletet.....	4
2.1.1. Folkehelse, demografiske endringar og bustad- og innsatstrappa.....	4
2.1.2. Sosial ulikskap og utanforskap, inkludering og informasjon	4
2.1.3. Antibiotikaresistens og smittevern	5
2.2. Del 1 – handlingsdel: Samarbeid om å skapa det gode liv for alle	5
2.2.1. Måla for sektorplanen.....	5
2.3. Del 2 – kunnskapsdel	6
2.3.1. Lovverk, reformer, planar, strategiar og rapportar	6
2.3.2. Prosjekt- og nettverksarbeid.....	6
2.3.3. Kva er tenestebehovet framover?.....	6
2.4. Del 3 – statusskildring og vedlegg	6
3. Mål, strategiar og tiltak	7

VISJON OG VERDIAR

Eit raust og attraktivt lokalsamfunn
med evne og vilje til nyskaping

Vi lyttar med
respekt

Vi er
inkluderande

Vi finn smarte
løysingar

Vi gjer det
vi seier



BJØRNA
FJØRDEN

KOMMUNE

DEL 1 – HANDLINGSDEL

1. FORORD

Bakgrunnen for planarbeidet er ei bestilling i planstrategien for 2020-2024. Bjørnafjorden kommune har korkje pengar eller helsepersonell til å halda fram med tenesteyting som i dag. Tenestene må effektiviserast gjennom auka bruk av E-helse og helseteknologi. Det er nødvendig at innbyggjarane tek større ansvar for å førebu eigen alderdom, samtidig som dei må få hjelp når dei treng det. Dei kommunale sektorane, i samarbeid med næringslivet og frivillig sektor, må leggja til rette for ei samfunnsutvikling som fremjar inkludering og god helse, dvs. dei første trinna i innsats- og bustadtrappa.

Kommunedirektøren ga eit eige mandat for sektorplanarbeida, der det står at sektorplanen skal:

- ✓ vera den overordna strategiske planen for sektoren
- ✓ leggja til rette for ei ønskt utvikling
- ✓ danna grunnlag for andre underliggjande planar
- ✓ fremja samarbeid og heilskapleg tenking internt i kommunen, og mellom kommunale og andre instansar
- ✓ innehalda strategiske val knytt til tenesteyting (drift og investering), og gje grunnlag for prioriteringar i budsjett og økonomiplan
- ✓ bidra til treffsikre tenester, heilskaplege tenester og innovasjon i tenesteytinga
- ✓ følgja opp mål og strategiar frå samfunnsplanen

Sektorplanen er delt i tre delar. Ein handlingsdel med mål, strategiar og tiltak, ein kunnskapsdel og ein skildrings- og statusdel. Som kommune vil vi ha ein kunnskapsbasert praksis, og kunnskapen som kjem fram i del to og tre er lagt til grunn for del ein.

For å sikra god samanheng i det kommunale planhierarkiet tek planen sine mål og strategiar utgangspunkt i samfunnsdelen av kommuneplanen. Behov for revisjon, forlenging eller utfasing av sektorplanen skal vurderast i planstrategien kvart 4. år. Oppfølging av mål, strategiar og tiltak vil skje gjennom det årlege budsjett- og økonomiplanarbeidet og gjennom sektoren sine komande planarbeid.

Bjørnafjorden kommune har ingen planverk som kartlegg bygningsmasse og tilhøyrande uteområde for bygg i helse- og velferdssektoren à la det skulebruksplanen og barnehagebruksplanen gjer. Det er difor i denne planen gjort ei enkel administrativ vurdering i sektoren av utviklingsbehova for den bygningsmassen som sektor Helse og velferd disponerer. Dette er skildra i vedleggsdelen.

Planen omfattar ikkje helsetenester som er organisert under oppvekstsektoren i Bjørnafjorden kommune, dvs. førebyggjande helsetenester for barn og unge.

Utgangspunktet for arbeidet var mål og strategiar frå samfunnsdelen av kommuneplanen (KPS). RMNF og Eldrerådet hadde ein framtidsverkstad som munna ut i innspel både til KPS og til sektorplanen.

Ei tverrfagleg arbeidsgruppe, som har endra seg i samansetting over tid, har leia arbeidet med sektorplanen. Oppstartsmøtet var i september 2021. Pandemi, omorganiseringar, store nedskjeringar og krevjande omstillingsarbeid har vore rammevilkår. I lengre periodar har planarbeidet vore nedprioritert og lagt heilt til sides, før det vart starta opp igjen tidleg i 2024.

Våren 2024 vart dei nyvalde råda – RMNF og Eldrerådet – pluss Tenesteutvalet inviterte til å koma med innspel til mål og strategiar for planen og forventingar til tiltaksdelen. HVO og HTV har vore inviterte til å koma med sine innspel gjennom drøftingsmøte. Våren 2024 hadde avdelingsleiarar og einingsleiarar i Helse og velferd, HVO og HTV ein fagdag for å jobba med tiltak. Ei utvida leiargruppe i Helse og velferd hadde mange stopp-punkt med sektorplan i 2024. Våren 2025 er arbeidet koordinert med prosjekt innsats- og bustadtrapp. Ein stor takk til alle som har vore med i planarbeidet!

Bjørnafjorden, 21. mai 2025

Monica Totland Melvold

Kommunalsjef for Helse og velferd

2. OPPSUMMERING AV SEKTORPLANEN DEL 1-3

Bjørnafjorden kommune har dei siste åra vore gjennom mange endringar og står framleis i store omstillingar. Det er usikkert korleis driftsrammene vil utvikla seg dei neste åra. Prognosar for brukarbehov framover viser stor vekst, særleg pga. aukande tal eldre og lengre levealder. Det er også ein stor del yngre som slit med psykiske utfordringar, og ein stor del av ressursane i heimetenestene går til ei lita gruppe yngre brukarar. Talet på personar med demens i kommunen, er venta å auka med ca. 313 personar i planperioden frå 2025 til 2036, tilsvarande ein auke på 60 %.

Det er eit omfattande lovverk for dei kommunale helse- og velferdstenestene. Det finst ingen nasjonal eller lokal bemanningsnorm for helse- og velferdssektoren sine tenester. Uavhengig av t.d. økonomi, tilgang på kompetanse og tal på institusjonsplassar, vil kommunehelsetenesta alltid måtta ta imot nye pasientar, fordi kvar og ein har rett til nødvendig helsehjelp. Tenestene skal vera forsvarlege, men dei må også vera berekraftige i høve til økonomi og tilgang på kompetanse.

2.1. Utfordringsbilete

2.1.1. Folkehelse, demografiske endringar og bustad- og innsatstrappa

Folkehelseoversikta viser at talet på eldre 80 år+ i kommunen kan bli nesten dubla frå 2023 til 2035. I 2050 kan det bli nesten tre gongar så høgt, medan utviklinga av folketalet berre viser ein svak auke.

Svak folketalsutvikling og ei aldrande befolkning aukar risikoen for dårlegare folkehelse, fordi ein større del av befolkninga kjem til å leva med kroniske sjukdomar.

Dersom vi dreiar samfunnsinnsatsen meir i retning av førebygging og tidleg innsats, kan innbyggjarane få fleire friske leveår eller klara seg med mindre hjelp når dei blir hjelpetrengjande. Planen legg difor stor vekt på tidleg innsats, førebyggjande helsetenester og lågterskeltilbod.

Det er i følge ulike rapportar laga av Agenda Kaupang heilt avgjerande at alle sektorane i kommunen bidrar for å sikra eit økonomisk berekraftig helsetilbod med innovasjon og ei god og heilskapleg bustad- og stadutvikling. I Bjørnafjorden er verktøyet ei heilskapleg innsats- og bustadtrapp. Vi treng å gjera gode, proaktive tenesteval på tvers av kommunalområda i møte med innbyggjarane sine behov, og vi må styrkja innbyggjarane sin helsekompetanse, slik at dei klarer å gjera tidlege og gode nok val for å meistra eige liv når dei møter utfordringar. Proaktive tenesteval handlar om å styrkja den tidlege innsatsen gjennom m.a. tidleg og tverrfagleg kartlegging, og å styrkja innbyggjarane i å klara seg mest mogleg sjølve. Dette krev ei investering i dei lågaste trinna i ei innsats-/omsorgstrapp, og er særleg viktig for å møta den store auken i talet på eldre. Førebyggjande tiltak gjennom tidleg innsats er god samfunnsøkonomi.

2.1.2. Sosial ulikskap og utanforskap, inkludering og informasjon

Å redusera sosial ulikskap og hindra utanforskap, vil betra folkehelsa og er noko alle sektorar må arbeida med. Fleire av tiltaka i planen handlar om å få ein større del av innbyggjarane i arbeid og skapa gode møtestadar. Bustad er, saman med arbeid og utdanning, velferdspilarar og arenaer for å jamna ut sosial ulikskap i helse. Den demografiske utviklinga tilseier at det er behov for eit meir differensiert bustadtilbod, både for å eiga og leiga. Pågangen etter kommunal utleigebustad er stor, og nokre innbyggjarar er til ei kvar tid heilt utan bustad.

Einsemd er noko mange av innbyggjarane opplever, og einsemd vart i konsulentarbeidet i Bjørnafjorden ved PwC peika på som ein av dei største kostnadsdrivarane innan helse og omsorg. Planen legg difor vekt på å skapa sosiale arenaer, og på verktøy som fremjar kontakt og sosial deltaking. Å få høve til å vera frivillig, kan hindra einsemd, og levande og inkluderande lokalsamfunn og nabolag førebyggjer einsemd.

Kommunen vår ligg høgt på sjølvmondsstatistikken. Bjørnafjorden har difor ein eigen handlingsplan for førebygging av sjølv mord.

Fleirtalet av innbyggjarane har levevanar som ikkje når opp til nasjonale råd når det gjeld kosthald og fysisk aktivitet. Dette aukar risikoen for alvorleg livsstilssjukdom som t.d. hjarte- og karsjukdom. Her

ligg Bjørnafjorden over landssnittet både for kvinner og menn. Planen kjem med forslag til tiltak for å skapa møtestadar og auka aktivitet.

Folkehelseoversikta viser at ein større del av innbyggjarane våre enn landssnittet har berre vidaregåande skule som høgaste utdanningsnivå. Lågt utdanna grupper har generelt meir usunne levevanar enn høgt utdanna grupper. Sjølv om utdanningsnivå har stor betydning for levevaner, kan samfunnet leggja til rette for å ta sunne val. Mange tiltak i denne planen gjeld difor tilgang på informasjon og lågterskel helsetilbod. Her kan frivillige og private aktørar også vera ein ressurs.

2.1.3. Antibiotikaresistens og smittevern

Antibiotikaresistens er ein alvorleg og aukande helsetrussel. Føreskrivingar av antibiotika går nedover i Bjørnafjorden kommune, men vi ligg framleis signifikant over tala frå Vestland og landet som heilskap. Tiltak innan smittevern og smittevernberedskap, saman med haldningsskapande arbeid i høve til antibiotikabruk, er sentralt her.

2.2. Del 1 – handlingsdel: Samarbeid om å skapa det gode liv for alle

Samfunnsmålet («misjonen») til Bjørnafjorden kommune er «Det gode liv for alle». Dette skal alle sektorar og tenesteområde samarbeida om å nå, m.a. ved hjelp av dei fire verdiane våre: Vi lyttar med respekt, er inkluderande, finn smarte løysingar og gjer det vi seier.

Å arbeida tverrsektorielt for eit aldersvenleg samfunn, er eit av dei viktigaste grepa vi kan gjera for ei økonomisk berekraftig samfunnsutvikling. Det handlar om å utforma eit velferdssamfunn som gjer det enklare å ta vare på seg sjølv og meistra kvardagen, uavhengig av alder og funksjon. Eit anna viktig satsingsområde er trygg og effektiv bruk av E-helse og helseteknologi for å oppnå betre kvalitet og betre ressursbruk, og for at innbyggjarane kan meistra eiga helse lengst mogleg. Som kommune må vi òg sikra god variasjon og tilgang på eigna bustadar, og transportordningar som gjer det lett å koma seg til møtestadar og andre viktige arenaer.

2.2.1. Måla for sektorplanen

Vi har brukt mål og strategiar frå satsingsområda i samfunnsdelen av kommuneplanen som utgangspunkt for handlingsdelen av sektorplanen. Måla i sektorplanen er at Bjørnafjorden kommune skal:

1. arbeida helsefremjande og førebyggjande for å sikra god folkehelse, fremja inkludering og førebyggja sjukdom og tidleg død
2. sikra nødvendig helsepersonell i tenestene, kvalitet i tenestene og allmenn tilgang til helsetenester
3. medverka til at innbyggjarane kan leva aktive liv og bu heime så lenge som mogleg i eit alders- og demensvenleg samfunn
4. samarbeida med pårørande, frivillige, lag og organisasjonar og næringslivet for å utvikla tenestene og møta framtidige utfordringar
5. sikra god samanheng i tenestene og ein god tenesteflyt, og godt samarbeid med andrelinetenesta
6. ha tenlege bygg og system for drift av helse- og velferdstenestene
7. medverka til at vi innfrir berekraftsmåla om å stogga klimaendringane, skapa berekraftige lokalsamfunn og ein nyskapande og framtidsretta kommune

Strategiar og tiltak har utspring i utfordringsbiletet og kunnskapsdelen av planen og er organiserte under desse sju måla. Gjennom medverknadsprosessane har det blitt «knadd» godt på mål, strategiar og tiltak. Viktige tiltak frå vedtekne handlingsplanar i sektoren er innarbeidd i tiltaka, og dei er koordinert med prosjekt innsats- og bustadtrapp.

I oppfølginga av planen er det avgjerande med godt tverrfagleg og tverrsektorielt samarbeid internt i kommunen, med alle gode krefter i lokalsamfunnet og med andrelinetenesta. Ein slik arbeidsmåte er innarbeidd i mange av tiltaka i handlingsdelen av planen. Gjennomføring av «Bu trygt heime»-reforma vil stå sentralt i dette arbeidet.

2.3. Del 2 – kunnskapsdel

2.3.1. Lovverk, reformer, planar, strategiar og rapportar

Kunnskapsdelen løftar fram nasjonale føringar i form av lovverk, reformer, planar og strategiar.

Kunnskapsdelen refererer òg til fleire rapportar som kjem med viktig kunnskap til handlingsdelen. Helsepersonellkommissjonen sin rapport «Tid for handling» peikar på seks innsatsområde for å utløysa fleire arbeidskraftsressursar og eit større omfang av helse- og omsorgstenester.

Fleire av rapportane handlar om bustaden si betydning for eigenmeistring, korleis eldre bur, kvalitetar i nærmiljøet og kva ein eigna bustad for eldre er. Fleire eldre kan leva sjølvstendige liv og vera i aktivitet i ein bustad som er eigna. Det er klokt å leggja til rette for aldersvenlege lokalsamfunn.

Nokre av rapportane handlar om arbeidsmiljø og helse, og trekkjer fram tiltak for å auka arbeidsglede og trivsel.

KS sitt hefte om ei økonomisk og kompetansemessig berekraftig helse- og omsorgsteneste, gjev råd om korleis vi kan påverka balansen mellom tilbod og etterspurnad etter tenester og personell.

Ein annan rapport drøftar potensialet for uformell omsorg i Noreg. Rapporten viser til at den demografiske utviklinga tilseier at talet på eldre og hjelpetrengjande er venta å veksa langt meir enn talet på potensielle hjelparar.

Heckman-kurven dokumenterer effekten av førebyggjande og helsefremjande innsats retta mot barn og unge. Anna forskning viser at helsegevinstane av å få fleire innbyggjarar i *litt* fysisk aktivitet er store.

2.3.2. Prosjekt- og nettverksarbeid

Helse og velferd i Bjørnafjorden kommune har erfaringar frå ulike prosjekt- og nettverksarbeid – knytt til m.a. endra oppgåvedeling og gode pasientforløp – som er verdifulle, men som ikkje er fullt ut implementerte i organisasjonen. Mellomleiaren er den viktigaste endringsagenten. For å driva utviklingsarbeid, og auka effektivitet i tenestene, krevst det noko «slack» i tenestene, påpeikar NHH. Det er i implementeringa av nye løysingar at slaget om endring står, og implementering er ressurskrevjande.

2.3.3. Kva er tenestebehovet framover?

Kunnskapsdelen viser også framskrivingar av tenestebehovet. Prognosane seier at det kan verta vesentleg fleire som treng hjelp, men at talet er avhengig av medisinsk og teknologisk utvikling. Det er usikkert om venta auke i levealder vil gje fleire friske eller fleire sjuke år.

2.4. Del 3 – statusskildring og vedlegg

I vedlegga blir m.a. einingane sine vurderingar av bygningsmassen som sektoren disponerer, skildra.

Det blir opplevd å vera eit etterslep på innvendig vedlikehald av bygningsmassen og trong for tilpassingar av bygg til ei endra brukargruppe, noko som bør takast tak i gjennom planperioden. Manglande midlar til tilpassing av kommunale utleigebustadar til brukarar med nedsett funksjonsevne, er også ei problemstilling.

3. MÅL, STRATEGIAR OG TILTAK

Samarbeid med andre sektorar i kommunen, privat næringsliv, frivillige og sjukehusa vil vera heilt nødvendig for å gjennomføra mange av tiltaka og nå måla våre.

- MÅL: Det vi skal oppnå
- STRATEGI: Langsiktig plan/angrepsmåte for å nå måla (merka med **A.**, **B.**, **C.** osv.)
- TILTAK: Prosjekt/aktivitet (høyrer til kvar strategi, merka med 1., 2., 3. osv.)

MÅL 1: Bjørnafjorden kommune skal arbeida helsefremjande og førebyggjande for å sikra god folkehelse, fremja inkludering og førebyggja sjukdom og tidleg død

A. Vi dreiar ressursbruken mot tidleg innsats, førebyggjande arbeid og kvardagsrehabilitering.

1. Vi lagar ein handlingsplan for rehabilitering.
2. For å fremja folkehelsa i kommunen, satsar vi på eit frisklivstilbod for auka helsekompetanse, meistring og likemannsarbeid.
3. Vi styrkjer kartleggingsarbeidet.
4. Vi spør om erfaringar med vald og sjølv mordstankar når vi gjer kartleggingar av risikoutsette vaksne (jf. handlingsplan mot vald i nære relasjonar og handlingsplan for sjølv mordsførebygging).
5. Vi etablerer eit tverrfagleg team for tidleg innsats, med tett samarbeid med fastlegane og dei andre tenestene.
6. Vi aukar volumet av lågterskel aktivitetstilbod og sikrar at dei er varierte, tilgjengelege og tilpassa brukargruppene.
7. Vi styrkjer det tverrsektorielle arbeidet for tidlegare innsats.

B. Vi inkluderer fleire i arbeidslivet.

1. Vi opprettar fleire varig tilrettelagde arbeidsplassar i kommunale einingar.
2. Vi samarbeider tettare med NAV ved rekruttering.
3. Vi jobbar saman med NAV om å kvalifisera ufaglærte gjennom kurstilbod.

C. Vi satsar på informasjonsarbeid, slik at innbyggjarane kan vera trygge og ta gode val.

1. Vi gjer e-læringskurs og infovideoar frå nasjonale kampanjar og satsingar lett tilgjengelege for innbyggjarane.
2. Vi etablerer kurstilbod for å heva innbyggjarane sin digitale kompetanse.
3. Vi set av ein dedikert ressurs for å halda heimesidene våre oppdaterte og brukarvenlege.
4. Vi visualiserer tiltakskjeda gjennom ei innsats- og bustadtrapp og utviklar Helsetenestekatalog for å skildra tenestene.
5. Vi systematiserer informasjonsarbeidet ut mot fastlegane gjennom gode heimesider om dei kommunale tenestene og faste, regelmessige møtepunkt.
6. Vi samarbeider med legekontora om informasjon ut til innbyggjarane.

D. Vi har høg vaksinasjonsdekning, god smittevernberedskap, og helsemessig og sosial beredskap.

1. Vi lagar ein plan for helsemessig og sosial beredskap og øver på den.
2. Vi har eit oppdatert smittevernplanverk som følgjer nasjonale retningslinjer og tilrådingar.
3. Vi har lager av verneutstyr, legemiddel og vaksinar i kommunen, og ressursar til å forvalta det.
4. Vi samarbeider med aktuelle aktørar for å halda høg vaksinasjonsdekning, og sørgjer for god og lett tilgjengeleg informasjon på fleire språk og i ulike formidlingskanalar.
5. Vi reduserer utskriving av antibiotika til innbyggjarane.

E. Vi etterlever FN-konvensjonen om rettane til personar med nedsett funksjonsevne (CRPD).

1. Vi tar i bruk materiell for opplæring av tilsette og leiarar for innføring i, og utøving av, CRPD i praksis.
2. Vi arbeider sektorovergripande med kompetanseauke og implementering av CRPD i plan- og styringsdokument.
3. Vi tar i bruk rettleiaren «Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklings-hemming» for å implementera CPRD i Tilrettelagte tenester.

MÅL 2: Bjørnafjorden kommune skal sikra nødvendig helsepersonell i tenestene, kvalitet i tenestene og allmenn tilgang til helsetenester

A. Vi sikrar legedekning og legevakttenester i kommunen.

1. Vi lagar ein plan for legevakt og legetenester.
2. Vi satsar på tverrfaglege fastlegekontor med god oppgåvedeling og tverrfagleg samarbeid, for ei meir framtidsretta allmennlegeteneste.

B. Vi sikrar rekruttering av fagutdanna og anna helsepersonell.

1. Vi nyttar erfaringskonsulentar i tenestene (statleg tilskot).
2. Vi sikrar nok praksisplassar for lærlingar og studentar.
3. Vi har fleire ulike arbeidstidsordningar for å imøtekomma behov i drifta og tilsette i ulike livssituasjonar, og kan tilby konkurransedyktig løn.
4. Vi brukar realistiske og målretta tekstar ved utlysing av ledige stillingar.

C. Vi utviklar kompetansen i tenestene.

1. Vi innhentar brukaren sin kompetanse, behov og ønske og nyttar dette i utforming av tenestetilbodet («kva er viktig for deg?»).
2. Vi utviklar arbeidsplassen som ein lærande organisasjon ved å gje tilbod om systematisk kompetanseutvikling, og etablerer «rom» for læring, kunnskapsdeling og refleksjon.
3. Vi satsar på støtte og utvikling av leiarane.
4. Vi aukar den digitale kompetansen hos medarbeidarane.
5. Vi utviklar samarbeidet med Kunnskapskommunen for å kunna gje innbyggjarane gode, kunnskapsbaserte tenester.
6. Vi aukar kompetansen om veteranar, både i Nav og i andre tenester som møter veteranane og familiane deira (jf. veteranplanen).
7. Vi aukar kompetansen om vald i nære relasjonar (jf. handlingsplan mot vald i nære relasjonar).
8. Vi aukar kompetansen om førebygging av sjølv mord (jf. handlingsplan for sjølv mordsførebygging).

D. Vi satsar for å behalda kompetanse.

1. Vi sikrar at medarbeidarane får nytta kompetansen sin på rett oppgåve og til rett tid.
2. Vi held oversikt over medarbeidarane sin kompetanse og lagar ein strategisk kompetanseplan.
3. Vi tilbyr interne karriereveggar og høve til vidareutdanning.
4. Vi satsar på medverknad ved turnusplanlegging.
5. Vi gjev nyttilsette ein god start.

E. Vi satsar på nærværarbeid og eit godt arbeidsmiljø.

1. Vi utviklar nærværprosjekt i samarbeid med Nav.
2. Vi investerer i arbeidsklede, teknologi og hjelpemiddel som lettar arbeidet for tilsette.
3. Vi satsar på tiltak som motverkar uførheit.
4. Vi styrkjer samarbeidet med arbeidstakarorganisasjonane.
5. Vi satsar på ein leiarkultur som anerkjenner og varetar medarbeidarane.
6. Vi løftar fram historier som byggjer lagkjensle og positiv energi.
7. I tilsettingsintervjua avklarar vi korleis den enkelte vil medverka til eit godt arbeidsmiljø.

F. Vi sikrar eit forsvarleg tenestetilbod til dei sjukaste.

1. Vi sikrar tilstrekkeleg dekning av heildøgns omsorgsplassar i institusjon og bustadar for ulike brukargrupper.
2. Vi dimensjonerer og organiserer sjukeheimane og heimetenestene i kommunen for effektiv drift og likeverdige tenester.
3. Vi har eit godt utbygd og variert bustadtilbod for vanskelegstilte på bustadmarknaden.
4. Vi utviklar modellar for bygging av bustadar og bufellesskap for personar med nedsett funksjonsevne i privat eller kommunal regi.

MÅL 3: Bjørnafjorden kommune skal medverka til at innbyggjarane kan leva aktive liv og bu heime så lenge som mogleg i eit alders- og demensvenleg samfunn

A. Vi har eit breitt spekter av tenester frå førebyggjande lågterskeltenester til heildøgns pleie og omsorg.

1. Gjennom tverrfagleg samskaping saman med private aktørar utviklar vi fleksible og alternative buformer, slik som t.d. klyngetun.
2. Vi utviklar eit tenestetilbod som handterer overgangane mellom somatikk og geriatri, m.a. til geriatriske ROP-pasientar (jf. bustadsosial plan).
3. Vi utviklar og satsar på avlastingstilbod for heimebuande vaksne med utviklingshemming, knytt til eitt av bufellesskapa (jf. bustadsosial plan).
4. Vi gjev innbyggjarane råd om tiltak for å kunna bu lengst mogleg heime, og formidlar kunnskap om velferdsteknologi og smarthusteknologi.
5. Vi identifiserer kva mottakarar av heimetenester som vil ha mest nytte av å tilretteleggja eigen bustad, og sikrar tilstrekkeleg ressursar til å hjelpa dei med å gjennomføra nødvendige tiltak.
6. Vi aukar talet på utleigebustadar, både kommunale og private.
7. Vi aukar dagtilbodet til eldre og tilhøyrande skyssordning, for å utsetja behovet for heildøgns omsorg.
8. Vi etablerer ordning med sosial vaktmeister (jf. bustadsosial plan).
9. Vi implementerer kunnskapen frå «Heima best» i alle team i heimetenesta, med fokus på tverrfagleg kartlegging og samarbeid for å fremja eigenmeistring.
10. Vi blir ein TryggEst-kommune for å hindra, avdekkja og handtera vald og overgrep mot risikoutsette vaksne.
11. Vi sikrar hjelpetilbod til valdsutsette (jf. handlingsplan mot vald i nære relasjonar).
12. Vi samarbeider med aktuelle kompetansemiljø og hjelpetilbod (jf. handlingsplan mot vald i nære relasjonar).
13. Vi tilbyr regelmessig sinnemeistringskurs (jf. handlingsplan mot vald i nære relasjonar).
14. Vi nyttar velferdsteknologiske løysingar som ein integrert del av tenestene våre – og vel velferdsteknologi der vi kan, helsepersonell der vi må.

B. Vi samarbeider for å skapa rause lokalsamfunn, der alle er inkludert, kan oppleva meistring og at det er bruk for dei.

1. Vi lagar ein handlingsplan for psykisk helse og rus.
2. Vi samarbeider med innbyggjarane, private aktørar, lag og organisasjonar om lågterskeltilbod som fremjar aktivitet og reduserer einsemd.
3. Vi satsar på ressursteamet for sjølvmoordsførebygging (jf. handlingsplan for sjølvmoordsførebygging).
4. Vi utviklar og formaliserer samarbeidet med dei vidaregåande skulane om alternativ praksis.
5. Vi brukar ulike kanalar for å annonsera aktivitetar og arrangement.
6. Vi tilbyr arbeidsoppdrag i kommunen til brukarar i tilrettelagde tenester, psykisk helse og rus, NAV og flyktningetenesta.
7. Vi vurderer korleis vi kan nytta sjukeheimane, skular, hallar og andre fellesarenaer på nye måtar til møtestadar, gjerne på tvers av generasjonar.
8. Vi har gode rutinar og møtestadar for tverrfagleg og tverrsektoriell samhandling.
9. Vi etablerer strategisk samarbeid med NAV, med mål om at inkludering og tilrettelegging skal vera del av rekrutteringsstrategien vår.
10. Vi inngår avtalar med utbyggjarar når vi sel tomt/areal, om å få kjøpa bustadar i prosjekta.
11. Vi finn gode, mellombelse løysingar for bustadar til personar som er bustadlause.

C. Vi vidareutviklar tilbod innan demensomsorga.

1. Vi implementerer pakkeforløp for demenssjuke.
2. Vi utvidar opningstidene i dagtilboda, vidareutviklar innhaldet og sikrar transporten.
3. Vi lagar ein handlingsplan for demensomsorg i løpet av 2025.
4. Vi styrkjer teamet rundt demenskoordinator for tidlegare innsats og styrking av pårørandearbeid.

MÅL 4: Bjørnafjorden kommune skal samarbeida med pårørende, frivillige, lag og organisasjonar og næringslivet for å utvikla tenestene og møte framtidige utfordringar

A. Vi mobiliserer ressursar utanom kommuneorganisasjonen og systematiserer samarbeidet.

1. Vi tar initiativ til felles mobilisering for tiltak i kommunal, privat og frivillig regi som møter utfordringsbiletet i folkehelseoversikta og fremjar god folkehelse.
2. Vi samarbeider med lag og organisasjonar for å auka helsekompetansen blant innbyggjarane og kunnskapen om korleis ein kan og bør tilretteleggja for eigen alderdom.
3. Vi mobiliserer innbyggjarane til frivillig arbeid og nabohep.
4. Vi etablerer eit systematisk samarbeid med brukarorganisasjonane.
5. Vi etablerer stilling som frivillig- og aktivitetskoordinator.
6. Vi følgjer opp vedteken frivilligstrategi.

B. Vi utviklar samarbeidet med, og støtte til, pårørende.

1. Vi implementerer kunnskap frå læringsnettverk i pårørandearbeid.
2. Vi utviklar retningslinjer for systematisk pårørandearbeid og avlasting.
3. Vi utviklar eit fleksibelt, lågterskel avlastingsstilbod.

MÅL 5: Bjørnafjorden kommune skal sikra god samanheng i tenestene, god tenesteflyt, og godt samarbeid med andrelinetenesta

A. Vi vidareutviklar samarbeidet med helseføretak og nabokommunar.

1. Vi brukar Helsefellesskapet som samarbeidsarena.
2. Vi brukar sektorplanen som eit utgangspunkt for å prioritera kva prosjekt vi skal ta del i.

B. Vi jobbar tverrfagleg og koordinert på tvers av einingar, sektorar og spesialisthelsetenesta.

1. Det blir etablert ei tverrsektoriell prosjektgruppe i kommunen for realisering av Bu trygt heime-reforma, og prioritert ressursar til arbeidet.
2. Vi har brukarane i fokus og etablerer samhandling på tvers av einingar og sektorar ved ulike pakkeforløp.
3. Vi utarbeider fleire pasientforløp i tenestene, som involverer brukarrepresentantar og pårørende.
4. Vi jobbar for å forbetra informasjonsflyten mellom einingar, sektorar og med spesialisthelsetenesta for god samordning av tenestene.

MÅL 6: Bjørnafjorden kommune skal ha tenlege bygg og system for drift av helse- og velferdstenestene

A. Vi har nødvendige verktøy og fagsystem som effektiviserer arbeidet og sikrar lovkrav.

1. Vi har funksjonelle digitale verktøy og set av nok ressursar til opplæring.
2. Vi følgjer med på potensialet i kunstig intelligens og nyttar KI der det er hensiktsmessig.
3. Vi har rutinar som varetar personvernet.
4. Vi implementerer nasjonale, digitale fellesløyser i samarbeid med Digi-Vestland.
5. Vi automatiserer i størst mogleg grad oppgåver som ikkje inneber brukarkontakt.
6. Vi legg til rette for at E-helse blir ein naturleg del av arbeidskvarden.

B. Vi har tilstrekkeleg nett-tilgang i alle kommunale bygg og godt samarbeid med kommunen si IT-teneste.

1. Vi jobbar for ei IT-teneste som er tilgjengeleg 24/7.
2. Vi jobbar for at nett-tilgangen er god nok til at vi kan bruka dataverktøy som m.a. Teams, mobil omsorg og kollegavarsling, der vi treng det.

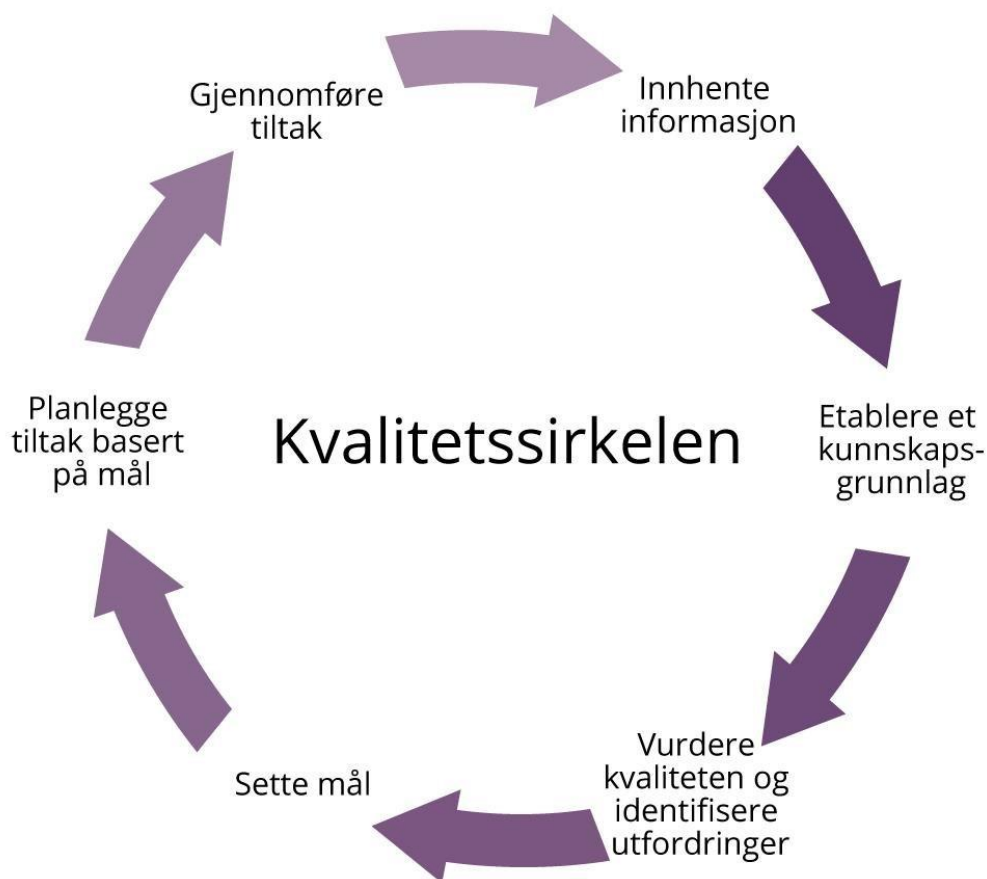
C. Vi har ein langsiktig plan for utvikling av bygningsmassen for å imøtekoma brukarbehov og arbeidsmiljømessige krav.

1. Vi har rutine for årleg vurdering og innmelding av investeringsbehov inn mot budsjettprosessen.
2. Vi følgjer opp punkt frå vernerundar.
3. Ved nybygg eller ombygging skal konsekvensar for personalet sin effektivitet inngå rutinemessig som ein del av vedtaksgrunnlaget.

MÅL 7: Bjørnafjorden kommune medverkar til at vi innfrir berekraftsmåla om å stogga klimaendringane, skapa berekraftige lokalsamfunn og ein nyskapande og framtidsretta kommune

A. Helse og velferd arbeider for å redusera direkte klimagassutslepp frå eiga verksemd i samsvar med KLEM-planen

1. Vi brukar el-bilar og el-syklar der vi kan og sikrar ressursar til tilstrekkeleg ladestruktur og kapasitet i straumforsyningsnettet.
2. Vi etablerer system for kjeldesortering.
3. Vi reduserer matsvinn og bruk av eingongsmateriell.
4. Vi samordnar tenesteytinga til heimebuande betre på tvers av einingar, og reduserer transportbehovet.
5. Vi satsar på å miljøsertifisera einingane.
6. Vi aukar bruken av digitale tilsyn, videokonsultasjon mellom brukarar og personalet, og inn mot sjukehusa.
7. Vi jobbar for sentral lokalisering og samlokalisering av nye brukarbustadar.
8. Som hovudregel reiser vi kollektivt på tenestereiser.



(Kjelde: Meld. St. 21 (2016-2017) – Lærelyst – tidlig innsats og kvalitet i skole)



SEKTORPLAN HELSE OG VELFERD 2025-2036, DEL 2 – KUNNSKAPSDEL



**FORSVARLEGE OG
BEREKRAFTIGE TENESTER**

Teken til orientering av Bjørnafjorden kommunestyre 18.9.2025, sak 80/2025

INNHALD

DEL 2 – KUNNSKAPSDEL

1. Definisjonar	3
1.1. Helseomgrep.....	3
1.2. Ulike buformer.....	3
1.3. Utfordringsbiletet – folkehelsa i Bjørnafjorden	4
1.4. Utdjuping av utfordringane demografi, demens og einsemd	5
2. Føringar for planarbeidet.....	6
2.1. Nasjonale føringar for kommunal planlegging	6
2.2. Lover og forskrifter som styrer sektoren	7
2.3. Reformar og andre nasjonale styringssignal	10
2.4. Regionale føringar	14
2.5. Lokale føringar	15
2.6. Rapportar	18
2.7. Eldre og bustadbehov	22
2.8. Arbeidsmiljø og helse.....	25
2.9. Mobilitet i helse- og omsorgstenestene	25
2.10. Ei berekraftig helse- og omsorgsteneste	26
2.11. Potensialet for uformell omsorg i Noreg	26
2.12. Nasjonal pårørandeundersøking.....	26
2.13. Helsefremjande og førebyggjande tiltak	27
2.14. «Yngrebølgen» – dyrare enn «eldrebølgen»?	28
2.15. Noreg i ei særstilling: Stort potensial for ei endra oppgåvedeling	28
2.16. Erfaringar frå prosjekt- og nettverksarbeid	29
3. Framskriving av tenestebehov	32
3.1. Telemarksforsking sin prognose	32
3.2. Regjeringa si framskriving.....	32
3.3. Noreg sin prognosemodell	33
3.4. Samarbeid med Agenda Kaupang om ei heilskapleg innsats- og bustadtrapp	34

DEL 2 – KUNNSKAPSDDEL

Denne delen av sektorplanen er eit kunnskapsgrunnlag, som dannar grunnlaget for mål, strategiar og tiltak i del 1 (handlingsdelen) av planen. Ulike kjelder til kunnskap vert oppsummerte i denne delen, og her er lenker for meir informasjon.

1. DEFINISJONAR

1.1. Helseomgrep

Helse: Verdas helseorganisasjon (WHO) definerer helse som ein tilstand av komplett fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikkje berre fråvær av sjukdom eller lyte. Dette er eit høgt mål. Ein annan måte å definera helse på, er som evna til å meistra krava i kvardagen.

Helsefremjande arbeid: Folkehelseinstituttet (FHI) definerer helsefremjande arbeid som å setja menneske i stand til å auka kontrollen over, og forbetra, eiga helse og trivsel. Det kan skje gjennom å påverka individuell åtferd så vel som gjennom eit spekter av sosiale og miljømessige inngrep.

Førebyggjande arbeid: Førebyggjande arbeid tek sikte på å utvikla tiltak som kan redusera sjukdomar, skadar, sosiale problem, dødelegheit og risikofaktorar.

Førebyggjande arbeid kan delast opp i primær-, sekundær- og tertiærførebyggjande arbeid. Primærførebyggjande arbeid har som mål å hindra helsesvikt hos friske og utsette personar. Målgruppa er heile befolkninga, og tiltaka er dei same for alle, t.d. barnevaksinasjonsprogrammet. Sekundærførebyggjande helsearbeid handlar om tiltak retta mot personar som allereie har tidlege stadium eller teikn på sjukdom, for å stoppa den vidare utviklinga av sjukdomen, t.d. gjennom kreftscreening.

Tertiærførebyggjande arbeid handlar om å førebyggja forverring av sjukdom, unngå kroniske tilstandar og oppretthalda funksjonsevna hos sjuke, t.d. gjennom kvardagsrehabilitering.

1.2. Ulike buformer

Dei kommunale helse- og omsorgstenestene vert ytt i institusjon eller til heimebuande. Særleg det å vera heimebuande kan innebera fleire buformer og eit svært vidt spekter av helsetilstandar.

Heildøgns omsorg

Kommunen skal tilby opphald i sjukeheim, eller tilsvarande bustad særskilt tilrettelagd for heildøgns tenester, når dette er det einaste tilbodet som kan sikra brukaren nødvendige og forsvarlege helse- og omsorgstenester.

Helse- og omsorgsdepartementet og KS har i «Omsorg 2020» definert at omgrepet «heildøgns» er knytt til *tenestetilbodet* uavhengig av buform. Dette inneber at **ein omsorgsbustad med heildøgns tenestetilbod vil vera eit jambyrdig tilbod med ein sjukeheims plass**, så lenge det er heildøgns tenester knytt til omsorgsbustaden. Samla sett kan vi snakka om heildøgns omsorgsplassar, som då både gjeld institusjon og heildøgns omsorgsbustad.

Agenda Kaupang har i arbeidet med innsats- og bustadtrapp for Bjørnafjorden påpeika at E-helseteknologi kan erstatta personale, og at det ikkje treng vera personale til stades 24/7 for at vi kan kalla det heildøgns omsorg.

Heildøgns omsorg i institusjon

Institusjonsplass/sjukeheims plass er heimla i helse- og omsorgstenestelova. Det skal vera organisert legeteneste, fysioterapiteneste og sjukepleiarteneste knytt til opphaldet. Bebruarane betalar

ein eigendel til kommunen, som er regulert gjennom forskrift om eigendel for kommunale helse- og omsorgstenester. Plass i barnebustad vert også rekna som ein institusjonsplass.

- Ein **langtidsplass i sjukeheim** er tidsavgrensa. Nokre av plassane kan vera skjerma, for pasientar med demenssjukdom eller andre med behov for skjerming.
- **Korttidsplassar** er tidsavgrensa opphald for t.d. opptrening eller anna oppfølging etter sjukehusopphald, kartlegging og observasjon. Korttidsplassar på sjukeheim er ofte ein nøkkelfaktor for å få omsorgs-/innsatstrappa til å fungera. Reelle og tilgjengelege korttidsplassar med kort liggjetid vil innebera at dei som treng hjelp, får det, og til rett tid.
- **ØH-plass i institusjon** er døgnplassar som er sett av til strakshjelp («øyeblikkelig hjelp»). Fastlege eller legevakt kan leggja inn pasientar etter bestemte kriterium, og opphaldet kan erstatta kortvarig sjukehusinnlegging.

Heimebuande betyr å bu i eigen bustad eller i ein kommunal bustad, tildelt av kommunen si forvaltning. Omfanget av hjelp med helse- og omsorgstenester for heimebuande, går over heile spekteret frå få timar i veka til heildøgns omsorg.

Omsorgsbustadar er bustadar kommunen stiller til disposisjon. Omsorgsbustadar er ofte eit butilbod for eldre med redusert helse, personar med utviklingshemming eller med utfordringar knytt til psykisk helse eller rus. Dette er ei buform med sjølvstendige hushald. Bebuarane har vedtak om praktisk bistand og heimesjukepleie basert på kva behov dei har. Bebuarane betalar for kost, medisinsk utstyr, helsetenester, m.m. som andre heimebuande. Bebuarane er leigetakarar eller deleigarar. Bustaden er juridisk sett bebuaren sin private heim, og bebuaren er beskytta av husleigelova.

Omsorgsbustadane er vanlegvis samlokaliserte og kan ha fellesareal som t.d. felles opphaldsrom, men ikkje alle har det. Vi skil mellom **omsorgsbustadar med og utan heildøgns omsorg**.

Tryggleiksbustad (tilsvarar Omsorg+): Departementet definerer tryggleiksbustad som ei buform for personar som har vanskar med å bu i noverande bustad, men som ikkje treng heildøgns omsorg. Ein tryggleiksbustad er eit sjølvstendig hushald med tilleggsfasilitetar som fellesareal og ei ordning med tryggleiksvert.

Husbanken har ordningar med investeringstilskot til buformene institusjon/sjukeheim og heildøgns omsorgsbustad. Det er dessutan eit pilotprosjekt i distriktskommunar med investeringstilskot til tryggleiksbustadar.

1.3. Utfordringsbiletet – folkehelsa i Bjørnafjorden

[Folkehelseoversikt Levekår og helse i Bjørnafjorden 2023-2026](#) konkluderer med at folkehelsa i Bjørnafjorden stort sett er god, men at helse er skeivt fordelt. I tillegg er nokre av utviklingstrekkene ei utfordring for folkehelsa. Oppsummeringa i folkehelseoversikta skisserer hovudutfordringar innan dei ulike emne i rapporten. Nokre utvalde fakta derifrå:

- Prognosen viser at **talet på eldre 80 år+** i kommunen vil auka mykje. Pr. 1.1.2036 tilseier prognosen at det er ca. 2 055 personar i alderen 80 år+ i Bjørnafjorden, mot ca. 1 164 personar 80 år+ pr. 1.1.2025.
- Prognosen viser **aukande innbyggjartal på Os-sida**, men prosentvis færre barn og unge i åra fram mot 2040. Prognosen viser **minkande innbyggjartal på Fusa-sida**, men auke i aldersgruppa 80 år og eldre («distriktskommune-utfordringar»).
- Svak folketalsutvikling og ei aldrande befolkning tilseier **auka risiko for dårlegare folkehelse**, fordi ein større del av befolkninga er venta å leva med kroniske sjukdomar.
- Demenskartet tilseier at **talet på personar med demens** er venta å **auka med ca. 313** personar, tilsvarende 60 %, i planperioden 2025-2036.
- Dersom vi **dreiar samfunnsinnsatsen meir i retning av førebygging og tidleg innsats**, kan innbyggjarane få fleire friske leveår eller klara seg med mindre hjelp når dei vert hjelpetrengjande.
- I Bjørnafjorden er ein av fem i aldersgruppa unge vaksne (20-29 år) i **utanforskap**, dvs. korkje i arbeid eller utdanning.
- Blant vaksne i Vestland opplever aldersgruppa **18-29 år mest psykiske helseplager**.

- Ca. ein av fem innbyggjarar opplever **einsemd**.
- Det er i gjennomsnitt **34 hoftebrot kvart år** i Bjørnafjorden kommune. Det kostar kommunen ca. kr 9 mill. i året. Det er mange årsaker til hoftebrot og stort potensiale for mindre kostnader gjennom førebyggjande tiltak.
- Bjørnafjorden ligg over landssnittet når det gjeld **alvorleg hjarte- og karsjukdom**.
- Fleirtalet av innbyggjarane **har levevanar som ikkje når opp til nasjonale råd** når det gjeld **kosthald og fysisk aktivitet**. Det er stor potensiell helsegevinst å henta frå eit sunnare kosthald og auka fysisk aktivitet.
- **Antibiotikaresistens** er ein aukande helsetrussel og utskriving av antibiotika er framleis for høg i Bjørnafjorden.

I tillegg til folkehelseutfordringane, er knappe økonomiske rammer og venta mangel på helsepersonell viktige premissar for planarbeidet.

1.4. Utdjuping av utfordringane demografi, demens og einsemd

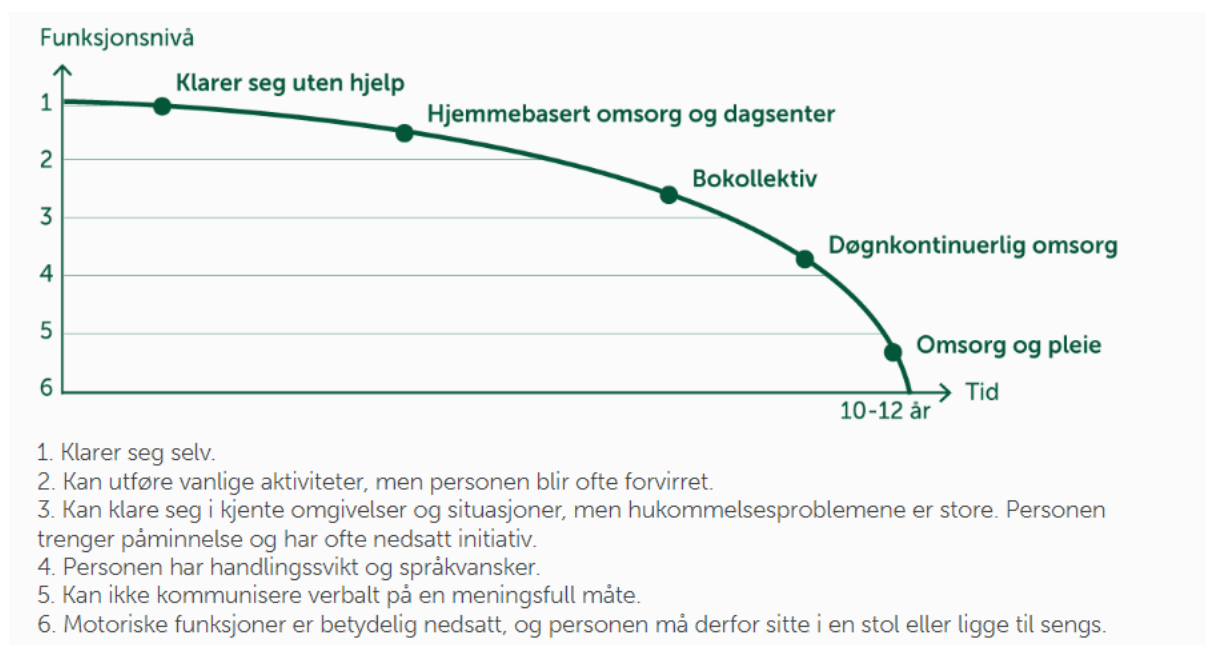
Demografi: Det er flest eldre på Os-sida av kommunen, medan dei eldre utgjer ein relativt større del av innbyggjarane på Fusa-sida. I 2019 (siste år med data frå kvar side av fjorden) var det 217 personar over 65 år pr. 1000 innbyggjarar på Fusa-sida. På Os-sida var forholdstalet 154 pr. 1000 innbyggjarar.

Demens er ein kronisk sjukdom som påverkar evna til å fungera i dagleglivet og vil etter kvart gjera personane som er ramma sterkt hjelpetrengande. Sosialt samvær i mindre grupper med kognitiv stimulering er positivt for funksjon og livskvalitet. *Kjelde: Helsedirektoratet.*

Risikofaktorar for demensutvikling er låg utdanning, høgt blodtrykk, nedsett høyrsel, røyking, overvekt, depresjon, fysisk inaktivitet, diabetes, lite sosial kontakt, høgt alkoholforbruk, traumatiske hovudskadar og luftureining. *Kjelde: Demensplan2025.*

Mange av desse faktorane kan kommunen påverka for å redusera omfanget av demens i eit lengre perspektiv.

Typisk utvikling ved demens er vist i figuren under:



Kjelde: Nasjonalt senter for aldring og helse.

Over 90 % av pasientane med demens utviklar alvorleg grad av åtferdsmessige og psykologiske symptom ved demens (APSD). Alvorsgraden av APSD vil kunna variera frå å vera eit lett ubehag for pasient og/eller omgjevnader til å vera svært belastande og kunna setja pasient/omgjevnader i

alvorleg fare. Tilstanden krev eigna, tilrettelagde buformer og hjelpepersonell med spesialkompetanse. *Kjelde:* [Demens - Nasjonal faglig retningslinje for demens - Helsebiblioteket](#)

Rapporten «Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens» (REDIC) frå 2015 (Bergh m.fl.), fann gjennomsnittleg sjukdomsperiode ved demens på 8,1 år, fordelt på tre stadium:

- 1) Frå sjukdomsdebut til diagnose: Gjennomsnittleg 3 år
- 2) Frå diagnose til innlegging i institusjon: Gjennomsnittleg 3 år
- 3) Opphald i institusjon: Gjennomsnittleg 2,1 år

Rapporten viste at personar med demens hadde få timar i veka med kommunal hjelp månaden før innlegging i sjukeheim og heildøgns omsorg. Dei hadde i gjennomsnitt 4 timar i veka med heimesjukepleie, og 20 % av pasientane nytta dagaktivitetstilbod tilsvarande 1,5-2 dagar i veka. I tillegg kom litt heimehjelp og matombringning. I sum er dette eit kostnadsbilete langt under kva ein institusjonsplass kostar.

Rapporten viser vidare at 90 % av personar med demens får hjelp frå pårørande. I månaden før innlegging i sjukeheim bidrog pårørande i gjennomsnitt med hjelp 40 timar i veka. Det offentlege klarte ikkje å skalera opp innsatsen sin slik pårørande gjorde gjennom forløpet.

For at personar med demens skal kunna bu lenger heime, og hindra at belastinga på pårørande vert urimeleg stor, vert det tilrådd å sjå på kva tiltak som kan fyllast på i tida før innlegging i institusjon.

Einsemd: Einsemd vert i ulike samanhengar løfta fram som like risikabelt for helse som usunn mat eller som røyking. PwC hevdar i sin sluttrapport «Analyse av helse og velferd» frå januar 2023 at einsemd er ein av dei største kostnadsdrivarane innan helse og omsorg.

Det å få høve til å vera frivillig, kan hindra einsemd. Nasjonale data viser at i aldersgruppa 70-79 år gjer ca. 60 % frivillig arbeid.

Levande og inkluderande lokalsamfunn og nabolag fremjar meistring, gjev overskot og førebyggjer einsemd.

2. FØRINGAR FOR PLANARBEIDET

2.1. Nasjonale føringar for kommunal planlegging

Målet med kommunal planlegging er å skapa eit godt lokalsamfunn for alle, både noverande og framtidige generasjonar. Noreg har slutta seg til [FN sine 17 berekraftsmål](#) for å fremja ei samfunnsutvikling som er sosialt, miljømessig og økonomisk berekraftig.

Vi må vareta alle desse omsyna. Det vil seia at vi må løysa oppgåvene våre på måtar som tek omsyn til natur, miljø og klima, gjer at ingen fell utanfor, og er økonomisk fornuftige.

Dei tre overordna berekraftsmåla for Bjørnafjorden kommune er:



I tillegg til dei tre ovannemnde måla, er særleg dei følgjande berekraftsmåla relevante for denne sektorplanen:



Kvart fjerde år legg regjeringa fram forventingar til regional og kommunal planlegging. I «Nasjonale forventningar til regional og kommunal planlegging 2023-2027» er dei fem hovudområda formulert slik:

- Samordning og samarbeid i planlegginga
- Trygge og inkluderande lokalsamfunn
- Velferd og berekraftig verdiskaping
- Klima, natur og miljø for framtida
- Samfunnstryggleik og beredskap

2.2. Lover og forskrifter som styrer sektoren

2.2.1. Føringer for planarbeid

Hovudføremålet i [plan- og bygningslova](#) (PBL) er å fremja berekraftig utvikling til beste for den enkelte, samfunnet og framtidige generasjonar. PBL krev at all planlegging skal fremja befolkninga si helse, utjamna sosiale helseforskjellar og førebyggja kriminalitet.

[Folkehelselova](#) har som føremål å bidra til ei samfunnsutvikling som fremjar folkehelse og utjamnar sosiale helseforskjellar. Gjennom folkehelsearbeidet har kommunane ansvar for å fremja innbyggjarane si helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å førebyggja psykisk og somatisk sjukdom, skade eller liding. Lova skal sikra at kommunar, fylkeskommunar og statlege helsemynde set i verk tiltak og samordnar verksemda si på ein forsvarleg måte. Alle kommunar skal ha oversikt over innbyggjarane sin helsetilstand og korleis helse er fordelt blant innbyggjarane.

Utfordringar folkehelseoversikta påviser bør leggjast til grunn for kommunalt planarbeid. Kommunen har plikt til å setja inn nødvendige tiltak for å møta folkehelseutfordringane. Kommunen skal setja inn tiltak på dei områda der det er størst folkehelseutfordringar. Tiltaka må sjåast i lys av rammene kommunen har, m.a. økonomisk og personellmessig.

Tiltak retta mot heile befolkninga er det som vanlegvis gjev størst samfunnsøkonomisk gevinst, men dei må kombinerast med strategiar og tiltak retta mot høgrisikogrupper.

2.2.2. Føringer for dei kommunale helse- og velferdstenestene

[Meld.St. 21 \(2004-2025\)](#): «Helse for alle – rettferdig prioritering i vår felles helseteneste» omfattar mål, prinsipp og verkemiddel for prioritering i helse- og omsorgstenesta. Meldinga omfattar prioriteringar på alle nivå: Politisk, administrativt, gruppenivå og klinisk nivå.

Måla er:

- rask og likeverdig tilgang til helsetenester
- tillit til prioriteringssystema
- berekraft i helse- og omsorgstenestene.

[Nasjonal prosessrettleiar for prioriteringar i dei kommunale helse- og omsorgstenestene](#) står i samanheng med ovanemnde stortingsmelding.

Prosessrettleiaren tilrår kommunane å leggja ei samla vurdering av nytte, ressurs og alvor til grunn for prioriteringar i helse- og omsorgstenesta. Eit tiltak sin prioritet aukar i tråd med venta nytte av tiltaket; jo mindre ressursar det legg beslag på; og i tråd med alvorlet av tilstanden.

Gjennom heile prioriteringsprosessen bør kommunen si leiding etterspørja, vurdere og ta i bruk relevant styringsinformasjon om kommunen si helse- og omsorgsteneste. Mellom anna

- føringer og rapporteringskrav i lover og forskrifter
- demografiutviklinga
- helsetilstanden i befolkninga, inkludert helse i ulike sosiale grupper
- levekår
- tenestemottakarane sine behov for tiltak og tenester, innbyggjargrupper som har utfordringar med tilgang til og bruk av tenestene og grupper som eventuelt er underrepresentert i tenestene
- noverande tilbod av tiltak og tenester
- kvalitet på noverande tilbod av tiltak og tenester
- tilgang på personell og kompetanse
- finansiering

2.2.3. Andre lover og forskrifter

[Arbeidsmiljølova](#) skal m.a. sikra eit arbeidsmiljø som gjev grunnlag for ein helsefremjande og meningsfull arbeidssituasjon, full tryggleik mot fysiske og psykiske skadeverknader, og tilpassing i arbeidsforholdet til den enkelte sine føresetnadar og livssituasjon.

[Helse- og omsorgstenestelova](#) er ei pliktlov som pålegg kommunane å tilby bestemte helse- og omsorgstenester. Føremålet med lova er å sikra gode tenester til innbyggjarane. Lova stiller krav om m.a. forsvarlegheit og kvalitet i tenestene, opplæring av helsepersonell og plikt til å samarbeida med regionale helseføretak. Tenester kommunen m.a. skal tilby er:

- Helsefremjande og førebyggjande tenester
- Svangerskaps- og barselomsorgstenester*
- Hjelp ved ulukker og i andre akutte situasjonar
- Utgreiing, diagnostisering og behandling
- Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
- Andre helse- og omsorgstenester
- Dagaktivitetstilbod til heimebuande med demens

*Organisert under Oppvekstsektoren i Bjørnafjorden, og inngår dermed ikkje i denne planen. Det same gjeld for helsestasjon- og skulehelseteneste.

[Sosialtenestelova](#) sitt føremål er å betra levekåra for vanskelegstilte, bidra til sosial og økonomisk tryggleik, medrekna at den enkelte får høve til å leva sjølvstendige liv, og fremja overgang til arbeid, sosial inkludering og aktiv deltaking i samfunnet.

[Nav-lova](#) har som føremål å leggja til rette for ei effektiv arbeids- og velferdsforvaltning, tilpassa den enkelte og arbeidslivet sine behov, og basert på ein heilskapleg og samordna bruk av m.a. arbeidsmarknadslova, folketrygdlova og lov om sosiale tenester.

- Gjennomføra arbeidsmarknads-, trygde- og pensjonspolitikken
- Gje opplysning, råd og rettleiing for å løysa eller førebyggja sosiale problem
- Stønad til livsopphald
- Bistå vanskelegstilte på bustadmarknaden

[Bustadsosial lov](#) definerer kommunen sitt ansvar på det bustadsosiale feltet. Føremålet med lova er å førebyggja bustadsosiale utfordringar og bidra til at vanskelegstilte på bustadmarknaden skal få bistand til å skaffa seg og behalda ein eigna bustad.

[Psykisk helsevernlova](#) har som føremål å sikra at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på ein forsvarleg måte og i samsvar med menneskerettane og grunnleggjande rettssikkerheitsprinsipp. Det er eit føremål med reglane å førebyggja og avgrensa bruken av tvang.

[Pasient- og brukarrettigheitslova](#) har som føremål å bidra til å sikra at pasientar og brukarar får lik tilgang på helse- og omsorgstenester av god kvalitet. Her er også retten til medverknad definert.

[Helsepersonellova](#) har som føremål å bidra til tryggleik for pasientar, til kvalitet i helse- og omsorgstenesta og til tilliten til helsepersonell og helse- og omsorgstenesta.

[Helseberedskapslova](#) har som føremål å verna om innbyggjarane sitt liv og deira helse og bidra til at innbyggjarane får tilbod om nødvendig helsehjelp, helse- og omsorgstenester og sosiale tenester under krig og ved kriser og katastrofar i fredstid.

[Akuttmedisinforskrifta](#) har som føremål å bidra til at innbyggjarane får forsvarlege og koordinerte akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus når det er behov for strakshjelp. Forskrifta skal også bidra til at utstyr som inngår i helse- og omsorgstenesta sin kommunikasjonsberedskap, fungerer i eit landsdekkjande nett og sikrar prioritert informasjonsflyt.

[Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator](#) har som føremål å sikra at personar som treng sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, får tenester som kan bidra til stimulering av eiga læring, motivasjon, auka funksjons- og meistringsevne, likeverd og deltaking. Føremålet er også å styrkja samhandlinga mellom partane.

[Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstenestene](#) har som føremål å bidra til å sikra at personar som får pleie- og omsorgstenester etter helse- og omsorgstenestelova får vareteke dei grunnleggjande behova sine med respekt for den enkelte sin sjølvbestemmingsrett, eigenverd og livsførsel.

[Forskrift om ein verdig eldreomsorg](#) har som føremål å sikra at eldreomsorga vert lagt til rette på ein slik måte at dette bidreg til ein verdig, trygg og meningsfull alderdom. Tenestetilbodet skal leggjast til rette for å vareta ei riktig og forsvarleg buform ut frå den enkelte sitt behov og tilstand. Vidare skal det leggjast til rette for eit mest mogleg normalt liv, med normal døgnrytme og høve til å koma ut. Tenestene skal innrettast slik at brukarane kan bevare eller auka moglegheitene til å fungera i kvardagen.

[Forskrift om oppfølgingstiltak i Arbeids- og velferdsetaten sin eigenregi](#) har som føremål å styrkja deltakarane si moglegheit til å få eller behalda ordinært arbeid, og skal bidra til varig tilknytning til arbeidslivet. Tiltak er arbeid med støtte, individuell jobbstøtte og ungdomsgaranti.

[FN-konvensjonen om rettar til menneske med nedsett funksjonsevne \(CRPD\)](#) skal bidra til at personar med permanent eller mellombels funksjonsnedsetjing er fullt ut inkluderte og får menneskerettane sine oppfylt i praksis. Noreg ratifiserte CRPD i 2013, det vil seia forplikta seg til å følgja konvensjonen sine krav og til å følgja opp CRPD i alle forvaltningsnivå og utforma samfunn der inkludering og likestilling står sentralt.

2.2.4. Helsebiblioteket

[I Helsebiblioteket](#) er det samla ei rekke nasjonale retningslinjer, rettleiarar og faglege råd som kjem i tillegg til ovannemnde. Nokre av desse er:

- [Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming - Helsedirektoratet](#)
- [Oppfølging av personer med store og sammensatte behov - Helsedirektoratet](#)
- [Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator - Helsedirektoratet](#)
- [Regjeringa sin pårørandestrategi](#)
- [Pårørendeveileder - Helsedirektoratet](#)
- [Veileder i brukerretting og brukermedvirkning - regjeringen.no](#)

2.3. Reformar og andre nasjonale styringssignalar

2.3.1. Samhandlingsreforma

Samhandlingsreforma er ei helsereform frå 2012 med mål om å utvikla heilskaplege pasientforløp, betre førebygging, auka brukarmedverknad og sikra ei berekraftig utvikling. Bakgrunnen var behovet for eit betre samarbeid mellom den kommunale helse- og omsorgstenesta og spesialisthelsetenesta.

Helse- og omsorgstenestelova og folkehelselova er lover som kom i kjølvatnet av samhandlingsreforma. Det vart utvikla avtaleverk mellom kommunane og helseføretaka med mål om å betra samhandlingsrutinane, og to nye ordningar vart etablert:

- Oppretting av ØHD-senger i kommunane for å hindra unødvendige innleggingar i sjukehus, særleg av eldre pasientar.
- Kommunal betaling for utskrivingssklare pasientar som framleis var på sjukehus, for å stimulera til at kommunane tok heim pasientane raskare.

Samhandlingsreforma har ført til auka belastning på den kommunale helse- og omsorgstenesta. (Kjelde: [Store norske leksikon \(SNL.no\): Samhandlingsreforma](#))

2.3.2. Leva heile livet-reforma

[Meld. St. 15 \(2017–2018\) – Leva heile livet-reforma](#) er avslutta, men noko tilhøyrande utviklingsarbeid er framleis i gang. Det gjeld t.d. [Demensplan 2025](#); [Kompetanseløft 2025](#); [pårørandestrategien](#); [handlingsplan for universell utforming](#), og [program for eit aldersvenleg Noreg](#).

Satsingsområda var

1. Eit aldersvenleg samfunn
2. Aktivitet og fellesskap
3. Mat og måltid
4. Helsehjelp
5. Samanheng i tenestene

2.3.3. Bu trygt heime-reforma

[Meld. St. 24 \(2022-2023\) «Fellesskap og meistring – Bu trygt heime»](#) byggjer på leva heile livet-reforma og vidareutviklar dei satsingane som allereie er i gang.

Overordna mål med reforma er å bidra til at eldre kan bu trygt heime, og at behovet for helse- og omsorgstjenester vert utsett gjennom betre planlegging, styrkt førebygging og meir målretta tenester. Vidare å sikra betre bruk av personell og dei samla ressursane.

Satsingsområda er

- 1) Levande lokalsamfunn
- 2) Bustadtilpassing og planlegging
- 3) Kompetente og myndiggjorte medarbeidarar
- 4) Tryggleik for brukarar og støtte til pårørande

Dei viktigaste tiltaka i reforma er

- Program for eit aldersvenleg Noreg, som skal skapa fleire sosiale møtestadar, aldersvenleg transport, aldersvenleg frivilligheit og planlegging for ein betre alderdom.

- Eldrebustadprogrammet, som skal bidra til tilpassingar i eldre sin heim for å kunna bu heime lengre, og til bygging av omsorgsbustadar, tryggleiksbustadar og sjukeheims plassar.
- Den nye heimetenesta, som skal bidra til at eldre møter få og faste medarbeidarar, betre grunnbemanning og færre vikarar.

2.3.4. Oppvekstreforma

[Oppvekstreforma](#) vert også kalla barnevernsreform. Hjelp til rett tid og godt koordinert hjelp er sentralt i reforma.

Måla er

- Kommunane skal styrkja arbeidet med tidleg innsats og førebygging.
- Hjelpa skal verta betre tilpassa barn og familiar sine behov.
- God ivaretaking av rettstryggleiken til barn og familiar.
- Meir effektiv ressursbruk og oppgåveløysing i barnevernet.

2.3.5. Likeverdsreforma

[Meld. St. 25 \(2020–2021\) «Likeverdsreforma – Et samfunn med bruk for alle»](#) har som føremål å gjera livet enklare for familiar som har, eller ventar, barn med behov for samansette tenester. Reforma skal bidra til eit samfunn som stiller opp og der det er bruk for alle.

Innsatsområda er:

- Samanhengande og gode tenester.
- Sjef i eige liv.
- Ein meningsfull kvardag.
- Vareta og inkludera pårørande.

2.3.6. Førebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet – del 1

[Meld.St. 5 \(2024-2025\) «Trygghet, fellesskap og verdighet»](#) er ei førebyggings- og behandlingsreform for ny politikk på rusfeltet. Menneske med alvorlege rusproblem skal ikkje møtast med straffe-reaksjonar, men med god hjelp og oppfølging. Samtidig er det ikkje aktuelt å avkriminalisera bruk av narkotika eller å ha narkotika til eigen bruk. Del to av reforma vil koma gjennom framlegg til lovendringar på narkotikaområdet.

2.3.7. Opptrappingsplan for psykisk helse

[Meld.St.23 Opptrappingsplan for psykisk helse \(2023-2033\)](#) har som overordna mål at fleire skal oppleve god psykisk helse og livskvalitet, og at dei som treng psykisk helsehjelp, skal få god og lett tilgjengeleg hjelp. Dette er ein heilskapleg plan for å betra den psykiske helsa i Noreg og utvikla det samla tenestetilbodet dei neste åra.

Innsatsområde er

- Helsefremjande og førebyggjande psykisk helsearbeid.
- Gode og tilgjengelege tenester der folk bur.
- Tilbodet til personar med langvarige og samansette behov.

2.3.8. Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027

[Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027: «Kortere ventetider og en felles helsetjeneste»](#) handlar om betre samhandling mellom dei kommunale helse- og omsorgstenestene og spesialisthelsetenesta, og samhandlinga internt i kommunen. Planen framhevar at KI vil kunna bidra betydeleg til ei berekraftig utvikling av den felles helsetenesta.

Satsingsområda er:

- Tiltak for å rekruttera og behalda personell med riktig kompetanse
- Endra finansieringsordningane

- Nytt rekrutterings- og samhandlingstilskot
- Ny strategi for digitalisering av helse- og omsorgstenestene
- Forenkla og tydeleggjere regelverk
- Ei god og tilgjengeleg allmennlegeteneste

2.3.9. Folkehelsemeldinga

[Meld. St. 15 \(2022-2023\) Folkehelsemeldinga](#). God folkehelse krev gode levekår og eit helsefremjande samfunn, men også godt utbygde helse- og omsorgstenester. Innsatsen til helse- og omsorgstenesta for å førebyggja sjukdom og vidare sjukdomsutvikling gjennom tidleg innsats, opplæring og oppfølging, er avgjerande for helsetilstanden i befolkninga og for å dempa etterspurnaden etter helse- og omsorgstenester.

Gjennom meldinga ønskjer regjeringa å leggja til rette for fleire friske og aktive leveår, og at folkehelse og førebygging i langt større grad skal gjennomsyra politikk- og samfunnsutvikling og helse- og omsorgstenestene.

Innsatsområda er:

- Dei samfunnsskapte vilkåra for god helse
- Levevanar og førebygging av ikkje-smittsame sjukdomar (NCD)
- Psykisk helse og livskvalitet
- Vern mot helsetruslar og rett til eit sunt miljø
- Digitalisering og kommunikasjon
- Førebyggjande arbeid i helse- og omsorgstenesta

2.3.10. Demensplan 2025

[Demensplan 2025](#) har som overordna mål å bidra til eit meir demensvenleg samfunn.

Måla er:

- Personar med demens og deira pårørande vert fanga opp til rett tid og sikra gode og tilpassa tenester.
- Personar med demens og deira pårørande vert sikra medbestemming og deltaking i eit demensvenleg samfunn, slik at dei kan leva aktive og meningsfulle liv med fysisk, sosial og kulturell aktivitet som er tilpassa den enkelte sine interesser, ønske og behov.
- Auka forskning og kunnskap om førebygging og behandling av demens.

Satsingsområda er:

- Medbestemming og deltaking.
- Førebygging og folkehelse.
- Gode og samanhengande tenester.
- Planlegging, kompetanse og kunnskapsutvikling.

2.3.11. Helseberedskapsmeldinga

[Meld. St. 5 \(2023-2024\) helseberedskapsmeldinga](#) handlar om korleis vi skal kunna vera førebudde på å handtera kriser som kan ramma helse- og omsorgssektoren.

Sentrale grep er:

- Regjeringa etablerer modell for arbeid med helseberedskap som avklarar roller og ansvar
- Regjeringa legg til rette for å auka helsetenesta si evne til omstilling og fleksibilitet for å møte kriser
- Regjeringa styrkjer samvirke på tvers av sektorar, samarbeid med frivillige og næringsliv
- Regjeringa styrkjer det internasjonale samarbeidet om helseberedskap

2.3.12. Stortingsmelding for reform av fastlegeordninga og legevakt

[Meld. St. 23 \(2024–2025\) «Fornya, forsterka, forbetra»](#) handlar om allmennlegetenesta (fastlegeordninga) og akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus (legevakt).

Tiltaksområde er:

- Fornya og forbetra fastlegeordninga gjennom endra regelverk og finansiering
- Auka tilgang og betre samhandling i dei akuttmedisinske tenestene
- Modernisera fastlegeordninga for det digitale skiftet
- Likeverdige tenester og redusert sosial ulikskap
- Betra kommunane sine føresetnader for å yta gode fastlegetenester

2.3.13. Stortingsmelding om ein heilskapleg og aktiv bustadpolitikk

[Meld. St. 13 Bustadmeldinga](#) (2023-2024) skildrar fire innsatsområde for bustadpolitikken og kjem med framlegg til kva rolle kommunane og Husbanken skal ha framover.

Innsatsområda er:

- Fleire skal få høve til å eiga eigen bustad
- Leigemarknaden skal vera trygg og føreseieleg
- Ta vare på bustadane vi har, og byggja dei vi treng
- Forsterka innsats for dei som ikkje sjølve klarer å skaffa seg og behalda ein eigna bustad.

I meldinga vert også [Eldrebustadprogrammet](#) framheva. Programmet er ein del av Bu trygt heime-reforma. Husbanken har overordna ansvar for gjennomføring av programmet, som skal stimulera til at fleire eldre tek ansvar for, og vert bevisst, sin eigen bustadsituasjon. Programmet skal også vareta personar som ikkje har midlar til å tilpassa eksisterande bustad eller flytta til ein meir eigna bustad.

2.3.14. Pårørandestrategi

[«Vi – de pårørende»](#) er regjeringa sin pårørandestrategi og handlingsplan. Mange pårørende ønskjer å hjelpa og støtta sine næraste når det trengst. Å hjelpa og oppleve at ein er viktig for andre kan vera både gjevande og helsefremjande. Dersom omsorgsoppgåvene eller pårøranderolla vert for omfattande eller krevjande, kan det gå ut over helse og livskvalitet, og høvet til å fullføra utdanning, stå i arbeid eller følgja opp andre plikter.

Hovudmål for strategien:

- Anerkjenna pårørende som ein ressurs
- God og heilskapleg ivaretaking av alle pårørende, slik at pårørende kan leva gode eigne liv og kombinera pårøranderollen med utdanning og arbeid
- Ingen barn skal måtta ta omsorgsansvar for familie eller andre

Innsatsområda er:

- Tidleg identifisering og ivaretaking
- Betre informasjon, opplæring og rettleiing
- Føreseielege og koordinerte tenester
- Tilstrekkeleg støtte og avlasting
- Familieorienterte tenester
- Pårørandedmedverknad

2.3.15. Kompetanseløft 2025

[«Kompetanseløft 2025»](#) er regjeringa sin plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstenesta og den fylkeskommunale tannhelsetenesta for perioden 2021–2025.

Målet er å

- Bidra til ei sterk fagleg teneste

- Sikra at den kommunale helse- og omsorgstenesta og den fylkeskommunale tannhelsetenesta har tilstrekkeleg og kompetent bemanning

Strategiområde:

- Rekruttera, behalda og utvikla personell
- Brukarmedverknad, tenesteutvikling og tverrfagleg samarbeid
- Kommunal sektor som forskingsaktør, fagutviklings- og opplæringsarena
- Leing, samhandling og planlegging

2.3.16. Digitaliseringsstrategien for offentlig sektor

Hovudmålet for digitaliseringsstrategien – [En digital offentlig sektor](#) – er å skapa ei saumlaus digital oppleving for brukarane, uavhengig av kven som leverer tenestene.

Mål:

- Offentleg sektor vert digitalisert på ein open, inkluderande og tillitsvekkjande måte
- Fleire oppgåver vert løyst digitalt, og som samanhengande tenester
- Alle innbyggjarar, næringsdrivande og frivillige organisasjonar som har evne til det, kommuniserer digitalt med offentlig sektor
- Offentleg sektor utnyttar potensialet i deling og bruk av data til å laga brukarvenlege tenester, og for å bidra til verdiskaping for næringslivet
- Kommunale og statlege verksemder byggjer tenestene sine med utgangspunkt i eit felles digitalt økosystem for samhandling
- Kommunale og statlege verksemder hentar gevinstar frå digitalisering på ein systematisert måte.

2.3.17. Nasjonal strategi for kunstig intelligens

Kunstig intelligens (KI) vil gjera det mogleg å løysa oppgåver betre og på heilt nye måtar. Regjeringa meiner at offentlig sektor i framtida vil bruka kunstig intelligens til å levera meir treffsikre og brukartilpassa tenester, auka samfunnsnyttan av eiga verksemd, effektivisera drift og arbeidsprosessar og redusera risiko.

Nokre av hovudpunkta i [«Nasjonal strategi for kunstig intelligens»](#) er:

- Utvikling av KI-kompetanse
- Styrkja forskning og innovasjon
- Sikra etikk og regulering

2.3.18. Nasjonalt velferdsteknologiprogram

[Nasjonalt velferdsteknologiprogram](#) har sitt utspring i [Meld. St. 29 \(2012-2013\) «Morgendagens omsorg»](#). Hovudmålet er at velferdsteknologi vert ein integrert del av tenestetilbodet i omsorgstenestene.

Mål:

- Medverka til utvikling og innføring av velferdsteknologiske løysingar som styrkjer brukarane sitt sjølvstende, eigenmeistring og sosial deltaking, og skaper større tryggleik for brukarar og pårørande
- Fremja førebyggjande arbeid, tidleg innsats og rehabilitering
- Leggja til rette for nye arbeids- og samarbeidsformer mellom kommunar, brukarar, pårørande, nærmiljøet, frivillige, spesialisthelsetenesta og næringslivet.

2.4. Regionale føringar

2.4.1. Utviklingsplan for Vestland

Vestland fylkeskommune har laga ein [utviklingsplan for Vestland 2024-2028](#). Planen er ein reiskap for berekraftig og samordna utvikling av Vestland.

Satsingsområde:

1. Velferd og verdiskaping
2. Klima og natur
3. Demografi og likeverd
4. Samarbeid

2.4.2. Helsefellesskap – samarbeid mellom kommunane og spesialisthelsetenesta

Samhandlingsreforma (2012) la grunnlaget for å vidareutvikla samarbeidet mellom kommunane og spesialisthelsetenesta. Helse- og omsorgstenestelova krev at kommunar og lokalsjukehus inngår avtalar knytt til ulike tenester. Dette er formalisert gjennom helsefellesskap, som vert styrt gjennom ein overordna, strategisk samarbeidsavtale. I tillegg er det etablert tenesteavtalar som er bindande for partane. Desse er nærare spesifisert gjennom særavtalar, retningslinjer og prosedyrar. Avtalar og meir info for samhandling mellom kommunar og sjukehus i helsefellesskapet i Bergensområdet ligg på nettstaden saman.no.

2.5. Lokale føringar

2.5.1. Samfunnsoppdrag, visjon og verdiar

I 2019 vart det vedteke ei merkevareplattform for Bjørnafjorden og for kommunen som organisasjon, der samfunnsoppdrag, visjon og verdiar er formulert. Dette skal liggja til grunn for alt arbeidet vårt.

Ein kommune skal vera samfunnsutviklar, tenestetilbydar, lokaldemokratiutviklar, myndigheitsutøvar/forvaltar og arbeidsgjevar. Lokalt har vi formulert dette samfunnsoppdraget som «Det gode liv for alle».

Ein visjon gjev retning og noko å strekkja seg etter, og fortel kva vi vil at Bjørnafjorden kommune skal vera. Visjonen vår er: Eit raust og attraktivt lokalsamfunn med evne og vilje til nyskaping.

Verdiane våre seier noko om kva vi skal byggja Bjørnafjorden kommune på og korleis vi skal møta innbyggjarane. Verdiane våre er

- Vi lyttar med respekt
- Vi er inkluderande
- Vi finn smarte løysingar
- Vi gjer det vi seier

2.5.2. Samfunnsdelen av kommuneplanen (KPS)

[Samfunnsdelen av kommuneplan for Bjørnafjorden kommune](#) gjeld for 2023-2035.

Planen har fire satsingsområde:

1. Framtidsretta transport og infrastruktur
2. Folk og fellesskap i berekraftige tettstadar og lokalsamfunn
3. Framtidsretta Bjørnafjorden kommune
4. Samarbeid for å nå måla

Handlingsdelen av sektorplanen tek utgangspunkt i mål og strategiar frå desse fire satsingsområda.

2.5.3. Arealdelen av kommuneplanen (KPA)

Kommunen må sikra at den har nok areal avsett til offentlege føremål for framtidige behov. Slike areal kan nyttast til bygg som skal husa helse- eller velferdstenester, skular, barnehagar eller andre offentlege føremål.

Bjørnafjorden har starta arbeidet med ny felles arealdel av kommuneplanen (KPA) for heile kommunen. Per våren 2025 har vi ein gjeldande KPA for tidlegare Fusa kommune for 2015-2027 og ein gjeldande kommunedelplan areal (KDPA) for Bjørnafjorden vest, som vart vedtatt i 2023. I sistnemnde er området mellom Solstrand-vegen og vegen inn til Luranetunet del av eit større område

til sentrumsføremål rundt Osøyro. Dette kan nyttast til offentlege føremål. Det er også ledig areal til offentlege føremål på Moberg, sjølv etter at det er bygd to mikrohus. Det er også lagt inn i KDPA eit område til offentlig areal på Elvebakken, ved oppkøyring til Osstølen.

Kommunen har dessutan fleire utbygde areal, der det kan vera eit potensiale for vidare utbygging eller omdisponering. Dette gjeld t.d. Os gamle sjukeheim, Askviknes og den gamle ungdomsskulen i Eikelandsosen.

2.5.4. KLEM-planen

Alle sektorar skal bidra til å iverksetja [«Kommunedelplan for klima, energi og miljø for Bjørnafjorden kommune 2021-2033»](#) (KLEM-planen). Planen inneheld mål, strategiar og tiltak.

Overordna mål for KLEM-arbeidet er m.a.:

- Bjørnafjorden kommune skal redusera dei direkte klimagassutsleppa frå eiga verksemd med 90 % innan 2030, sett i høve til 2009.

Strategiar for å nå dei overordna måla er m.a.:

- Klima- og miljømsyn skal vera førande for berekraftig samfunnsutvikling i Bjørnafjorden kommune.
- Kommunen skal prioritera lågt klimagassfotavtrykk ved innkjøp, tenestereiser og i eigne utbyggingsprosjekt.

Til kvar strategi er det fleire tiltak, slik som å avkarbonisera eigen bilpark og miljøsertifisera kommunal verksemd.

2.5.5. Kommunal planstrategi og planarbeid 2024-2028

I [planstrategien for 2024-2028](#) heiter det at strategiar og tiltak mot familiefattigdom og utanforskap, og for mangfald og integrering, må innarbeidast i alle dei tre sektorplanane og tilhøyrande handlings-/tiltaksplanar. Det same gjeld for strategiar og tiltak knytt til samarbeid med frivillige.

Planstrategien legg opp til følgjande nye planarbeid for helse og velferd i perioden:

- Plan for legetenester og legevakt
- Handlingsplan psykisk helse og rus
- Handlingsplan for rehabilitering
- Demensplan
- Plan for helsemessig og sosial beredskap

2.5.6. Gjeldande planar for helse og velferd

Ideelt sett skulle sektorplanen ha vore på plass før tilhøyrande handlingsplanar. Sånn er det ikkje, og vi har allereie fått på plass ein del handlingsplanar. Desse vert kort omtalt her. Vi har henta tiltak frå desse planane til handlingsdelen av sektorplanen.

Trygg heile livet – plan mot vald i nære relasjonar

Bjørnafjorden kommune har nulltoleranse mot vald i nære relasjonar som overordna mål. Planen skal sikra at innbyggjarar som vert utsette for vald, får nødvendig vern og hjelp.

Planen skal også medverka til kompetanseheving for tilsette i kommunen og sørga for bevisstgjeringsavleiarar sitt ansvar for å sikra at tilsette veit kva plikt ein kvar har til å avverga vald og korleis vi skal handla når vald vert avdekket. Planen gjeld barn, unge, vaksne og eldre.

Satsingsområde i plan mot vald i nære relasjonar:

- Informasjon og digitalisering
- Leiarforankra kompetanse- og tenesteutvikling
- Styrka tverrfagleg og eksternt samarbeid
- Utvida kapasitet og tenestetilbod, nye tilbod

Handlingsplan for førebygging av sjølv mord 2022-2025

Vi har ingen å mista. Planen er eit verktøy for at vi kan arbeida meir kunnskapsbasert, systematisk og heilskapleg for å førebyggja og redusera talet på sjølv mord.

Mål frå handlingsplan for førebygging av sjølv mord:

- Systematikk og heilskap i det sjølv mordsførebyggjande arbeidet
- Trygg kommunikasjon om sjølv mord
- Avgrensa tilgang til metode for sjølv mord, relatert til Bjørnafjorden kommune
- God hjelp og gode behandlingsforløp for menneske i sjølv mordsrisiko
- Umiddelbar og langvarig oppfølging av etterlatne etter sjølv mord
- Betre førekomsttal, auka forskning, kunnskap og kompetanse om sjølv mordsførebygging.

Veteranplan 2023-2037

Planen har som mål å visa anerkjenning og respekt for veteranane sin innsats for fred og fridom, og dessutan å løfta fram veteranane, med si unike erfaring, som ressurspersonar i lokalmiljøet.

Mål med veteranplanen:

- Sikra god samhandling internt i kommunen og medverka til at veteranar og deira familiar vert møtt med forståing og rett kompetanse.
- Bidra til at veteranar kan etablere nettverk, aktivitetstilbod og møteplassar lokalt og i samarbeid med veteranorganisasjonar.
- Sørga for at samfunnet i større grad nyttiggjer seg veteranar som ein ressurs, og tek i bruk den viktige kompetansen veteranar har, der det er naturleg.
- Planen skal fungera som eit heilskapleg opplysnings- og informasjonsdokument for veteranar, kommunen og lokalsamfunnet.

Bustadsosial handlingsplan 2024-2027 skal bidra til å sikra at alle i Bjørnafjorden har ein trygg heim. Bustad er saman med arbeid, helse og utdanning ein av dei fire velferdspilarane. Planen er særskilt retta mot dei hushalda som ikkje sjølv klarer å skaffa seg og behalda ein eigna bustad. Ei lovendring frå 1.7.2023 stiller større krav til at kommunane skal ta bustadsosiale omsyn i planlegginga.

Mål frå bustadsosial handlingsplan:

- Alle skal ha ein trygg og god bustad
- Alle som har behov for det, skal få hjelp til å meistra det å bu i eigen heim
- Den offentlege innsatsen skal vera heilskapleg og effektiv

Vi har også plan for psykososialt kriseteam, ein smittevernplan og ein pandemiplan. Desse planane er beredskapsplanar og reint administrative verktøy, og vert ikkje omhandla nærare her.

2.5.7. Arbeidsgivarstrategien

Administrasjonsutvalet vedtok 26.5.2020 ein arbeidsgivarstrategi for Bjørnafjorden. Arbeidsgivarstrategien legg føringar for korleis kommunen skal rekruttera, utvikla og bruka dei menneskelege ressursane. I strategien heiter det m.a. at Bjørnafjorden kommune skal vera nytenkjande, endringsvillig og yta treffsikre tenester.

2.5.8. Rekrutteringsstrategien

I Bjørnafjorden sin rekrutteringsstrategi heiter det m.a. at kommunen må rekruttera og halda på relevant og kompetent arbeidskraft, og samstundes bidra til fornying av tenester og arbeidsformer. Å vera ein attraktiv arbeidskommune heng saman med måten vi byggjer omdøme på, og korleis tilsette ser på kommunen som ein stad for fagleg utvikling og gode arbeidsvilkår. I tillegg må vi ha eit konkurransedyktig lønnsnivå.

2.5.9. Frivilligstrategi

[Frivilligstrategi 2024-2027](#) har som overordna mål at det skal vera enkelt å vera frivillig i Bjørnafjorden kommune. Planen har som mål å skapa meir inkludering, auka samarbeid og samskaping og styrkja frivillig sektor.

2.5.10. Samarbeidsavtalar

Vi har inngått ein del samarbeid som skaper moglegheiter og legg føringar for arbeidet vårt.

Samarbeid med Nasjonalforeninga for folkehelse

Føremålet med samarbeidet er å skapa eit meir demensvenleg samfunn, slik at menneske med demens kan møta forståing, respekt og støtte. Dei skal ha høve til å vera inkludert og ta del i kvardagsaktivitetar i form av å handla, bruka offentleg transport, ta del i kulturaktivitetar og liknande. Kommunen forpliktar seg til m.a. til å planleggja og gjennomføra kurs i demensvenleg samfunn for næringsliv, lag, samarbeidspartnarar og yrkesgrupper.

Samarbeid høgskular og vidaregåande skular

Vi har samarbeid med vidaregåande skular og høgskular, der vi forpliktar oss til å ta imot elevar og studentar i praksis. Vi har også eit samarbeid med Fagskulen på Vestlandet om utdanningsløp som jamleg vert justert for å møta framtidige oppgåver og lokale utfordringar.

Samarbeid med andre kommunar

- Nav Bjørnafjorden leverer Nav-tenester også til Samnanger og Austevoll kommune (Nav Midthordland).
- Gjennom vertskommunesamarbeid med Austevoll leverer vi felles legevaktsentral. Vi har vertskommunesamarbeid med Samnanger om både legevaktsentral og legevakt.
- Vi er med i DigiVestland, som er eit samarbeid mellom fleirtalet av kommunar i Vestland for å bidra til betre og meir likeverdige digitale tenester til innbyggjarane. Eit overordna mål for samarbeidet er å sikra effektivt mottak av nasjonale prosjekt og tiltak.

Samarbeid med forskingsmiljø og andre kommunar – Kunnskapskommunen

Helse og omsorg i Bjørnafjorden har samarbeidsavtale med Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest. Føremålet er å styrkja forskning, innovasjon og kunnskapsutvikling i tenestene og bidra til at kommunane sjølv kjem i førarsetet for å etterspørja forskingsbasert kunnskap.

Kompetanseheving/nettverkssamarbeid

Både KS og Utviklingssenter for sjukeheim og heimetenester (USHT) tilbyr tenester og kompetansebygging gjennom ulike nettverk og er viktige ressursar. Det er også folkehelsenettverket i regi av Vestland fylkeskommune.

Samarbeidsavtalar med lokale lag

Bjørnafjorden kommune har samarbeidsavtalar om beredskap med dei åtte sanitetsforeiningane i kommunen, Os Røde kors og Fusa Røde kors.

2.6. Rapportar

2.6.1. Tid for handling – Helsepersonellkommisjonen

Regjeringa sin [helsepersonellkomisjon](#) vart oppnemnd for å etablera eit kunnskapsgrunnlag og koma med framlegg om treffsikre tiltak i åra framover. Tiltaka er både for å utdanna, rekruttera og behalda kvalifisert personell i helse- og omsorgstenestene, og for å møta utfordringane i tenestene på kort og lang sikt (2040) i ei berekraftig teneste.

Demografiutviklinga aukar etterspurnaden etter helsepersonell og stoppar samtidig veksten i tilgjengeleg arbeidskraft for helsesektoren og alle andre sektorar:

«Helsepersonellkommisjonen vurderer at helse- og omsorgstjenestenes andel av samfunnets totale arbeidsstyrke ikke kan øke vesentlig. Fordi personell allerede er et knapphetsgode, og i enda større grad vil være det fremover, må helse- og omsorgstjenesten bruke personellet og deres kompetanse mye mer effektivt enn før. Det blir færre ansatte per pasient».

«I tiåret som har gått siden samhandlingsreformen, har veksten vært større i de kommunale helse- og omsorgstjenestene enn i spesialisthelsetjenesten. Men personellbehovene i kommunene vil øke ytterligere, særlig i omsorgstjenestene. Innsatsen fremover må derfor styres mot kommunal omsorg, for å klare å håndtere det økende antallet eldre.»

«Det er behov for en felles erkjennelse av tjenestenes realistiske omfang og kvalitet. Alle berørte parter må være med på dette; Stortinget, regjeringen, politikerne generelt, tilsynsmyndighetene, helseforetakene og kommunene, arbeidslivets parter, personellet, pasienter, brukere og pårørende. Alle har et viktig bidrag og må gjøre sitt for at forventningssprøket reduseres».

«Tiltak som tilrettelegger for best mulig bruk av ansattes tid og kompetanse er avgjørende.

Hovedprioriteten for helsepolitikkerne i årene fremover, bør være å utvikle tiltak og investere i løsninger som gir lavest mulig personellvekst i helse- og omsorgstjenestene».

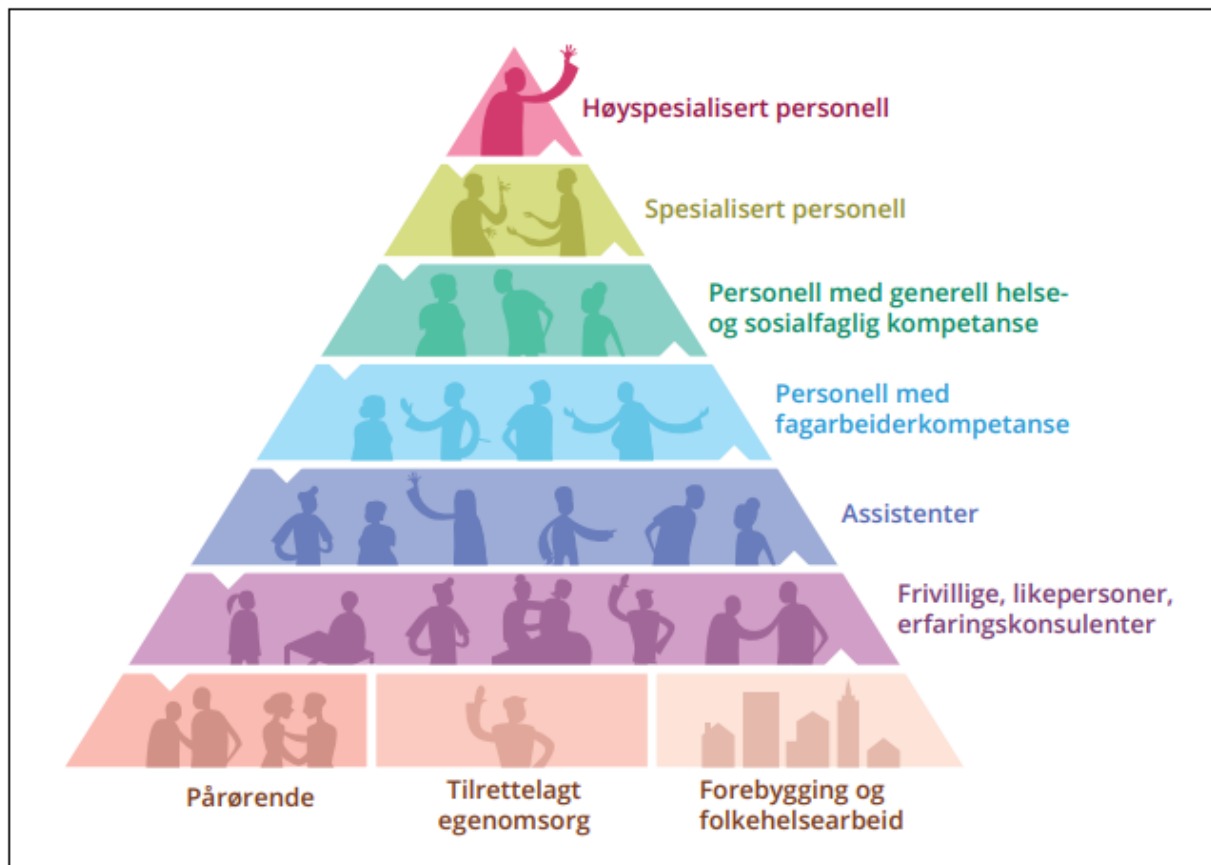


«Mange av tiltakene som Helsepersonellkommisjonen foreslår, skal gjennomføres av personellet. En levelig arbeidsbelastning, trivsel, motivasjon og faglig utvikling er viktig for å rekruttere og beholde ansatte. Det må være attraktivt og mulig å stå i arbeid gjennom et langt yrkesliv, helst i hele stillinger og med lavere sykefravær enn i dag.»

Helsepersonellkommisjonen har identifisert seks innsatsområde (ill. t.v.), som vil gjera det mogleg å utløysa fleire arbeidskraftsressursar og eit større omfang av helse- og omsorgstenester, utan å auka talet på sysselsette i kommunehelsetenesta og sjukehusa sett under eitt. Rådet er å arbeida heilskapleg og strukturert med ei parallell utvikling av desse innsatsområda.

III.: Tiltaksområde for løysing av helsepersonellutfordringane.

Skjematisk framstilling av oppgåvedeling, bygd nedanfrå. Det nedste nivået er også det breiaste:



Helsepersonellkommisjonen meiner at det ligg eit stort potensial i å satsa på helsefremjande tiltak og førebygging. Satsing på dette kan bidra til å utsetja innbyggjarane sine behov for tenester og til å avgrensa behovet for innsats frå helsepersonell.

Helsepersonellkommisjonen seier vidare: «Det følger betydelige helse- og personellmessige og økonomiske gevinster i et godt folkehelsearbeid, blant annet gjennom tiltak som fremmer befolkningens helsekompetanse, og gjennom forebygging og helsefremmende arbeid».

Helsepersonellkommisjonen rår oss til å i større grad involvera brukarane i arbeidet med pasientforløp og utvikling av helse- og omsorgstenestene. Kommisjonen ser eit stort potensial i dei frivillige brukarorganisasjonane:

«De frivillige brukerorganisasjonene utgjør et stort potensial og bør kunne ha en mer formalisert rolle i tjenesteutvikling og tjenesteleveranse i sykehus og kommuner. Rådgivnings-, informasjons- og veiledningstjenester til brukere, pasienter og pårørende kan forsterkes ved hjelp av frivillige organisasjoner, og kvaliteten i tilbudet kan ivaretas gjennom deres samarbeid med helse- og omsorgstjenestene. Brukerorganisasjonene kan også ivareta lavterskeltilbud i form av sosial støtte, inkludering og fellesskap, som et supplement til kommunale tilbud».

Vidare satsing på velferdsteknologi i omsorgstenestene vert også løfta fram som eit sentralt verkemiddel for berekraftige tenester.

2.6.2. Bemanningsutfordringane – løysingsdimensjonar

I rapporten «[Bemanningsutfordringene i helse- og omsorgssektoren – utfordringsbildet og løsningsdimensjoner](#)» frå KS vert det skildra ulike løysingsdimensjonar for å dempa veksten i bemanningsbehovet innan helse- og omsorgssektoren og på tvers av kommune- og spesialisthelsetenesta. Kombinasjonen av at ein stor del av arbeidsstyrken i Noreg jobbar i helsesektoren, at det er stor mangel på arbeidskraft i sektoren, låg produktivitetsvekst og akselerande vekst i behovet for arbeidskraft i sektoren, fører til at det trengst mykje sterkare omstillingstakt framover enn dei siste tiåra.

Rapporten analyserer åtte ulike dimensjonar for å dempa bemanningsutfordringane:

1. Innovasjon
2. Arbeidstid
3. Oppgåvedeling
4. Samhandling
5. Teknologi
6. Finansiering
7. Brukarmedverknad
8. Utdanning

2.6.3. Riksrevisjonen si undersøking av rehabilitering i helse- og omsorgstenestene

Riksrevisjonen sitt [dokument 3:12 \(2023–2024\) "Rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene"](#) er ei samanliknande undersøking opp mot 2012, som viser at det har vore liten framgang innan rehabiliteringsfeltet. Hovudfunna i rapporten er:

- Mange pasientar får ikkje rehabiliteringstenestene dei treng frå kommunehelseteneste og spesialisthelseteneste.
- Fleire stadar fungerer ikkje samhandlinga mellom tenestenivåa til det beste for pasientane.
- Styringa av rehabiliteringstenestene er mangelfull på alle nivå.
- Svakheitene i rehabiliteringstenestene får store konsekvensar for pasientane si helse, arbeidsevne, familieliv og fritid.

Våren 2025 jobbar kommunane som er knytt til Helse Bergen, gjennom helsefellesskapet med å kartleggja lokale utfordringar og koma med framlegg til tiltak i eigen organisasjon. Det gjeld tiltak som går på samhandling mellom nivå og nasjonale tiltak. Hovudfunna handlar om manglande prioritering av rehabilitering både i kommunane og i spesialisthelsetenesta, manglande informasjon og mangelfull kommunikasjon i samhandlinga, og manglande spisskompetanse i kommunane.

2.6.4. Dekningsgrad heildøgns omsorg

VID vitenskapeleg høgskole og Agenda Kaupang laga i 2016, på oppdrag frå KS, ein [rapport om dekningsgrad i kommunane av heildøgns omsorg](#). Det var eit mål for dette prosjektet å undersøkje om det er mogleg med ein meir lik praksis for utrekning av behovet for heildøgns omsorg i kommunane, og om det let seg overføra til eit nasjonalt nivå. I oppstarten vart det formulert ein hypotese om at ei tilrådd norm for dekning av heildøgns omsorg bør vera på mellom 16 og 20 % av befolkninga over 80 år.

Eit viktig funn var at SSB, Husbanken og kommunane nyttar omgrepet heildøgns omsorg ulikt. Særleg får kravet om personalbase betydning for kor mykje som skal reknast som eit heildøgns tilbod. SSB og Husbanken stiller ulike krav. Dette bidrog til at det ikkje var tilstrekkeleg grunnlag for å verifisera hypotesen om ei tilrådd norm med dekningsgrad mellom 16 og 20 %.

Dei andre nordiske landa skil ikkje i statistikken mellom tilbodet om heildøgns omsorg og andre butilbod til eldre. Alt i alt ligg det samla butilbodet i Noreg ca. 50 % høgare enn det som er vanleg i dei andre nordiske landa. Dette indikerer at det er mogleg å etablera eit tilbod med lågare dekning også i Noreg.

Sentrumsnære bustadar i den private marknaden, med lettstelte leilegheiter der ein lettare kan møte alderdomen, reduserer behovet for utbygging av bustadar i kommunal regi, og legg grunnlag for meir rasjonell drift av heimetenesta.

Det ligg eit potensial i å satsa på meir tenester på eit lågare trinn i omsorgstrappa, og for å sjå heile bustadplanlegginga under eitt. Pårørande sin situasjon er ofte avgjerande for om den gamle framleis kan bu i eigen heim.

Dekningsgraden bør vera ulik mellom kommunar, og er avhengig av levealder, kulturelle forhold, geografiske avstandar, utviklinga av resten av omsorgstrappa, kompetansen i heimetenesta og ein vellukka bustadpolitikk for eldre.

2.7. Eldre og bustadbehov

2.7.1. Bustadbehovet for eldre fram mot 2040

Agenda Kaupang utarbeidde i 2023, på oppdrag frå SBB Samfunnsbygg, som er eit eigedomsselskap innan samfunnseigedom og sosial infrastruktur, ein [rapport om bustadbehovet for eldre innbyggjarar fram mot 2040](#). Føremålet med rapporten er å setja fokus på, og skildra, samanhengane mellom ein heilskapleg bustadpolitikk og utvikling av berekraftige helse- og omsorgstenester i kommunane.

Rapporten skildrar ein prognosemodell for å rekna ut bustadbehovet for eldre innbyggjarar med val av ulike bustadprofilar og konsept, for å hjelpa folk inn i løysingane kommunen ønskjer meir av.

Sjukeheim er ikkje lenger den viktigaste løysinga på korleis kommunane skal møta behova som følgjer av den sterke auken i talet på eldre, m.a. på grunn av mangel på helsepersonell og mindre økonomisk handlerom.

Korleis eldre bur, påverkar både den enkelte sin livskvalitet og ressursbruk i helse- og omsorgstenestene. Relativt fleire eldre vil ha høve til å leva sjølvstendig og vera i aktivitet i ein bustad som er eigna i utforming og lokalisering.

Kommunane vert rådd til å kartleggja dei eldre innbyggjarane sine bustadpreferansar, kor og korleis eldre innbyggjarar bur, kva som skal til for å få dei rette innbyggjarane til å flytta i tide, m.m.

Gjennom heilskapleg bustadpolitikk og konsekvent lokaliseringsspolitikk, der ein legg til rette for aldersvenlege lokalsamfunn, kan fleire få høve til å bu og leva sjølvstendig lenger enn i dag. Kommunen må sjå bustadutviklinga i samheng med proaktive og meistringsorienterte helse- og omsorgstenester.

Fleire eldre må i større grad bu i kommunen sine lokalsenter i eigna, private bustadar. Å utvikla aldersvenlege bustadar og bumiljø som eldre kan eiga eller leiga, handlar også om stadutvikling og nærmiljøkvalitetar. Kommunane vert rådd til å ta lokaliseringsdebatten og føra ein konsekvent lokaliseringsspolitikk.

2.7.2. Korleis bur eldre i landet og i Bjørnafjorden?

Husbanken gjorde ei kartlegging og fann ut at over halvparten i aldersgruppa mellom 60 og 75 år i undersøkinga budde ein stad som var lite eigna til å vera fysisk svekka i. Likevel vart ni av ti buande.

Prognosesenteret fann i 2021 at delen personar over 60 år som flyttar, er 4 %. Gjennomsnittleg flytteavstand for desse er på knappe 2,5 kilometer. Dei ønskjer altså å bu i nærmiljøet sitt.

Folkehelseoversikta vår viser at i Bjørnafjorden bur 85 % av dei eldre over 80 år i einebustad, tomannsbustad eller rekkehus. 13 % bur i blokk og 2 % i anna bustadbygg.

I heile kommunen er det høgast pris pr. kvadratmeter for leilegheit. På Fusa-sida er det store geografiske avstandar, eit dårlegare kollektivtilbod og lågare pris pr. kvadratmeter ved kjøp/sal av både einebustad og leilegheit. På Fusa-sida er det vesentleg større differanse målt i prosent på kvadratmeterpris ein får ved sal av ein einebustad, og kva ein må betala for ei leilegheit samanlikna med Os-sida (folkehelseoversikta s. 37).

2.7.3. Bu heile livet – nye bufellesskap og nabolag

Ei forskargruppe ved Sintef ga i 2020 ut ein [rapport om å bu heile livet og nye bufellesskap og nabolag for gamal og ung](#). Arbeidet var initiert av Helse- og omsorgsdepartementet. Rapporten byggjer vidare på fleire tidlegare rapportar frå Sintef.

Føremålet er å presentera framlegg og døme på ulike buformer for eldre som er tilpassa eit aldersvenleg samfunn. Å bu saman med andre, kan vera ein god strategi for å hindra einsemd og inaktivitet. Det vert presentert fleirgenerasjonskonsept med levande og blanda lokalsamfunn, slik målsettingane er i både Leva heile livet-reforma og folkehelsemeldinga frå 2019: «Gode liv i eit trygt samfunn».

Døma viser at fysisk nærleik og samlokalisering er eit sterkt verkemiddel for at ulike menneske skal møtast og for at samhandling skal skje. Døma viser vidare at bustadpolitikk og områdeplanlegging er viktige strategiske verkemiddel for at eldre kan meistra kvardagen sjølv, slik som praktiske gjeremål, å vera aktiv og å kunna vera saman med andre.

2.7.4. Bufellesskap for eldre og livskvalitet

Idunn, som er Universitetsforlaget si digitale plattform for fag- og forskingstidsskrift, har publisert ein [artikkel om privat eigde bufellesskap med fellesskapsløysingar for eldre](#) og korleis dei kan bidra til auka livskvalitet.

Resultata viser at bebuarane opplever at bufellesskapa bidrar til auka livskvalitet på fleire måtar, m.a. gjennom auka meistring og moglegheit til å klara seg lenger sjølv, lett tilgang til aktivitetar og opplevd trygghet. Bufellesskap kan altså bidra til auka livskvalitet for eldre. Å gjera erfaringane med buforma meir kjent, kan bidra til at marknaden i større grad tilbyr denne buforma.

2.7.5. Kva er ein eigna bustad?

KS sitt hefte [«En bolig for hele livet»](#) kjem med mange gode tips og døme frå Bjørnafjorden om korleis ein kan tilpassa eigen bustad for alderdommen.

Sintef rår kommunane til å tenkja på effekten av tiltaka når det gjeld bustadar:

- Kva løysingar bidrar til auka eigenmeistring?
- Kva løysingar er helsefremjande?
- Kva løysingar bidrar til effektive og gode tenester?
- Kva løysingar legg til rette for at frivillige kan og vil delta?

Norsk boligbyggelag har i artikkelen [«Du har ikke nødvendigvis flyttet til «din bolig for resten av livet»»](#) skildra kva dei meiner er ein eigna bustad for eldre med funksjonsnedsettingar og bistandsbehov, med krav sett både frå den enkelte og frå kommunen sin synsvinkel:

- Bustaden må liggja tett på ALT:
 - Rullatoravstand til butikkar, frisør, lege, bibliotek, kafé og annan privat og offentleg service
 - Møteplassar der ein kan ha eit aktivt og sosialt liv
 - Turmoglegheiter, men ikkje for bratt, og med høve til å kvila
 - Service som kan hjelpa deg når du har eit behov, og leggja til rette for eit sosialt og aktivt liv
- Bustaden må ha alle nødvendige rom og funksjonar på eitt plan:
 - Det må vera lett å koma seg inn og ut av bustaden
 - Det må vera lett å bevega seg rundt i bustaden og ut med ein rullator
 - Bustaden må vera enkel å vedlikehalda og halda rein
- Nær sentrum/base for heimetenester
- Tilstrekkeleg plass til at heimetenesta kan få gjort jobben sin
- Tilrettelagd for alarm og annan velferdsteknologi/e-helse (nett-tilgang)

2.7.6. Kvalitetar i nærmiljøet

Bumiljøet betyr noko for korleis ein har det i kvardagen og kor lett det er å klara seg sjølv. For å kunna bu trygt heime, treng ein å kjenna tilhøyrsløse til staden der ein bur. I område med eit variert bustadtilbod er det ofte enklare å byta bustad, og dermed få bu i same område når behovet endrar seg gjennom livet – som når ein får barn, vert åleine eller får behov for tilrettelagd bustad. At sjølve bustaden er eigna for, eller kan tilpassast, ulike livsfasar, vil også føra til at ein slepp å flytta når livssituasjonen endrar seg.

Figuren på neste side illustrerer kvalitetar i nærmiljøet som er viktige for helse og livskvalitet.



Nærmiljøkvaliteter som er viktige for helse og livskvalitet (Kjelde: FHI).

2.7.7. Eldre sin mobilitet på bustadmarknaden

Velferdsforskningsinstituttet NOVA publiserte i 2020 ein [rapport om mobilitet blant eldre på bustadmarknaden – haldningar, drivarar og barrierar](#).

Fleire i aldersgruppa 60-75 år enn for 20 år sidan flyttar frå ein bustad til meir tilgjengelege blokkleigheiter og gjer dermed strategiske bustadtilpassingar. Dette gjeld særleg i sentrum av storbyane. I spreiddbygde strok, der tilbodet av tilgjengelege bustadar er minst, er flytting i denne aldersgruppa minst vanleg. I spreiddbygde strok er låge bustadverdiar og prisdifferanse mellom utkant og sentrum barrierar for flytting.

Personleg økonomi, helsetilstand og emosjonell stadtilknytning er både drivarar og barrierar for bustadtilpassing i eldre år. Tilpassing av bustaden med tanke på alderdommen skjer først når behovet vert opplevd som presserande. Generelt er det få eldre i studien som tilpassar bustaden.

Ved å gjera strategiske tilpassingar for ein alderdom med nedsett helse, slik som å flytta til meir eigna bustad eller tilpassa eksisterande bustad, kan den enkelt bu lenger i eigen heim. I tillegg til auka sjølvstende og opplevd trygghet, kan det redusera behovet for heimetjenester og/eller heildøgns omsorgsplass. Det er dermed i kommunen si interesse å stimulera framtidige eldre til å tilpassa bustadsituasjonen sin til framtidig funksjonsnedsetting.

2.7.8. Kostnader og nytte ved bustadtiltak i eldre sin private heim

Vista Analyse utarbeidde i 2019 rapporten [«Kostnader og nytte ved boligtiltak i eldres private hjem»](#), der dei såg på tilrettelegging av bad i eldre sin private heim, og samanheng mellom slik oppgradering av bustad og behov for heimetjenester. Konklusjonen er m.a. at det skjer få omfattande oppgraderingar i bustadar der bustadeigar allereie får bistand frå heimetenestene. Det kan skuldast at bustadeigar ikkje opplever at gevinsten går til vedkomande sjølv (auka livskvalitet, glede ved å bu

heime osv. opp mot økonomiske kostnader og stress eller bekymring ved å gjennomføra tiltaket), eller at bustadeigar ikkje har oversikt over tilgjengelege tiltak.

Analysen viser at det vil vera lønsamt for ein kommune å bruka ressursar på å identifisera kva mottakarar av heimetenester som vil ha mest nytte av bustadtiltak, og deretter hjelpa desse til å gjennomføra tiltaka.

2.7.9. Rapport om Omsorg+ i Bergen

I juni 2024 vart det levert ein rapport om Omsorg+ i Bergen kommune. Føremålet med rapporten var å dokumentera Omsorg+ som grunnlag for eit framtidig prosjekt med å fornya, forbetra og tydeleggjera modellar for tenestetilbodet i Omsorg+. Dei ulike tiltaka har ulik drift, og det er til dels store forskjellar mellom dei ulike tiltaka for Omsorg+ når det gjeld trivselstiltak, sosiale tiltak, fellesområde, bygningsmessig utforming og standard.

Funn i rapporten er at Omsorg+ er ei rimelegare teneste for kommunen enn sjukeheim, men alle tiltaka har eit meirforbruk i høve til budsjettramme. Meir enn halvparten av bebuarane er over 85 år. 33 % av bebuarane har så store pleiebehov pga. kognitive vanskar, skrøpelegheit eller begge delar, at verken dei, pårørande eller personalet meiner at buforma dekkjer behovet.

2.8. Arbeidsmiljø og helse

Statens arbeidsmiljøinstitutt, STAMI, ga i 2021 ut [«Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2021. Status og utviklingstrekk»](#). Arbeidsmiljøet vert løfta fram som eit viktig verkemiddel for eit berekraftig arbeidsliv, der flest mogleg kan vera i arbeid og færrest mogleg fell ut av arbeidslivet.

I rapporten vert det påpeikt at høge jobbkraft, liten kontroll, emosjonelle belastningar og rollekonfliktar er faktorar som kan føra til sjukefråvær. Dette er faktorar som i høg grad er til stades m.a. i sjukepleiaryrket. STAMI meiner at det er stort potensial for å førebyggja sjukefråvær blant sjukepleiarar.

Helsedirektoratet meiner at grunnane til at sjukefråværet i kommunale tenester over tid har vore høgt, er komplekse. Det er påvist at menn i kommunale helse- og omsorgstenester har vesentleg høgare sjukefråvær enn menn i andre delar av kommunal sektor. Helsedirektoratet finn grunn til å tru at det er ein samanheng mellom sjukefråvær og arbeidstilhøve, slik som fysisk, psykisk og emosjonell belastning som følgje av arbeidet, men som i mange samanhengar har vorte relatert til generelt sjukefråvær blant kvinner. Tenester med høg grad av turnus i kommunale helse- og omsorgstenester har høgare sjukefråvær. Legar rapporterer at redusert eigenkontroll bidrar til kjensle av høgt arbeidspress.

Helsevesenet i dei fleste europeiske land opplever ein del felles utfordringar: Sviktande rekruttering, aukande misnøye med arbeidstilhøva, og at helsepersonell sluttar i tenesta. Arbeidsglede, eller «joy in work», er eit sentralt omgrep som er i ferd med å verta eit eige fagområde internasjonalt. Det handlar i stor grad om oppleving av psykososial tryggleik, og eit ope ytringsklima på arbeidsplassen. Andre viktige faktorar er høve til å bruka fagkunnskapen sin, få fagleg og personleg utvikling, kunna påverka, ha variasjon i arbeidet og fleksibilitet i arbeidstider. Å oppleva tilhøyrsløse og meining er også grunnleggjande for trivsel og tryggleik. Her spelar leiing og organisering av arbeidet ein avgjerande rolle. Tenkinga rundt temaet handlar også om korleis ein kan skapa pusterom og overskot og finna att arbeidsglede og kreativitet. Trivsel og motstandskraft mot belastning føreset at medarbeidarane har moglegheit til å henta seg inn. Det bør vera sjølv sagt at det er tid til å ta nødvendige pausar og å eta lunsj. Tilgang på pauserom, kaffi og liknande arbeidsmiljøretta tiltak bidrar òg til trivsel (*kjelde: Helsepersonellkommisjonen*).

2.9. Mobilitet i helse- og omsorgstenestene

Fafo laga i 2023 ein [rapport om mobilitet i helse- og omsorgstenestene](#). Rapporten er underlagsmateriale til Helsedirektoratet sitt arbeid med Kompteanseleift 2025.

Fafo peikar i rapporten på at kontrollspennet (leiarspennet) i arbeidslivet totalt ligg på ti tilsette pr. leiar. I dei kommunale helse- og omsorgstenestene ligg det på *førti* tilsette. Høg vikarbruk i helse- og

omsorgstenestene trekkjer fleire personar inn i tenesteproduksjonen og gjer at det reelle leiarspennet er endå større. Dette gjev leiarane eit særskildt utgangspunkt for å få tid til tenesteutvikling og godt leiarskap.

Andre funn i rapporten er at mobiliteten blant tilsette i helse- og omsorgssektoren er på mellom 20 og 30 prosent i 2021. Deltidstilsette har dobbelt så høg mobilitetsrate som heiltidstilsette. Det same gjeld unge samanlikna med eldre arbeidstakarar. Allmennpraktiserande legar skifta hyppigast arbeidsplass i 2021, etterfølgd av heimehjelparar, pleiemedhjelparar og psykologar. Vi må til unge, ufaglærte, deltidstilsette for å finna like høg mobilitet som den vi finn blant legane i kommunesektoren.

2.10. Ei berekraftig helse- og omsorgsteneste

KS har gitt ut eit [hefte om vegval for ei berekraftig helse- og omsorgsteneste](#). Her er det heilt konkrete råd om korleis vi kan påverka balansen mellom tilbod og etterspurnad etter tenester og personell.

Etterspurnaden er påverka av:



2.11. Potensialet for uformell omsorg i Noreg

Idunn, Universitetsforlaget si digitale plattform for fag- og forskningstidsskrift, har publisert artikkelen [«Demografisk utvikling og potensialet for uformell omsorg i Norge»](#).

Utgangspunktet for artikkelen er at det offentlege kommuniserer at dei ikkje vil kunna dekkja behova for offentlege helse- og omsorgstenester til den veksande delen av eldre innbyggjarar. Betydeleg ansvar og innsats frå pårørande og frivillige vert av det offentlege peika på som løysing på problemet. Artikkelen viser til at dette kan vera urealistisk, fordi veksten i dei årskulla som skal gje hjelp (som tilsett, pårørande og/eller frivillig) til ei aukande gruppe eldre, stagnerer eller veks vesentleg saktare enn talet på eldre.

Det må vera fokus på utvikling av støtte-, avlastings- og insentivordningar for pårørande og frivillige. Stat og kommunar kan ikkje kalkulera med at pårørande og frivillige skal sikra berekraft i helse- og omsorgstenestene i framtida.

2.12. Nasjonal pårørandeundersøking

På vegner av Helsedirektoratet har Opinion gjort ei [nasjonal pårørandeundersøking i 2021/2022](#).

Funna viser at halvparten av alle pårørande treng støtte for sin eigen del. Støtta handlar om eit spekter av tiltak, frå informasjon til tilrettelegging på jobb, fleksibel avlastning eller helsehjelp som følgje av belastningane dei står i. Praktisk bistand heime og økonomisk støtte er også tiltak som dei pårørande ønskjer.

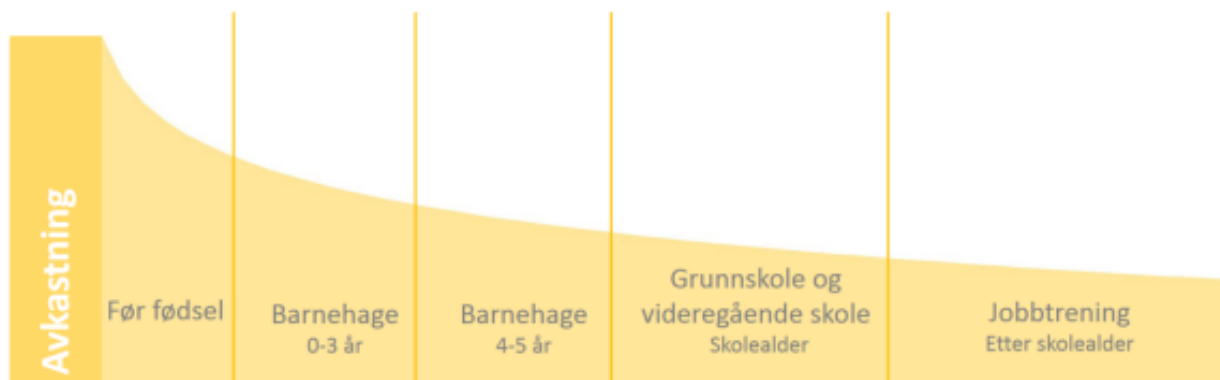
2.13. Helsefremjande og førebyggjande tiltak

Gjennom folkehelsearbeidet har kommunane ansvar for å fremja innbyggjarane si helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å førebyggja psykisk og somatisk sjukdom, skade eller lidning. Folkehelsearbeid handlar også om tiltak for å utjamna sosial ulikskap. Folkehelsearbeidet er tverrsektorielt og tverrfagleg og går i all hovudsak føre seg på andre arenaer enn i helse- og omsorgssektoren.

Det er mange helsefremjande og førebyggjande faktorar, og folkehelseoversikta viser årsaks-samanhengar og konsekvensar. I dei følgjande delkapitla trekkjer vi i tillegg fram noko meir kunnskap om helsefremjande og førebyggjande tiltak.

2.13.1. Tidleg innsats og samfunnsøkonomisk gevinst, Heckman-kurven

Heckman-kurven, vist i figuren under, illustrerer betydninga av tidleg innsats for å styrkja barn sin humankapital og føresetnadar for å få eit godt liv, meistra og bidra i samfunnet. Humankapital er summen av den enkelte sine evner, kompetanse og kunnskap for å kunna delta på ulike arenaer i livet.



Kurven viser at det er samfunnsøkonomisk lønsamt med tiltak tidleg i livet og med førebygging. Investeringar i førebyggjande innsats før fødsel og i tidleg barndom gjev høgare samfunnsøkonomisk avkastning enn slik innsats seinare i livet.

2.13.2. Stor effekt av å få fleire til å vera fysisk aktive

Fysisk aktivitet gjer oss friskare og er samfunnet sin beste medisin. Friskare innbyggjarar fører til auka nærvær på arbeid, mindre belastning på helse- og omsorgstenestene, høgare livskvalitet og at fleire er sjølvhjelpne lenger.

Helsedirektoratet finn at det er eit stort uutnytta potensial og betydelege gevinstar for samfunnet og den enkelte dersom fleire kjem litt meir i fysisk aktivitet. Førebygging vil løna seg. Sjå «[Helsegevinstene av fysisk aktivitet er større enn tidligere antatt](#)» (kjelde: Helsedirektoratet).

Det er lite som skal til: Dersom ein inaktiv 20-åring startar med 10-15 minutts rask, dagleg gåing, vil vedkomande kunna vinna nærare åtte friske leveår i eit livsløpsperspektiv. Ved å oppfylle rådet om minst 150 minutt i veka med litt anstrengande fysisk aktivitet, vil tilsvarande gevinst vera ca. 11 friske leveår. Estimata viser også store gevinstar blant alle personar over 60 år.

Resultata syner at endring frå å vera fysisk inaktiv til delvis aktiv gjev den største venta gevinsten i levetid og helse. Men også for dei som allereie er delvis aktive, eller er fysisk aktive, vil det å auka aktivitetsnivået gje betydelege gevinstar.

2.13.3. Innbyggjarane sin helsekompetanse

Helsekompetanse er individ si evne til å finna, forstå, vurdere og ta i bruk helseinformasjon for å kunna ta kunnskapsbaserte avgjerder om eiga helse. Det gjeld både avgjerder knytt til livsstilsval, sjukdomsførebyggjande tiltak, eigenmeistering av sjukdom og bruk av helse- og omsorgstenester.

Det er eit nasjonalt mål at pasientane skal få høve til å ta aktivt del i eiga helse og behandling.

Auka helsekompetanse vil betra den enkelte si evne til å ta helsefremjande og sjukdomsførebyggjande val, hindra sjukehusinnlegging, bidra til rett bruk av helsetenester og førebyggja moglege tilbakefall eller følgjesjukdommar. Det inneber at pasienten kan vera aktiv deltakar i eiga helse og behandling, verta lytta til og kan ta val i samråd med behandlar.

Helsekompetanse er ulikt fordelt i befolkninga. Faktorar som *kan* bidra til låg helsekompetanse er:

- Høg alder
- Låg sosioøkonomisk status
- Utdanningsnivå
- Mangel på, eller lite, nettverk
- Svake språkferdigheiter
- Svake digitale ferdigheiter
- Innvandrarbakgrunn
- Barn sin alder (deira helsekompetanse må ein ofte sjå i samheng med foreldra sin).

2.13.4. Fleire forbettringsområde

Folkehelseoversikta viser at det er mykje helsegevinst i røykeslutt, nok søvn, låg alkoholbruk og sunt kosthald. Kontinuerleg innsats for å betra levevanane er viktig, og til det trengst det ressursar.

2.14. «Yngrebølgen» – dyrare enn «eldrebølgen»?

Forskarar ved UiO står bak ein studie som konkluderer med at ei lita gruppe tenestemottakarar står for ein stor del av dei samla kostnadane for pleie- og omsorgstenester i Noreg. Desse brukarane er yngre, heimebuande og har ei eller anna form for nedsett funksjonsevne. Blant høgkostnadsbrukarane er 56,1 % registrert med ei psykisk utviklingshemming, 30,4 % med ei psykisk lidning og 29,6 % med ei nevrologisk lidning. I snitt utgjer dei 5 % av brukarane og står for 39 % av dei samla kostnadane til kommunale pleie- og omsorgstenester. Studien er basert på individdata frå 2019 for å unngå effektar av pandemien.

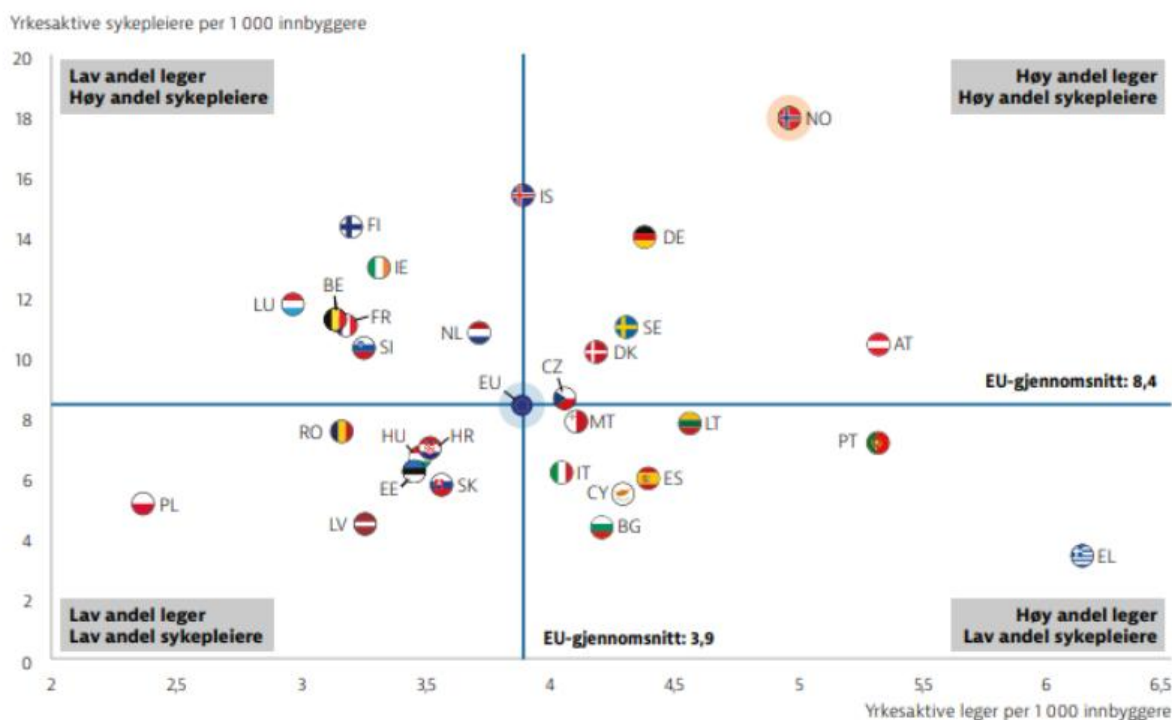
Forskarane hevdar at det ikkje er den store auken i talet på eldre som vil kosta kommunane mest i framtida, men noko dei har vald å kalla for «yngrebølgen» av personar med nedsett funksjonsevne. Studien er presentert og forklart her:

- [Visning av Brukere med særlig høye kostnader i pleie- og omsorgstjenestene – hvem er de, og hva betyr de for kommunale utgifter? \(econa.no\)](https://econa.no/visning-av-brukere-med-saerlig-hoeye-kostnader-i-pleie-og-omsorgstjenestene-hvem-er-de-og-hva-betyr-de-for-kommunale-utgifter/)
- [«Yngrebølgen» blir dyrere enn eldrebølgen: Så mye mer koster en høykostnadsbruker \(sykepleien.no\)](https://sykepleien.no/yngrebølgen-blir-dyrere-enn-eldrebølgen-så-mye-mer-koster-en-høykostnadsbruker/)

2.15. Noreg i ei særstilling: Stort potensial for ei endra oppgåvedeling

Figuren på neste side viser at Noreg står i ei særstilling i Europa når det gjeld høg dekning av både yrkesaktive legar og sjukepleiarar pr. 1000 innbyggjarar. Nabolanda våre har også høg del sysselsette i helse og omsorg, men lågare dekning av sjukepleiarar og legar. Dette reiser spørsmålet om korleis vi brukar legane og sjukepleiarane våre, og ikkje minst andre yrkesgrupper.

Figuren kjem opphavleg frå Eurostat database, State of the Health in the EU, landhelseprofil Norge 2021 (2019-tal eller seinaste tilgjengelege tal) og er også brukt i Helsepersonellkommisjonen sin rapport.



Figuren seier ikkje noko om korleis legar og sjukepleiarar i dei ulike landa er fordelt mellom sjukehus og kommunehelseteneste, men tyder på eit potensiale i Noreg for anna oppgåvedeling mellom legar og sjukepleiarar, opp mot andre yrkesgrupper.

2.16. Erfaringar frå prosjekt- og nettverksarbeid

Helse og velferd i Bjørnafjorden kommune har vore med på fleire prosjekt og læringsnettverk med fokus på førebygging dei siste par åra. Under oppsummerer vi viktig læring frå desse nettverka:

2.16.1. TØRN

Luranetunet (LBBS) var i 2023 med i eit prosjekt i regi av KS, der målet var å utvikla/prøva ut nye berekraftige arbeids- og organisasjonsformer for å kunna imøtekoma auka etterspurnad etter helse- og omsorgstenester, samtidig som tilgangen på ressursar og kompetanse vert redusert.

Luranetunet sitt fokus har vore «*rett person på rett plass til rett tid*». Det vart arbeidd med formalitetar og opplæring rundt arbeidstidsordningar og turnusarbeid. LBBS vurderte også ulike turnusordningar, og konkludert med at årsturnus er føremålstenleg å prøva ut med tanke på føreseieleg arbeidstidsplanlegging.

Gjennom TØRN fekk vi prøvd ut ulike måtar å organisera kritisk kompetanse på, og med strategisk kompetansebygging. Vi arbeidde òg med «oppgåve-gliding», dvs. å bruka kompetansen der den trengst og ikkje der den ikkje trengst.

Gjennom TØRN har vi lært at vi må bemanna for føreseieleg fråvær, og vi har tilsett fagpersonale som ressursbemanning for å kunna dekkja inn ferie, permisjonar, fridagar for høgtidsvakter, sjukefråvær og liknande.

2.16.2. Heima best

Bjørnafjorden kommune har deltatt med prosjektet “Heima best” i NORCE-prosjektet “INCA – Innovation in municipality home-based health care services”. INCA-prosjektet vann årets forskings- og innovasjonspris på kunnskapskommunekonferansen 5.9.2024. Overordna tek prosjektet sikte på å utdjupe korleis vi bør organisera dei heimebaserte tenestene for å imøtekoma morgondagen sine utfordringar med stram økonomi, mangel på personell og sterkt vekst i talet på eldre.

Delmål i prosjektet er å forbetra og implementera ei økonomisk berekraftig teneste som balanserer mellom rettar, behov og tilgjengelege ressursar. Vidare at innbyggjarane i Bjørnafjorden opplever kvardagsmeistering, tek ansvar for eiga helse og bur i eigen bustad så lenge det er forsvarleg. Vi tildeler tenester på lågaste effektive omsorgsnivå. Vi nyttar velferdsteknologi når vi kan, og helsepersonell når vi må. Pårørande og frivillige er ein ressurs som kommunen samhandlar systematisk med.

«Heima best» har ført til forventingsavklaringar, tydeleggjering av primærkontaktrolla og auka tverrfaglegheit, m.a. gjennom bruk av tverrfaglege samarbeidstavler og faste møtepunkt.

2.16.3. Gode pasientforløp

«Gode pasientforløp» er eit nasjonalt læringsnettverk i regi av KS og FHI. Målet med arbeidet er å sikra brukarane sine behov for heilskaplege, koordinerte og trygge pasientforløp.

Arbeidet er bygd på heilskapleg pasientforløp i heimen (HPH), der spørsmålet «Kva er viktig for deg?» er sentralt. Læringsnettverket omfattar alle brukargrupper, men Bjørnafjorden kommune valde å avgrensa til forløpet mellom sjukeheim og eigen heim.

Gjennom arbeidet vart det utarbeidd ein kartleggingspakke, som er vidareført for implementering i prosjektet «Heima best».

2.16.4. Læringsnettverk demensforløp

Bjørnafjorden var med i læringsnettverket «Systematisk oppfølging av personar med demens 2022-23», som er knytt til satsingsområdet Demensplan 2025. Målet var å systematisera oppfølging av personar med demens gjennom implementering av gode forløp i den kommunale helse- og omsorgstenesta. Vi laga retningslinje for samarbeid mellom legar, demenskoordinator/ressursperson i demensomsorga og heimetenesta for pasientar med nyoppdaga demens.

2.16.5. Læringsnettverk pårørandesamarbeid

Bjørnafjorden kommune er våren 2025 med i eit læringsnettverk om pårørandearbeid i regi av USHT (undervisningssjukeheim for sjukeheim og heimeteneste). Målet med prosjektet er å styrkja pårørandesamarbeidet på individ-, teneste- og systemnivå.

I Bjørnafjorden har vi opplevd det som utfordrande at fastlegane har for lite kunnskap om tenestetilbodet til personar med kognitiv svikt/demens og deira pårørande. Legane er ei sentral målgruppe, då det oftast er dei som møter desse personane og deira pårørande tidleg i forløpet. Vi har difor vald å ha fokus på å forbetra informasjon om rettleiing, moglegheiter og hjelpetilbod til pårørande, for å førebyggja at pårørande utviklar eigne helseproblem.

Tiltak sett i verk hausten 2023 har ført til at fastlegane sin kjennskap til tenestetilbodet har auka. Informasjon med oversikt over tenester er delt med alle fastlegar i form av brosjyrer og oppslag. Informasjonen ligg tilgjengeleg på [Aktuelle tilbod ved demens/kognitiv svikt – Bjørnafjorden kommune](#).

2.16.6. CRPD-nettverk Vestland

CRPD-nettverk Vestland er eit læringsnettverk/fagnettverk i regi av USHT Vestland, med støtte frå Bufdir. Målet er å auka kunnskapen om den nasjonale rettleiaren frå helsedirektoratet [Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming](#) og om CRPD. Rettleiaren byggjer på CRPD-konvensjonen.

Fagnettverket er såleis spesielt retta mot tilsette som jobbar med personar med utviklingshemming, og skal gjera den nasjonale rettleiaren kjend og bidra til at den vert forstått og konkretisert, slik at kommunane vert bevisste eventuelle manglar og kan gjera noko med det. Fagnettverket skal også leggja til rette for erfaringsdeling på tvers av kommunane. Prosjektet skal hjelpa kommunane med å gjera ord om til handling, slik at personar med utviklingshemming sine grunnleggjande menneskerettar vert varetatt.

2.16.7. Endringsleiing – samlingar med forskarar frå NHH

Vinteren 2020-2021 jobba vi med endringsleiing, gevinstanalyse og innovasjon gjennom digitale samlingar med forskarar ved NHH.

Viktig kunnskap frå desse samlingane er:

- Endring skapar usikkerheit, og tilsette reagerer ulikt og av ulike grunnar. Årsaker til motstand mot endring er at ein er utrygg på prosess, usikker på eiga evne til å handtera endringa, eller er usamd i avgjerda.
- Organisasjonen må førebuast/mobiliserast for endring.
- Nesten all endring vil trigga krefter for og imot.
- Store planlagde endringar kan ta 3-5 år. Viktig å formidla resultat undervegs, sikra nokre raske singlar og byggja endringskapasitet.

Figuren under viser korleis organisasjonen kan utvikla endringskapasitet:



Kjelde: Stensaker, NHH.

Andre viktige læringspunkt er:

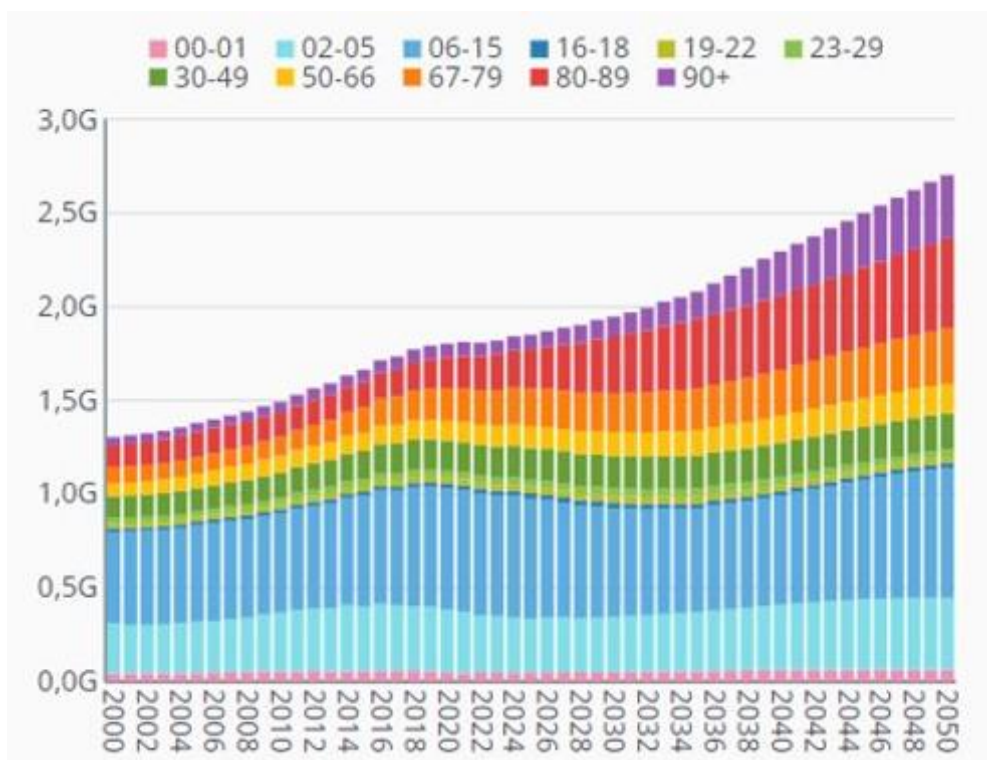
- Mellomleiaren er den viktigaste endringsagenten.
- Det trengst noko «slack»/overskot til å driva utviklingsarbeid.
- Målekort er eit kraftig verktøy som fører til at vi vrir innsatsen mot målet, og får mindre av det vi ikkje måler.
- Vegen frå ein ser at noko kan vera bra om vi får det til, til vi får sett det i drift, kan vera lang. Slaget om endring står når implementeringa tek til. Det kostar ca. 10 gongar så mykje å få brukarane til å ta i bruk den nye løysinga som å utvikla løysinga.

3. FRAMSKRIVING AV TENESTEBEHOV

I det følgjande viser vi ulike framskrivingar av tenestebenhov og kostnader.

3.1. Telemarksforskning sin prognose

Telemarksforskning har laga ein prognose for kostnader pr. innbyggjar ut frå Teknisk beregningsutvalg (TBU) sin nøkkel for ulike aldersgrupper. Raud søyle = 80-89 år. Lilla = 90 år+. Figuren viser at kostnader knytt til innbyggjarar 80 år+ (summen av dei raude og lilla søylene) er venta å auka kraftig i åra framover.



Historisk vekst er lagt til grunn for prognosen for folketalsutvikling (kjelde: Telemarksforskning, med oppdatert datagrunnlag pr. 3. kvartal 2023).

3.2. Regjeringa si framskriving

Regjeringa har laga ei [framskriving av tenestebenhov for alle kommunar](#), med tal tenestemottakarar og arbeidskraftbehov med utgangspunkt i same dekningsgrad og standardar på tenestene som i 2021.

Tabellen nedanfor viser framskrivne data for Bjørnafjorden kommune for heimeteneste og institusjonsomsorg, og tal tenestemottakarar i ulike aldersgrupper i 2030 samanlikna med i 2021. Tabellen viser også kva veksten i prosent i tal tenestemottakarar mellom desse åra utgjer for dei ulike aldersgruppene.

Indikator	2021	2030	Vekst
Tal tenestemottakarar institusjonstenester og heimetenester 0-66 år	531	542	2 %
Tal tenestemottakarar institusjonstenester og heimetenester 67-79 år	221	248	12 %
Tal tenestemottakarar institusjonstenester og heimetenester 80 år+	403	654	62 %

3.3. Norce sin prognosemodell

I samarbeid med Universitet i Stavanger (UiS) har Norce laga ein prognosemodell for velferds-simulering. Gjennom modellen kan ein få fram prognosar for kor mange pasientar kommunen kjem til å ha med ulikt hjelpebehov ut frå IPLOS-klassifisering. Brukaren sin funksjon vert vurdert på ein skala frå 1-5:

- Skår 1: Personen treng ikkje bistand til oppgåva og er sjølvstendig.
- Skår 2: Personen klarer seg sjølvstendig ved bruk av hjelpemiddel.
- Skår 3: Personen har noko behov for bistand/helsehjelp.
- Skår 4: Personen har store behov for bistand/helsehjelp.
- Skår 5: Personen har fullt behov for bistand/helsehjelp, klarer ikkje noko sjølv.

Ut frå *samla skår* på desse variablane, vert brukaren sitt bistanndsbehov definert. Samla skår for bistanndsbehov vert rangert som lite, middels og omfattande. Omfattande bistanndsbehov *kan* bety at pasienten treng heildøgns omsorg, men det kan også bety at pasienten er heimebuande utan heildøgns omsorg. I sistnemnde tilfelle er oftast den kognitive funksjonen god, sjølv om pasienten elles er skrøpeleg.

Norce kommenterer her føresetnadar kommunane kan justera modellen med:

“Modellen har to dempingsfaktorer, én knyttet til teknologi og en annen til medisin. Dempings-faktorene er ikke konkret definert, da det ligger utenfor vår kompetanse å angi hvilken teknologi eller hvilke medisinske framskritt som kommer til å gjøre det enklere å klare seg i egen bustad. Det som derimot er klart, er at både teknologi og medisin er i rivende utvikling, og vi mener at det er rimelig å anta at utviklingen vil kunne påvirke behov for hjelp og behov for tilgjengelig bustad. I tillegg kan kommunene selv iverksette tiltak som kan bidra til å dempe behovet for hjelp.

Kommunene må selv vurdere hvilke faktorer de tror kan dempe økningen i behov for hjelp, både faktorene som de står for selv, og faktorene som de ikke har kontroll over. Deretter må de selv vurdere hvor stor de tror dempingen vil være».

Norce peikar på at det er usikkert korleis auken i levealder vil slå ut i helse:

«Selv om kommunale tiltak og andre tiltak gjør at befolkningen blir friskere, kan vi ikke vite sikkert hvordan det vil slå ut på funksjonsnivået. Blant forskere er det uenighet om den forventede økte levealderen vil innebære flere friske eller flere syke år. Det er tre hypoteser:

1. *Komprimert sykkelighet, det vil si at man er friskere lengre og har en kortere sykdomsperiode.*
2. *Utsett sykkelighet, altså at man er friskere lengre, men så har en sykdomsperiode som er omtrent like lang som i dag.*
3. *Økt sykkelighet på den måten at man blir syk omtrent ved samme alder som i dag, men sykdomsperioden blir lengre som følge av økt levealder.»*

3.3.1. Prognosar for tal brukarar med ulike bistanndsbehov

Tabellen under er ein prognose gjennom Norce-modellen for utvikling i tal brukarar med ulike bistanndsbehov i Bjørnafjorden kommune. Tabellen viser talet på brukarar med ulike bistanndsbehov i 2022 (år null), 2030 og 2035, og kva auke dette utgjer samanlikna med 2022. Dette er ein prognose utan dempingsfaktorar for medisinske framsteg eller teknologi.

Bistanndsbehov utan dempingsfaktorar	Tal brukarar 2022	Tal brukarar 2030	Auke i 2030 vs. 2022	Tal brukarar 2035	Auke i 2035 vs. 2022
Omfattande	440	584	144	682	242
Middels	542	662	120	744	202
Lite/avgrensa	590	745	155	847	257
Totalt	1572	1991	419	2273	701

Medisinske og teknologiske framsteg kan føra til at innbyggjarane klarer seg lenger sjølve utan hjelp, eller treng mindre hjelp. Det er imidlertid ingen fasit for kva som er dei riktige dempingsfaktorane å leggja til grunn for ein prognose.

Kva tenestenivå ein brukar kan klara seg med, kjem også an på kva «innsatspakke» kommunen har å setja inn.

3.4. Samarbeid med Agenda Kaupang om ei heilskapleg innsats- og bustadtrapp

Konsulentfirmaet Agenda Kaupang har samarbeidd med Bjørnafjorden kommune vinter/vår 2024/2025 om analyse av pleie- og omsorgstenestene og utvikling av ei heilskapleg innsats- og bustadtrapp. Agenda Kaupang sitt oppdrag er planlagt avslutta sommaren 2025, og eit større oppfølgingsarbeid vil ta form hausten 2025. Bakgrunnen for arbeidet er utviklingstrekk som er skildra her i kunnskapsdelen av sektorplanen, og som Bjørnafjorden kommune ikkje er åleine om: Stramme økonomiske rammer, ei aldrende befolkning og folkehelseutfordringar knytt til levevaner og psykisk helse. Dei to siste faktorane skapar ein kompleks dynamikk som vil forsterka mangelen på personell i åra framover. Vi må identifisera kva tenester og tenestekvalitet som skal tilbydast no og i framtida for å sikra berekraftige tenester i heile kommunen.

Agenda Kaupang sitt kunnskapsgrunnlag er m.a. [Kommuneindeksen 2024](#), som er ein årleg analyse av dei best styrte kommunane i Noreg, laga på oppdrag av Storebrand Livsforsikring.

Agenda Kaupang finn gjennom kommuneindeksen tre hovudstrategiar kommunane brukar i omstillingsarbeidet for å effektivisera drifta:

1) Redusera kostnadane pr. produsert eining: Løysa oppgåva raskare. Det vil seia fleire elevar pr. lærar (større skular) og færre nattevakter i bustadar med heildøgns tenester (større eller samlokaliserte bustadar og bruk av digitalt tilsyn). Samlokalisera tenestestadane med personalbase nært kommunesentra.

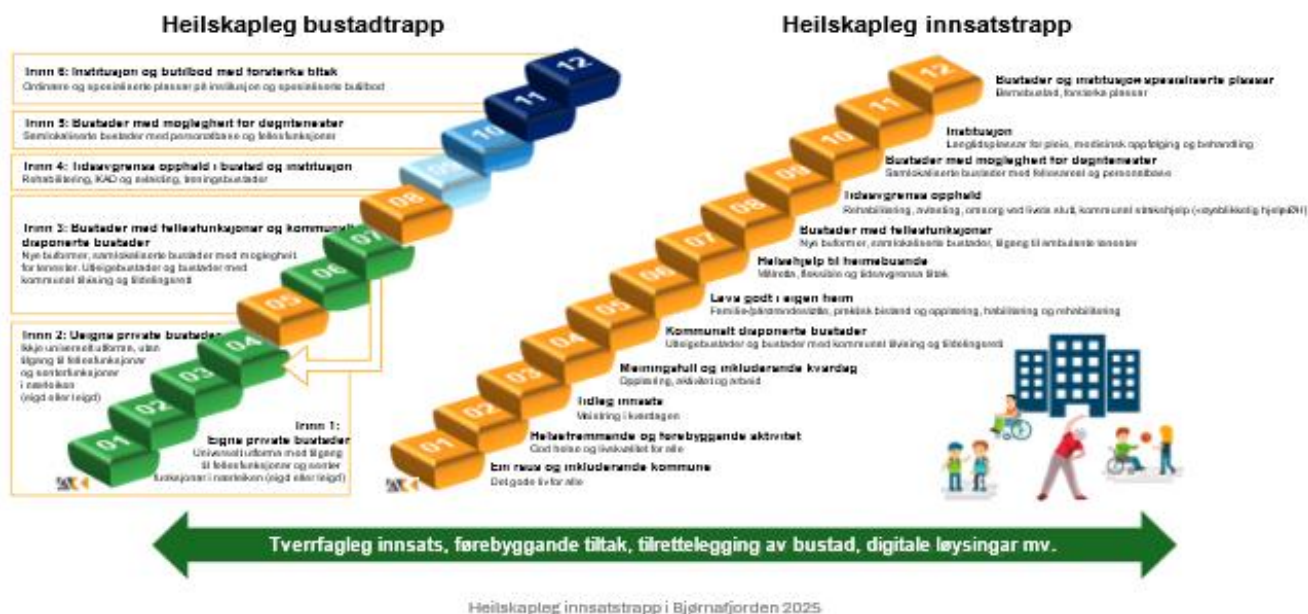
2) Redusera volum av tenester: Heva terskelen for å få hjelp eller gjera tenestetilbodet meir målretta og tidsavgrensa. Stilla større krav til kva innbyggjarane må gjera sjølve og vera tydeleg på kva kommunen ventar av innbyggjarar som skal få kommunale tenester. Hjelpa meir med råd og rettleiing og samarbeid med pårørande og frivillige, for at innbyggjarane skal klara seg best mogleg utan kommunale tenester.

3) Tidlegare innsats: Tidleg og tverrfagleg kartlegging og innsats for å styrkja innbyggjarane sine ønske om å klara mest mogleg sjølv. Investeringsstankegang og utvikling av dei nedste trinna i ei heilskapleg innsatsstrapp.

Agenda Kaupang påpeiker at det er heilt avgjerande at alle sektorar i kommunen bidrar for å sikra eit berekraftig helsetilbod med innovasjon og ei god og heilskapleg bustad- og stadutvikling.

Kommunar som er godt leia og styrt, er kjenneteikna ved deira evne til å gjera gode, proaktive tenesteval på tvers av kommunalområda i møte med innbyggjarane sine behov, og innbyggjarane si evne til å gjera tidlege og gode nok val for å meistra eige liv når dei møter utfordringar.

Utviklinga av ei heilskapleg innsats- og bustadtrapp i Bjørnafjorden er eit tverrsektorielt utviklingsarbeid som inngår i Omstilling 25. Trinna i innsats- og bustadtrappa viser kommunen sitt tilbod gradert etter kor mykje dei ulike tenestene påverkar mottakarane sine liv. Jo høgare opp i trappa, jo større påverknad. Ressursbruken aukar også oppover i trappa.



For sektor helse og velferd er målet å sikra rett dimensjonering av institusjon og heimeteneste. Agenda Kaupang er venta å gje tilråding m.a. når det gjeld organisering av sjukeheims- og heimetenestene i Bjørnafjorden kommune. Tilrådingane kan føra til administrative justeringar i talet på brukarar både på sjukeheim og i heimetenesta, omorganisering og tilpassing av arbeidsmetodar.

Det overordna målet for arbeidet er å sikra at Bjørnafjorden kommune kan levera tenester som er forsvarlege og på eit berekraftig nivå i høve til demografisk utvikling, venta knappheit på personell og økonomiske rammer. Dette inneber innsats i alle sektorar. Innsatstrappa skal brukast aktivt, og det er eit mål å vri innsatsen og levera fleire tenester på dei første trinna i trappa.





SEKTORPLAN HELSE OG VELFERD 2025-2036, DEL 3 – STATUSSKILDING



**FORSVARLEGE OG
BEREKRAFTIGE TENESTER**

Teken til orientering av Bjørnafjorden kommunestyre 18.9.2025, sak 80/2025

INNHALD

DEL 3 – STATUSSKILDRING OG VEDLEGG

1. Status pr. våren 2025	3
1.1. Tenestetilbod sektoren har ansvar for	3
1.2. Nedskjeringar og økonomiske utfordringar	4
1.3. Ei kommunehelseteneste i endring	4
1.4. Utviklinga av E-helse.....	5
1.5. Tilgang på kompetanse våren 2025	5
1.6. Ei heilskapleg innsats- og bustadtrapp.....	6
1.7. Status venteliste til ulike butilbod våren 2025.....	6
1.8. Status på bygg og uteområde	7
2. Samarbeid med frivillige.....	8

VEDLEGG:

Innspel knytt til ulike bustad- og tenestebehov.....	9
--	---

DEL 3 – STATUSSKILDING OG VEDLEGG

1. STATUS PR. VÅREN 2025

1.1. Tenestetilbod sektoren har ansvar for

Vi har pr. våren 2025 totalt 312 heildøgns omsorgsplassar i bufellesskap og institusjonar. Dei tre ØHD-plassane i sjukeheimane er haldne utanom. Heildøgns omsorgsplassane våre er fordelte slik:

126 institusjonsplassar:

- LBBS: 83
- FBBS: 40
- Varafjell (barnebustadar): 3

186 omsorgsbustadar med heildøgns omsorg:

- LBBS: 90 plassar
- Vartun, Grantun og Askviknes: 35 plassar
- Tilrettelagte tenester for vaksne: 61 plassar

Vi har dessutan 92 omsorgsbustadar utan heildøgns omsorg slik:

- Gamleheimshagen: 20 bueiningar
- Gymnasvegen: 20 bueiningar
- Leitet: 12 bueiningar
- Baldersheim helsetun: 12 bueiningar
- Eikhovdaheimen: 14 bueiningar
- Internatvegen: 8 bueiningar
- Stegen: 6 bueiningar

I tillegg disponerer kommunen ca. 105 ordinære utleigebustadar for vanskelegstilte på bustadmarknaden.

Organiseringa av dei kommunale tenestene er ulik frå kommune til kommune, og dermed er det òg ulikt kva tenestetilbod som høyrer til kva sektor. Helse- og velferdssektoren i Bjørnafjorden har ansvar for desse tenestene:

- NAV: Arbeidsretta oppfølging, råd og rettleiing, økonomisk sosialhjelp, kvalifiseringsprogram, økonomisk rådgjeving, mellombels bustad, redusert foreldrebetaling i SFO og barnehage, og felles mottak av flyktningar.
- Legevakt og legeteneste
- Psykisk helse- og rusteneste: Rask psykisk helsehjelp, støttesamtalar, råd og rettleiing, kommunepsykolog, tenester til heimebuande og i bufellesskap, verkstad og sykkelbutikk mm.
- Heimetenester, slik som heimesjukepleie og praktisk bistand i privat bustad, omsorgsbustad eller bufellesskap
- Dag- og aktivitetstilbod for heimebuande eldre, personar med demens, psykisk sjukdom og personar med utviklingshemming
- Helsefremming og rehabilitering
- Tenester i institusjon, slik som avlasting, rehabiliteringsopphald og omsorg ved livets slutt. Dessutan produksjonskjøkken for middagar til institusjonane og til heimebuande.
- Barnebustad og avlasting i heim eller i institusjon for pårørande til barn med store omsorgsbehov
- Forvaltning, koordinering og bustadkontor
- Smittevern og miljøretta helsevern

Tenester som er helserelaterte, men **ikkje** inngår i sektoren – og dermed heller ikkje i denne planen – er jordmor- og helsestasjonsteneste, barnevern, tilrettelagt fritid, støttekontakt og flyktningeteneste.

Desse tenestene er i Bjørnafjorden organisert under sektorane Oppvekst og Samfunnsutvikling. I tillegg kjem tannhelsetenesta, som er organisert under Vestland fylkeskommune.

1.2. Nedskjeringar og økonomiske utfordringar

Dei kommunale tenestene har vore gjennom til dels store nedskjeringar dei siste åra. Dette gjeld også helse- og velferdssektoren, som m.a. fekk store nedskjeringar i kjølvatnet av PwC sin rapport i 2023.

Omstilling tek tid, og det har vist seg vanskeleg å halda dei nye rammene. Helse- og velferdssektoren hadde eit overforbruk i høve til budsjett på ca. kr 60 mill. i 2023 og kr 70 mill. i 2024. Dette er ikkje økonomisk berekraftig over tid.

1.3. Ei kommunehelseteneste i endring

Nedskjeringane i rammene til helse- og velferdstenestene i Bjørnafjorden fell saman med at primærhelsetenesta stadig får fleire og meir krevjande oppgåver. Det har vore ei gradvis oppgåvegliding og endring av kommunane sitt ansvar som følgje av Samhandlingsreforma. Spesialisthelsetenesta skulle utviklast slik at dei i større grad skulle kunna nytta sin spesialiserte kompetanse, og ei storsatsing på førebyggjande arbeid og tidleg innsats skulle skje i kommunane.

10-12 år etter opplever vi at spesialisthelsetenesta i større og større grad har utvikla seg til ei helseteneste som berre tek seg av avansert utgreiing og behandling. Mest mogleg skal behandlast lokalt og aller helst i eigen heim. Liggedøgn på sjukehus er kraftig redusert, og mykje av utgreiing og behandling vert gjort poliklinisk. Kommunen er forplikta til å vareta pasienten i perioden før, mellom og etter sjukehusbehandlingane. Ofte omfattar dette svært krevjande helse- og omsorgsbehov som krev både kompetanse og ressursar. Samhandlingsreforma skulle bidra til auka ressursoverføring til kommunane for å vareta desse oppgåvene. Vi opplever i vår kommune at ressursane vert redusert, medan oppgåvene aukar i omfang og kompleksitet.

I mange høve opplever vi at spesialisthelsetenesta kan seia nei til opphald i sjukehus, dersom det ikkje er klare behandlingsindikasjonar, eller dersom dei ikkje har tilgjengeleg kompetanse. Kommunehelsetenesta må vareta pasientane sine helseutfordringar uavhengig av korleis kompetanse- eller ressursituasjonen er. Dette er ei stor utfordring.

Som ei følgje av m.a. den demografiske utviklinga, er terskelen for institusjonsplass svært høg. Pasientar i både institusjon og heimebuande har eit stadig større bistsandsbehov. [Bistsandsbehov kan delast inn i tre nivå:](#) noko/avgrensa, middels til stort, og omfattande. Personar som får opphald i institusjon, er i den tredje kategorien, og vi opplever at dei som no får plass, har eit stadig aukande bistsandsbehov innanfor denne siste kategorien. Dette betyr at også heimetenestene yter helsehjelp til fleire personar med eit høgare bistsandsbehov enn tidlegare.

«Andelen hjemmetjenestebrukere med omfattende bistsandsbehov har økt fra 20 til 33 prosent i perioden 2009-2022, mens de med avgrenset bistsandsbehov er blitt tilsvarende færre. Og Hjemmetjenesten, som i 2022 beløp seg til 82 milliarder kroner, har de siste 10 årene hatt en betydelig større økning i utgiftene enn institusjonstjenesten» (Kjelde: SSB: [Sykehjem og hjemmetjenesten i Norge](#)).

Dette fører til minkande tal liggedøgn i institusjon. Inn- og utskrivning av pasientar er ressurskrevjande. Pasientar med kognitiv svikt og deira pårørande treng ofte omfattande oppfølging ved innflytting. Unge kreftpasientar og deira pårørande har behov for mykje omsorg og bistand i slutfasen av livet. Typiske brukarar av langtidsopphald i institusjon er no personar med høg grad av kognitiv svikt (pga. demenssjukdom eller annan hjerneskade), med psykiske helseutfordringar eller komplekse bistsandsbehov (multifunksjonssvikt).

Fastlegane opplever hyppigare fastlegekontakt/konsultasjonar, dårlegare regulering av kronisk sjukdom og auka innlegging i ØH-senger som ein konsekvens av nedlegginga av mange førebyggjande og lågterskel helsetenester. Reduksjonen i desse tenestene medfører generelt auka press på resten av tenestene.

1.4. Utviklinga av E-helse

E-helse er eitt av dei viktigaste utviklingsområda i helse- og omsorgstenestene dei neste åra. Digitalisering skal bidra til betre kvalitet, betre bruk av ressursane og til at innbyggjarane kan meistra eiga helse lengst mogleg. E-helse omfattar bruk av teknologi, digitale tenester og støttesystem som understøttar helse- og omsorgsarbeidet, og skal bidra til tryggare, meir samanhengande og effektive tenester for både brukarar og tilsette.

Utviklinga av E-helse krev omfattande organisasjonsutvikling og tett samarbeid på tvers av fag, nivå og tenester. Det handlar ikkje berre om å ta i bruk ny teknologi, men om å utvikla og endra arbeidsmåtar.

Faggruppe E-helse skal bidra til eit heilskapleg og samordna arbeid med innføring, opplæring, rutinar, gevinstrealisering og personvern. Faggruppa jobbar tett med tenestene for å sikra at digitale løysingar er trygge, nyttige og godt integrerte i dei daglege arbeidsprosessane. Involvering av tilsette og brukarmedverknad er ein føresetnad for å få dette til.

Pr. mai 2025 er alle rom på sjukeheimane utstyrt med sensorteknologi. Gjennom sensorane kan ein utføra digitale tilsyn. Bruk av sensorteknologi gjev betre oversikt og moglegheit for å fanga opp aktivitet utan å uro bebuarane unødvendig. Dette kan bidra til auka tryggleik og betre søvnkvalitet, då tilsette får varsel ved behov utan å gå inn på romma. Det vert også jobba med å ta i bruk digitalt tilsyn i heimetenestene, og ei eining er no i gang med utprøving.

Kommunen har òg oppdatert løysinga for elektronisk medisindispensar. Den nye dispensaren deler ut riktig medisin til rett tid og påminnar brukaren og varslar helsepersonell dersom medisinen ikkje er teken.

Vi testar også ut kollegavarsling i ulike einingar, med mål om å styrkja tryggleiken for tilsette i møte med krevjande situasjonar.

I første tertial 2025 tek vi steg for å leggja til rette for meir berekraftige og samordna tenester. Vi er med i det nasjonale innføringsløpet for implementering av "*Helhetlig tenestemodell*" som verktøy. Modellen hjelper oss å vareta dei mange løpande oppgåvene knytt til teknologi og digitalisering, og gjer det mogleg å fordela ansvar og oppgåver på ein tydeleg måte.

Kommunen er våren 2025 framleis i ein fase der fagområdet E-helse og faggruppa er under oppbygging. Det er nyleg utarbeidd ein overordna strategi for E-helse som gjev retning for utviklinga dei neste åra. Strategien synleggjer kommunen sine mål, og kva organisatoriske og faglege føresetnader som må vera på plass for å sikra trygg og effektiv bruk av teknologi i tenestene.

Våren 2025 er det også nyleg laga ei digital arkitekturoversikt over eksisterande og planlagde løysingar, som synleggjer breidde og kompleksitet i E-helseområdet. Oversikta er eit viktig grunnlag for prioritering, samordning og vidare utvikling.

Personvern er eit gjennomgåande tema i alt E-helsearbeid, og det er eit kontinuerleg arbeid å sikra etterleving av regelverk og god praksis ved innføring og bruk av teknologiske løysingar.

1.5. Tilgang på kompetanse våren 2025

Kommunen er i ein pressa situasjon både når det gjeld kompetent personell, demografiske endringar og økonomi. For å møte dette, vart bemanningsfaktoren i turnustenester redusert frå årsskiftet 2023/2024. Sjukeheimane våre fekk ein gjennomsnittleg pleiefaktor på 0,9. Bemanningsfaktoren er også redusert i heimetenestene, i tilrettelagte tenester for fysisk og psykisk utviklingshemma og i psykisk helse og rus. Vi jobbar for å ta i bruk helseteknologi der dette gjev effekt for brukar og personale.

Gjennom Bjørnafjordmodellen har vi sikra tilstrekkeleg fastlegar, men det er kostbart – [sjå artikkel på kommunen si heimeside](#). Hausten 2024 starta seks fastlegar med eigne lister, og kommunen har fått betre kapasitet på fastlegar enn nokon gong.

Rekrutteringssituasjonen er utfordrande i heile kommunen, særleg når det gjeld stillingar knytt til helg og natt. Det er generelt vanskelegare å rekruttera helsepersonell til ledige stillingar på Fusa-sida enn til Os-sida av kommunen. Fusa bu- og behandlingssenter har pr. mai 2025 så store rekrutteringsutfordringar at det skaper ein uholdbar situasjon i høve til fast personale og i høve til økonomisk ramme. Det er innført inntaksstopp av nye pasientar/brukarar, inkl. til ØH-plass, på ubestemt tid.

Som konsekvens av pandemien i 2020 og 2021 auka sjukefråværet. Nivået er høgt også i ettertid, og for sektoren sett under eitt ligg det på 11-12 %. Det høge fråværet og lågare bemanningsfaktor fører til eit større behov for vikarar og auka risiko for situasjonar der ein manglar rett fagkompetanse.

Innleige av vikarar til helse- og velferdssektoren i Bjørnafjorden kommune utgjorde nesten kr 10 mill. i 2023 og kr 24,4 mill. i 2024. Vi leigde inn sjukepleiarar for kr 15,3 mill. og legar for nesten kr 9 mill., i tillegg til litt psykolog. Kostnad for innleige av vikarar pr. 1.5.2025 er på kr. 5 mill. I tillegg til at det er kostbart, fører mykje innleige til auka kostnad til opplæring og manglande kontinuitet i pasientoppfølginga, dvs. lågare kvalitet i tenestene.

Mangel på rett kompetanse (samanfall av ferieavvikling og sjukefråvær) har i nokre tilfelle ført til at vi ikkje klarer å ta imot utskrivingsklare pasientar frå sjukehus eller har kapasitet i heimesjukepleien til at pasientar som ønskjer det, kan få døy heime.

1.6. Ei heilskapleg innsats- og bustadtrapp

Omsorgstrappa for Bjørnafjorden vart laga etter ein periode med statleg finansiering av omsorgstenestene (SIO). Fleire av tenestene var etablert tidlegare og som konsekvens av samhandlingsreforma. Mange lågtterskeltilbod er i åra 2022-2024 fjerna heilt pga. dårleg kommuneøkonomi. Det gjeld friskliv- og meistringstilbod, ressursteam for ulike diagnoser (diabetes, kols, kreft), tryggleikssjukepleiar og kreftkoordinator. Det gjeld også reduserte ressursar til støttekontakt, koordinator individuell plan, kvardagsrehabilitering og oppfølging frå psykisk helse og rus.

Generelt er det ønskeleg å kunna yta tenester på lågaste effektive omsorgsnivå, med fokus på brukaren sine eigne ressursar og fremjing av eigenmeistring. Det vert kalla LEON-prinsippet. Dette vil på lang sikt òg vera ressursparande og berekraftig.

Vinter og vår 2025 har det gått føre eit stort arbeid leia av Agenda Kaupang for å etablere ei heilskapleg innsats- og bustadtrapp for Bjørnafjorden kommune. Alle sektorar har vore godt representert på dei ulike samlingane, inkl. alle avdelingar i helse- og velferd. Resultatet så langt er skildra i kunnskapsdelen av planen.

1.7. Status venteliste til ulike butilbod våren 2025

Betalingsdøgn for utskrivingsklare pasientar

Vi har registrert 46 liggedøgn for utskrivingsklare pasientar pr. 1.4.2025, tilsvarande ein kostnad på kr 494 000. I heile 2024 betalte vi for 110 døgn.

Venteliste til heildøgns omsorgsplass (omsorgsbustad/institusjon) for eldre

Dei siste åra har det jamt over stått to-tre heimebuande på venteliste til heildøgns omsorgsplass. Vi gjev avslag på søknadar om heildøgns omsorgsplass, der vi vurderer det som forsvarleg at søkjaren kan bu heime i tre månader til.

Mange av dei som kjem inn på korttidsplass i institusjon, er ikkje pasientar som kan skrivast ut til heimen, men langtidspasientar. Den reelle kapasiteten på korttidsopphald har dermed vore misvisande, og særleg har dette vore utfordrande ved FBBS.

Korleis plassane i institusjon vert brukt, er opp til kommunen. Våren 2025 har vi analysert bruken av plassane og vil jobba vidare for betre bruk av dei, med rett pasient i rett seng/avdeling og god oppgåvedeling mellom institusjonane.

Ventelister til bufellesskap og kommunale bustadar pr. 1.5.2025

Det er kostbart å ikkje ha nok bustadar. I 2024 betalte kommunen kr 571.000 for hospits til innbyggjarar som var bustadlause, og utfordringa er stor også i 2025. Blant dei vanskelegstilte på bustadmarknaden er det mange einslege. Dei fleste ønskjer å bu sentralt. Per våren 2025 har vi nok kapasitet på bustadar for eldre på Fusa-sida.

43 personar står på venteliste til kommunal bustad eller bufellesskap. Nokre av desse har allereie kommunal bustad, men treng av ulike grunnar å flytta til annan kommunal bustad. Vi har m.a. nokre barnefamiliar med fleire barn som ønskjer seg større bustad, noko vi pr. i dag ikkje klarer å tilby.

Søknadane fordeler seg slik, dersom vi sorterer dei etter brukargruppe:

- 3 gjeld personar med utviklingshemming (heildøgns omsorgsbustadar).
- 5 gjeld psykisk helse (Grantun heildøgns omsorgsbustadar).
- 5 gjeld psykisk helse og rus (Vartun heildøgns omsorgsbustadar).
- 25 gjeld ordinære kommunale bustadar*.
- 5 gjeld tilrettelagde bustadar for eldre.

* Personar som ventar på ordinære kommunale bustadar, kan vera vanskelegstilte familiar eller einslege med ulike vanskar, som låg inntekt, rusutfordringar, psykiske eller somatiske helseutfordringar.

Hovudutfordring pr. 1.5.2025 er at bustadprisane er høge i den private marknaden, og det er svært få bustadar til leige. Dette gjer at ein får liten sirkulasjon i dei kommunale bustadane.

Personar under vurdering for venteliste plass

Bustadkontoret har pr. 1.5.2025 sju søknadar til behandling, der det ikkje er avklart om søkjarane kvalifiserer for å koma på venteliste til bustad/bufellesskap. Desse søknadane gjeld servicebustadar for eldre, Vartun oppfølgingssenter, Bufellesskap for personar med funksjons-nedsetting og ordinære kommunale bustadar.

Tre personar bur pr. 1.5.2025 dessutan i mellombels bustad eller er bustadlause.

1.8. Status på bygg og uteområde

Mykje av bygningsmassen som helse- og velferdstenestene har tilhald i, er av eldre årgang. På grunn av stramme økonomiske rammer og harde prioriteringar, opplever einingane at det er eit etterslep på innvendig vedlikehald.

Det er også behov for ombygging og påbygging: Brukargruppene har til dels endra seg, slik at delar av institusjonane og bufellesskapa ikkje er like godt eigna for dagens behov som då dei vart oppført. Døme er behov for areal til lager, kontor eller medisinar og høve til skjerming av bebuarar. Varemottak via hovudinngang på LBBS reduserer tilkomsten for brannbil eller ambulanse og er lite eigna. LBBS ser også eit behov for skjerma uteplassar.

Utvendig bodplass for hjelpemiddel, slik som trehjulssyklar, elektriske rullestolar, og hagemøblar, er eit behov i fleire einingar. Fleire einingar har ikkje nok eigna areal til møte og internundervisning. Enkelte stadar vert personalfasilitetar som kvilerom, pauserom eller garderobeforhold opplevd som mangelfulle. Ladepunkt og straumforsyning til el-bilar er ei gjennomgåande problemstilling i sektoren. Nokre tenestestadar har ikkje tilfredsstillande digital infrastruktur.

2. SAMARBEID MED FRIVILLIGE

Einingane har mykje samarbeid med frivillige og ønskjer endå meir. Frivillige bidrar til å skapa meining og meistring, glede og fellesskap, kort sagt auka livskvalitet for tenestemottakarane. Lagslivet er stort og variert, og det er personavhengig og variabelt over tid kva aktivitetstilbod som finst. Aktivitetane varierer frå ein gong i året til kvar veke. Døme på aktivitetar er ulike idrettstilbod tilpassa personar med nedsett funksjonsevne, konsertar, høgtlesing, bingo og dans.

Os frivilligsentral arrangerer våren 2025 ein frivilligbørs. Helse og velferd vil delta, og håpar å få kontakt med frivillige som ønskjer å skapa fleire aktivitetar i einingane. Behova er mange, slik som ulike sosiale aktivitetar, følgjetenester, treningsvenn og kiosksal i institusjon.

Vedlegg:

Innspel knytt til ulike bustad- og tenestebehov

Resultat frå delar av framtidsverkstad med eldrerådet og rådet for menneske med nedsett funksjonsevne 10.6.2021 – medverknad til samfunnsdelen av kommuneplanen og sektorplanen for helse og velferd.

Kva må til for at du skal kunna bu i eigen bustad lengst mogleg?

(NB: «Eigen bustad» definert som opphavleg heim eller leigd omsorgsbustad)

- God helse
- Likestilling i heimen mtp. å ha kunnskap om eigen økonomi, betala rekningar
- Tilrettelegging/trappfri tilkomst, breie dører, alt på eitt plan, universell tilrettelegging/utforming
- Tilgang til heimesjukepleie
- Fellesskap i nabolaget – variert alderssamansetting – kunne gi ei hjelpande hand med forskjellige ting
- I leileghetsbygg/der det er fleire etasjar: Heis og parkering
- Gangavstand til daglegvare el. god tilgang på offentleg transport og benkar/kvilestadar langs sentrale gangveggar
- «Hent meg»-ordning for skyss
- Høve til å koma seg til t.d. butikk
- God planlegging for alderdommen, vita kva tilbod som finst, t.d. av velferdsteknologi > kurs el. likn.
- Begrensa vedlikehald (frå hus til leilegheit)
- Alt på eitt plan (om ein bur i hus)
- Sjølv tenka på tilrettelegging – kostnad
- Kan kommunen hjelpe med tilrettelegging?
- Kommunalt lån – ukjend
- Ergoterapeut
- Dispensasjon frå reglar (sjø, LNF osv.) for å tilrettelegga for livsløpsstandard – sleppa å søka for eksisterande bygg
- Nybygg – krav om livsløpsstandard
- Godt tilrettelagt bygningsmessig
- Livsløpsstandard
- Ombygging og tilpassing av bustad – kvifor vil ikkje folk gjera det/kvifor nyttar ikkje folk seg av tilskotsordningar? Mange eldre orkar ikkje – det må gjerast medan ein orkar
- Kven skal ta seg av vedlikehald av hus?
- Kven skal prioriterast ved tildeling av tilskot?
- Få nødvendig hjelp heime – frå heimesjukepleie til heimetenester (handling, klesvask m.m.)
- BPA – for menneske med nedsett funksjonsevne
- Høve til å ha eit sosialt liv
- Kommunale løysingar: BPA, drosje, «hent meg»

Kva må til for at den du er pårørande til, kan bu i eigen bustad?

- Tilrettelegging og sikring av bustad for menneske med demens
- Hjelpemiddel inn i bustaden
- Dialog med tenestene/kontakt for å planleggja framover
- Minstepensjonistar har ikkje råd til å tilrettelegga bustad – øk. stor utfordring
- Hjelp til å søkja på Husbank-ordningar for å endra bustad
- Eldreombod/lågterskelhjelp
- Dialog og utforming – medverknad
- Kommunen må tilby hjelp til utforming av heimar
- At vi som pårørande er trygge på at det er kjende folk rundt vårt barn, at det er eit godt og stabilt og ikkje for stort team som kan ta seg av han/ho
- Tryggleik.

- Økonomi – info om støtteordningar.
- Utfordringar for barn/unge: 1) få bustad, 2) få bli buande i denne heimen, med dei hjelparane utover barndom/ungdom.
- Nødvendig oppfølging (jf. punkt 1)
- Tilstrekkeleg tal buplassar til f.eks. omsorgsbustadar
- Rettleiing i samband med ombygging av bustad
- Kunnskapsutveksling mellom fagetat og pårørande
- Tryggleikssjukepleiar
- Pårørande må oppleve tryggleik

Kva er det viktigaste som må til for at det blir opplevd som *greitt* å bu i eigen bustad?

- Må føla seg trygg – få hjelp dersom ein treng det.
- Kommunalt eller naboen
- Tilrettelagde møteplassar for å unngå einsemd
- Tryggleik. Hjelpemiddel (t.d. heis/trappeheis). Kommunikasjonar.
- Store nok rom – funksjonell heim
- Hjelp i heimen når det er behov
- Komfyrvern

Det blir snakka mykje om behovet for differensierte butilbod. *Kva slags type bustadar er det behov for, sett frå din ståstad?*

- Utleigebustadar som ikkje er for dyre (kan vera private)
- Aldersblanding
- Demenslandsby(ar) – minst på kvar side av fjorden
- NB! Stilla krav til utbyggjarar om at dei også lagar utleigebustadar som ikkje er altfor dyre, når dei byggjer ut
- «Omsorg pluss»-bustadar
- Mindre bustadar
- «Leige for eige»-bustadar
- Rett tilbod til rett situasjon/diagnose (storleik, plassering)
- Så lenge som mogleg i eigen bustad
- Omsorgsbustad
- Sjukeheim

