



Helse- og omsorgsplan

Bardu kommune

PER KRISTIAN ROKO KALLAGER, AUDUN THORSTENSEN OG ANJA HJELSETH

TF-notat nr. 48/2017

Tittel: Helse- og omsorgsplan
Undertittel: Bardu kommune
TF-notat nr.: 48/2017
Forfatter(e): Per Kristin Roko Kallager, Audun Thorstensen og Anja Hjelseth
Dato: 08.03.2018
ISBN: 978-82-336-0099-0
ISSN: 1891-053X
Pris: 180,- (Kan lastes ned gratis fra www.telemarksforsking.no)
Framsidedfoto: Istockfoto
Prosjekt: Bardu kommune – Helse- og omsorgsplan
Prosjektnr.: 20170630
Prosjektleder: Anja Hjelseth
Oppdragsgiver(e): Bardu kommune

Spørsmål om dette notatet kan rettes til:

Telemarksforsking
Postboks 4
3833 Bø i Telemark
Tlf: +47 35 06 15 00
www.telemarksforsking.no

Resymé:

Telemarksforsking har på oppdrag fra Bardu kommune bidratt til utarbeidelse av ny helse- og omsorgsplan for kommunen. Planen har et tidsperspektiv fra 2018–2030, men tiltaksdelen har fokus på de neste fire årene.

Forord

På oppdrag fra Bardu kommune har Telemarksforskning bidratt til utarbeidelse av ny helse- og omsorgsplan for kommunen. Planen har et tidsperspektiv fra 2018–2030 og omhandler blant annet utviklingstrekk for Bardu kommune, status på tjenesteområdene i dag og en beskrivelse av utfordringer og tiltak. Tiltaksdelen har fokus på de neste fire årene.

Arbeidet med planen har foregått fra mai 2017 og fram til februar 2018. Arbeidet med planen har blitt forsinket på grunn av forhold hos Telemarksforskning. Det har vært bytte av prosjektleder i perioden fra Per Kristian Roko Kallager til Anja Hjelseth. Audun Thorstensen har bidratt som prosjektmedarbeider.

Vår kontaktperson i Bardu kommune har vært enhetsleder for Helse, omsorg og barnevern Inger Linaker, som vi vil takke for et godt samarbeid i prosjektperioden. Ellers har flere i kommunen bidratt med opplysninger og grunnlagsmateriale gjennom samtaler og med tekstbidrag. Vi vil takke for gode bidrag.

Bø, 08.03.2018

Anja Hjelseth

Prosjektleder

Innhold

Sammendrag.....	7
1. Innledning	10
1.1 Mål for og avgrensning av planarbeidet	11
1.2 Styringsdokumenter	13
1.2.1 Kommunale styringsdokumenter	13
1.2.2 Fylkeskommunale styringsdokumenter	14
1.2.3 Statlige styringsdokumenter	14
2. Utviklingstrekk for Bardu kommune	18
2.1 Befolkningsutvikling.....	18
2.1.1 Befolkningsutvikling etter 2000	18
2.1.2 Befolkningsframskrivinger mot 2030.....	18
2.2 Helseprofil for Bardu kommune.....	21
3. Status på tjenesteområdene i dag.....	24
3.1 Dagens organisering av helse- og omsorgstjenesten i Bardu kommune.....	24
3.1.1 Pleie- og omsorgstjenesten	25
3.1.2 Avdeling ernæring.....	29
3.1.3 Bo og oppfølging	29
3.1.4 Ergo-, fysioterapi og folkehelse	30
3.1.5 Legetjenester	32
3.1.6 Kreftomsorg	33
3.1.7 Helsestasjon	34
3.1.8 Interkommunalt samarbeid helse og omsorg.....	35
3.2 Ressursbruk helse og omsorg.....	36
4. utfordringer og tiltak	38
4.1 Fra institusjon til hjemmebasert omsorg	39
4.1.1 Heldøgns omsorgsplasser	41
4.1.2 Hjemmetjenesten.....	42

4.1.3	Aktivitetstilbud for eldre.....	43
4.1.4	(Hverdags)rehabilitering	45
4.1.5	Demensomsorgen.....	45
4.1.6	Ernæring.....	46
4.2	Velferdsteknologi	47
4.2.1	Fremoverlent kommune.....	50
4.3	Styrke fokus på forebygging og rehabilitering.....	50
4.3.1	Helsestasjon for barn og unge	50
4.3.2	Helsestasjon for eldre.....	52
4.3.3	Fysioterapi og ergoterapi.....	52
4.3.4	Frisklivssentral og folkehelsekoordinator	52
4.4	Andre områder	55
4.4.1	Legetjenesten	55
4.4.2	Bo og oppfølging	55
4.4.3	Kreftomsorgen.....	56
4.5	Rekruttering og kompetanse	57
4.6	Brukermedvirkning.....	58
4.7	Kvalitetsarbeid	59
4.8	Samhandling.....	59
4.8.1	Helsehuset	60
4.9	Tannhelse	61
5.	Oppsummering av tiltak med tidfesting.....	62
	Referanser.....	68
	Vedlegg.....	70
	Kostra- og effektivitetsanalyse Bardu kommune 2016.....	70
	Behovsindeks aldersgruppen 80 år og eldre fram til 2030.....	71
	Beregnete demografikostnader fram til 2030	71
	Folkehelsebarometer for Bardu kommune	73

Sammendrag

Dette dokumentet utgjør ny helse- og omsorgsplan for Bardu kommune. Planen har et tidsperspektiv fra 2018–2030, men tiltaksdelen har fokus på de neste fire årene. Planen er skrevet av Telemarksforskning med innspill og tekstbidrag fra Bardu kommune. Arbeidet med planen har blitt organisert med hovedutvalget for omsorg og oppvekst (OMS-utvalget) som styringsgruppe. Prosjekteier har vært rådmann Håvard Gangås, og prosjektleder har vært Inger Linaker som er enhetsleder for helse, omsorg og barnevern. En prosjektgruppe bestående av 12 ansatte har fulgt arbeidet med utarbeidelse av planen tett.

Kapittel 1 redegjør for organiseringen av arbeidet, målsettinger samt kommunale, fylkeskommunale og nasjonale styringsdokumenter. Den kommunale planstrategien for 2018–2022 legger tre føringer for helse og omsorg. Disse er å dreie tjenestene fra institusjon til hjemmebasert omsorg, satsing på velferdsteknologi og å styrke fokuset på forebygging og rehabilitering.

Overordnet målsetting for helse- og omsorgstjenesten i Bardu kommune er: «Tidlig innsats, god helse – hele livet». Det er formulert ut følgende delmål:

- Vridning av fokuset fra institusjon til hjemmebaserte tjenester
- Økt bruk av velferdsteknologi
- Styrke fokuset på forebygging og rehabilitering
- God kapasitet og kompetanse i tjenestene

De lokale målsettingene henger sammen med den nasjonale helse- og omsorgspolitikken, som kan oppsummeres med følgende punkter:

- Forebygge framfor bare å reparere
- Tidlig innsats
- Få ulike ledd i helsetjenesten til å jobbe bedre sammen
- Flytte tjenester nærmere der folk bor
- Flere oppgaver til kommunene og økonomiske rammer til å utføre dem
- Samle spesialiserte fagmiljøer som er sterke nok
- Sterkere brukermedvirkning

Kapittel 2 viser utviklingstrekk for Bardu kommune. Fra 2000 til 2017 har Bardu hatt en befolkningsvekst på 2,7 prosent, eller 105 personer. På landsbasis har det vært en vekst på 17,4 prosent. Det er forventet en befolkningsvekst i Bardu fra 2017 til 2030 på 10,8 prosent, eller 433 personer. Til sammenligning er det forventet en vekst for landet på 12,5 prosent. Bardu har en noe eldre befolkning enn landsgjennomsnittet. På landsbasis er eldrebølgen anslått å slå inn for fullt på begynnelsen av 2020-tallet. SSB foreskriver en vekst i aldersgruppen over 80 år på om lag 65 prosent for Bardu og om lag 60 prosent for hele landet i denne perioden.

Folkehelseprofilen for Bardu viser at tilstanden blant innbyggerne i Bardu er bra på mange områder. De tre indikatorene som er dårligere enn landsgjennomsnittet, er at frafallet i videregående skole er høyere enn landssnittet, andel med overvekt inkl. fedme er høyere enn i landet som helhet (basert på tall fra sesjon 1 for gutter og jenter 17 år), og det er større utbredelse av muskel- og skjelettlidelser.

Kapittel 3 redegjør for status på de ulike tjenesteområdene i dag. Helse- og omsorgstjenesten i Bardu er organisert med avdelinger under en enhetsleder. Enheten består av avdelingene Nedre, Øvre og Sentrum (Nordstua) som til sammen tilbyr sykehjemstjenester, hjemmebaserte tjenester og demensplasser. Sykehjem- og hjemmebaserte tjenester er organisert som en integrert tjeneste. Avdeling Bo- og oppfølging innbefatter psykisk helse dag, psykisk helse døgn, miljøarbeidertjenesten, Bekkebo og støttekontaktordningen. Videre består enheten av avdeling legetjenester, avdeling ergo-, fysioterapi og folkehelse som også omfatter hjelpemidler, avdeling helsestasjon, avdeling barnevern og interkommunal legevakt. Til enheten hører også merkantile tjenester, som består av 1,25 årsverk og kreftkoordinator. Barnevern ligger i samme enhet, men tjenesteområdet inngår ikke i denne planen.

Kapittel 4 beskriver utfordringer og tiltak. I likhet med de fleste andre norske kommuner opplever Bardu kommune en økning i antall eldre, spesielt blant de i aldersgruppen 80–89 år. For Bardu kommune vil en fra 2017 til 2030 få en økning på 80 prosent i denne gruppen (fra 144 i 2017 til 261 i 2030). For å møte dette er det lagt opp til en nasjonal helse- og omsorgspolitikkk hvor flere og mer komplekse oppgaver overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Dette krever bedre kapasitet, kompetanse og annen type utstyr enn en har vært vant til. Men kommende generasjoner eldre vil ha bedre økonomi, de lever lenger med bedre funksjonsevne, og de har mer utdanning og bedre kunnskaper.

Folkehelseprofilen til Bardu viser at det er en høyere andel med muskel- og skjelettsykdommer enn i landet som helhet. Dette kan settes inn i en sammenheng hvor den store utfordringen tidligere var infeksjonssykdom, mens i dagens samfunn er det i større grad livsstilssykdommer. Dette krever større fokus på forebygging for å unngå at befolkningen blir syke, og tidlig innsats for å forsinke utviklingen dersom sykdommen inntreffer.

En annen nasjonal trend er økning i rus og psykiske lidelser. I Bardu kommune er ikke dette så utbredt som i mange andre kommuner, men de brukerne som har behov, må få et godt tilbud. Dette krever ressurser og kompetanse. En nasjonal trend er dessuten stadig nye brukergrupper, spesielt vekst i yngre brukere med nedsatt funksjonsevne av både helsemessige og sosiale årsaker.

I beskrivelsen av de enkelte tjenesteområdene med utfordringer og tiltak er det foretatt en inndeling i tråd med utfordringene som er beskrevet i den kommunale planstrategien.

Fra institusjon til hjemmebasert omsorg omhandler heldøgns omsorgsplasser, hjemmetjenesten, aktivitetstilbud for eldre, (hverdags)rehabilitering, demensomsorgen og ernæring. Et hovedgrep i planen er å vri de framtidige tjenestene i større grad fra sykehjem til hjemmetjenester. Planen slår fast at veksten først og fremst skal komme i hjemmetjenesten, og at nødvendig vekst i heldøgnstilbud skal komme i omsorgsboliger. Det er et mål å differensiere dagtilbudet for demente i større grad. Bardu kommune ønsker å innføre hverdagsrehabilitering som en integrert del av tjenesten. Dette krever mer kompetanse og ikke minst kapasitet både på sykeheimen, hos hjemmetjenesten og hos fysioterapeut/ergoterapeut. Det er også behov for tilrettelagt areal på Barduheimen. Det er et mål å få etablert et aktivitetssenter for eldre.

På velferdsteknologi gjør Bardu kommune allerede en del og har mange konkrete planer, ikke minst gjennom prosjektet *Fremoverlent kommune*. En har allerede tatt, eller ønsker å ta, i bruk teknologi i tråd med helsedirektoratets anbefalinger. En vil legge til rette for smarthusteknologi både i nye omsorgsboliger og i brukernes egne hjem. Det planlegges en visnings- og øvingsleilighet hvor en kan teste ut ulike velferdsteknologi, brukere kan prøve teknologien, og de ansatte kan få opplæring.

Under delkapittelet som handler om å styrke fokus på forebygging og rehabilitering, er helsestasjon for barn og unge, helsestasjon for eldre, fysioterapi og ergoterapi samt frisklivssentral beskrevet. Det er krevende å prioritere forebygging framfor reparasjon, men nøkkelen til en slik satsing ligger i kapasiteten og kompetansen i disse tjenestene. En annen viktig faktor er samarbeidet disse tjenestene har med andre instanser i kommunen, som barnehage, skole og avdelingene i helse og omsorg.

Andre områder som er beskrevet i planen, er legetjenesten, bo og oppfølging, kreftomsorgen, rekruttering og kompetanse og brukermedvirkning. En ønsker å sikre rekruttering av leger ved å alltid ha en ALIS-stilling (allmennlege i spesialisering). Under psykisk helse vil kommunen ansatte en psykolog i 2018, et tilbud som blir lovpålagt for alle norske kommuner fra 2020. Tidligere hadde Bardu kommune en interkommunal kreftplan, men denne gikk ut i 2016. En ønsker nå å utarbeide en ny kreftplan for Bardu kommune. Det skal utarbeides en kompetanse- og rekrutteringsplan for helse- og omsorgstjenesten i Bardu kommune fram mot 2030 i løpet av våren 2018. Brukere i Bardu kommune skal tas på alvor, bli behandlet med respekt, føle tillit og trygghet og få hjelp når behovet er der.

Tjenestene ved Helsehuset i Bardu er i dag plassert midlertidig i ulike bygg. Dagens helsehus har ikke kapasitet til å huse dagens helsetjenester som helsestasjonen, kreftsykepleier, psykisk helse, kommunepsykolog. I prosjekt «nytt helsehus» arbeides det blant annet med å se på hvordan tjenestene kan samlokaliseres. Samlokalisering av helsetjenestene er en forutsetning for et godt tverrfaglig helsefaglig miljø, samt ivaretagelse av et helhetlig pasientforløp.

Tjenestene ved Helsehuset i Bardu er i dag plassert midlertidig i ulike bygg. Ergo-, fysioterapi og folkehelse ble midlertidig flyttet til Sponga for å gi plass til den interkommunale legevakten. I prosjekt «nytt helsehus» arbeides det blant annet med å se på hvordan denne avdelingen skal flyttes tilbake til Helsehuset. Dagens helsehus har ikke kapasitet til å huse dagens helsetjenester som helsestasjonen, kreftsykepleier, psykisk helse, kommunepsykolog. Samlokalisering av helsetjenestene er en forutsetning for et godt tverrfaglig helsefaglig miljø, samt ivaretagelse av et helhetlig pasientforløp. Videre vil en samlokalisering, samt utviklingsmuligheter i forbindelse med desentraliserte spesialisthelsetjenester, bidra til et robust fagmiljø som vil bidra til rekruttering og ivareta eksisterende fagkompetanse i kommunen. Bardu kommune har fokus på folkehelse og forebygging, og en samlokalisering mellom helsestasjonen, fastleger og de øvrige helsetjenestene vil kunne styrke dette arbeidet.

En samlokalisering vil også komme brukerne til gode da det vil være lett for dem å finne flere tjenester under samme tak.

Vi viser til kapittelet for fullstendig oversikt over alle tjenesteområder og tilhørende tiltak.

Kapittel 5 gir en skjematisk oversikt over alle tiltakene som er presentert i kapittel 4. I disse tabellene er også tiltakene tidfestet.

1. Innledning

Bardu kommune har som en del av kommunens planstrategi vedtatt å utarbeide en kommunedelplan for helse og omsorg. Arbeidet med planen har vært organisert som et prosjekt med styringsgruppe, prosjekteier, prosjektleder og prosjektgruppe.

Styringsgruppen har vært hovedutvalget for omsorg og oppvekst (OMS-utvalget). Denne består av:

- Karl-Oskar Lysaker Fosshaug, leder (Sp)
- Bjørn Benjamin Nordberg Furuly, nestleder (H)
- Gro Bjerregaard (Sp)
- Berit Sandes Wikstøl (Ap)
- Lars Øyvind Strøm (Ap)

Prosjekteier har vært rådmann Håvard Gangås.

Prosjektleder har vært Inger Linaker som er enhetsleder for helse, omsorg og barnevern.

Prosjektgruppen har bestått av:

- Inger Linaker, leder av prosjektgruppen
- Åse H. Michaelsen, avdelingsleder Øvre
- Heidi R. Heimdal, avdelingsleder Nedre
- Jeanette Jørgensen, folkehelsekoordinator
- Frida Strøm, verneombud hjemmetjenesten
- Gurine Haaksvold, ergoterapeut
- Alvilde G. Strømsmo, avdelingsleder bo og oppfølging
- Trude Tønseth Nesholen, leder helsestasjon
- Evy Fredly, referent for prosjektgruppen
- Karin Hanstad, hovedtillitsvalgt norsk Sykepleierforbund
- Arne Holm, kommuneoverlege
- Jann Storli, brukerrepresentant seniorrådet

Det har vært avholdt 8 møter i arbeidsgruppa. Arbeidsgruppas medlemmer har arbeidet med ulike oppgaver mellom møtene. Innspill til planen for de ulike fagområdene er utarbeidet av fagpersoner på de respektive områder.

I arbeidet er Telemarksforskning engasjert som ekstern bistand. Telemarksforskning har hatt i oppgave å skrive planen i samarbeid med Bardu kommune. Det er blant annet gjennomført kartleggingsmøter med prosjektgruppen i kommunen over to dager i juni 2017, og en workshop med fokus på tiltak i desember 2017.

Arbeidet med helse- og omsorgsplanen har blitt forsinket på grunn av forhold hos Telemarksforskning. Det har i perioden vært bytte av prosjektleder fra Per Kristian Roko Kallager til Anja Hjelseth.

Mandatet som var gitt til Telemarksforskings arbeid med helse- og omsorgsplanen fra Bardu kommune, var følgende:

- Beskrive dagens tjenester

- Framlegge en oversikt over offentlige krav og behov, samt politiske prioriteringer, gitt i sentrale dokumenter
- Identifisere utfordringer og manglende tilbud, med spesiell vekt på befolkningsutvikling og ressurser
- Fremme forslag til nye tiltak innen helse og omsorg, med tjenester som skal være dekkende for fremtidige behov, herunder velferdsteknologi tilpasset en fremtidsrettet og forebyggende kommune
- Behov for og dimensjonering av antall plasser i smartbolig tas inn i dette arbeidet
- Planen skal gi oversikt og tiltak med tanke på statlige føringer innen forebyggende helsearbeid, folkehelse og ernæring
- Tiltak skal være relatert til offentlige krav og føringer, befolkningens ønsker, samt kommunale prioriteringer, helseforetak, private og organisasjoner.
- Tilbyder skal skrive planen.

1.1 Mål for og avgrensning av planarbeidet

I den kommunale planstrategien fra 2018–2022 er det skissert ulike utfordringer for kommunen. Innenfor helse og omsorg er det en utfordring å ikke gjøre mer av det samme, men å tørre å tenke nytt. Det er pekt på ulike områder:

- Fra institusjon til hjemmebasert omsorg
- Velferdsteknologi
- Styrke fokus på forebygging og rehabilitering

Lovverket legger føringer på hva som skal gjøres i helse- og omsorgstjenesten. Loven om kommunale helse- og omsorgstjenester har følgende formål:

1. Forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne
2. Fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer
3. Sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre
4. Sikre kvalitet i tjenestetilbudet og et likeverdig tjenestetilbud
5. Sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov
6. Sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet
7. Bidra til at ressursene utnyttes best mulig

For helse- og omsorgstjenesten har Bardu kommune valgt en overordnet målsetting: «Tidlig innsats, god helse – hele livet».

I dette ligger at helse- og omsorgstjenesten skal ha fokus på forebygging og rehabilitering, samt dreie fokus fra institusjonsbasert omsorg til hjemmebaserte tjenester. Når helsesvikt oppstår, skal pasient/bruker få rett hjelp – på rett nivå. Bardu kommune skal sikre tilstrekkelig kompetanse, kapasitet og kvalitet på alle tjenesteområder innen helse og omsorg.

Man har formulert følgende delmål:

- Dreining av fokuset fra institusjon til hjemmebaserte tjenester
- Økt bruk av velferdsteknologi
- Styrke fokuset på forebygging og rehabilitering
- God kapasitet og kompetanse i tjenestene

I kapittel 4 om utfordringer og tiltak er de ulike tjenesteområdene beskrevet i tråd med delmålene.

Målgruppen for kommunedelplanen for helse og omsorg vil være de samme som bruker kommunens helse- og omsorgstjenester, det vil si alle innbyggerne. Konkret omhandler denne planen:

- Hjemmetjenesten
- Korttidsplasser
- Omsorgstjenester i bofellesskap og institusjon
- Dagtilbud til personer med demenssykdom
- Rus og psykisk helse. Rus ligger i dag til NAV i Bardu kommune.
- Habilitering og rehabilitering
- Forebyggende tjenester, herunder fysioterapi, ergoterapi, helsestasjon, skolehelsetjeneste og frisklivssentral
- Legetjenester i fastlegeordningen og legevakt
- Tjenester til funksjonshemmede: boveiledning, aktivitet og avlastning
- Omsorgslønn og brukerstyrt personlig assistanse (BPA)

Folkehelse er organisert under enhet for helse, omsorg og barnevern. Folkehelseloven definerer folkehelse til å være befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i befolkningen. Videre beskrives folkehelsearbeid som samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatiske sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen. Påvirkningsfaktorer kan være innen befolknings sammensetning, oppvekst- og levekår, miljø, skader og ulykker, helse relatert atferd og helsetilstand. Folkehelsearbeid er dermed et bredt og tverrsektorielt arbeid som bør drives av alle innbyggere og ansatte i kommunen. Denne planen vil derfor ha fokus på helsefremmende og forebyggende tiltak innen alle helse- og omsorgstjenestene basert på føringer, utviklingstrekk og delmålene nevnt over. Vi viser også til at kommunedelplanen for idrett, fysisk aktivitet, friluftsliv og folkehelse skal revideres i 2018.

Når det gjelder forebygging, er det vanlig å skille mellom primær-, sekundær- og tertiærforebygging (Caplan 1964). Primærforebygging sikter mot å hindre at problem, skade eller sykdom oppstår i befolkningen. Det er ofte dette vi mener når vi snakker om forebygging. Sekundærforebygging brukes om innsats som søker å begrense varighet av et problem, skade eller sykdom som er oppstått. Tertiærforebygging brukes om innsats som søker å hindre eller begrense følgetilstander av et problem, skade eller sykdom som er oppstått.

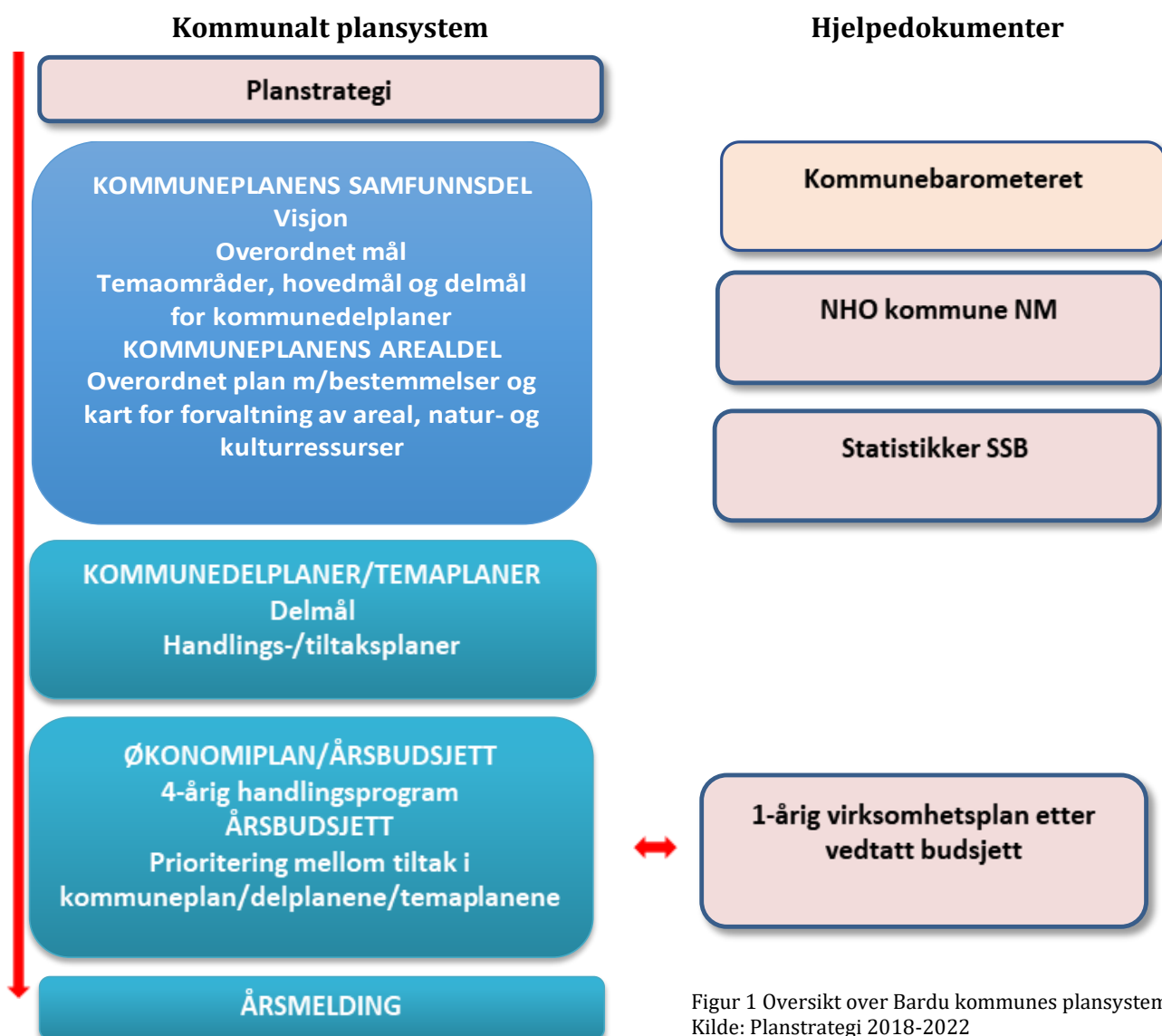
I utgangspunktet er dette en fireårig plan fra 2018–2022, men en ser også på et langsiktig perspektiv i tråd med kommuneplanperioden som er fram til 2030. Det legges opp til at planen rulleres hvert fjerde år.

1.2 Styringsdokumenter

Både kommunale, regionale og statlige styringsdokumenter legger føringer for arbeidet med en ny kommunedelplan for helse og omsorg. I det følgende gir vi en oversikt over de mest relevante styringsdokumentene, og hva som er relevant å ta hensyn til i arbeidet med helse- og omsorgsplanen.

1.2.1 Kommunale styringsdokumenter

Det er viktig at planverket i kommunen henger sammen. **Feil! Fant ikke referanseilden.** er hentet fra planstrategien 2018–2022 og viser oversikten over plansystemet i Bardu kommune. Nasjonale og regionale føringer og planverk legger føringer for arbeidet i kommunen, og hvert fjerde år skal kommunen vedta en planstrategi. Kommuneplanen med arealdel og samfunnsdel er det overordnede plandokumentet. Videre har kommunen ulike kommunedelplaner/temaplaner. Denne kommunedelplanen om helse og omsorg blir ett av dokumentene på dette «trinnet» i planprogrammet. Videre følges kommuneplanen og kommunedelplanene opp i økonomiplanen (4-årig handlingsprogram) og årsbudsjett. Årlig rapporterer kommunen på oppfølging gjennom årsmelding.



Figur 1 Oversikt over Bardu kommunes plansystem.
Kilde: Planstrategi 2018-2022

Bardu kommunes samfunnsdel av kommuneplanen ble vedtatt 21.11.2012 og gir en oversikt over utviklingen og ønsket retning for kommunen fremover i tid. Visjonen er «Trivsel og kvalitet i friske omgivelser», mens overordnet mål er at «Bardu skal, basert på bærekraftig utvikling og samspill mellom natur og mennesker, være en trygg og attraktiv kommune».

Samfunnsdelen av kommuneplanen er bygd opp med 12 temaer/satsingsområder med målsettinger. For denne kommunedelplanen for helse og omsorg er spesielt tema knyttet til folkehelse aktuelt. Helse settes inn i et folkehelseperspektiv, og det pekes på at en aktiv og frisk befolkning vil i mindre grad belaste det kommunale tjenesteapparatet.

Det står videre i kommuneplanen at ny *kommunedelplan for helse og omsorg* vil sammen med eksisterende *kommunedelplan for idrett, fysisk aktivitet, friluftsliv og folkehelse* dekke hele folkehelsebegrepet. Det vil være nødvendig å se disse planene i sammenheng for å få en helhetlig beskrivelse av folkehelse. Denne helse og omsorgsplanen vil se på tiltak med utgangspunkt i folkehelseprofilen til Bardu kommune for 2017¹ og kommunes egen oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i Bardu kommune fra 2015.² En gjennomgang av disse gjøres i kapittel 2 som omhandler utviklings- trekk i Bardu kommune. Hovedfokuset i denne planen vil være på helsefremmende og forebyggende tiltak innen alle helse- og omsorgstjenestene.

1.2.2 Fylkeskommunale styringsdokumenter

Fylkesplan for 2014–2025 Troms legger vekt på folkehelseperspektivet i hele Troms Fylke og har som mål at «trygge og inkluderende oppvekst- og levekår skal bidra til god helse og utjevning av sosiale forskjeller», samt legge vekt på helse i alt som gjøres. Planen legger opp til å:

- Ivareta folkehelse i areal- og samfunnsplanlegging i alle sektorer lokalt og regionalt.
- Videreutvikle et godt kunnskapsgrunnlag for det systematiske og langsiktige folkehelsearbeidet.
- Videreutvikle samarbeidet mellom sektorer, lokale og regionale aktører og nasjonale myndigheter om folkehelse.
- Tilrettelegge for helsefremmende, trygge og inkluderende arenaer innenfor alle sektorer.
- Tilrettelegge for lavterskeltiltak innenfor ulike sektorer.
- Fysisk tilrettelegging for fysisk aktivitet.

1.2.3 Statlige styringsdokumenter

For helse- og omsorgsfeltet er det en rekke statlige styringsdokumenter som er relevante for denne helse- og omsorgsplanen. De mest sentrale er stortingsmeldingen om samhandlingsreformen, omsorg 2020, stortingsmeldingen om framtidens primærhelsetjeneste og demensplan 2020. Disse dokumentene er kort redegjort for nedenfor, samt at det er listet opp en rekke andre dokumenter som legger føringer for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet oppsummerer helse- og omsorgspolitikken med følgende punkter:

- Forebygge framfor bare å reparere

¹ <http://khp.fhi.no/PDFVindu.aspx?Nr=1922&sp=1&PDFaar=2017>

² <http://www.bardu.kommune.no/getfile.php/3185867.181.xpqbudefabw/Folkehelseoversikt+Bardu+oktober+2015.pdf>

- Tidlig innsats
- Få ulike ledd i helsetjenesten til å jobbe bedre sammen
- Flytte tjenester nærmere der folk bor
- Flere oppgaver til kommunene og økonomiske rammer til å utføre dem
- Samle spesialiserte fagmiljøer som er sterke nok
- Sterkere brukermedvirkning

Meld. St. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid* la grunnlaget for endret tenkning knyttet til helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Samhandlingsreformen legger vekt på forebygging og tidlig innsats, det ble overført flere oppgaver ut til kommunene fra spesialisthelsetjenesten, og det ble innført plikt for kommuner og sykehus til å samarbeide mer. Samhandlingsreformen har økt fokus på folkehelse. Fra 1.1.2016 ble øyeblikkelig hjelp døgntilbud en lovpålagt oppgave for somatiske pasienter i kommunene. Fra 1.1.2017 gjaldt dette også pasienter med psykisk helse- og rusproblemer. Hensikten med øyeblikkelig hjelp døgntilbudet er å unngå innleggelse i spesialisthelsetjenesten når det ikke er ønskelig eller nødvendig ut fra en helhetlig medisinsk og psykososial vurdering.³



St.meld. nr. 47

(2008–2009)

Samhandlingsreformen

Rett behandling – på rett sted – til rett tid



Bilde 1 Stortingsmelding om samhandlingsreformen. Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet

Omsorg 2020 er regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020, og den legger vekt på økt kapasitet og kompetanse i helse- og omsorgssektoren. Det legges opp til at staten skal ta et større økonomisk

³ <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen/oyeblikkelig-hjelp-dogntilbud-i-kommunen>

ansvar for å sikre at kommunene bygger ut tilstrekkelig kapasitet og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten. *Omsorg 2020* har fem hovedsatsingsområder:

1. Sammen med bruker, pasient og pårørende. I dette ligger blant annet økt brukermedvirkning både når det gjelder eksisterende tjenester og utvikling av nye.
2. En faglig sterk helse- og omsorgstjeneste. I dette ligger blant annet faglig omstilling med endret og høyere kompetanse, nye arbeidsmetoder og nye faglige tilnærminger, samt faglig og strategisk lederskap.
3. Moderne lokaler og boformer. I dette ligger utbygging og modernisering av et mangfold av boformer.
4. Den nye hjemmetjenesten. I dette ligger sterkere utbygging av hjemmetjenesten og tidlig innsats for at folk kan bo hjemme lengst mulig.
5. Fornyelse og innovasjon. I dette ligger det å ta i bruk ny teknologi og faglige metoder og støtte lokalt innovasjonsarbeid.

Meld. St. 26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* har fokus på helheten i helse- og omsorgstjenesten og det settes opp tre satsingsområder:

1. Økt kompetanse, hvor det blant annet lovfestet en liste over profesjoner som kommunene må ha, og alle allmennleger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal være spesialister eller under spesialisering i allmennmedisin.
2. Bedre ledelse, hvor det blant annet skal etableres en lederutdanning i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.
3. Teamorganisering, hvor det blant annet skal stimuleres til samlokalisering av helse- og omsorgstjenester i kommunene.

I tillegg er det ekstra vekt på eldreomsorg og psykisk helse og rus i stortingsmeldingen. Blant annet vises det til kravet om at alle kommuner har lovfestet plikt til psykologkompetanse fra 1.1.2020. Det vises også til den kommunale ø-hjelp døgnplikten som ble innført også for psykisk helse og rusområdet fra 1.1.2017, og at det skulle legges fram en ny opptrappingsplan for rus.

Opptrappingsplanen for rusfeltet (Prop. 15 S, 2015-16) konkretiserer satsingen på rus og psykiatri. Her vises det til samhandlingsreformen og intensjonen om at kommunene skal ta et større ansvar for behandling og oppfølging av pasienter innen rus og psykisk helse. Planen peker på at behovet for samhandling er spesielt stort for disse gruppene, og at boliger er en forutsetning for å få til slik samordning (s. 57). I planen varsles det også om innføring av en betalingsplikt for kommunene for utskrivningsklare pasienter på rus- og psykiatriområdet. Formålet med den kommunale betalingsplikten er å stimulere kommunene til bedre samhandling og til at flere brukere får bolig eller individuelt tilpasset ettervernstilbud. Et råd til kommunene er derfor at de bygger opp nødvendig kapasitet i forkant av at en slik ordning innføres.

Demensplan 2020 – et mer demensvennlig samfunn er regjeringens plan og tiltak for å bedre det kommunale helse- og omsorgstjenestetilbudet til personer med demenssykdom og deres pårørende. *Demensplan 2020* har seks strategier:

1. Selvbestemmelse, involvering og deltakelse
2. Forebygging – det som er bra for hjertet er bra for hjernen
3. Diagnose til rett tid og tett oppfølging etter diagnose
4. Aktivitet, mestring og avlastning
5. Pasientforløp med systematisk oppfølging og tilpassede tjenestetilbud
6. Forskning, kunnskap og kompetanse

Det mest kjente tiltaket er nok lovfesting av en plikt for kommunene til å tilby dagtilbud for demente fra 1.1.2020. Ved hjelp av stimuleringsmidler over statsbudsjettet har antall dagaktivitetstilbud økt i kommunesektoren de siste årene. Oppsummert kan en si at demensplanen legger opp til tre hovedsaker: Økt dagaktivitetstilbud, flere tilpassede boliger og økt kunnskap og kompetanse.

Under følger en liste over aktuelle statlige styringsdokumenter for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Listen er ikke uttømmende. Det finnes også en rekke veiledere på mange av områdene.

Stortingsmeldinger:

- Samhandlingsreformen og dokumenter knyttet til denne. Meld. St. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid
- Meld. St. 29 (2012-2013) *Morgendagens omsorg – Omsorgsplan 2020*
- Meld. St. 45 (2012-2013) *Frihet og likeverd – om mennesker med utviklingshemming*
- Meld. St. 19 (2014-2015) *Folkehelsemeldingen – mestring og muligheter*
- Meld. St. 26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*

Nasjonale strategier/opptrappingsplaner/NOU:

- Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet (2015-2020)
- Nasjonal helse og omsorgsplan (2015)
- Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering, HOD (2017-2019)
- Opptappingsplan for rusfeltet, HOD (2016-2020)
- Demensplan 2020 – et mer demensvennlig samfunn
- NOU 2011: 1 Innovasjon i omsorg

Lover:

- Folkehelsesloven
- Lov om helse- og omsorgstjenestene i kommunene

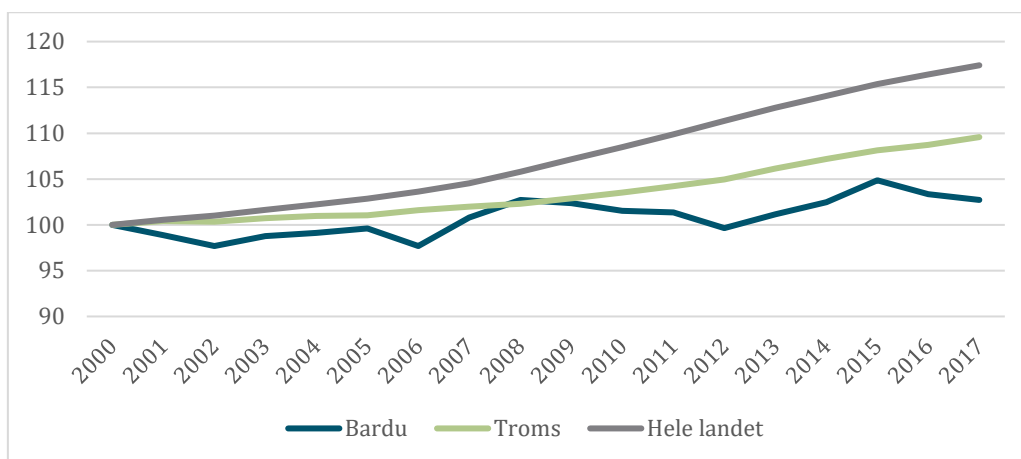
2. Utviklingstrekk for Bardu kommune

I dette kapittelet har vi samlet noen utviklingstrekk for Bardu kommune. Det er redegjort nærmere for befolkningsutvikling fra 2000 og fram til i dag, samt prognoser for befolkningsutvikling framover.

2.1 Befolkningsutvikling

2.1.1 Befolkningsutvikling etter 2000

I figuren under er befolkningsutviklingen etter år 2000 vist for Bardu, fylket og landet. Som det framgår av figuren, har Bardu hatt en svakere befolkningsutvikling enn fylket og landet etter 2000. Fra 2000 til 2017 har Bardu hatt en befolkningsvekst på 2,7 prosent, eller 105 personer. Troms har hatt en vekst på 9,6 prosent, mens det på landsbasis har vært en vekst på 17,4 prosent.



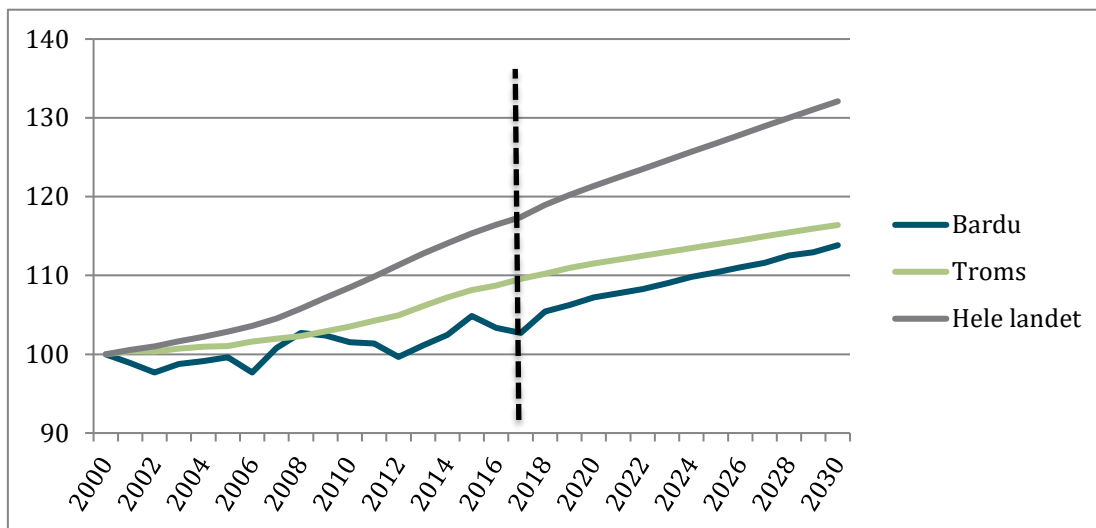
Figur 2 Befolkningsutvikling fra 2000–2017. Bardu, Troms og hele landet. Indeksert slik at nivået i 2000=100. Kilde: SSB.

2.1.2 Befolkningsframskrivninger mot 2030

Siste befolkningsframskriving fra SSB ble publisert i juni 2016, og er basert på registrert folketall per 1. januar 2016. Kommunevis tall er tilgjengelige fram til 2040. Oppstillingene under bygger på SSBs mellomalternativ («4M»), som står for mellomnivået for fruktbarhet, levealder, innenlands mobilitet og netto innvandring, og blir sett på som det mest realistiske alternativet.⁴

⁴ SSB har publisert folketall per 1.1.17 (23.02.17). Prognosene i denne rapporten tar derfor utgangspunkt i dette nivået.

Fra 2017 til 2030 foreskriver SSB en befolkningsvekst for Bardu på 10,8 prosent, eller 433 personer. Til sammenligning er det forventet en vekst for fylket og landet på hhv. 6,2 prosent og 12,5 prosent. I figuren under er faktisk utvikling fra 2000 til 2016 videreført med SSBs framskrivninger fra 2017–2030.



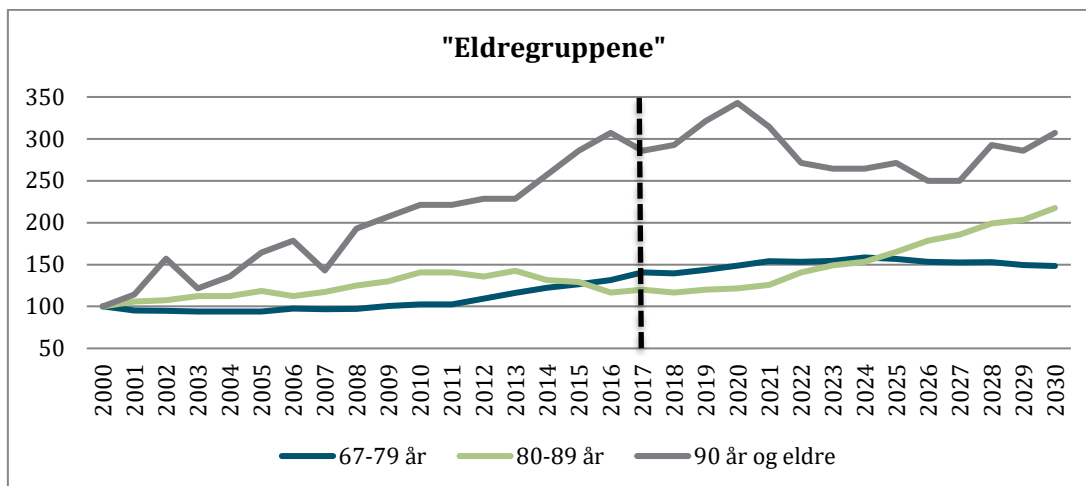
Figur 3 Befolkningsutvikling fra 2000–2017, videreført med SSBs framskrivninger fra 2018–2030. Bardu, Troms og hele landet. Indeksert slik at nivået i 2000=100. Kilde: SSB (alternativ «4M»).

I oppstillingene under er det brukt tilnærmet samme aldersfordeling som inntektssystemet opererer med. Dette gir et godt grunnlag for å kunne se et potensielt press på tjenestetilbudet og for å få en korrekt dimensjonering av tjenestene.

Tabell 1 Prosentandel av befolkningen i ulike aldersgrupper pr 1.1.2017. Kilde: SSB.

	Bardu	Troms	Hele landet
0-5 år	6,7	6,5	7,0
6-15 år	12,0	11,6	12,0
16-66 år	64,4	66,9	66,4
67-79 år	12,3	10,9	10,4
80-89 år	3,6	3,3	3,4
90 år og eldre	1,0	0,7	0,8
0-66 år	83,1	85,0	85,4
67 år og eldre	16,9	15,0	14,6

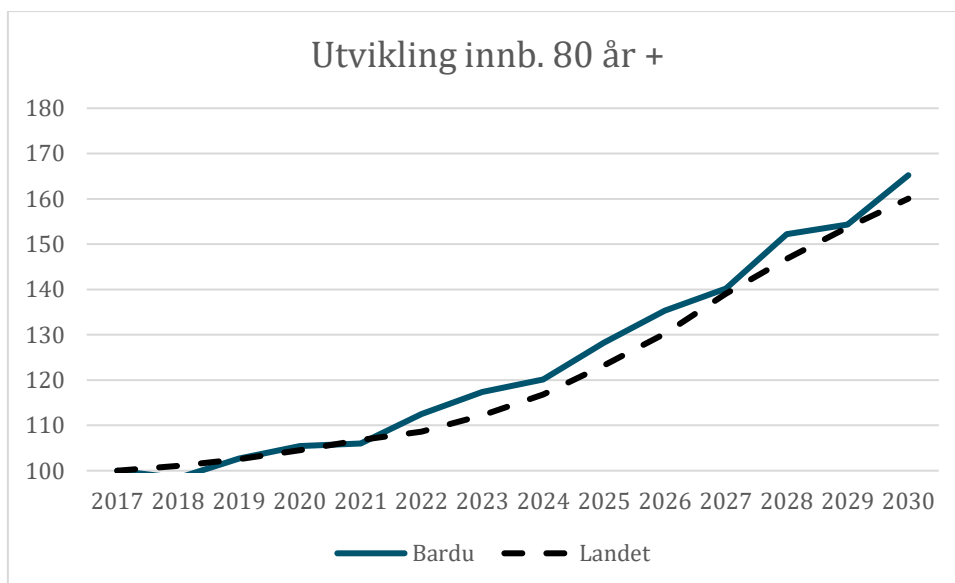
Bardu har generelt en eldre befolkning enn landsgjennomsnittet. Andelen eldre over 67 år utgjorde 16,9 prosent av befolkningen 1.1.2017. Tilsvarende andel for fylket og landet var hhv. 15,0 prosent og 14,6 prosent.



Figur 4 Befolkningsutvikling 2000–2017, videreført med SSBs framskrivninger 2018–2030 (alt «4M»). 67-79 år, 80-89 år og 90 år og eldre. Bardu kommune. Indeksert slik at nivået i 2000=100. Kilde: SSB.

I figuren over ser vi faktisk utvikling i aldersgruppene over 67 år fra 2000 til 2017, videreført med SSBs framskrivninger fra 2018–2030. Ifølge SSB vil antall personer over 67 år øke i årene fram mot 2030. Det er ventet sterkest vekst i aldersgruppen 80–89 år.

Figuren nedenfor viser utviklingen i aldersgruppen over 80 år for Bardu og landsgjennomsnittet fra 2017 til 2030.



Figur 5 Utvikling aldersgruppen 80 år og eldre 2017–2030. Bardu og landet. Indeksert slik at nivået i 2017=100. Kilde SSB (alt M).

På landsbasis er eldrebølgen anslått å slå inn for fullt på begynnelsen av 2020-tallet. Figuren viser at SSB foreskriver en vekst i aldersgruppen over 80 år på om lag 65 prosent for Bardu og om lag 60 prosent for hele landet i denne perioden.

Oppstillingen under viser antall personer i ulike aldersgrupper i 2000 og 2017, videreført med SSBs framskrivninger (alternativ «4M») i 2020, 2025 og 2030.

Tabell 2 Antall personer i ulike aldersgrupper 2000 og 2017. SSBs framskrivingsalternativ «4M» i 2020, 2025 og 2030. Bardu kommune. Kilde: SSB.

	2000	2017	2020	2025	2030
0-5 år	335	268	264	290	305
6-15 år	484	478	488	450	453
16-66 år	2 587	2 573	2 704	2 770	2 847
67-79 år	349	491	519	547	518
80-89 år	120	144	146	198	261
90 år og eldre	14	40	48	38	43
Totalt	3 889	3 994	4 169	4 293	4 427
80 år og eldre	134	184	194	236	304

2.2 Helseprofil for Bardu kommune

I arbeidet med helse- og omsorgsplanen for Bardu kommune er det nyttig å ta utgangspunkt i helseprofilen for Bardu kommune. I det følgende har vi sett nærmere på kommunens folkehelseoversikt fra 2015, helsedirektoratets folkehelseprofil for Bardu kommune for 2017 og ungdomsundersøkelsen som ble gjennomført i Bardu kommune i 2016.

Bardu kommune utarbeidet i 2015 en folkehelseoversikt for kommunen. Folkehelseoversikten gir kommunen et bilde over hvordan helsetilstanden i befolkningen er, samt de positive og negative faktorene som kan virke inn på denne. Ut i fra folkehelseoversikten kom følgende hovedtrekk og utfordringer i kommunen frem:

- Utstrakt bruk av skoleskyss grunnet farlig skolevei
- Utfordrende bolig- og arbeidsmarked
- Lite tilrettelagte boliger for eldre og funksjonshemmede
- Ensomhet og skjult mobbing blant ungdommer
- Lite aktivitet i skolen
- Et aktivitetssenter vil dekke store deler av befolkningens behov
- Ønske om oppgradering og utvidelse av tilbud inne i og utenfor Barduhallen
- Øke forebyggende tiltak mot uønskede graviditeter og aborter
- Høy forekomst av muskel- og skjelettlidelser
- Over 1/5 av ungdommene i kommunen er plaget av søvnproblemer
- Legemiddelbruken mot psykiske lidelser har nesten tredoblet seg siden 2005 i kommunen

Folkehelseinstituttet utgir årlige folkehelseprofiler for alle landets kommuner.⁵ Disse er ment som et bidrag til kommunenes arbeid med å skaffe seg oversikt over helsetilstanden i befolkningen og faktorer som påvirker denne. Statistikkbanken inneholder en rekke indikatorer, men de sentrale trekkene er delt inn i følgende temaområder: Befolkning, levekår, miljø, skole, levevaner og helse og sykdom. Vi har sett nærmere på de indikatorene som er bedre og dårligere enn landssnittet.

Indikatorene som er bedre enn landsnittet, er:

⁵ <https://www.fhi.no/hn/helse/folkehelseprofil/>

- Levekår: Andelen barn (0–17 år) som bor i husholdninger med lav inntekt, er lavere enn landet som helhet. Det er færre barn som har enslige forsørgere i Bardu enn på landssnittet.
- Miljø: Bardu kommune har god drikkevannsforsyning, og ungdommer er i større grad med i fritidsorganisasjoner.
- Helse og sykdom: Psykiske symptomer/lidelser er mindre utbredt både blant unge og befolkningen forøvrig Bardu kommune sammenlignet med landssnittet. Antibiotikabruken i kommunen er lavere enn i landet som helhet.

Indikatorer som er dårligere enn landssnittet, er:

- Skole: Frafallet i videregående skole er høyere enn landssnittet.
- Levevaner: Andel med overvekt inkl. fedme er høyere enn i landet som helhet (basert på tall fra sesjon 1 for gutter og jenter 17 år).
- Helse og sykdom: Muskel- og skjelettlidelser.

Det er også en rekke indikatorer for Bardu kommune som er på landssnittet. Noen av disse er:

- Befolkning: Andelen i aldersgruppen 45 år og eldre som bor alene, er lik landsgjennomsnittet
- Miljø: Andelen ungdomsskoleelever som oppgir at de er litt eller svært fornøyd med lokalmiljøet, er lik landsgjennomsnittet
- Levevaner: Andelen ungdomsskoleelever som er lite fysisk aktive, er lik landsgjennomsnittet

Et samlet folkehelsebarometer for Bardu kommune er lagt ved som vedlegg.

Ungdata-undersøkelsen gjennomføres i kommuner over hele landet for å kartlegge ulike forhold blant ungdom. Bardu kommune gjennomførte siste Ungdata-undersøkelse i 2016 blant elevene på ungdomsskolen. I et folkehelseperspektiv kan en si at det meste av funn vil være relevant, men vi har her valgt å oppsummere det vi mener er mest relevant i tilknytning til arbeidet med helse- og omsorgsplanen. Tallene i Tabell 3 viser andelen fra Bardu kommune og for landet som har svart «nokså bra» eller «svært bra» (eller tilsvarende) på spørsmålene.

Tabell 3 Resultater av ungdataundersøkelsen i Bardu kommune 2016. Andel som har svart «svært bra» og «nokså bra». Kilde: Ungdataundersøkelsen for Bardu kommune 2016.

Tema	Spørsmål	Bardu	Landet
Lokalmiljø	Fornøyd med lokalmiljøet	65	70
	Nok lokaler til å treffe andre unge	27	48
	Bra tilbud av idrettsanlegg	77	70
	Godt kulturtilbud	68	57
	Godt kollektivtilbud	37	60
	Trygt nærområde	88	87
Skole og fremtid	Trives på skolen	92	93
	Tror de vil ta høyere utdanning	62	63
	Tror de vil ta fagbrev	51	36
Fritid	Aktiv i fritidsorganisasjon	65	64
Helse og trivsel	Fornøyd med helsa	76	72
	Trener ukentlig	88	87
	Plaget av ensomhet	17	18
	Depressivt stemningsleie	10	12

	Daglige helseplager	14	12
	Mobbing	12	8
Tobakk og rus	Røyker	0	3
	Snuser	0	3
	Får lov til å drikke alkohol	4	6
	Drukket seg beruset	9	14
	Blitt tilbudt hasj	3	10
	Brukt hasj	0	3

Når det gjelder lokalmiljø, er en lavere andel svært fornøyd eller litt fornøyd med lokalmiljøet i Bardu kommune enn på landssnittet. Blant annet mener ungdommene det ikke er nok lokaler å treffe andre unge i, samt at kollektivtilbudet ikke er så bra. Tilbudet av idrettsanlegg, kulturtilbud og at Bardu har et trygt nærområde er ungdommene mer positive til enn landssnittet.

Andelen som svarer helt enig og litt enig i at de trives på skolen, er omtrent som på landssnittet. Andelen som svarer ja på spørsmålet om de vil ta høyere utdanning, er omtrent på landssnittet i Bardu kommune, mens andelen som svarer at de tror de vil ta fagbrev, er større. Vi så i folkehelseprofilen til Bardu kommune at frafallet i videregående skole i Bardu ligger over landssnittet.

I spørsmålet om en er aktiv i fritidsorganisasjoner, blir ungdommene spurt om de har vært med på totalt fem eller flere aktiviteter i følgende fritidsorganisasjoner sist måned: Idrettslag, fritids- hus/ungdomshus, religiøs forening, korps, kor, orkestre, kulturskole/musikkskole og annen organisasjon, lag og forening. Deltagelsen er omtrent som på landssnittet.

I kategorien helse og trivsel er svarene fra ungdommene i Bardu kommune omtrent som på landssnittet. De skiller seg litt ut med at en større andel i Bardu er svært fornøyd eller litt fornøyd med helsa (76 prosent i Bardu mot 72 prosent på landsbasis), og en noe høyere andel sier at de minst hver 14. dag blir utsatt for mobbing (12 prosent i Bardu mot 8 prosent på landsbasis).

På spørsmål om en røyker og snuser minst ukentlig, svarer ingen av ungdommene i Bardu at de gjør det. De har heller ikke forsøkt å bruke hasj eller marihuana de siste 12 månedene, selv om tre prosent har blitt tilbudt dette. Ni prosent svarer at de minst en gang siste 12 måneder har drukket så mye at de har følt seg tydelig beruset, mot fjorten prosent på landsbasis.

Oppsummert skiller Bardu seg fra landsgjennomsnittet på følgende områder:

- Ungdommen i Bardu mener det er få lokaler å treffe andre på.
- Høy andel av ungdommen bruker 2 timer eller mer hver dag på ulike skjermer som TV, data, nettbrett, mobil.
- Ca. 1 av 5 blir mobbet enten på skolen, i fritiden eller via internett og mobil.
- Når det gjelder tobakk, rus, risikoførelse og vold, er svarene lavere enn landsgjennomsnittet.

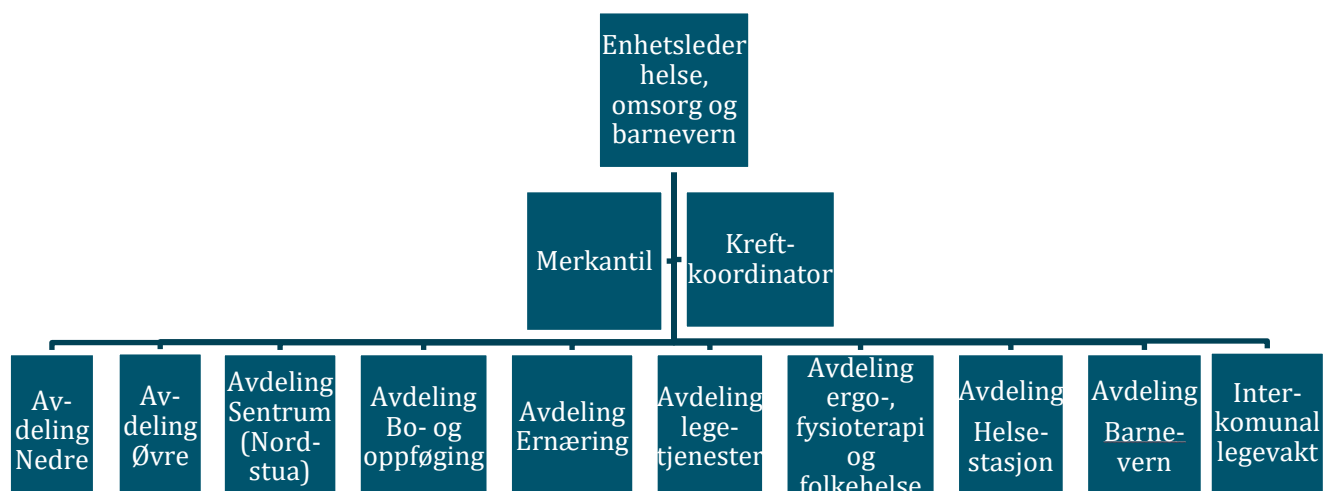
3. Status på tjenesteområdene i dag

Bardu kommune har alltid vært en fremoverlent kommune på mange områder. Innenfor helse og omsorg var Bardu en av de første kommunene i landet som bygde sykehjem, og kommunen var tidlig ute med hjemmetjenester. Det er høy kompetanse og et stort engasjement blant de ansatte i tjenesten. Men fremtiden vil også kreve mye.. Det er verdt å bemerke at Bardu kommune har noen særskilte utfordringer knyttet til helse- og omsorgstjenestetilbudet. Bardu er vertskommune for Forsvaret v/hærens styrker, samt vertskommune for Setermoen statlige asylmottak. Dette gir ekstra etterspørsel etter tjenester særlig innen legetjenesten, helsestasjon, og fysioterapi/ergoterapi og må tas hensyn til ved dimensjonering av tjenestetilbudet.

Dette kapitlet beskriver de ulike tjenesteområdene innen helse og omsorg i Bardu kommune per i dag. Beskrivelsene er basert på både statistiske data og beskrivelser gitt av ledere i de enkelte avdelingene.

3.1 Dagens organisering av helse- og omsorgstjenesten i Bardu kommune

Organisasjonskartet under viser organiseringen av enhet for helse, omsorg og barnevern i Bardu kommune per 2017. Enheten består av avdelingene Nedre, Øvre og Sentrum (Nordstua) som til sammen tilbyr sykehjemstjenester, hjemmebaserte tjenester og demensplasser. Avdeling Bo og oppfølging innbefatter blant annet psykisk helse dag, psykisk helse døgn, miljøarbeidertjenesten, Bekkebo og støttekontaktordningen. Videre består enheten av avdeling legetjenester, avdeling ergo-, fysioterapi og folkehelse som også omfatter hjelpemidler, avdeling helsestasjon, avdeling barnevern og interkommunal legevakt. Til enheten hører også merkantile tjenester, som består av 1,25 årsverk, og kreftkoordinator.



Figur 6 Organisering av helse- og omsorgstjenesten i Bardu kommune. Kilde: Bardu kommune

Selv om barnevern er en del av ansvarsområdet for enhetsleder helse, omsorg og barnevern, så inngår ikke dette tjenesteområde som en del av helse- og omsorgsplanen. I det videre beskriver vi de enkelte tjenesteområdene mer inngående.

3.1.1 Pleie- og omsorgstjenesten

Pleie og omsorgstjenesten i Bardu kommune består av sykehjem og hjemmetjeneste, og er delt i tre avdelinger: avdeling Nedre og Øvre og avdeling Sentrum (Nordstua). Øvre og Nedre har avdelingsledere i 100 % stilling, og Sentrum (Nordstua) har avdelingsleder i 60 % stilling. Alle avdelingene, både i sykehjem og hjemmesykepleie, har funksjonen sykepleier 1 som står for den daglige driften, men som ikke har personalansvar. På Sentrum (Nordstua) kombineres stilling som avdelingsleder og sykepleier 1 hvorav 40 % som sykepleier 1. Pleie- og omsorgstjenesten har en ansatt som organiserer og administrerer innleie av vikarer. Tjenesten har en egen vikarpool med tre ansatte som går inn i alle avdelingene ved fravær.

Kommunens tjenestetilbud innen pleie og omsorg skal dekke behovet for tjenester basert på en individuell vurdering av brukerens funksjonsnivå. Kriterier for tildeling av tjenester skal sikre søkerne en helhetlig, tverrfaglig og likeverdig vurdering. Målet er at det fattes vedtak om tjenester som bidrar til å ivareta og utvikle den enkeltes evne til å mestre dagliglivets utfordringer både i og utenfor hjemmet.

Avdeling Øvre og Nedre er organisert som en integrert tjeneste med sykehjem og hjemmesykepleie, hvor ansatte kan jobbe både «ute» og «inne». I praksis er det mange som arbeider kun på sykehjem, eller kun i hjemmesykepleie. Muligheten til å flytte personale raskt gjør at tjenesten er mindre sårbar ved fravær.

Sykehjem

Bardu kommune har til sammen 38 sykehjemsplasser, hvorav 16 er knyttet til Nedre, 12 til Øvre og 10 plasser på Nordstua. 31 plasser i sykehjemmet er ordinære langtidsplasser, mens 7 plasser er satt av til tidsbegrenset opphold. Av disse er igjen 5 plasser satt av til rehabilitering.

Avdeling Øvre og Nedre i sykehjemmet er avdelinger for pleie og rehabilitering. Avdelingene er tilrettelagt for behandling, rehabilitering og avlastningsopphold.

Nordstua er en tilrettelagt avdeling for personer med demenssykdom. Avdelingen har 10 plasser og tilbyr langtidsopphold, avlastningsopphold og dagopphold for personer med demenssykdom. Dag-senteret er åpent 3 dager i uka. Bardu kommune har et eget hukommelsesteam (demensteam) som ledes av en hukommelsesykepleier. Teamet kan blant annet tilby samtaler til pasienter og pårørende, kartlegge behov for hjelp og hjelpemidler og veilede pårørende og personell. Teamet arrangerer også pårørendeskole.

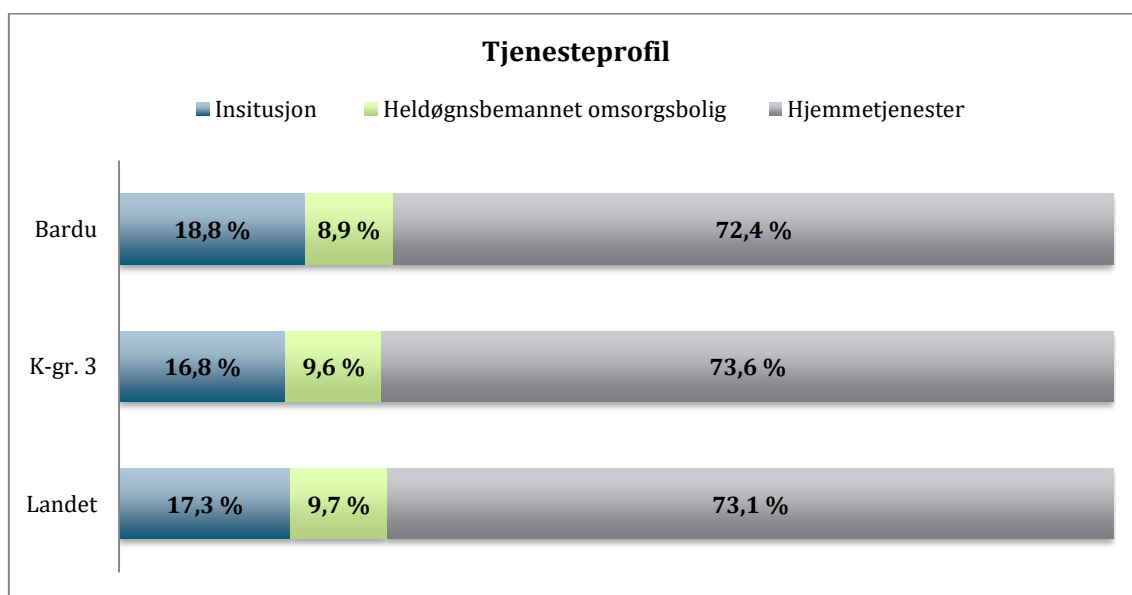
Hjemmetjenester

Avdeling Øvre og Nedre hjemmesykepleie gir helsetjenester som bidrar til mestring for å kunne bo i eget hjem så lenge som mulig. Hjemmesykepleien tilbyr helsehjelp til personer i alle aldre.

Praktisk bistand innebærer blant annet hjelp til rengjøring og handling. I august 2017 ble det inngått avtale mellom Bardu kommune og privat tilbyder.

Tjenesteprofil pleie- og omsorgstjenesten

Ifølge tall fra KOSTRA hadde Bardu kommune 197 mottakere av pleie – og omsorgstjenester per 31.12.16.⁶ Figuren nedenfor viser hvordan tjenestemottakerne fordeler seg på de ulike tjenesteproduktene institusjon, heldøgnsbemannede omsorgsboliger og ordinære hjemmetjenester. I figuren sammenlignes tilbudet i Bardu med tilsvarende tall for kommunegruppe 3 og landet totalt.⁷



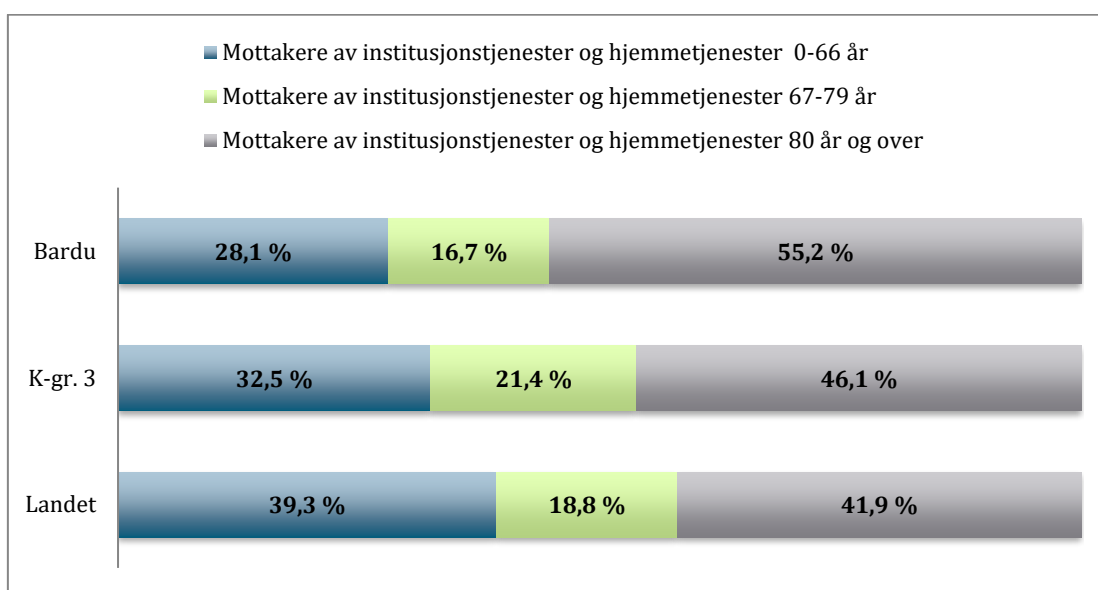
Figur 7 Andel brukere av ulike tjenesteprodukter i Bardu, kommunegruppe 3 og landet per 31.12.16. Kilde: KOSTRA

⁶ Summen av mottakere av hjemmetjenester pr 31.12 og PLASSER i kommunale institusjoner pr 31.12 i rapporteringsåret.

⁷ I KOSTRA (SSBs statistikk over kommunal tjenesteproduksjon og økonomi) er kommunene delt inn i ulike kommunegrupper etter folkemengde og økonomiske rammebetingelser (bundne kostnader og frie inntekter). Hensikten er å gjøre det mulig å sammenligne «like kommuner». Bardu er plassert i kommunegruppe 3. Dette er små kommuner med middels bundne kostnader per innbygger og høye frie disponible inntekter.

Som det framgår av figuren, er andelen institusjonsbeboere i Bardu (18,8 prosent) noe høyere enn gjennomsnittet for kommunegruppe 3 og landet for øvrig. Tilsvarende er andelen mottakere av ordinære hjemmetjenester (72,4 prosent), altså hjemmesykepleie og praktisk bistand, noe lavere enn landsgjennomsnittet og sammenlignbare kommuner. Når det gjelder andel beboere i heldøgns-bemannet omsorgsbolig (8,9 prosent), er denne noe lavere enn landsgjennomsnittet og sammenlignbare kommuner. Samlet sett viser dette at tjenestemottakerne i Bardu befinner seg på et noe høyere omsorgsnivå enn landet for øvrig.

Figuren nedenfor viser andelen tjenestemottakere fordelt på tre ulike aldersgrupper. Figuren viser at Bardu skiller seg noe ut fra landet for øvrig når det gjelder tjenestemottakernes alderssammensetning. Andelen tjenestemottakere over 80 år er høyere enn sammenlignbare kommuner og landsgjennomsnittet, tilsvarende er andelen mottakere i aldersgruppene 0–66 år og 67–79 år og eldre noe lavere enn landet for øvrig.

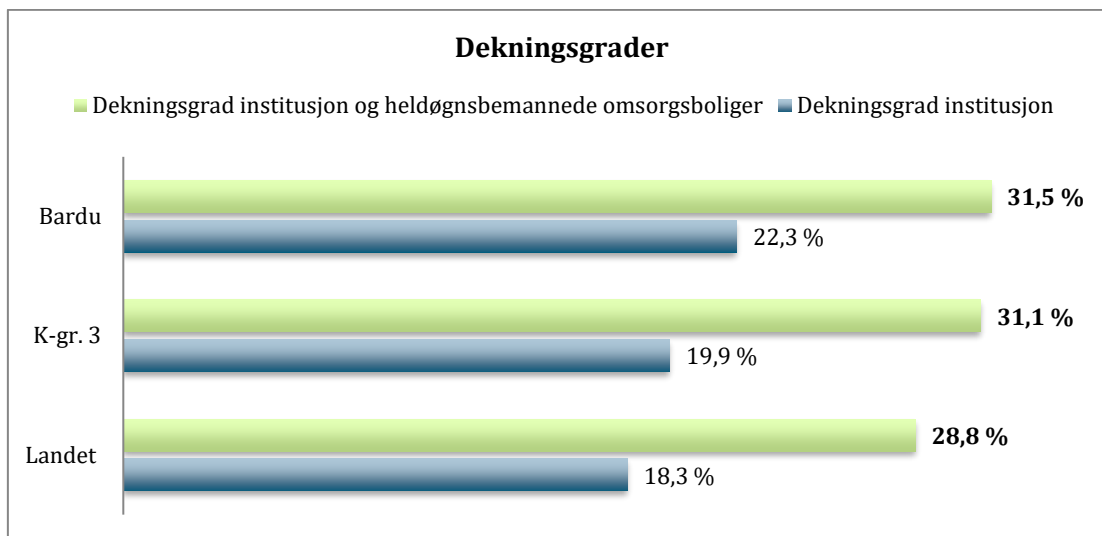


Figur 8 Andel tjenestemottakere fordelt på ulike aldersgrupper, 2016. Kilde: KOSTRA.

Tall fra KOSTRA viser at Bardu hadde 54 tjenestemottakere under 66 år i 2016, noe som utgjør 28,1 prosent av alle tjenestemottakere. De aller fleste av disse mottar hjemmetjenester (51), enten privat eller i bolig til pleie- og omsorgsformål. Antall yngre tjenestemottakere per 1000 innbyggere er 15, noe som er betydelig lavere enn sammenlignbare kommuner (25) og landsgjennomsnittet (20).

Dekningsgrader pleie- og omsorgstjenesten

Dersom vi summerer opp antall institusjonsplasser og omsorgsboliger med heldøgnsbemanning, og dividerer på antall personer over 80 år i kommunen, får vi et tall på dekningsgraden i kommunen. Figuren nedenfor viser dekningsgraden i Bardu sammenlignet med den gjennomsnittlige dekningsgraden i kommunegruppe 3 og på landsbasis.



Figur 9 Dekningsgrader for heldøgns pleie og omsorg. Bardu, kommunegruppe 3 og landet 2016. Kilde: KOSTRA.

Figuren viser at dekningsgraden for institusjon og heldøgnsbemannede omsorgsboliger ligger på 31,5 prosent.⁸ Totaltilbudet på heldøgns omsorg i forhold til befolkningen over 80 år er dermed noe høyere enn landsgjennomsnittet (29 prosent) og sammenlignbare kommuner (31 prosent). Dekningsgraden for institusjon (22 prosent) er også noe høyere enn landet for øvrig.

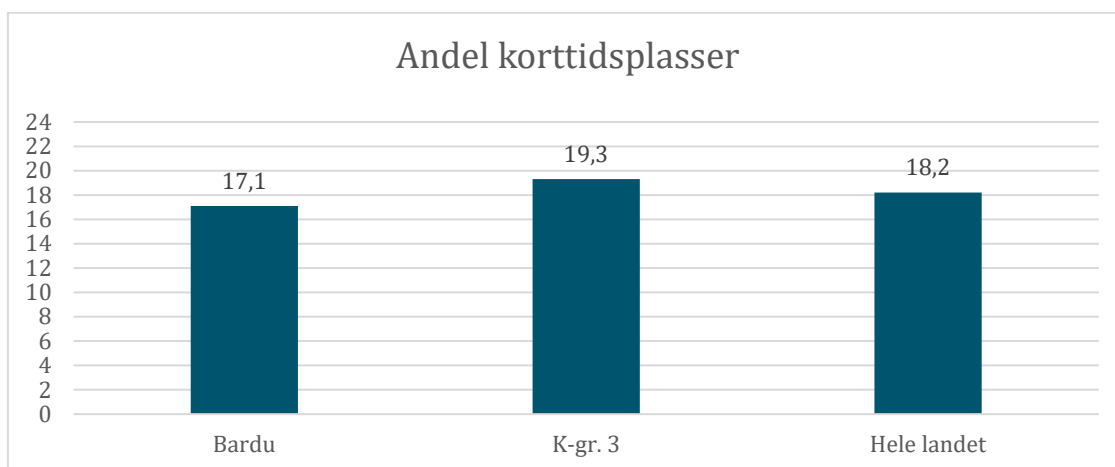
Mange kommuner har lenge gått ut fra et normtall på 25 prosent i dekning av sykehjem og heldøgnsbemannede omsorgsboliger relativt til antall eldre over 80 år. Tallet skriver seg fra Stortingsmelding nr. 50 (1996–1997) *Handlingsplan for eldreomsorgen*, der det står at det er «lagt til grunn et behov for plasser med heldøgns pleie og omsorg i egnet bolig svarende til ca. 25 pst av befolkningen 80 år og eldre». Det blir understreket at dette er et anslag for behovsdekningen på landsbasis under forutsetning av godt utbygde hjemmetjenester og rimelig tilgang på tilrettelagte boliger. Det gjelder alle aldersgrupper enten heldøgns omsorg gis i sykehjem, omsorgsbolig eller eget hjem. De 25 prosentene må derfor tolkes som et antatt behov for heldøgns omsorg i kommunens totale pleie- og omsorgstilbud. En dekningsgrad på 25 prosent av de over 80 år er tenkt å ligge så mye over det reelle behovet for denne gruppen slik at det også er kapasitet til å dekke heldøgns omsorg for de under 80 år. Det faktiske behovet vil variere i kommunene, blant annet som følge av innbyggernes aldersfordeling og generelle helsetilstand. Samtidig kan den statlige normen eller minimumsstandarden fungere som en grei «rettesnor» for kommunal planlegging av nye mulige utbyggingsbehov.⁹

⁸ Dekningsgraden for heldøgnsomsorg tar utgangspunkt i 41 institusjonsplasser og 17 beboere i bolig med heldøgns bemanning per 31.12.16. ifølge KOSTRA.

Definisjon dekningsgrad for institusjon og heldøgnsbemannede omsorgsboliger (heldøgns omsorgsplasser): Teller: Plasser i institusjon (sykehjem, aldershjem, boform m/ heldøgns omsorg og pleie), korrigert for utleie over kommunegrensene, inkl. private inst. samt beboere i bolig m/ heldøgnsbemanning, inkludert boliger for personer med utviklingshemming (PU-boliger). Data er hentet fra KOSTRA Skjema 5 Institusjoner for eldre og funksjonshemmede (p 2) og fra skjema 6 Pleie- og omsorgstjenester til hjemmeboende (p. 8) t.o.m. 2006, f.o.m. 2007 skjema 4, p. 6 i 2011. Nevner: Innbyggere 80 år og over per 31.12. Data hentet fra SSBs befolkningsstatistikk.

⁹ I 2016 var altså dekningsgraden for heldøgnsomsorg på landsbasis om lag 29 prosent av befolkningen over 80 år, og ligger dermed høyere enn da handlingsplanen for eldreomsorg ble satt i verk.

Ifølge opplysninger fra KOSTRA var 7 institusjonsplasser i Bardu avsatt til tidsbegrenset opphold i 2016. Andelen korttidsplasser utgjorde dermed om lag 17 prosent, dvs. noe lavere enn landsgjennomsnittet og sammenlignbare kommuner.



Figur 10 Andel plasser i institusjon avsatt til tidsbegrenset opphold 2016. Kilde: KOSTRA

Det finnes ingen klare retningslinjer for hvor stor andel av sykehjemsplassene som bør avsettes til korttidsopphold, men i Stortingsmelding 25 (2005–2006) understrekes det at ca. 15 prosent av plassene i sykehjemmene bør benyttes til korttidsopphold.

3.1.2 Avdeling ernæring

Avdeling ernæring er kjøkkenet som er tilknyttet Barduheimen. Her lages det mat etter kok og kjølmotoden, og maten serveres til beboerne på Barduheimen og hjemmeboende som har behov for det. Maten til hjemmeboende distribueres av hjemmetjenesten.

3.1.3 Bo og oppfølging

Avdeling for bo og oppfølging omfatter tjenester knyttet til psykisk helse, miljøarbeidertjenesten, Bekkebo og støttekontaktjenesten. Rus er i dag organisert under NAV.

Psykisk helse

Psykiske lidelser og plager er svært vanlig i befolkningen. Det skilles mellom psykiske lidelser og psykiske plager. Psykiske lidelser omfatter alt fra enkle fobier og lettere angst og depresjonslidelser, til omfattende og alvorlige tilstander som schizofreni. Ved psykiske lidelser foreligger det alltid en diagnose.

Med psykiske plager mener vi tilstander som oppleves som belastende, men ikke i så stor grad at de karakteriseres som diagnoser.

Felles for alle psykiske lidelser og plager er at de påvirker tanker, følelser, atferd, væremåte og omgang med andre. De vanligste lidelsene er angst og depresjon (Folkehelseinstituttet).

I Bardu er psykisk helsetjeneste organisert ved å skille mellom psykisk helse døgn og psykisk helse dag.

Psykisk helse døgn er et heldøgnsbemannet bofellesskap for personer med psykiske lidelser, eventuelt psykiske lidelser kombinert med rus, som har behov for et heldøgnstilbud. De som er knyttet til dette tiltaket, bor i selvstendige leiligheter, men har tilgang på personell 24/7. Det er fattet vedtak knyttet til den enkelte bruker.

Psykisk helse dag er et lavterskeltilbud som har bemanning fem dager i uken. Psykisk helse dag følger opp mennesker med psykiske lidelser og plager med direkte brukerkontakt i hjemmene, på arbeidsplassen eller ute i naturen. Avdelingen er koordinator mellom ulike avdelinger og behandlingsnivå. Psykisk helse dag får henvisninger fra lege, 2.linjetjenesten, pleie- og omsorgstjenesten for øvrig og direkte fra brukere. Psykisk helse dag arbeider også med kriseintervensjon, veiledning av brukere og pårørende samt personell i helse og omsorgstjenesten.

Bardu kommune har vedtatt å innføre RASK i psykisk helse dag. Dette er et prosjekt som går over tre år og er et samhandlingsprosjekt mellom Viken senter og Bardu kommune. Rask Psykisk Helsehjelp er et gratis lavterskeltilbud som gir direkte hjelp uten henvisning fra lege. Målet er at folk skal få et tilbud innen én til to uker slik at problemene ikke setter seg.

Bardu kommune vil i løpet av 2018 tilsette kommunepsykolog.

Miljøarbeidertjenesten

Miljøarbeidertjenesten yter praktisk bistand og omsorg til voksne og barn med psykisk og sosial funksjonshemming. Tilbudet er rettet mot personer som bor i eget hjem eller omsorgsboliger og ikke kan ta omsorg for seg selv, og er avhengig av praktisk hjelp for å greie dagliglivets gjøremål.

Bo og oppfølging er også ansvarlig for støttekontakttjenesten i kommunen. Bardu kommune har en 100 prosent stilling og to 50 prosent stillinger til støttekontaktordningen. Det oppleves som en utfordring at det er for få støttekontakter i kommunen i dag. Per 2016 var det 31 mottakere av støttekontakttjenester i Bardu kommune (Kilde: KOSTRA).

Bekkebo

Bekkebo er et bofellesskap som er bygd med en selvstendig omsorgsbolig og 4 avlastningsplasser/ omsorgsboliger for barn og ungdom. Per i dag er to av plassene i bruk. I løpet av 2018 vil resterende to plasser tas i bruk til barneavlastning. Barneavlastning har frem til nå vært organisert under NAV. Dette flyttes nå over til avdeling bo og oppfølging.

3.1.4 Ergo-, fysioterapi og folkehelse

Ergo-, fysioterapi og folkehelse samt hjelpemiddelkonsulent er samlokalisert i eget bygg pr 2018. Tjenesten består av 1 ergoterapeut, 1 hjelpemiddelkonsulent, 1 folkehelsekoordinator og 3 fysioterapeuter, hvor 2 stillinger er kommunale, og 1 privat stilling drives med driftstilskudd fra kommunen.

Ergoterapi

Ergoterapitjenesten skal være et tilbud til innbyggere i Bardu kommune som har behov for ergoterapi. Målet med tjenesten er å legge til rette for mestring av dagliglivets ferdigheter. Ergoterapeut kartlegger/ vurderer hjelpemiddelbehov, skriver hjelpemiddelsøknader og har ansvar for oppfølging og opplæring i bruk av hjelpemidler. Ved rehabilitering kan ergoterapeut følge opp med trening av dagliglivets aktiviteter (ADL-trening). Ergoterapeut er rehabiliteringskoordinator i Bardu

kommune og leder Koordinerende enhet. Ergoterapeut har blant annet ansvar for å veilede på bruk av individuell plan ved behov for langvarige og koordinerte tjenester.

Ergoterapeut har også saksbehandleransvar ved søknad om Brukerstyrt Personlig Assistent (BPA). Brukerstyrt personlig assistanse er en alternativ måte å organisere praktisk og personlig bistand (personlig assistanse) for personer med nedsatt funksjonsevne og stort behov for bistand i dagliglivet, både i og utenfor hjemmet. Målet er å bidra til at personer med bistandsbehov får et aktivt og mest mulig uavhengig liv til tross for funksjonsnedsettelsen. Det forutsettes at bistandsbehovet er så omfattende, eller av en slik art, at det er mest hensiktsmessig å ivareta dette ved hjelp av BPA. BPA innebærer at brukeren har rollen som arbeidsleder.

Fysioterapi

Fysioterapitjenestens overordnede målsettinger er at den skal være et tilbud til alle innbyggere i Bardu kommune med behov for fysioterapi i henhold til *Lov om helsetjenester i kommunen*. Fysioterapi er både en klinisk og forebyggende virksomhet. Fysioterapi inngår i habilitering og rehabilitering i alle faser av livsløpet. Det er delte hovedansvarsområder for fysioterapeutene i kommunen. Privatpraktiserende fysioterapeut har hovedansvar for kurative tjenester. Hovedansvar for sykehjem/geriatri/rehabilitering ivaretas av kommunal fysioterapeut. Hovedansvar for barn og oppfølging på helsestasjon/skole ivaretas av kommunal fysioterapeut som også er leder for avdelingen Ergo-, fysioterapi og folkehelse. Oppgaver som ivaretas av fysioterapitjenesten, er undersøkelse, vurdering og behandling individuelt og i grupper. Hjemmebehandling gis til de pasientene som ikke er i stand til å komme seg til fysioterapiavdelingen. Kurativ behandling inkluderer også de som oppholder seg midlertidig i kommunen, eks. soldater og befal i Forsvaret eller flyktninger og asylsøkere. Det merkes økt pågang fra Forsvaret som ikke lenger har egen fysioterapeut. Fysioterapitjenesten følger også opp med veiledning av annet fagpersonell, samarbeid med pårørende og tverrfaglig samarbeid.

Tabell 4 viser at Bardu kommune har en dårligere dekningsgrad enn sammenlignbare kommuner i KOSTRA-gruppe 3 og landsgjennomsnittet når det gjelder fysioterapiårsverk og årsverk av ergoterapeuter.

Tabell 4 Dekningsgrad fysioterapiårsverk og ergoterapiårsverk i Bardu, KOSTRAgruppe 3 og landsgjennomsnittet utenom Oslo. 2016. Kilde. KOSTRA

	Bardu	KOSTRA-gruppe 3	Landsgjennomsnittet utenom Oslo
Fysioterapiårsverk per 10 000 innbyggere, kommunehelsetjenesten	7,5	10,5	9,2
Årsverk av ergoterapeuter pr. 10 000 innbyggere (khelse+plo)	2,5	4	3,9

Hjelpemidler

Hjelpemiddelkonsulent har ansvar for mottak/utlevering/montering, samt innhenting/innlevering av hjelpemidler tilhørende NAV hjelpemiddelcentral. Hjelpemiddelkonsulent har også ansvar for kartlegging/vurdering samt utlevering/montering/innhenting av hjelpemidler ved behov for korttidslån fra kommunalt hjelpemiddellager. Videre har hjelpemiddelkonsulent ansvar for vedlikehold

og enkle reparasjoner av hjelpemidler. Hjelpemiddelkonsulent har hovedansvar for søknad og oppfølging av syn- og hørselshjelpemidler, men søker også på andre hjelpemidler. Hjelpemiddelkonsulent har ansvar for trygghetsalarmer og montering av nøkkelbokser. Da det kun er én person som er ansatt i denne stillingen, er det mye press på personen.

Folkehelse

Selv om folkehelse i Bardu kommune i organisasjonskartet er plassert i enhet for helse og omsorg, så er folkehelse som tidligere nevnt noe som angår hele kommunen.

I Bardu kommune er det ansatt en folkehelsekoordinator i 100 % stilling, som også har ansvar for Frisklivssentralen. Stillingen er delt halvt om halvt, der Frisklivssentralen per dags dato har kontor og ulike treningsfasiliteter i Barduhallen.

I regi av Frisklivssentralen veiledes det innen fysisk aktivitet, kosthold, tobakk og søvn, med både gruppebaserte og individuelle tilbud. Folkehelsekoordinator jobber helsefremmende og primærforebyggende mot hele befolkningen, og er i tillegg arrangør av Fylkeslekene for psykisk utviklingshemmede. Flere frivillige lag og foreninger er i dag delaktig i kommunens folkehelsearbeid med ulike lavterskeltilbud. I tillegg er folkehelsekoordinator med i flere interkommunale samarbeid knyttet til folkehelsearbeid i regi av Midt-Troms Friluftsråd og LØKTA (se nærmere beskrivelse under interkommunalt samarbeid).

3.1.5 Legetjenester

Legetjenesten er i dag organisert i ett helsesenter med 6 legekontorer for fastleger, 1 kontor for turnuslege og 1 kontor for medisinstudent. Det er 6 fastlegeavtaler som er kombinert med en kommunal legestilling på 40 % for hver av legene for dekning av alle kommunale legeoppgaver, inklusive tjenester til sykehjem og hjemmesykepleie, helsestasjon og skolehelsetjeneste, asylmottak, kommunale akutte døgnplasser (KAD), avdelingslederfunksjon, kommuneoverlegestilling og smittevern, samt veiledningsfunksjon overfor turnuslege og vikarleger. Det er registrert et stadig økende behov for legetjenester til sykehjemmet som etter samhandlingsreformen har fått økende og endrede arbeidsoppgaver som også gir betydelige faglige utfordringer.

De kurative tjenester utgjør 60 % stilling for hver av legene, dvs. 3,6 stillingshemler. Legetjenesten beskrives i dag som god, og den kurative legetjenesten er kombinert med individuelt forebyggende arbeid. Legedekningen har i mange år vært stabil og god, men det siste året har en opplevd problemer med å få søkere til fastlegestillinger og vikariater, slik at en har måttet bruke vikarbyrå. Helseprofilen for Bardu («Folkehelseoversikten») viser flere utfordringer også blant ungdommer, og det er en økning innen psyko-sosiale problemstillinger og muskel-/skjelettplager. Det er reist spørsmål om endrede behov for legetjenester til Forsvaret hvor en har sett tendens til nedbygging av helse-tjenester.

Kommuneoverlege ivaretar de samfunnsmedisinske oppgaver ut fra helse- og omsorgstjenestelov, folkehelselov og smittevernlov, og det innbefatter miljørettet helsevern med tilsynsoppgaver, psykisk helsevern og helsemessig beredskap. Arbeidsoppgavene inkluderer også medisinskfaglig rådgivning, kommunens utviklings- og planarbeid, tverrsektorielt folkehelsearbeid, medisinskfaglig samhandling med samarbeidskommuner og eksterne institusjoner samt deltakelse i råd og utvalg som kommunen finner ønskelig. Kommuneoverlegen er medisinskfaglig rådgiver for den interkommunale legevakten og inngår også i kommunens kriseledelse.

Dersom en tar utgangspunkt i antall legeårsverk i Bardu kommune, så er legedekningen i kommunen god sammenlignet med KOSTRA-gruppe 3 og landsgjennomsnittet utenom Oslo. Legeårsverk per 10 000 innbyggere i Bardu kommune er 16,9. Tilsvarende tall for KOSTRA-gruppe 3 er 14,3 og for landsgjennomsnittet utenom Oslo 10,7. Det kan imidlertid være noe variasjon i hvordan kommunene rapporterer inn legeårsverk, og for Bardu sin del har legene også andre definerte kommunale oppgaver i tillegg til de kurative tjenestene.



Bilde 2 Lege og pasient. Kilde: Istockfoto

3.1.6 Kreftomsorg

I Norge var det 32 827 nye krefttilfeller i 2016. Det diagnostiseres tre ganger så mange tilfeller nå sammenlignet med for 50 år siden, og det er flere menn enn kvinner som får kreft. Innen 2020 forventes det rundt 38 000 nye krefttilfeller per år ifølge kreftregisteret.

Selv om flere og flere får kreft, er det stadig flere som blir helt friske. Det at flere blir friske av kreft, og at de som har kreft lever lenger med sin sykdom, betyr at antallet «kreftoverlevende» har økt kraftig. Ved utgangen av 2016 var det 262 884 mennesker i Norge som har hatt kreft, eller som lever med sin kreftsykdom.

Bardu kommune har en 50 % fast kreftsykepleierstilling. Kreftsykepleierens oppgaver er oppfølging av kreftsyke og pårørende ved alle de behov de har, samt administrering av cytostatika behandling lokalt. Med støtte fra Kreftforeningen har kommunen også en kreftkoordinator i 20 % stilling ut 2018. Kreftkoordinatoren har ansvaret for å koordinere tjenester til kreftpasienter og pårørende i hjem og sykehjem.

Kreftsykepleieren/-koordinatoren samarbeider med primær- og sekundærhelsetjenesten, pleie- og omsorgstjenesten, helsestasjon, NAV og de etater som det er nødvendig å ha et samarbeid med, for den kreftrammede og dens familie.

3.1.7 Helsestasjon

Helsestasjonstjenesten skal i hovedsak jobbe forebyggende og helsefremmende mot barn og unge 0–20 år. Helsestasjonen har 5 årsverk; 3 helsesøstre (hvorav en er konstituert helsesøster – nå under utdanning), 1 jordmor og 1 miljøterapeut; forebyggende helsearbeid blant barn og unge 0–20 år. Helsestasjonstjenesten yter tjenester til familier med barn 0–20 år. Dette er fordelt på helsestasjon 0–5 år, skolehelsetjenesten, HFU (helsestasjon for ungdom 13–25 år), helsetjenester til asylanter, flyktninger og familiegjennforente, jordmortjenesten (barselomsorg), miljørettet helsevern og vaksinerings/reisevaksineringsprogrammet (utenom barnevaksinasjonsprogrammet). Helsestasjonstjenesten er et lavterskeltilbud, og det er gratis.

Helsestasjon 0–5 år

Helsestasjonen 0–5 år gjennomfører helsestasjonsprogrammet med anbefalte konsultasjoner inkl. hjemmebesøk, og til sammen er det 14 konsultasjoner på ulike alderstrinn (0–5 år). Lege og fysioterapeut deltar i henhold til bestemt plan og ved behov. Helsestasjonen driver også med veiledning av foreldre og barnevaksinasjonsprogrammet (også tilpasset for barn fra andre land), og helsestasjonen deltar i ansvarsgrupper og utarbeidelse av IP (individuell plan) for barn med spesielle behov. Helsestasjonslegen er på helsestasjonen 1 formiddag per uke.

Skolehelsetjenesten

Skolehelsetjenesten følger barn i skolealder, som starter med skolestartkonsultasjon i 1. klasse. Videre følges skoleelevene opp med barnevaksinasjonsprogrammet, screening vekt/lengde m/evnt oppfølging i 3. og 8. klasse, helsesamtale i 8. klasse, pubertetsundervisning, seksualundervisning, samtaler med enkeltelever, undervisning/samtaler i grupper etter behov og undervisning i psykologisk førstehjelp 5. og 8. klasse. Det gjennomføres også veiledning av foreldre, og helsestasjonen deltar i ansvarsgrupper og utarbeidelse av IP (individuell plan) for barn med spesielle behov.

Skolehelsetjenesten har kontortid på skolen med drop-in 1–2 ganger i uka.

HFU (helsestasjon for ungdom)

Helsestasjon for ungdom er for ungdom i alderen 13–25 år. Her kan ungdom få råd og veiledning blant annet når det gjelder fysiske, psykiske og sosiale problem, seksualitet, testing og behandling for seksuelt overførbare sykdommer og prevensjon. Ungdommene kan møte jordmor, helsesøster og lege ved behov.

Helsetjenester til asylanter, flyktninger og familiegjennforente

Det gjennomføres en helsesamtale (kartlegging fysisk og psykisk helse) med alle nyankomne asylanter, flyktninger og familiegjennforente, oppfølging av ulike problemstillinger, støttesamtaler, tuberkulosekontroll og vaksineringsprogram etter anbefalt program. Helsestasjonen har et tett samarbeid med mottaket, flyktingetjenesten og legene som har ansvar for denne gruppen brukere. 40 prosent av stillingen til en av legene er definert som lege for flyktninger.

Jordmortjenesten (barselomsorgen)

Jordmor jobber 100 % stilling, hvorav 40 % er jordmorberedskap med følgetjeneste. Dette er et interkommunalt samarbeid med Målselv kommune. De øvrige 60 % er fordelt mellom svangerskap- og barselomsorg, og 10 % er HFU-arbeid (hver onsdag 14-17).

Miljøterapeut – forebyggende og helsefremmende arbeid blant barn og unge

Miljøterapeut har samtaler med barn og unge 0–20 år om ulike problemstillinger, undervisning/veiledning i grupper (barn/ungdom/flyktninger) om ulike tema og miljørettede tiltak til barn og ungdom på skole og fritid. Miljøterapeut har kontordager på skoler og er også ute i miljøet i friminutt og lignende.

Miljørettede tiltak

Helsesøster går tilsyn sammen med kommunelegen hos barnehager, skoler, campingplasser, idrettshall, asylmottak og så videre. Smittevernarbeid gjøres sammen med legen ved behov.

Tabell 5 viser at dersom en tar utgangspunkt i antall barn i alderen 0–5 år i Bardu, så har kommune en helsesøsterdekning omtrent på nivå med KOSTRA-gruppa og landsgjennomsnittet utenom Oslo. Med utgangspunkt i antall fødte har Bardu kommune god dekning på jordmor og ligger høyere enn både KOSTRA-gruppe 2 og landsgjennomsnittet utenom Oslo. 40 % av stillingen til jordmor utgjør imidlertid jordmorbukt, så KOSTRA-tallene er noe misvisende.

Det er viktig å presisere at tallene for helsesøster ikke tar opp i seg oppgaver knyttet til eldre barn som skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Å konkludere med at helsestasjonen har nok bemanning ut fra denne tabellen vil derfor være misvisende.

Tabell 5 Dekningsgrad helsesøster og jordmor i Bardu, KOSTRA-gruppe 3 og landsgjennomsnittet utenom Oslo. 2016. Kilde: KOSTRA

Forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste	Bardu	KOSTRA-gruppe 3	Landsgjennomsnittet utenom Oslo
Årsverk av helsesøstre pr. 10 000 innbyggere 0–5 år.	74,6	76,7	73,1
Årsverk av jordmødre pr. 10 000 fødte. Funksjon 232	222,2	173,9	66

3.1.8 Interkommunalt samarbeid helse og omsorg

Bardu kommune har interkommunalt samarbeid på noen områder innenfor helse- og omsorgstjenesten. Dette er legevakt, jordmorbukt og fagsamarbeid gjennom LØKTA. Jordmorbukt er beskrevet under delkapittel 3.1.7 om helsestasjon.

Interkommunal legevakt

Legevakten er organisert som et interkommunalt samarbeid mellom 5 kommuner i regionen. Disse består av Målselv, Bardu, Salangen, Lavangen og Ibestad. Legevakten har døgnåpen legevaktssentral, og åpen legevakt fra kl. 15.45 (kl. 15.00 sommertid) til kl. 08.00 neste dag. I helgene er det døgnåpen legevakt. Legevakten har også to KAD-senger (kommunale akutte døgnplasser). Det er nå fremmet forslag om opprettelse av en deltidsstilling som legevaktoverlege.

Den interkommunale legevakten er lokalisert til Bardu helsesenter.

LØKTA – interkommunalt kvalitetsutviklingsenhet for helse- og omsorgstjenesten i Midt-Troms

LØKTA er en interkommunalt kvalitetsutviklingsenhet for helse- og omsorgstjenesten som eies av regionrådet i Midt-Troms. Enheten skal også være et redskap og en støttespiller i planlegging og utføring av kvalitetsutviklingsarbeid på helse- og sosialområdet for følgende målgrupper:

- Den enkelte kommune i Midt-Troms, herunder helse- og omsorgsrelaterte virksomheter og resultatenheter, helse- og sosialadministrasjon, politisk og administrativ ledelse
- Helse- og omsorgspersonell i Midt-Troms som arbeider i eller på oppdrag fra den kommunale helse- og sosialtjenesten eller i den desentraliserte spesialisthelsetjenesten
- Pasienter og tjenestemottakere av helse- og sosialtjenester i Midt-Troms samt pårørende og brukerorganisasjoner.

Det samarbeides på følgende områder:

- Lindrende behandling
- Geriatrinettverk
- Saksbehandling og dokumentasjon
- Psykisk helse
- Psykisk utviklingshemming
- Frisklivssentraler

I tillegg har LØKTA andre prosjekter ettersom det passer. De har blant annet tatt et ansvar i indre Troms for gjennomføring av ABC-utdanninger, som eldreomsorgens ABC, demsensABC og så videre.

3.2 Ressursbruk helse og omsorg

Bardu har et inntektsnivå (målt som korrigerede frie inntekter) som lå 20 prosent over landsgjennomsnittet i 2016. Bardu fikk beregnet et samlet utgiftsbehov i inntektssystemet på ca. 5 prosent over landsgjennomsnittet i 2016. På pleie og omsorg fikk kommunen beregnet et utgiftsbehov tilsvarende om lag 11 prosent *over* landsgjennomsnittet i 2016, og på kommunehelse fikk kommunen beregnet et utgiftsbehov tilsvarende om lag 17 prosent *over* landsgjennomsnittet i 2016.¹⁰ De økonomiske rammebetingelsene vil naturligvis være styrende for det tjenestetilbudet kommunen kan levere til innbyggerne.

Tabell 6 nedenfor viser sentrale økonomiske nøkkeltall for pleie- og omsorgstjenesten, samt helse-tjenesten i Bardu kommune i perioden 2014–2016, sammenlignet med KOSTRA-gruppe 3 og hele landet utenom Oslo i 2016. Vi har ikke vist kostnader til legetjenesten (diagnose, behandling og rehabilitering) siden det er mistanke om feilrapportering i 2016, og det vil dermed gi et feil bilde.

¹⁰ I vedlegg er det vist dokumentasjon av utvikling i delkostnadsindekser og utgiftsutjevningstilskudd/trekk i inntektssystemet fra 2015 til 2017. I 2017 er behovet på pleie og omsorg også antatt å ligge rundt 11 prosent over landsgjennomsnittet, og tilsvarende 18 prosent over på kommunehelse.

Bardu har høyere kostnader til pleie- og omsorgstjenesten pr innbygger enn landsgjennomsnittet, men noe lavere enn sammenlignbare kommuner i 2016.¹¹ Enhetskostnaden per mottaker av hjemmetjenester er lavere enn landsgjennomsnittet og sammenlignbare kommuner, mens enhetskostnaden per institusjonsplass er høyere enn landsgjennomsnittet og sammenlignbare kommuner.

Tabell 6 Kjennetegn ved pleie- og omsorgstilbudet i Bardu. Økonomi. Kilde: KOSTRA¹²

	Bardu kommune			KOSTRA- gruppe 3	Landet utenom Oslo
	2014	2015	2016	2016	2016
Netto driftsutgifter pr. innbygger, pleie og omsorg	21 900	21 175	19 412	22 154	16 978
Enhetskostnad pr. mottaker av hjemmetjenester	158 583	199 836	208 532	221 244	247 605
Enhetskostnad institusjon, pr. kommunal plass	1 380 472	1 104 000	1 255 976	1 150 414	1 101 656
Netto driftsutgifter pr. innbygger, kommunehelsetjenesten	4230	4551	4349	4155	2545
Netto driftsutgifter til forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste pr. innbygger 0-20 år	2194	2596	2552	2314	2352
Netto driftsutgifter til forebyggende arbeid, helse pr. innbygger	354	166	106	179	179

¹¹ I vedlegg er det vist andel av totale netto driftsutgifter på ulike tjenesteområder. Andel av totale netto driftsutgifter på pleie og omsorg utgjorde for Bardu 29,3 prosent i 2016. Til sammenligning utgjorde andelen for landsgjennomsnittet og kommunegruppe 3 hhv. 30,1 prosent og 33,0 prosent.

¹² I disse tallene er det ikke korrigeret for forskjeller i utgiftsbehov mellom kommunene, men det vil vi gjøre senere i rapporten for på den måten å sammenligne mer reelt.

4. utfordringer og tiltak

Når det videre i planen sees på utfordringer og tiltak, så velger vi først å se tilbake på utfordringene fra den kommunale planstrategien. For helse og omsorg ble det pekt på at det er en utfordring å ikke gjøre mer av det samme, men tørre å tenke nytt. Konkret ble følgende nevnt:

- Fra institusjon til hjemmebasert omsorg
- Velferdsteknologi
- Styrke fokus på forebygging og rehabilitering

Disse henger sammen med utviklingstrekkene vi ser i Bardu kommune, og nesten samtlige andre norske kommuner. Fra 2020, men også tidligere for noen kommuner, øker spesielt antall eldre i aldersgruppen 80–89 år. For Bardu kommune vil en fra 2017 til 2030 få en økning på 80 prosent i denne gruppen (fra 144 i 2017 til 261 i 2030). For å møte dette er det lagt opp til en nasjonal helse- og omsorgspolitikkk hvor flere og mer komplekse oppgaver overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Dette krever bedre kapasitet, kompetanse og annen type utstyr enn en har vært vant til. Det vil øke presset på demensomsorgen og på behovet for heldøgns pleie og omsorgstjenester. For å møte dette legger en opp til en politikk hvor det bygges ut tilpassede boliger (ikke bare sykehjemsplasser), det introduseres og prøves ut velferdsteknologi og man satser på hjemmetjenester slik at innbyggerne kan bo lengst mulig i eget hjem.

Dette krever også god kompetanse. Gjennom arbeidet med planen har det kommet flere tilbakemeldinger på at det er god kompetanse på mange områder i Bardu kommune, men at kapasiteten ikke er god nok til å rekke over alt en kunne ønske seg. Bemanningen på flere av tjenesteområdene er også stabil, og sykefraværet er lavt sammenlignet med andre kommuner. Kontinuitet og stabilitet er svært viktig for kvaliteten i tjenestene.

Bardu kommune har over flere år, og særlig etter samhandlingsreformen, erfart at oppgavene som forventes løst i kommunen, er flere og mere komplekse. Dersom kommunen skal opprettholde tilstrekkelig kapasitet, må det også gjelde styrking av personellressurser på lik linje med økt kapasitet på heldøgns omsorgsplasser. Noe av kapasitetsøkningen på personellsiden kan møtes med en dreining av tjenesten til mer forebygging, rehabilitering og innføring av velferdsteknologi.

I diskusjonene om framtidens eldreomsorg blir det fort fokus på hvor mange flere eldre det blir, og hvor krevende det blir å bygge ut tjenestene i tråd med dette. Men kommende generasjoner eldre vil ha bedre økonomi, de lever lenger med bedre funksjonsevne, og de har mer utdanning og bedre kunnskaper (Hatland og Slagsvold 2011). Hatland og Slagsvold viser også til at de blir mer forskjellige fra i dag, som større etnisk mangfold, mer varierte familieformer og ventelig større økonomiske forskjeller.

Forskning viser at eldre som har høyere utdanning har sterkere tillit til egen mestring av livets utfordringer (Slagsvold og Solem 2005). De er videre mer likestillingsorientert og deler på oppgaver. De har bedre mental helse og bedre helsevaner. Flere mestrer informasjonsteknologi, og de deltar mer i frivillig arbeid. Også i Bardu ser vi at friske eldre er en betydelig ressurs i frivillig arbeid.

Folkehelseprofilen til Bardu viser at det er en høyere andel med muskel- og skjelettsykdommer enn i landet som helhet. Dette kan settes inn i en sammenheng hvor den store utfordringen tidligere var infeksjonssykdom, mens i dagens samfunn er det i større grad livsstilssykdommer. Dette krever

større fokus på forebygging for å unngå at befolkningen blir syke, og tidlig innsats for å forsinke utviklingen dersom sykdommen inntreffer.

En annen nasjonal trend er økning i rus og psykiske lidelser. I Bardu kommune er ikke dette så utbredt som i mange andre kommuner, men de brukerne som har behov for det, må få et godt tilbud. Dette krever ressurser og kompetanse. En nasjonal trend er dessuten stadig nye brukergrupper, spesielt vekst i yngre brukere med nedsatt funksjonsevne av både helsemessige og sosiale årsaker.

I arbeidet med helse- og omsorgsplanen har det kommet fram at den overordna organiseringen av helse- og omsorgstjenesten i Bardu kommune, som vist i delkapittel 3.1, fungerer bra.¹³ Enheten ledes av en enhetsleder, og videre er det inndelt i avdelinger. Det er ikke foreslått store endringer på organisering i denne planen. Organisering av tjenestetilbudet vil imidlertid alltid ha et fokus der en til enhver tid må vurdere mer hensiktsmessige måter å organisere tjenesten på.

Når vi videre ser nærmere på utfordringer og tiltak, har vi valgt å dele det inn i de tre hovedutfordringene fra kommunens planstrategi. I tillegg har vi samlet andre tiltak i delkapittel 4.4.



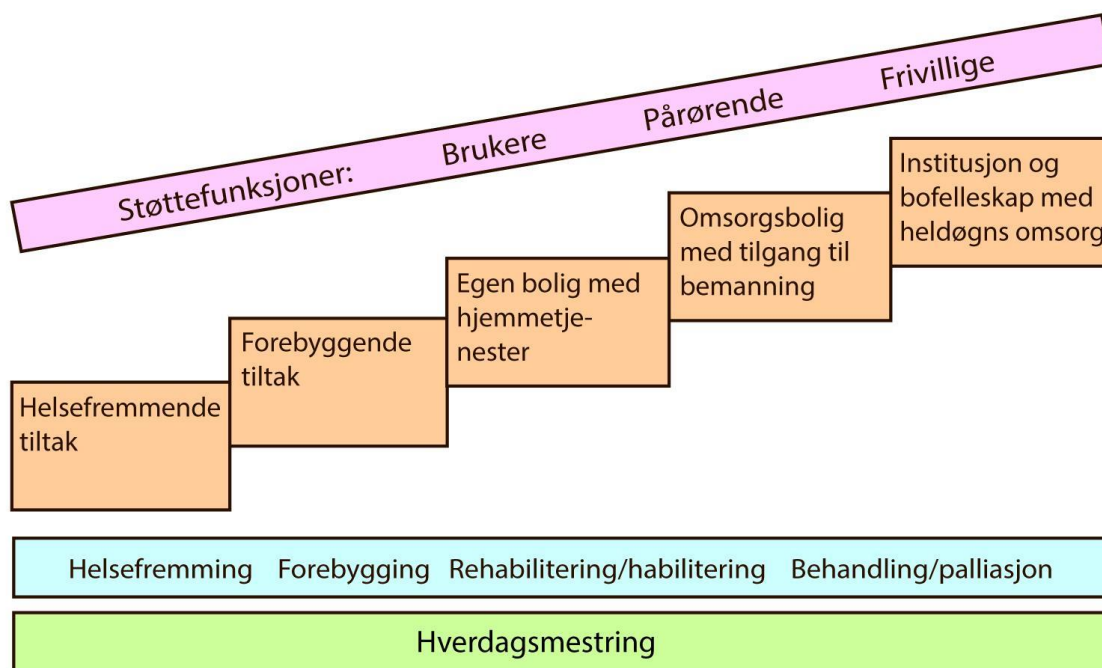
Bilde 3 Eldre hender. Kilde: Istockfoto

4.1 Fra institusjon til hjemmebasert omsorg

For å møte økningen i antall eldre har den nasjonale helse- og omsorgspolitikken lagt opp til en politikk hvor en i større grad bygger opp hjemmebaserte tjenester slik at innbyggerne kan bo lengst

¹³ Dette var også konklusjonen i Telemarksforskings gjennomgang av pleie- og omsorgstjenestene i Bardu kommune i 2015 (Lie et. al 2015)

mulig i eget hjem. Det er etablert en praksis i kommunene for å tenke tjenestetilbud etter det såkalte BEON-prinsippet (Beste Effektive OmsorgsNivå).¹⁴ Av BEON-prinsippet følger tanken om å organisere og utvikle tjenestetilbudet etter omsorgstrappen der det antas at brukere med høy egen mestringsevne tilbys tjenester lavest i omsorgstrappen, og at brukeren vil ledes oppover i omsorgstrappen etter hvert som mestringsnivået avtar pga. alder eller økt funksjonshemming. Under følger en figur av omsorgstrappen illustrert av Frøya kommune.¹⁵



Figur 11 Illustrasjon av omsorgstrappa. Kilde: Frøya kommune

Helsefremmende og forebyggende tiltak av ulike slag er det mest effektive på et tidlig stadium av omsorgsbehovet. Dette kan være informasjon/rådgivning men også ambulerende service (vaktmester, mat, mv.) og trygghetsalarm.

For mer permanente omsorgstjenester kan en legge til grunn praktisk bistand, dagsentre, arbeids- og aktivitetstilbud for funksjonshemmede, bofelleskap for funksjonshemmede og heldøgnsbemannede boliger. I første omgang i egen bolig med bruk av hjemmetjenester, senere i omsorgsbolig med tilgang på bemanning.

Det øverste trinnet i omsorgstrappa er institusjonsbaserte tjenester, herunder sykehjemsplasser.

Kommunen har ikke omsorgsboliger med heldøgnsbemanning, men de har omsorgsboliger som betjenes av hjemmetjenesten og hvor det også kan være tilknyttet trygghetsalarm. Det er behov for å dreie tjenesten i Bardu kommune fra fokus på sykehjemsplasser til større fokus på hjemmebaserte tjenester, forebygging og rehabilitering.

Kostnadmessig kan det være en utfordring i en overgangsperiode å dreie fokuset i en tjeneste, og en vil måtte regne med «pukkelkostnad» i en overgangsfase. Eksempelvis må de beboerne som bor

¹⁴ <https://www.telemarksforskning.no/publikasjoner/filer/2188.pdf>

¹⁵ <https://www.froya.kommune.no/tjenester/helse-og-omsorg/prosjekt-morgendagens-omsorg/>

på sykehjemmet, fortsatt bo der, arbeidet må fokusere på å forebygge at nye kommer inn for tidlig. Det skal tilstrebes at en slik periode med ekstra kostnader blir kortest mulig. Finansiering kan også skje ved at en utnytter forbigående ledig kapasitet i tjenesten til å endre fokus.

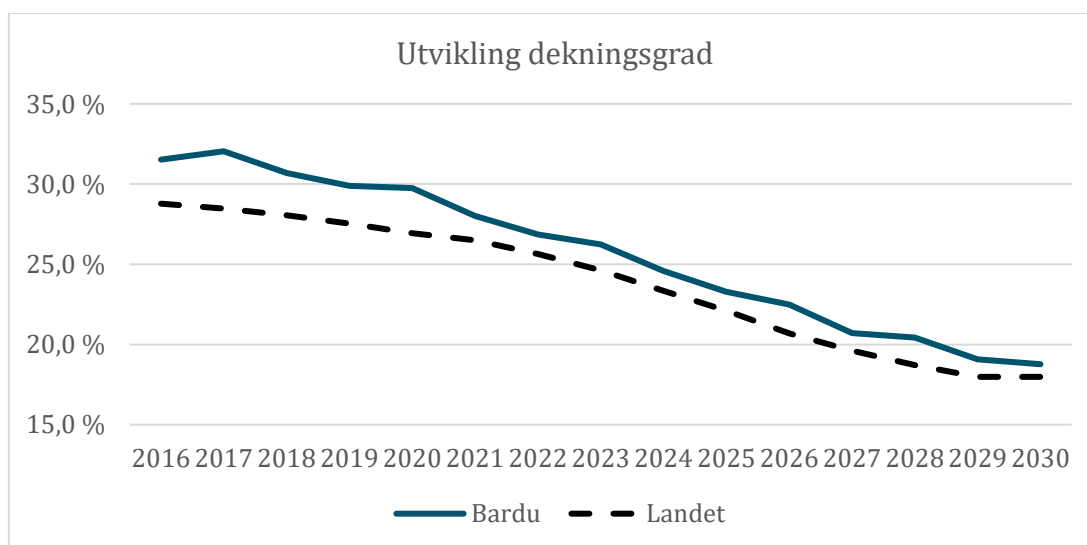
En av fordelene med omsorgsbolig er at bemanningen kan graderes ut fra vurdert pleiebehov hos beboerne, og dermed enklere tilpasses svingninger i behovene. Dette vil også kunne bidra til et mer gunstig resultat økonomiske sett.

I det videre har vi beskrevet tiltak knyttet til heldøgns omsorgsplasser, aktivitetstilbud og hverdagsrehabilitering.

4.1.1 Heldøgns omsorgsplasser

Bardu kommune hadde per 2016 en dekningsgrad samlet på institusjon og heldøgnsbemannede boliger som er høyere enn landsgjennomsnittet (31,5 % prosent i Bardu mot 28,8 % på landsnittet). Dekningsgraden på institusjon er 22,3 % i Bardu mot 18,3 % på landsnittet. Disse tallene viser at Bardu har god sykehjemsdekning. Samtidig vil behovet kunne svinge raskt, og det er uforutsigbart.

Dersom vi tar utgangspunkt i befolkningsframskrivingene ovenfor og dagens tilbud av omsorgsplasser, vil utviklingen i dekningsgrad se slik ut for Bardu og landsgjennomsnittet fram til 2030:



Figur 12 Antall heldøgns omsorgsplasser i prosent av innbyggere over 80 år. 2016–2030. Bardu og landsgjennomsnittet. Kilde: SSB (alternativ «4M»).

I 2016 hadde kommunen 58 heldøgns omsorgsplasser, dvs. en dekningsgrad på 31,5 prosent. Figuren viser at antall heldøgns omsorgsplasser (institusjonsplasser) per innbygger over 80 år vil reduseres i årene framover. I 2030 vil dekningsgraden være på om lag 19 prosent, gitt dagens antall plasser.

Tabellen under viser (total-)behovet for heldøgns omsorgsplasser i Bardu i årene framover ved bruk av ulike dekningsgrader.

Tabell 7 Behov for heldøgns omsorgsplasser ved ulike dekningsgrader, Bardu. Kilde: SSB (alternativ «4M»)

	2016	2017	2018	2019	2020	2025	2030
Antall personer over 80 år	184	181	189	194	195	249	309
Dekningsgrad 31,5 pst. (antall plasser)	58	57	60	61	61	78	97
Dekningsgrad 28,8 pst. (antall plasser)	53	52	54	56	56	72	89

Prognosene viser at befolkningsutviklingen de neste årene vil innebære et økt behov for heldøgns omsorgsplasser – gitt en videreføring av dagens dekningsgrad. I årene framover vil dekningsgraden reduseres gitt dagens antall plasser. En dekningsgrad på 31,5 tilsvarer hhv. 78 plasser i 2025 og 97 plasser i 2030. Dersom man legger til grunn en dekningsgrad på 28,8, dvs. tilsvarende dagens nivå for landsgjennomsnittet, vil totalbehovet utgjøre hhv. 72 plasser i 2025 og 89 plasser i 2030.

Tiltak heldøgns omsorgsplasser:

- Dekningsgraden for heldøgns omsorgsplasser skal tilstrebes å være på nivå med dagens landsgjennomsnitt, det vil si ca. 28 prosent. Dette betyr at behovet for vekst i antall heldøgns omsorgsplasser i først omgang vil være ca. 10–15 fram mot 2025, og ytterligere vekst på ca. 15 fram mot 2030.
- Netto vekst i antall heldøgns omsorgsplasser skal komme gjennom bygging av omsorgsboliger med mulighet for heldøgnsbemanning. Antall sykehjemsplasser skal ikke økes.
- Det skal bygges smartboliger for å sikre veksten i antall omsorgsboliger. Disse skal utformes på en slik måte at de senere kan omdefineres til sykehjemsplasser (blant annet ved å sikre nødvendig fellesareal til vaktrom, medisinrom, skyllerom oppholdsrom osv.), samt at det skal legges til rette for velferdsteknologiske løsninger. Det er viktig å se fremtidig behov for behandling, pleie og botilbud i sammenheng. Det vil være hensiktsmessig å legge disse boligene nært opp mot sykehjemmet. Det kan være aktuelt å sanere dagens trygdeboliger og frigi plass til bygging av smartboliger på denne tomta.
- Bardu kommune skal ha tilgjengelig ulike typer omsorgsboliger (med eller uten heldøgnsbemanning) som passer til ulike brukergrupper som psykisk utviklingshemmede, unge funksjonshemmede, avlastning barn og bruker med rus og/eller psykiske utfordringer.
- Videreføre en integrert tjeneste med sykehjem og hjemmetjenester for å sikre et helhetlig helse- og omsorgstilbud rundt brukeren.
- Vedtak om tildeling av sykehjemsplasser, omsorgsbolig og andre tiltak gjøres ved hjelp av drøftinger og vedtak i koordinerende enhet. Det er mål om å etablere en felles ressurs for saksbehandling.

4.1.2 Hjemmetjenesten

Hjemmetjenesten i Bardu kommune består av hjemmehjelpstjenesten (praktisk bistand) og hjemmesykepleie. Tjenester innbyggerne kan søke om, er hjemmesykepleie, praktisk bistand – opplæring og/eller hjelp til daglige gjøremål, trygghetsalarm og matombringing.

Hjemmesykepleie er for de som trenger behandling, pleie og omsorg for å kunne mestre å bo i eget hjem så lenge som mulig. Helsetjenesten skal bidra til at brukeren får ivaretatt sine grunnleggende behov for mat, hygiene, søvn, sosiale behov og aktivitet. En utfordring er at kapasiteten i tjenesten gjør at en i liten grad har mulighet til å gjennomføre rene tilsyn hjemme hos brukerne. Det gjør at

en i mindre grad har tid til å oppdage utfordringer tidlig, og den sosiale dimensjonen i tjenesten har blitt svekket.

Praktisk bistand og opplæring i hjemmet er tilbud til brukeren som skal motivere til egenomsorg og sette brukeren i stand til å meste dagliglivets gjøremål. Slik bistand utføres også når brukeren selv ikke er i stand til å utføre praktiske oppgaver. Slike oppgaver kan være rengjøring, matlaging, personlig hygiene, hjelp til å gå på toalettet og påkledning.

Tiltak hjemmetjenesten:

- Bygge ut kapasiteten i hjemmetjenesten i takt med befolkningsutviklingen.
- Etablere et system for systematisk veiledning av pårørende med bakgrunn i pårørendeveilederen fra helsedirektoratet.¹⁶
- Flere langtidsplasser på sykehjemmet skal på sikt omgjøres til korttidsplasser. Dette for å sikre at hjemmeboende eldre i større grad kan få avlastning/rehabilitering ved behov, og dermed kan være hjemmeboende lenger.

4.1.3 Aktivitetstilbud for eldre

Bardu kommune har vært med i et forskningsprosjekt hvor innbyggere ble spurt om hva som skal til for at de skal holde seg friske i eldre år. Oppsummert var det tre hovedtema som var viktig:

- Fysisk aktivitet
- Egna bolig
- Sosial arena

Gjennom arbeidet med helse- og omsorgsplanen har det kommet fram et klart ønske om et aktivitetssenter for eldre. En opplever i dag at flere frivillige lag og organisasjoner tar ansvar for aktiviteter, men at tilbudet blir «litt her» og «litt der». For eksempel har Bardu pensjonistforening eldre-kafé hver fredag, og Bardu Røde Kors har aktiviteter for beboerne på Barduheimen og besøkstjeneste.

Det er etablert en frivillighetssentral i Bardu kommune med ett årsverk. Frivillighetssentralen har ikke egne lokaler, men en ansatt som formidler frivillig aktivitet. I tillegg er frivillighetssentralen aktiv inn i mye som skjer i Bardu kommune. Frivillighetssentralen har en sentral rolle for å formidle hjelp til eldre, for eksempel til snømåking, bære inn ved og andre praktiske gjøremål. Det er ønskelig at frivillighetssentralen i større grad bidrar med koordinering av åpne arrangement for eldre.

Sosiale møteplasser er et viktig forebyggende tiltak hvis en skal satse på mer hjemmebaserte tjenester, og den frivillige omsorgen vil være viktig for helheten i helse- og omsorgstjenesten også i framtiden. Det er ønskelig at et aktivitetssenter i stor grad er brukerstyrt, men det vil være behov for en koordinering fra kommunens side.

Tiltak aktivitetstilbud for eldre:

- Det skal etableres et aktivitetssenter for eldre. I samarbeid med frivillige lag og organisasjoner og brukerrepresentanter utarbeides en modell for drift av aktivitetssenter for eldre

¹⁶ <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/paerørendeveileder>

hvor kommune, frivillige lag og organisasjoner og brukere gjør dette sammen. Blant annet skal det vurderes hvilken rolle frivillighetsentralen kan ha i et slikt senter. Modellen til Harstad kommune med ansatt husmor/husfar skal vurderes.

- I forbindelse med utbygging av omsorgsboliger bør man legge til rette for mer egna fellesarenaer som kan samlokalisere aktiviteter for eldre. Dette må inneholde kjøkken, samlingslokale og rom/verksted som egner seg til ulike aktiviteter.
- Utrede muligheten for transportordning for brukere av dagsenter i samarbeid med taxinæringen i Bardu kommune.
- Utrede muligheten for at Barduheimen, og eventuelle nye heldøgnsbemanna omsorgsboliger, kan sertifiseres som livsgledehem.¹⁷



Bilde 4 Gåstol. Kilde: Istockfoto

¹⁷ <http://livsgledeforeldre.no/vart-arbeid/sykehjem/>

4.1.4 (Hverdags)rehabilitering

For å sikre at innbyggerne får mulighet til å bo hjemme lengst mulig, er rehabilitering en naturlig del av helse- og omsorgstilbudet. Hverdagsrehabilitering er en metode. Hverdagsrehabiliteringen skal bevare, vedlikeholde og styrke brukerens funksjonsnivå og helse, og dermed utsette mer omfattende pleiebehov.¹⁸ Hverdagsrehabilitering representerer en ny måte å tenke «omsorg» på. I stedet for å tilby brukere med funksjonssvikt kompenserende og passiviserende tiltak, vil de få et skreddersydd rehabiliteringstilbud med mål om bedre mestring av dagligdagse gjøremål. Et tverrfaglig team veileder og tilrettelegger for aktiviteter som er satt ut fra brukerens egne ressurser. Spørsmålet som stilles er; hva er viktig å mestre selv? Hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå?

Bardu kommune har gjennomført et prosjekt med hverdagsrehabilitering. Kommunen har ansatte med god kompetanse, men det er behov for ytterligere opplæring av ansatte som skal arbeide med dette. Og en må sikre nok kapasitet, ikke minst i hjemmetjenesten og ergo- og fysioterapi, for å kunne gjennomføre hverdagsrehabilitering på en god måte.

Tiltak hverdagsrehabilitering:

- Innføre hverdagsrehabilitering som en naturlig del av helse- og omsorgstilbudet. Arbeidet skal baseres på erfaringer fra prøveprosjektet, samt bruke hjelpemidler som beregningsmodell som er utarbeidet i regi av KS.
- Øke kapasiteten til arbeid med rehabilitering og hverdagsrehabilitering slik at rehabiliteringsoppholdet blir mer intensivt.
- Øke kompetansen om rehabilitering og hverdagsrehabilitering blant ansatte på sykeheimen, samt i hjemmetjenesten.
- Etablere et eget team rundt hver pasient som følger opp pasienter underveis i oppholdet på korttidsavdelingen, og også i en gitt tid etter oppholdet. Hovedfokuset etter oppholdet er å motivere til å fortsette treningen hjemme.
- Utrede muligheten for tilrettelagte areal til rehabilitering ved Barduheimen.

Faktaboks

Hverdagsrehabilitering innebærer:

- at en starter med spørsmålet: "Hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå?"
- målrettet og intensivt fokus på hverdagsaktiviteter som personen selv tillegger betydning
- tidlig, tidsavgrenset innsats i persons hjem eller nærmiljø
- styrket involvering og samhandling mellom ergo- og fysioterapeuter og personell i hjemmetjenestene
- økt selvhulpenhet i daglige gjøremål, slik at personene fortsatt kan bo hjemme, være aktiv i eget liv og delta sosialt og i samfunnet
- et tenkesett om at personen selv styrer deltakelse og hverdagsmestring
- mulighet for inkludering av aktuelle nærpersoner, pårørende og frivillige

Kilde: Hanne Tuntland og Nils Erik Ness (red.) 2014. Hverdagsrehabilitering. Gyldendal norsk forlag, Oslo

4.1.5 Demensomsorgen

Bardu kommune har eget hukommelsesteam (demensteam), og avdeling Sentrum (Nordstua) med 10 plasser er avsatt til personer med demenssykdom. Denne delen av demensomsorgen fungerer bra, og videreføres.

¹⁸ <http://www.ks.no/hverdagsrehabilitering>

Tendensen er at antall personer med demenssykdom i Bardu kommune er økende. I de kommende år vil store barnekull etter krigen, samt økt levealder føre til ytterligere økning av antall personer med demenssykdom. Demenssykdom kan medføre store utfordringer for pasient og pårørende. Dette gjelder spesielt pasienter med manglende innsikt i egen situasjon, og/eller har personlighetsendring. Erfaring fra 2017 er økt antall pasienter i slik situasjon i kommunen som mottar hjemmetjeneste. Hjelpeapparatet må overfor disse pasientene bruke ekstra tid til tillitsskapende tiltak for å komme i posisjon for å gi nødvendig helsehjelp.

Det er behov for å se nærmere på dagtilbudet for personer med demenssykdom, som i dag er åpent 3 dager i uka. På grunn av små arealer er dagtilbudet avhengig av god kjemi mellom brukerne for at det skal fungere på en optimal måte. Og med økningen i antall eldre er det både behov for utvidelse av dagaktivitetstilbudet og mer tilpassa boliger.

Tiltak demensomsorgen:

- Videreføre ordningen med eget hukommelsesteam (demensteam) som samarbeider tett med hjemmetjeneste og legetjeneste.
- Videreføre ordningen med pårørendeskole årlig.
- Videreføre ordningen med aktivitetsvenn for personer med demenssykdom, som er et utarbeidet opplegg fra Nasjonalforeningen for folkehelse.
- Utrede behovet for økning og endring i dagtilbudet for personer med demenssykdom. Det er ønskelig å differensiere tilbudet mer mellom yngre og eldre brukere, samt utvide mulighetene for aktiviteter. Det kan være aktuelt å samarbeide med private aktører, som tilbydere av «Inn på tunet». Det er et mål om dagtilbud 5 dager i uka.
- Sørge for at hjemmeboende demente kan få avlastning når de og pårørende har behov for det.
- Opprette en arbeidsgruppe i Bardu kommune som jobber med Nasjonalforeningen for folkehelses kampanje om demensvennlig samfunn. Arbeidsgruppa skal holde kurs for ansatte i privat og offentlig servicenæring i kommunen.

4.1.6 Ernæring

Et godt mattilbud og et hyggelig måltidsmiljø bidrar til matglede, matlyst og trivsel. Det har vært viktig for Bardu kommune å beholde kjøkkenet i egen regi. Det sikrer at en har god kontroll på rett sammensetning av næringsstoffer i maten, samt at det er positivt for bomiljøet når en kjenner matlukt i gangene på sykehjemmet. Med en økende andel av eldre med demens, flere eldre med annen kulturell bakgrunn, behandlingsferdige fra sykehus med kompliserte sykdomsbilder, flere eldre som bor hjemme lengst mulig, vil vi i fremtiden ha utfordringer med å sikre riktig kosthold og ernæring.

Med fokus på god og riktig ernæring gjennom alle ledd i helse- og omsorgstjenesten, vil vi oppnå færre liggedøgn i spesialhelsetjenesten, bedre livskvalitet hos pasienten og økonomiske besparelser i medisinerbruk.

Avdelingen har i samarbeid med pleieavdelingene endret måltidsmønsteret med senere middag (15.30 – 16.00) og innført varm lunsj eller snitter kl. 12.00. Dette har utelukkende vært positivt for beboerne. Etter omleggingen har kjøkkenet merket stor nedgang i sukker og fett.

Tiltak ernæring:

- Fortsatt ha kjøkken i egen regi i kommunen, som lager mat til sykehjemmet og hjemmeboende som har behov for det.
- Opprette et tverrfaglig ernæringsteam bestående av personer fra kjøkken og avdeling.
- Styrke kompetanse innenfor kost og ernæring.
- Interkommunalt samarbeid innenfor kost og ernæring, med ansettelse av spesialkompetanse.



Bilde 5 Fotball av frukt og grønt. Kilde: Istockfoto

4.2 Velferdsteknologi

De fleste ønsker å klare seg selv og bo i egen bolig så lenge som mulig. For å klare det, kan det være nødvendig å tilrettelegge boligen og ta i bruk hjelpemidler og teknologiske løsninger. Ved å ta i bruk nye teknologiske løsninger, vil flere kunne bo hjemme og oppleve trygghet, selvstendighet og mestring.

Bruk av velferdsteknologi er ikke et mål i seg selv, men et virkemiddel for å realisere viktige verdier for brukerne og tjenestene. Utprøvingene som foregår nå har som mål å avdekke hvorvidt velferdsteknologiske løsninger kan bidra til:

- At flere kan meste eget liv – lengst mulig.
- At flere kan bo hjemme – tryggest mulig.
- At helse- og omsorgstjenestene får større fleksibilitet og kan bruke medarbeidere på de oppgavene der de trengs mest.

KS har en generell definisjon på velferdsteknologi: «Velferdsteknologi handler om teknologisk assistanse der velferd leveres gjennom teknologi som brukes av og understøtter brukeren, i samspill med kommune eller pårørende. Ulike typer teknologi kan understøtte og forsterke for eksempel trygghet, sikkerhet, daglige gjøremål og mobilitet i nærområdet». Velferdsteknologi kan videre deles inn i flere ulike underkategorier:

- Trygghetsskapende teknologi skal gjøre det tryggere å for eksempel bo hjemme lenger. Eksempler på dette kan være trygghetsalarm, falldetektorer og andre typer varslingssystemer og alarmer.
- Mestringsteknologi handler om at mennesker selv skal kunne mestre og håndtere hverdagen og egen helse. Dette kan blant annet være elektroniske medisindispensere, videokonferanse for helseoppfølging og trygghetsalarm med lokaliseringmulighet (GPS).
- Utrednings- og behandlingsteknologi er løsninger som gjør det mulig å tilby medisinsk utredning og behandling i hjemmet.
- Velværeteknologi bidrar til at mennesker kan bli mer bevisst på egen helsetilstand og livsstil.

Det har alt blitt iverksatt velferdsteknologiske tiltak i Bardu kommune. For tiden arbeides det med prosjektet «*Fremoverlent kommune*» (se nærmere beskrivelse nedenfor) som har som mål å blant annet fremme bruken av velferdsteknologiske tiltak innen helse og omsorg.

Per i dag har kommunen trygghetsalarm, epilepsialarm, komfyrvakt og mobil omsorg (Ipad og Feel data), og kommunen undersøker muligheter til å bruke elektronisk medisindispenser. I interkommunalt legevakt har det de siste to årene pågått et prosjekt om videokonsultasjon med legevaktlege og sykehjem/ambulansetjeneste. Dette er nå implementert i tjenestene. Hjemmetjenesten har også innført mobil omsorg. Dette fører til mindre spørsmål til sykehjemmet om å finne ut av ting med pasienten, bedre tid å føre i Profil og så videre.

Helsedirektoratet anbefaler at kommunene tar i bruk følgende løsninger:¹⁹

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

Helsedirektoratet anbefaler to modeller for responstjenester:

- Responssentertjeneste – et senter etter modell av «call center» slik mange av dagens profesjonelle aktører driver tjenesten

¹⁹ <https://helsedirektoratet.no/velferdsteknologi#digitale-trygghetsalarmer>

- Direkte responstjeneste – der varsler styres ved hjelp av teknologi direkte til andre definerede roller i helse- og omsorgstjenesten (hjemmetjenesten, sykehjem, pårørende).

Bruken av velferdsteknologi skaper noen etiske dilemmaer som det er viktig at kommunen har et bevisst forhold til. En god rettesnor kan dermed være å følge nasjonale anbefalinger for hvilken teknologi som skal innføres i kommunen. Videre er det viktig å sikre at organisasjonen og de ansatte følger med i den teknologiske utviklingen. Det er derfor viktig kommunen har fokus på opplæring av ansatte og brukere av velferdsteknologiske løsninger.

Smarthusteknologi er et vidt begrep som rommer flere velferdsteknologiske løsninger. Disse løsningene installeres i brukernes egne hjem, men kan også benyttes i for eksempel kommunale omsorgsboliger og institusjoner. Smarthusteknologi er teknologi som kan gjøre hjemmet tryggere, enklere og mer miljøvennlig. I dette ligger det blant annet styring av temperatur, lys, vinduer, åpne/løse dører osv. Det kan også innebære fallsensorer, elektronisk pilledispenser og videosamtaler. Slike løsninger vil gjøre det enklere for hjemmetjenesten, som da kan se om dører er låst og sjekke temperatur og dermed redusere behovet for å fysisk sjekke at alt er som det skal i boligen. Ved å legge til rette for slike løsninger, spesielt i brukernes eget hjem, vil dette være til hjelp for å nå målet om mer hjemmebaserte tjenester i Bardu kommune.

Tiltak velferdsteknologi:

- Følge opp prosjektet *Fremoverlent kommune*, se nærmere beskrivelse under. Her vil det komme konkrete tiltak, som at Bardu kommune vil følge Helsedirektoratets anbefaling på allerede utprøvde tiltak som fungerer. Slik tiltak kan være innføring av:
 - Medisindispenser (kommer ut på tidspunktet du skal ha dem)
 - Komfyrvakt – dette har kommunen hatt i mange år
 - Trygghetsalarm, epilepsialarm
 - Digitalt tilsyn

Gjennom prosjektet vurdere tiltak som:

- Lokaliseringsmulighet, GPS. Kan eksempelvis lage et digitalt gjerde. Utløser alarm som går til pårørende eller andre.
- Gi ansatte opplæring i bruken av velferdsteknologi, blant annet ved å gjennomføre *velferdsteknologiens ABC* som er et faglig program for opplæring i innføring av velferdsteknologi i regi av KS.
- Teste ut bruken av videokonsultasjon i hjemmesykepleien etter modell for videokonsultasjon mellom legevaktslege og sykehjem/ambulansse.
- Legge til rette for smarthusteknologi både når det bygges nye omsorgsboliger, samt i brukernes egne hjem der det er naturlig.
- Sette i gang en utredning om organisering rundt bruken av velferdsteknologi i Bardu kommune. Sentrale spørsmål i utredningen vil være etablering av responscenter, ansvarsfordeling, oppfølging, opplæring og eventuelt samarbeid med andre kommuner.
- I regi av teknologiprojektet planlegges det en visnings- og øvingsleilighet hvor en kan teste ut ulike velferdsteknologi, brukere kan prøve teknologien og de ansatte kan få opplæring.

4.2.1 Fremoverlent kommune

Prosjektet *Fremoverlent kommune* er et 3-årig prosjekt som er selvfinansiert av Bardu kommune med oppstart høsten 2017. Prosjektet har som målsetting at Bardu skal være en robust og fremoverlent organisasjon med orden i eget hus. Prosjektet omhandler digitalisering og innovasjon i hele kommunen, og berører helse- og omsorgssektoren spesielt. Prosjektet er forventet å gi relativt raske resultater, både i form av økonomisk besparelse nå, men også i møte med fremtidige utfordringer. For helse- og omsorgssektoren spesielt er det fire delprosjekter som er særlig relevante:

1. Internkontroll og avvikssystem – implementeres i hele kommuneorganisasjonens kvalitetssystem
2. Plattform for samhandling og infrastruktur – hele kommunen
3. Velferdsteknologi – implementering av velferdsteknologiske tiltak i henhold til Helsedirektoratets anbefalinger
4. Mal for anskaffelser – innenfor helse og omsorg er det mange store anskaffelser

4.3 Styrke fokus på forebygging og rehabilitering

En viktig del av den nasjonale helse- og omsorgspolitikken er å vri fokuset i tjenestene fra reparasjon til forebygging. I dette ligger det både å fremme helse og forebygge sykdom, men også å støtte opp under evnen til mestring og det å ivareta egen omsorg. Med få unntak vil det alltid være den enkelte sitt ansvar å ta vare på seg selv og egen helse, men kommunen kan gjennom sine tjenester bidra til at forutsetningen for dette er tilstede.

Tjenester som er spesielt viktig for primærforebygging, er svangerskapsomsorgen, Frisklivssentralen, helsestasjon, skolehelsetjeneste, helsestasjon for ungdom, vaksinerings, smittevern, PP-tjeneste og miljørettet helsevern. Folkehelse er i seg selv forebyggende og omfatter innsats på mange flere områder enn bare helse og omsorg.

4.3.1 Helsestasjon for barn og unge

Helsestasjon er et veldig viktig nav i helsearbeidet knyttet til barn og unge – helt fra før barna er født, gjennom svangerskapsomsorgen og til de nærmer seg voksen alder og møter helsesøster på skole eller på helsestasjon for ungdom. Helsestasjonen i Bardu kommune har også ansvar for helse-tjenesten for flyktninger og asylsøkere. Helsestasjonen har altså et bredt spekter av oppgaver, og i Bardu opplever en at arbeidsoppgavene er større enn kapasiteten til å gjennomføre dem. Blant annet har det vært en økning i bruken av helsestasjonen for ungdom, og en møter flere unge med mer sammensatte utfordringer.

Bardu har jordmor i 100 prosent stilling, men 40 prosent av denne er knyttet til jordmorbakt og 10 prosent til helsestasjon for ungdom. Dette vil i praksis si at jordmor er på jobb annenhver uke og på onsdager i friuken sin (helsestasjon for ungdom). På grunn av dette er det ikke mulig å ivareta bar-selretningslinjene med besøk av jordmor innen første-andre døgn etter hjemreise fra føden.

Tiltak helsestasjon for barn og unge:

- Øke bemanningen på helsestasjon/skolehelsetjenesten/helsestasjon for ungdom for å ha kapasitet til å utføre anbefalte oppgaver beskrevet i Nasjonale faglige retningslinjer. Dette vil kunne virke forebyggende og helsefremmende mot fysiske og psykiske helseplager blant barn/unge.
- Øke kapasiteten i jordmørtjenesten for å kunne utføre de nye barselretningslinjene.
- Innføre metoden «Tidlig inn»²⁰
- Jobbe for å få godkjenning som «Ammekyndig helsestasjon».
- Innføre tilbud om foreldreveiledningskurs for alle familier.



Bilde 6 Gravid klokke. Kilde: Istockfoto

²⁰ Opplæringsprogrammet Tidlig inn er et tilbud om opplæring i gode verktøy og metoder innen tidlig intervensjon. Det gis opplæring i konkrete verktøy og samtalemetodikk, og anbefalinger knyttet til tverrsektoriell samhandling i oppfølgingen. Målgruppen er kommunalt ansatte som i det daglige møter småbarnsforeldre, gravide og deres partnere. Ved siden av noe teori inneholder opplæringsprogrammet flere øvelser for å styrke den enkeltes ferdigheter og opplevelse av mestring. Det legges også opp til veiledning og erfaringsutveksling.

4.3.2 Helsestasjon for eldre

Bardu kommune har tidligere vurdert å innføre helsestasjon for eldre, men det har ikke blitt gjennomført. Et slik tilbud vil kunne virke forebyggende og sikre at eldre bor hjemme lenger fordi kommunen i en tidlig fase sammen med den enkelte kan vurdere behov framover med tanke på helse, bolig og hverdagsliv.

Tiltak:

- Innføre helsestasjon for eldre i Bardu kommune.

4.3.3 Fysioterapi og ergoterapi

Som vist i forrige kapittel har Bardu kommune en dårligere dekning på ergoterapeut og fysioterapeut sett i forhold til innbyggertall enn sammenlignbare kommuner og landsgjennomsnittet. Tjenesten opplever også selv en stor pågang og mye press på tjenestene, og en merker også økt press fra Forsvaret som ikke lenger har egen fysioterapeut. Også flere brukere blir henvist fra asylmottaket med komplekse/ sammensatte behov for ergo- og fysioterapitjenester.

Når et overordnet mål er å vri fokuset i helse- og omsorgstjenesten over på mer forebygging på alle nivå, er denne tjenesten svært viktig, og det vil være behov for styrking av tjenesten.

Tiltak fysioterapi og ergoterapi:

- Styrke tjenesten med større stillingshjemler for fysioterapeut
- Styrke tjenesten med større stillingshjemler for ergoterapeut.
- Forsterke behandlingsressursen med fysioterapi og ergoterapi på sykehjemmet.
- Utrede muligheten for interkommunalt samarbeid på spesialisttjeneste på fysioterapi.
- Styrke samarbeidet med helsestasjon, skole og barnehage.
- Styrke ergo- og fysioterapitilbud til barn og unge med spesielle behov og funksjonshemninger.
- Jobbe for å redusere ventetid på fysioterapi for pasienter med muskel- og skjelettlidelser for å forebygge kroniske tilstander og langvarige sykemeldinger.
- Komme raskere i gang med rehabilitering av pasienter som har behov for det etter sykdom/kirurgi o.l.
- Se på muligheter for flere trenings-/rehabiliteringsgrupper. Styrke samarbeid med friskliv når det gjelder ferdigbehandlede pasienter og gruppevirksomhet.
- Undervisning for personell i barnehage, skole og sykehjem innenfor habilitering, rehabilitering og ergonomi osv.

4.3.4 Frisklivssentral og folkehelsekoordinator

Som redegjort for i forrige kapittel, så omfatter folkehelsearbeid mye mer enn fokus bare på helse og omsorg. Folkehelseloven stiller krav til systematisk folkehelsearbeid i kommunene, der kommunene skal drive helseovervåkning, utvikle planstrategier, fastsette mål i plan, iverksette tiltak og evaluere effekten av tiltakene.

Det er folkehelsekoordinatoren som har ansvar for Bardu kommune sin frisklivssentral. Bardu kommune har også et rikt organisasjonsliv med mange frivillige lag og organisasjoner. Disse kan bidra når det gjelder fysisk og psykisk helse generelt, og det synes også å være interesse for dette.

I folkehelseprofilen til Bardu kommune var det spesielt tre områder som var dårligere enn landsnittet. Det var frafallet i videregående skole, som er noe høyere enn landsnittet. Andel med overvekt inkl. fedme er høyere enn i landet som helhet (basert på tall fra sesjon 1 for gutter og jenter 17 år). Og det er en høyere forekomst av muskel- og skjelettlidelser i Bardu enn i landet som helhet.

Årsaken til høyere frafall i videregående skole vil kreve en tverrfaglig tilnærming. Det er for det første en stor sammenheng mellom karakterer i grunnskole og fullføring av videregående skole.²¹ Innenfor helse- og omsorgsfeltet er spesielt helsesøster, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) osv. viktig både forebyggende og for dem som har behov for ekstra oppfølging.

Studier viser at ca. hver femte voksen person i Norge har en kroppsmasseindeks (KMI) på mer enn 30, som er definisjonen på fedme.²² Forekomsten øker med alderen og er høyest hos 50- og 60-åringene. Overvekt er forbundet med økt risiko for hjertekarsykdommer, noen kreftformer og utvikling av type 2-diabetes. Fedme kan i enkelte tilfeller komme av hormonforstyrrelser som lavt stoffskifte og PCOS, men dette utgjør en liten andel av tilfellene. Hovedårsaken til fedme er at det daglige inntaket av kalorier er større enn det daglige forbruket. Dette henger sammen med samfunnsutviklingen med mer stillesittende arbeid, mer stillesittende fritid og mindre naturlig mosjon. For å forebygge vektøkning er det viktig med primærforebygging innen ernæring og kosthold. For å fremme befolkningens kosthold kan virkemidlene til kommunen deles inn i fire kategorier:²³

1. Som barnehageeier
2. Som plan- og folkehelsemyndighet i det tverrsektorielle arbeidet
3. Som arbeidsgiver
4. Som tjenesteyter og tilbyder av velferdstjenester

Muskel- og skjelettplager er en av de største enkeltårsakene til sykefravær i arbeidslivet. I Norge er 40 prosent av sykmeldingene diagnoser relatert til muskel- og skjelettplager. I tillegg kommer egenmeldinger. Omlag 20 prosent av norske arbeidstakere rapporterer om alvorlige muskel- og skjelettplager. En tredjedel av uføretrygdene har årsak i muskel- og skjelettsykdommer (Arbeidstilsynet 2013). Som arbeidsgiver kan Bardu kommune arbeide målrettet med å forebygge muskel- og skjelettplager.

Tiltak Frisklivssentral og folkehelsekoordinator:

- Ha en løpende oversikt over befolkningens helsetilstand og faktorer som påvirker denne, en folkehelseoversikt, med årlig rapportering til politikerne i kommunen.
- Ha et systematisk og tverrsektorielt folkehelsearbeid i kommunen ved å utvikle planstrategier, fastsette mål i plan, iverksette tiltak og evaluere effekten av tiltakene ut i fra folkehelseoversikten.

²¹ <https://www.utdanningsforbundet.no/var-politikk/utdanningsforbundet-mener/artikler/frafall/>

²² <https://nhi.no/kosthold/overvektfedme/overvekt-og-fedme/>

²³ <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/veivisere-i-lokale-folkehelseiltak/ertering-lokalt-folkehelsearbeid#tiltak-og-virkemidler>

- Øke frisklivstilbudet med gruppetilbud for flere målgrupper enn i dag.
- Årlig oversikt over trim- og lavterskeltilbud, samt sosiale møteplasser i Bardu kommune.
- Sikre tilstrekkelig kompetanse innen ernæring i kommunen i et samarbeid med frisklivs-sentral, helsestasjon, skolehelsetjeneste, barnehage og skole.
- Videreføre tilbud om «bra mat for bedre helse»-kurs jevnlig gjennom året.
- Arbeide for at mattilbud i barnehage, skole og SFO er sunt og variert. Videreføre kostholds-program som Fiskesprell i barnehagen.
- Utrede muligheten for innføring av frokost, og eventuelt ett måltid midt på dagen, i ungdomsskolen. Første ledd er å kartlegge ungdomsskoleelevers matvaner gjennom ungdomsundersøkelsen i 2018.
- I samarbeid med frivillige lag og organisasjoner oppfordre til at det finnes sunne valgmuligheter for mat på ulike arrangement i kommunen.
- Økt fokus på et sunt kosthold og riktig ernæring hos utsatte grupper- rus og psykisk helse, personer med utviklingshemming og eldre.
- Gjøre en kartlegging av sykefravær knyttet til muskel- og skjelettplager i Bardu kommune. Sette inn målrettede tiltak innenfor ulike enheter for å forebygge slike plager.
- Arbeide for at en større andel fysisk aktivitet blir innført i grunnskolen, herunder sikre en time daglig fysisk aktivitet i skolen.

For ytterligere tiltak knyttet til fysisk aktivitet og folkehelse viser vi til kommunedelplanen for idrett, fysisk aktivitet, friluftsliv og folkehelse. Denne blir revidert i 2018.



Bilde 7 Empowerment. Kilde: Istockfoto

4.4 Andre områder

4.4.1 Legetjenesten

Organiseringen rundt legetjenesten i Bardu kommune fungerer bra. Det er en god løsning at legene har 40 prosent fast stilling i kommunen, som kommunen disponerer til ulike formål. En ser også at behovet for lege i de kommunale oppgavene øker, spesielt på sykehjemmet, som følge av tidligere utskrivning av til dels svært dårlige pasienter fra sykehuset og overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Det er en viktig oppgave å få i gang tjenestene som er pålagt av sentrale myndigheter.

Kapasiteten er altså under press. Det kan også stilles spørsmål ved om det er nok med to akutte døgnplassenger ved den interkommunale legevakten når også rus og psykiatri er en del av ordningen fra 1.1.2017. Men det er for tidlig å konkludere på dette. En opplever også økt press på legetjenesten i Bardu fordi Forsvaret bygger ned sine tjenester.

Rekruttering har vært en utfordring det siste året siden 4 leger slutta omtrent samtidig. Det er krevende å rekruttere inn ferdig utdanna allmennleger siden det krever 5 års spesialisering for å bli spesialist i allmennmedisin. Fra 1.3.2017 var det krav om at leger som ansettes eller inngår avtale med kommunen, må være spesialister i allmennmedisin eller være under spesialisering. Bardu kommune har derfor utlyst en fast utdanningsstilling for lege i spesialisering (ALIS) med oppstart i mars 2018.

Tiltak legetjenesten:

- Sikre rekruttering av fastleger ved å alltid ha minst en lege i utdanning gjennom ALIS-stilling.
- Forsterke behandlingsressursen med lege på sykehjemmet.
- Utrede muligheten for interkommunalt samarbeid om kommuneoverlege etter modell fra «Senjalegen», hvor Berg, Lenvik, Torsken og Tranøy har samarbeid om kommuneoverlege.

4.4.2 Bo og oppfølging

Bo og oppfølging av ansvaret for psykisk helse, miljøarbeidertjenesten, Bekkebo og støttekontakt-tjenesten. Psykisk helse dag, samt psykiske helse døgn, har en på mange områder en god og dekkende tjeneste for behovet i Bardu kommune. En utfordring i tjenesten er nok kapasitet på støttekontakter, og rekruttering av spesialisert personell.

Tiltak:

- Ansette kommunepsykolog. Dette blir krav for alle kommuner fra 1.1.2020. Bardu kommune stiller seg positive til at kommunepsykologen kan være interkommunal.
- Samordne tjenester knyttet til psykisk helse og rus i samme avdeling. I dag ligger psykisk helse til bo og oppfølging, mens ansvaret for rus ligger til NAV.
- Starte det treårige prosjektet *Rask psykisk helsehjelp* i 2018. Bardu kommune har allerede fått midler til dette fra Helsedirektoratet.

4.4.3 Kreftomsorgen

En stor utfordring for kommunale helse- og omsorgstjenester er den betydelige økningen vi vil se i nye krefttilfeller i årene som kommer, spesielt blant eldre. Denne økningen vil stille store krav til kapasitet og kompetanse. Langt flere personer lever med kreftsykdom.

Det utføres mer poliklinisk behandling, og det blir færre og kortere sykehusinnleggelse. Kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, behandling og oppfølging slik at helhetlig pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor mest effektive omsorgsnivå.

Pårørende-arbeid vil også være et viktig arbeid i forbindelse med denne pasientgruppen. Barns opplevelse av trygghet, tilfredshet og tilstrekkelig omsorg er sterkt knyttet til foreldrenes livssituasjon. Barn av pasienter som er alvorlig syke, er ofte sårbare. De har behov for informasjon og oppfølging for å mestre krisen som de står oppe i.

Fra 1. januar 2010 ble helsepersonell lovpålagt å bidra til nødvendig informasjon og oppfølging av mindreårige barn av pasienter som er psykisk syke, rusmiddelavhengige eller alvorlig somatisk syke eller skadde. Helsetjenesten i kommunen har plikt til å ivareta barn som pårørende i tilsvarende utstrekning som i spesialisthelsetjenesten, jfr. Helsepersonelloven §10a. Ifølge samhandlingsprosedyren mellom UNN og lokalsykehuskommunene skal kommunene utarbeide og implementere egne prosedyrer for ivaretagelse av «barn som pårørende». Et mål må være å lage prosedyre for oppfølging av barn som pårørende.

Fokus på forebyggende arbeid

Endring av livsstil kan redusere risiko for kreft. Tobakksbruk har ført til en kraftig økning i antall tilfeller av lungekreft. En ønsker å ha fokus på kosthold, røyk og fysisk aktivitet. Kommunene har fått et større ansvar for forebyggende og helsefremmende tjenester gjennom helse- og omsorgstjenesteloven, folkehelseloven og samhandlingsreformen.

Kreftplan for kommunen

Bardu Kommune hadde tidligere en interkommunal kreftplan som var politisk forankret. Denne gikk ut i 2016. Med en kreftplan kan man arbeide aktivt for å møte utfordringene innenfor kreftomsorgen. Med en plan for kreftomsorg og lindrende behandling vil kommunen kunne legge en strategi for å videreutvikle kvalitet, kompetanse og tilstrekkelige ressurser med tanke på denne aktuelle pasientgruppen

Palliasjon – lindrende behandling

Det er en utfordring å være faglig oppdatert innenfor kreftomsorgen. Det foregår mye forskning innenfor området, og utviklingen går raskt. Dette gjelder særlig innenfor symptomlindring. Det kreves kompetanse innen palliasjon og tilrettelegging for at folk både skal få være hjemme lengst mulig og for å få muligheten til å dø hjemme. Pasient og pårørende skal oppleve respekt, trygghet og verdighet. Da er det viktig at personalet har nødvendig og tilstrekkelig kompetanse vedrørende kreft.

Tiltak kreftomsorgen:

- Etablere *Lindrende team* for veiledning av helse- og omsorgspersonell, pasienter og pårørende.
- Heve den generelle kompetanse innen palliasjon (symptomlindring).
- Utarbeide rutiner for barn som pårørende. Denne rutinen vil gjelde alle sykdommer.

- Utarbeide kreftplan for Bardu kommune.



Bilde 8 Pårørende. Kilde: Istockfoto

4.5 Rekruttering og kompetanse

Dagens kompetanse i kommunen beskrives som god, blant annet har kommunen god sykepleierdekning og kompetanse innenfor ulike tjenestoområder. Men det er knyttet bekymring til framtidig rekruttering av spesialisert kompetanse, samt at behovet for ansatte vil øke ettersom antall eldre øker. Spesielt nevnes det at det vil være stort behov for helsefagarbeidere framover.

En utfordring er at endringen i alderssammensetningen gjør at tilgangen på arbeidskraft og frivillige omsorgsytere sannsynligvis ikke vil dekke behovet på nasjonalt nivå. Dette er også argumenter for å tenke nytt i utformingen av tjenestene. Tabellen under viser antall personer i arbeidsfør alder (20–66 år) i forhold til antall eldre (67 år og eldre og 80 år og eldre) i 2016, 2025 og 2040. En reduksjon i forholdstallet mellom de to aldersgruppene betyr at det er færre innbyggere i yrkesaktiv alder per innbygger i den eldre aldersgruppen. Framskrivningene er basert på SSBs mellomalternativ.

Tabell 8 Innbyggere 20–66 år i forhold til eldre innbyggere. Bardu. Kilde: Nykommune.no

	2016	2025	2040
67 år og eldre	3,8	3,3	3,1
80 år og eldre	13,4	10,9	7,7

Antall innbyggere 20–66 år i forhold til antall eldre 67 år og eldre og 80 år og eldre utgjør hhv. 3,8 og 13,4 i 2016. I 2040 er forholdstallet anslått redusert til hhv. 3,1 og 7,7.

Tabellen under sier noe om behovet for årsverk i yrkesaktiv alder (20–66 år) per 1000 innbyggere i 2016, 2025 og 2040. Ved å se på behovet per 1000 innbyggere i alderen 20–66 år korrigerer man for forandringer som skyldes endringer i størrelsen på befolkningen. I beregningene er det tatt utgangspunkt i samme dekningsgrad og standard på tjenestene som i 2016. Framskrivningene er basert på SSBs mellomalternativ.

Tabell 9 Anslått framtidig tjenestebehov i årsverk per 1000 innb. 20–66 år. Bardu. Kilde: Nykommune.no

	2016	2025	2040
Årsverk PLO	40,5	45,6	56,3

Tabellen viser at antall årsverk på PLO per 1000 innbyggere 20–66 år er anslått å øke med ca. 16 fra 2016 til 2040.

Framtiden vil altså kreve flere ansatte i tjenesten. Det er også vist til tidligere i planen at tjenestene blir mer spesialiserte, ikke minst fordi oppgaver overføres fra spesialisthelsetjenestene til kommunen. Et annet behov er bedre medisinsk oppfølging i omsorgstjenestene for kronikere og brukere med sammensatte utfordringer innenfor somatikk og psykiatri. Det vil kunne kreve endret og høyere kompetanse blant de ansatte. Gode ordninger for etterutdanning, samt en bevisst holdning til hvilken kompetanse kommunen skal ha, er derfor viktig.

Sykefraværet i helse- og omsorgstjenesten i Bardu kommune er forholdsvis lavt sammenlignet med kommunen som helhet og tilsvarende tjenester i mange andre kommuner. Det har tidligere vært gjennomført et sykefraværprosjekt som var vellykket.

Tiltak rekruttering og kompetanse:

- Det utarbeides en kompetanse- og rekrutteringsplan for helse- og omsorgstjenesten i Bardu kommune fram mot 2030. Denne skal utarbeides i løpet av våren 2018.
- Videreføre kompetansearbeidet som gjennomføres gjennom LØKTA.
- Fortsatt ha stort fokus på sykefravær for å holde dette nede og sikre bedre kvalitet på tjenesten gjennom at folk er på jobb.
- Videreføre konsesjonsavtalen Bardu kommune har med Helsedirektoratet om gjennomføring av akuttmedisinkurs. Kursene er obligatorisk for helsepersonell og leger som skal jobbe på legevakt. Det at man har denne kompetansen i kommunen, gjør at man kan tilby kurset også til andre ansatte i kommunen samt styrke den faglig utviklingen på akuttmedisin innenfor helse- og omsorgssektoren.

4.6 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning får stadig større fokus i helse- og omsorgstjenestene. Brukere har rett til å medvirke, og tjenestene har plikt til å involvere brukeren. Samtidig har brukermedvirkning en egenverdi, en terapeutisk verdi, og det er et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene.

Brukermedvirkning innebærer at brukeren betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår hans eller hennes problem.²⁴

Det viktigste i møtet mellom bruker og hjelper er god kommunikasjon. Dette fordrer at begge er åpne og lydhøre for hverandre.

Tiltak brukermedvirkning:

- Brukere i Bardu kommune skal tas på alvor, bli behandlet med respekt, føle tillit og trygghet og få hjelp når behovet er der.
- Det skal utarbeides individuell plan der brukeren har rett på det. Planen skal gjenspeile brukerens behov, ønsker og mål.
- Brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal tilbys koordinator/fast kontaktperson.
- Bardu kommune skal aktivt lytte til innspill om helse- og omsorgstjenesten fra aktuelle brukerorganisasjoner.

4.7 Kvalitetsarbeid

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, slår fast at det er et ledelsesansvar å sikre at virksomheten planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres.

Helse og omsorgstjenesten i Bardu har et etablert helhetlig kvalitetssystem. Det har over år vært utarbeidet skriftlige rutiner. Mye av dette arbeidet gikk tapt under virusangrep. Kvalitetssystemet vil nå bli videreført gjennom det nye kvalitetssystemet i Compilo, som forventes implementert i løpet av 2018. Arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet krever systematisk tilnærming og innsats over tid og vil være et kontinuerlig arbeid i helse og omsorgstjenesten. Compilo vil være et nyttig virkemiddel med tanke på pasientsikkerhet og kvalitet.

Tiltak kvalitetsarbeid:

- Implementere Compilo.
- Videreføre kvalitetsarbeidet i helse- og omsorgstjenesten.

4.8 Samhandling

Samhandling skal legge til rette for gode og sammenhengende pasientprosesser. Dette gjelder både internt i kommunen og mellom kommune og spesialisthelsetjenesten.

De ulike avdelingene samarbeider både elektronisk og gjennom møter og telefon. Det er korte avstander og hyppig dialog mellom avdelingene. Samlokalisering og geografisk nærhet er en forutsetning for tverrfaglig samarbeid. Det gjør det lett å møtes, og personene kjenner hverandres oppgaver og ansvarsområder, noe som gjør det lett å ta kontakt med rett person ved ulike problemstillinger.

²⁴ <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/brukermedvirkning>

Det gode tverrfaglige samarbeidet gjør det lettere å iverksette tiltak som forebygging, hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi.

Samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten er viktig for å sikre gode tjenester og behandlingsforløp for brukerne. Da er gjensidig kunnskapsoverføring, dialog og informasjonsutveksling viktige elementer. For brukerne er det viktig å være trygg på at de får rett hjelp, uavhengig av om det er kommunen eller spesialisthelsetjenesten som tilbyr behandlingen. Kommunen og spesialisthelsetjenesten har en lovpålagt plikt til å inngå samarbeidsavtale. Dette omfatter både overordnet samarbeidsavtale og fastsatte tjenesteavtaler og retningslinjer. Bardu kommune har inngått overordnet samarbeidsavtale, samt tjenesteavtaler med Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN).

4.8.1 Helsehuset

Tjenestene ved Helsehuset i Bardu er i dag plassert midlertidig i ulike bygg. Ergo-, fysioterapi og folkehelse ble midlertidig flyttet til Sponga for å gi plass til den interkommunale legevakten. I prosjekt «nytt helsehus» arbeides det blant annet med å se på hvordan denne avdelingen skal flyttes tilbake til Helsehuset. Dagens helsehus har ikke kapasitet til å huse dagens helsetjenester som helsestasjonen, kreftsykepleier, psykisk helse, kommunepsykolog. Samlokalisering av helsetjenestene er en forutsetning for et godt tverrfaglig helsefaglig miljø, samt ivaretagelse av et helhetlig pasientforløp. Videre vil en samlokalisering, samt utviklingsmuligheter i forbindelse med desentraliserte spesialisthelsetjenester, bidra til et robust fagmiljø som vil bidra til rekruttering og ivareta eksisterende fagkompetanse i kommunen. Bardu kommune har fokus på folkehelse og forebygging, og en samlokalisering mellom helsestasjonen, fastleger og de øvrige helsetjenestene vil kunne styrke dette arbeidet.

En samlokalisering vil også komme brukerne til gode da det vil være lett for dem å finne flere tjenester under samme tak.

Tiltak samhandling:

- Utvikle tverrfaglige team.
- Bygge ut Helsehuset. Kommunestyret skal i løpet av 2018 ta stilling til om det skal bygges ut eller bygges nytt for å kunne få plass til alle tjenestene som skal være på Helsehuset.



Bilde 9 Byggekostnader. Kilde: Istockfoto

4.9 Tannhelse

Fylkeskommunen har ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten i Troms.

Tannhelseloven pålegger fylkeskommunen å sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket.

Den offentlige tannhelsetjenesten skal organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen, og gi regelmessig oppsøkende tilbud til visse prioriterte grupper, blant annet barn og ungdom, psykisk utviklingshemmede, eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie. Det skal i tillegg gis tilbud til ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret, samt andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere.

I tillegg til de prioriterte gruppene kan Den offentlige tannhelsetjenesten yte tjenester til voksent betalende klientell etter fylkeskommunens bestemmelser.

Det er etablert forpliktende samarbeid mellom tannhelsetjenesten ved Bardu tannklinikk og helse og omsorgstjenesten i Bardu ved helsestasjonen og pleie- og omsorgstjenesten. Det er ønskelig å videreutvikle samarbeidet gjennom kompetanseheving og kvalitetssikring av tannhelse på Barduheimen sykehjem og hjemmesykepleie, samt Helsestasjonen.

Tiltak tannhelse:

- Evaluere rutinene for samarbeid mellom tannhelsetjenesten, helsestasjonen og pleie- og omsorgstjenesten.
- Styrke kompetansen i Bardu kommune på tannhelse

5. Oppsummering av tiltak med tidfesting

Tjenesteområde	Tiltak	Tidfesting
Heldøgns omsorgsplasser	Dekningsgraden for heldøgns omsorgsplasser skal tilstrebes å være på nivå med dagens landsgjennomsnitt, det vil si ca. 28 prosent. Dette betyr at behovet for vekst i antall heldøgns omsorgsplasser i først omgang vil være ca. 10–15 fram mot 2025, og ytterligere vekst på ca. 15 fram mot 2030.	10–15 heldøgns omsorgsplasser utbygd innen 2025
	Netto vekst i antall heldøgns omsorgsplasser skal komme gjennom bygging av omsorgsboliger med mulighet for heldøgnsbemanning. Antall sykehjemsplasser skal ikke økes.	Løpende
	Det skal bygges smartboliger for å sikre veksten i antall omsorgsboliger. Disse skal utformes på en slik måte at de senere kan omdefineres til sykehjemsplasser (blant annet ved å sikre nødvendig fellesareal til vaktrom, medisinrom, skyllerom osv.), samt at det skal legges til rette for velferdsteknologiske løsninger. Det er viktig å se fremtidige behov for behandling, pleie og botilbud i sammenheng. Det vil være hensiktsmessig å legge disse boligene nært opp mot sykehjemmet. Det kan være aktuelt å sanere dagens trygdeboliger og frigi plass til bygging av smartboliger på denne tomta.	Oppstart av forprosjekt høsten 2018
	Bardu kommune skal ha tilgjengelig ulike typer omsorgsboliger (med eller uten heldøgnsbemanning) som passer til ulike brukergrupper som psykisk utviklingshemmede, unge funksjonshemmede, avlastning barn og bruker med rus og/eller psykiske utfordringer.	Løpende
	Videreføre en integrert tjeneste med sykehjem og hjemmetjenester for å sikre et helhetlig helse- og omsorgstilbud rundt brukeren.	Løpende
	Vedtak om tildeling av sykehjemsplasser, omsorgsbolig og andre tiltak gjøres ved hjelp av drøftinger og vedtak i koordinerende enhet. Det er mål om å etablere en felles ressurs for saksbehandling.	Løpende
	Hjemmetjenesten	Bygge ut kapasiteten i hjemmetjenesten i takt med befolkningsutviklingen.
Etablere et system for systematisk veiledning av pårørende med bakgrunn i pårørendeveilederen fra Helsedirektoratet.		2019
Flere langtidsplasser på sykehjemmet skal på sikt omgjøres til korttidsplasser. Dette for å sikra at hjemmeboende eldre i større grad kan få avlastning/rehabilitering ved behov, og dermed kan være hjemmeboende lenger.		Løpende
Aktivitetstilbud for eldre	Det skal etableres et aktivitetssenter for eldre. I samarbeid med frivillige lag og organisasjoner og brukerrepresentanter	Innen første halvår 2019

	utarbeides en modell for drift av aktivitetssenter for eldre hvor kommune, frivillige lag og organisasjoner og brukere gjør dette sammen. Blant annet skal det vurderes hvilken rolle frivillighetssentralen kan ha i et slikt senter. Modellen til Harstad kommune med ansatt husmor/husfar skal vurderes.	
	I forbindelse med utbygging av omsorgsboliger, legge til rette for mer egne fellesarenaer som kan samlokalisere aktiviteter for eldre. Dette må inneholde kjøkken, samlingslokale og rom/verksted som egner seg til ulike aktiviteter.	Oppstart av forprosjekt våren 2019
	Utrede muligheten for transportordning for brukere av dag-senter i samarbeid med taxinæringen i Bardu kommune.	Innen første halvår 2019
	Utrede muligheten for at Barduheimen, og eventuelle nye heldøgns bemanna omsorgsboliger, kan sertifiseres som livs-gledehem.	Løpende
(Hverdags)reha-bilitering	Innføre hverdagsrehabilitering som en naturlig del av helse- og omsorgstilbudet. Arbeidet skal baseres på erfaringer fra prøveprosjektet, samt bruke hjelpemidler som beregningsmodell som er utarbeidet i regi av KS.	Løpende
	Øke kapasiteten til arbeid med rehabilitering og hverdagsrehabilitering slik at rehabiliteringsoppholdet blir mer intensivt.	2020
	Øke kompetansen om rehabilitering og hverdagsrehabilitering blant ansatte på sykeheimen, samt hjemmetjenesten.	Inn i kompetanseplan våren 2018
	Etablere et eget team rundt hver pasient som følger opp pasienter underveis i oppholdet på korttidsavdelingen, og også i en gitt tid etter oppholdet. Hovedfokuset etter oppholdet er å motivere til å fortsette treningen hjemme.	2020
	Utrede muligheten for tilrettelagte areal til rehabilitering ved Barduheimen.	2018
Demens-omsorgen	Videreføre ordningen med eget hukommelsesteam (demens-team) som samarbeider tett med hjemmetjeneste og legetjeneste.	Løpende
	Videreføre ordningen med pårørendeskole årlig.	Løpende
	Videreføre ordningen med aktivitetsvenn for personer med demenssykdom som er et utarbeidet opplegg fra Nasjonalforeningen for folkehelse.	Løpende
	Utrede behovet for økning og endring i dagtilbudet for personer med demenssykdom. Det er ønskelig å differensiere tilbudet mer mellom yngre og eldre brukere, samt utvide mulighetene for aktiviteter. Det kan være aktuelt å samarbeid med private aktører, som tilbydere av «Inn på tunet». Det er et mål om dagtilbud 5 dager i uka.	Utredning høsten 2018
	Sørge for at hjemmeboende demente kan få avlastning når de og pårørende har behov for det.	Løpende

	Opprette en arbeidsgruppe i Bardu kommune som jobber med Nasjonalforeningen for folkehelses kampanje om demensvennlig samfunn. Arbeidsgruppa skal holde kurs for ansatte i privat og offentlig servicenæring i kommunen.	2021
Ernæring	Fortsatt ha kjøkken i egen regi i kommunen, som lager mat til sykehjemmet og hjemmeboende som har behov for det.	Løpende
	Opprette et tverrfaglig ernæringsteam bestående av personer fra kjøkken og avdeling.	2019
	Styrke kompetanse innenfor kost og ernæring.	Løpende
	Interkommunalt samarbeid innenfor kost og ernæring, med ansettelse av spesialkompetanse.	2021
Velferds-teknologi	Følge opp prosjektet <i>Fremoverlent kommune</i> . Her vil det komme konkrete tiltak, som at Bardu kommune vil følge Helsedirektoratets anbefaling på allerede utprøvde tiltak som fungerer. Slike tiltak kan være innføring av: <ul style="list-style-type: none"> • Medisindispenser (kommer ut på tidspunktet du skal ha dem) • Komfyrvakt – dette har kommunen hatt i mange år • Trygghetsalarm, epilepsialarm • Digitalt tilsyn Gjennom prosjektet vurdere tiltak som: <ul style="list-style-type: none"> • Lokaliseringsmulighet, GPS. Kan eksempelvis lage et digitalt gjerde. Utløser alarm som går til pårørende eller andre. 	2019-2022
	Gi ansatte opplæring i bruken av velferdsteknologi, blant annet ved å gjennomføre <i>velferdsteknologiens ABC</i> som er et faglig program for opplæring i innføring av velferdsteknologi i regi av KS.	Løpende
	Teste ut bruken av videokonsultasjon i hjemmesykepleien etter modell for videokonsultasjon mellom legevakslelege og sykehjem/ambulansse.	Høsten 2018
	Legge til rette for smarthusteknologi både når det bygges nye omsorgsboliger, samt i brukernes egne hjem der det er naturlig.	Løpende
	Sette i gang en utredning om organisering rundt bruken av velferdsteknologi i Bardu kommune. Sentrale spørsmål i utredningen vil være etablering av responscenter, ansvarsfordeling, oppfølging, opplæring og eventuelt samarbeid med andre kommuner.	2018-2019
	I regi av teknologiprojektet planlegges det en visnings- og øvingsleilighet hvor en kan teste ut ulike velferdsteknologi, brukere kan prøve teknologien, og de ansatte kan få opplæring.	2019
	Øke bemanningen på helsestasjon/skolehelsetjenesten/helsestasjon for ungdom for å ha kapasitet til å utføre anbefalte oppgaver beskrevet i Nasjonale faglige retningslinjer. Dette	2018

	vil kunne virke forebyggende og helsefremmende mot fysiske og psykiske helseplager blant barn/unge.	
	Øke kapasiteten i jordmortjenesten for å kunne utføre de nye barselretningslinjene.	2019
	Innføre metoden «Tidlig inn»	2019
	Jobbe for å få godkjenning som «Ammekyndig helsestasjon».	2019
	Innføre tilbud om foreldreveiledningskurs for alle familier.	2018
Helsestasjon for eldre	Innføre helsestasjon for eldre i Bardu kommune.	2020
Fysioterapi og ergoterapi	Styrke tjenesten med større stillingshjæmme for fysioterapeut.	2018
	Styrke tjenesten med større stillingshjæmme for ergoterapeut.	2018
	Forsterke behandlingsressursen med fysioterapi og ergoterapi på sykehjemmet.	2018
	Utrede muligheten for interkommunalt samarbeid på spesialisttjeneste på fysioterapi.	2019
	Styrke samarbeidet med helsestasjon, skole og barnehage.	Løpende
	Styrke ergo- og fysioterapi-tilbud til barn og unge med spesielle behov og funksjonshemminger.	Høsten 2018
	Jobbe for å redusere ventetid på fysioterapi for pasienter med muskel- og skjelettlidelser for å forebygge kroniske tilstander og langvarige sykemeldinger.	Løpende
	Komme raskere i gang med rehabilitering av pasienter som har behov for det etter sykdom/ kirurgi o.l.	Løpende
	Se på muligheter for flere trenings-/rehabiliteringsgrupper.	Løpende
	Styrke samarbeid med friskliv om ferdigbehandlede pasienter og gruppevirksomhet.	Løpende
Frisklivssentral og folkehelsekoordinator	Undervisning for personell i barnehage, skole og sykehjem angående habilitering, rehabilitering og ergonomi osv.	Løpende
	Ha en løpende oversikt over befolkningens helsetilstand og faktorer som påvirker denne, en folkehelseoversikt, med årlig rapportering til politikerne i kommunen.	Løpende
	Ha et systematisk og tversektorielt folkehelsearbeid i kommunen ved å utvikle planstrategier, fastsette mål i plan, iverksette tiltak og evaluere effekten av tiltakene ut i fra folkehelseoversikten.	Løpende
	Øke frisklivstilbudet med gruppetilbud for flere målgrupper enn i dag.	2019
	Årlig oversikt over trim- og lavterskeltilbud, samt sosiale møteplasser i Bardu kommune.	Årlig
	Sikre tilstrekkelig kompetanse innen ernæring i kommunen i et samarbeid med frisklivssentral, helsestasjon, skolehelse-tjeneste, barnehage og skole.	Løpende
Videreføre tilbud om «bra mat for bedre helse»-kurs jevnlig gjennom året.	Løpende	

	Arbeide for at mattilbud i barnehage, skole og SFO er sunt og variert. Videreføre kostholdsprogram som Fiskesprell i barnehagen.	Løpende
	Utrede muligheten for innføring av frokost, og eventuelt ett måltid midt på dagen, i ungdomsskolen. Første ledd er å kartlegge ungdomsskoleelevers matvaner gjennom ungdataundersøkelsen i 2018.	2018/2019
	I samarbeid med frivillige lag og organisasjoner oppfordre til at det finnes sunne valgmuligheter for mat på ulike arrangement i kommunen.	Løpende
	Økt fokus på et sunt kosthold og riktig ernæring for utsatte grupper - rus og psykisk helse, personer med utviklingshemming og eldre.	Løpende
	Gjøre en kartlegging av sykefravær knyttet til muskel- og skjelettplager i Bardu kommune. Sette inn målrettede tiltak innenfor ulike enheter for å forebygge slike plager.	2019/2020
	Arbeide for at en større andel fysisk aktivitet blir innført i grunnskolen, herunder sikre en time daglig fysisk aktivitet i skolen.	Løpende
Legetjenesten	Sikre rekruttering av fastleger ved å alltid ha minst en lege i utdanning gjennom ALIS-stilling.	Løpende
	Forsterke behandlingsressursen med lege på sykehjemmet.	2019
	Utrede muligheten for interkommunalt samarbeid om kommuneoverlege etter modell fra «Senjalegen», hvor Berg, Lenvik, Torsken og Tranøy har samarbeid om kommuneoverlege.	Pågår
Bo- og oppfølging	Ansette kommunepsykolog. Dette blir krav for alle kommuner fra 1.1.2020. Bardu kommune stiller seg positive til at kommunepsykologen kan være interkommunalt.	2018
	Samordne tjenester knyttet til psykisk helse og rus i samme avdeling. I dag ligger psykisk helse til bo og oppfølging, mens ansvaret for rus ligger til NAV.	2019
	Starte det treårige prosjektet <i>Rask psykisk helsehjelp</i> i 2018. Bardu kommune har allerede fått midler til dette fra Helsedirektoratet.	2018
Kreftomsorgen	Etablere <i>Lindrende team</i> for veiledning av helse- og omsorgspersonell, pasienter og pårørende.	2018
	Heve den generelle kompetanse innen palliasjon (symptomlindring)	Løpende
	Utarbeide rutiner for barn som pårørende. Denne rutinen vil gjelde alle sykdommer.	2019
	Utarbeide kreftplan for Bardu kommune.	2020
Rekruttering og kompetanse	Det utarbeides en kompetanse- og rekrutteringsplan for helse- og omsorgstjenesten i Bardu kommune fram mot 2030.	Våren 2018
	Videreføre kompetansearbeidet som gjennomføres gjennom LØKTA.	Løpende

	Fortsatt ha stort fokus på sykefravær for å holde dette nede og sikre bedre kvalitet på tjenesten gjennom at folk er på jobb.	Løpende
	Videreføre konsesjonsavtalen Bardu kommune har med Helsedirektoratet om gjennomføring av akuttmedisinkurs. Kursene er obligatorisk for helsepersonell og leger som skal jobbe på legevakt. Det at man har denne kompetansen i kommunen, gjør at man kan tilby kurset også til andre ansatte i kommunen samt styrke den faglig utviklingen på akuttmedisin innenfor helse- og omsorgssektoren.	Løpende
Bruker- medvirkning	Brukere i Bardu kommune skal tas på alvor, bli behandlet med respekt, føle tillit og trygghet og få hjelp når behovet er der.	Løpende
	Det skal utarbeides individuell plan der brukeren har rett på det. Planen skal gjenspeile brukerens behov, ønsker og mål.	Løpende
	Brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal tilbys koordinator/fast kontaktperson.	Løpende
	Bardu kommune skal aktivt lytte til innspill om helse- og omsorgstjenesten fra aktuelle brukerorganisasjoner, blant annet ved bruk av brukerrepresentant inn i prosjekter og planarbeid.	Løpende
	Bardu kommune skal jevnlig gjennomføre brukerundersøkelser.	Løpende
Samhandling	Utvikle tverrfaglige team	Løpende
	Bygge ut Helsehuset. Kommunestyret skal i løpet av 2018 ta stilling til om det skal bygges ut eller bygges nytt for å kunne få plass til alle tjenestene som skal være på Helsehuset.	2018 og videre
Tannhelse	Evaluere rutinene for samarbeid mellom tannhelsetjenesten, helsestasjonen og pleie- og omsorgstjenesten.	2019
	Styrke kompetansen i Bardu kommune på tannhelse.	Løpende
Kvalitetsarbeid	Implementere Compilo.	2018
	Videreføre kvalitetsarbeidet i helse- og omsorgstjenesten.	Løpende

Referanser

Borge, L.E. og Nyhus, H. (2011): Kostnadsanalyse av alternative boformer for eldre. SØF-rapport nr. 04/11.

Caplan, G. 1964. Principles of Preventive Psychiatry. Basic Book, New York.

Fylkesplan for Troms 2014-2025 (2014). Troms fylkeskommune.

Føre var! Forebygging av arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager. Hovedfunn 2010-2012 (2013). Direktoratet for arbeidstilsynet.

Hatland, A. og Slagsvold, B. 2011. *Den moderne aldringen*. Kapittel i boka «Veivalg i velferdspolitikken», side 51-69. Fagbokforlaget.

Hjelmbrekke, S., Løyland, K., Møller, G. & Vardheim, I. (2011). Kostnader og kvalitet i pleie- og omsorgssektoren. TF-rapport nr. 280. Telemarksforsking.

Kommunal planstrategi 2018-2021 (2017). Bardu kommune.

Kommuneplanen samfunnsdel 2013-2025 (2012). Bardu kommune.

Lie, K., Thorstensen, A., Weidel, I-J. og Kavli, K. 2015. Utredning av PLO-tjenestene i Bardu kommune. TF-rapport nr. 372.

NOU 2005:18 *Fordeling, forenkling og forbedring*. Kommunal- og regionaldepartementet.

NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Paulsen B, Harsvik T, Halvorsen T et al. (2004). Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem. SINTEF Helse.

Stortingsmelding nr. 50 (1996-1997): *Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet - respekt - kvalitet*. Sosial- og helsedepartementet.

Stortingsmelding nr. 16 (2010-2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Stortingsmelding nr. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Slagsvold, B. og Solem, P.E. 2005. *Morgendagens eldre. En sammenligning av verdier, holdninger og atferd blant dagens middelaldrende og eldre*. NOVA-rapport 11/05.

Thorstensen, A., Vardheim, I. og Baksås, T.E. 2012. Evaluering av pleie og omsorgstjenesten i Volda kommune. Telemarksforsking. TF-notat nr. 38.

NETTSIDER:

Bardu kommune – Ungdata 2016: <http://www.ungdata.no/Fylker-og-kommuner/Troms/Bardu>
(Lastet ned 05.12.17)

Samhandlingsreformen i kortversjon – helsedirektoratet: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen-i-kortversjon1/id650137/> (Lastet ned 05.12.17)

Folkehelseprofil Bardu kommune – Folkehelseinstituttet: <http://khp.fhi.no/PDFVindu.aspx?Nr=1922&sp=1&PDFaar=2017> (Lastet ned 05.12.17)

Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i Bardu kommune, oktober 2015: <http://www.bardu.kommune.no/getfile.php/3185867.181.xpqbuefabw/Folkehelseoversikt+Bardu+oktober+2015.pdf> (Lastet ned 05.12.17)

Omsorgstrappa – Frøya kommune: <https://www.froya.kommune.no/tjenester/helse-og-omsorg/prosjekt-morgendagens-omsorg/> (Lastet ned 05.12.17)

Frafall i videregående opplæring – utdanningsforbundet: <https://www.utdanningsforbundet.no/var-politikk/utdanningsforbundet-mener/artikler/frafall/> (Lastet ned 05.12.17)

Øyeblikkelig hjelp – døgntilbud i kommunene: <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen/oyeblikkelig-hjelp-dogntilbud-i-kommunen> (Lastet ned 05.12.17)

Hverdagsrehabilitering – KS: <http://www.ks.no/hverdagsrehabilitering> (Lastet ned 13.12.17)

Velferdsteknologiens ABC – KS: <http://www.ks.no/fagomrader/utvikling/innovasjon/velferdsteknologi/velferdsteknologiens-abc/> (Lastet ned 13.12.2017)

Velferdsteknologi – Helsedirektoratet: <https://helsedirektoratet.no/velferdsteknologi#digitale-trygghetsalarmer> (Lastet ned 13.12.2017)

Ernæring – lokalt folkehelsearbeid – Helsedirektoratet: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/veivisere-i-lokale-folkehelseiltak/ernering-lokalt-folkehelsearbeid#tiltak-og-virkemidler> (Lastet ned 20.01.18)

Pårørendeveileder Helsedirektoratet: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/parorendeveileder> (Lastet ned 20.01.18)

Overvekt og fedme – norsk helseinformatikk: <https://nhi.no/kosthold/overvektfedme/overvekt-og-fedme/> (Lastet ned 14.02.18)

Brukermedvirkning – Helsedirektoratet: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/brukermedvirkning> (Lastet ned 14.02.18)

Tidlig inn – Korus Nord: <http://korusnord.no/Tidlig-identifikasjon/Tidlig-inn/> (Lastet ned 14.02.18)

Livsgledehem – Livsglede for eldre: <http://livsgledeforeldre.no/vart-arbeid/sykehjem/> (Lastet ned 14.02.18)

Vedlegg

Kostra- og effektivitetsanalyse Bardu kommune 2016

Under følger en KOSTRA- og effektivitetsanalyse for Bardu kommune basert på regnskapstall for 2016. Den faktiske ressursbruken på ulike tjenesteområder ses i sammenheng med et nivå som vi kaller normert utgiftsbehov (basert på kommunens verdi på aktuell delkostnadsnøkkel innenfor inntektssystemet). Det er beregnet et mer-/mindreforbruk målt mot dette normerte utgiftsnivået.

I vurderingen av det samlede utgiftsnivået for alle tjenesteområdene er det dessuten tatt høyde for kommunens nivå på korrigerede frie inntekter. På den måten kan vi gi et fullstendig bilde av om kommunen ligger høyere eller lavere på samlet ressursbruk enn hva det reelle inntektsnivået (og utgiftsutjevningen over inntektssystemet) skulle tilsi.²⁵

Våre beregninger viser at Bardu kommune, på de sentrale tjenesteområdene som inngår i inntektssystemet, hadde merutgifter i forhold til landsgjennomsnittet på ca. 42 mill. kr i 2016. I forhold til kommunens «normerte utgiftsbehov» er det beregnet merutgifter på rundt 32 mill. kr. Dette er hensyntatt kriteriene og vektene i inntektssystemet. Etter justering for et nivå på korrigerede frie inntekter på 120 prosent av landsgjennomsnittet (tilsvarende om lag 42,5 mill. kr), har vi beregnet et samlet mindreforbruk på 10,8 mill. kr.

På pleie og omsorg finner vi at kommunen hadde merutgifter på rundt 11 mill. kr i forhold til landsgjennomsnittet i 2016. Etter justering for et beregnet utgiftsbehov tilsvarende ca. 11 prosent over landsgjennomsnittet og et inntektsnivå 20 prosent over landsgjennomsnittlig nivå, har vi beregnet et samlet *mindreforbruk på 10 mill. kr.*

På kommunehelse finner vi at kommunen hadde merutgifter på rundt 7,3 mill. kr i forhold til landsgjennomsnittet i 2016. Etter justering for et beregnet utgiftsbehov tilsvarende ca. 17 prosent over landsgjennomsnittet og et inntektsnivå 20 prosent over landsgjennomsnittlig nivå, har vi beregnet et samlet *merforbruk på 3,8 mill. kr.*

Tabell 10 Ressursbruk/prioritering sett i sammenheng med beregnet utgiftsbehov. Bardu 2016. Kilde: KOSTRA/KMD, beregninger ved Telemarksforskning.

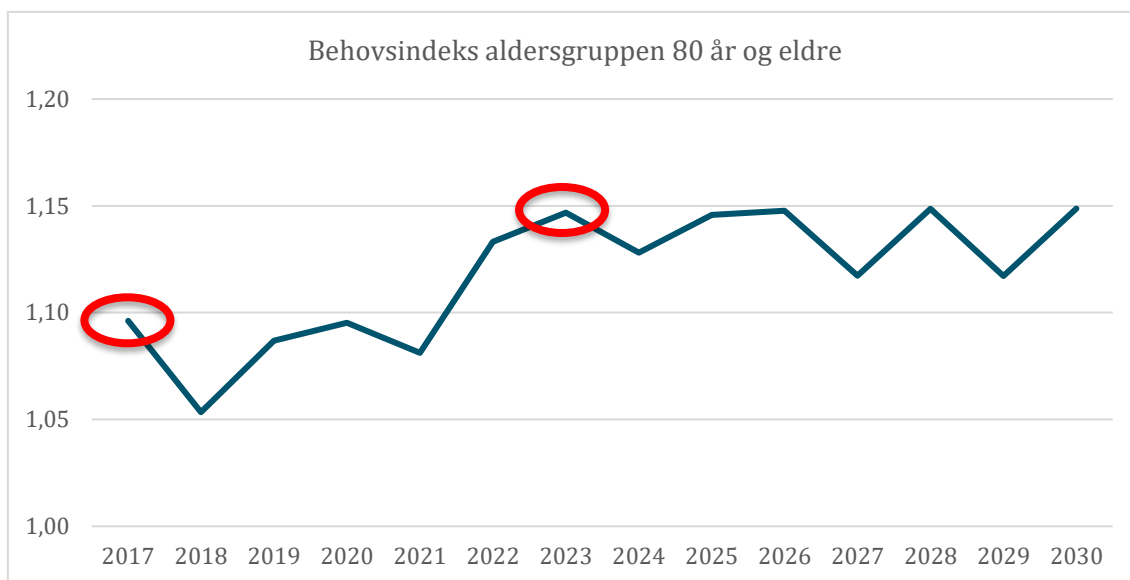
	Beregnet utgiftsbehov 2016	Netto driftsutgifter 2016 (kr per innb.)			Mer-/mindreutgift Bardu (mill. kr) ift.		
		Bardu	Landsgjennomsnitt	Bardu "Normert nivå"	Landsgjennomsnittet	"Normert nivå"	"Normert og inntektsjustert nivå"
Barnehage	0,9205	8 447	8 116	7 470	1,3	3,9	-3,1
Administrasjon	1,2934	6 348	4 129	5 340	8,9	4,0	0,1

²⁵ Vi vil imidlertid presisere at et slikt beregnet utgiftsnivå generelt ikke må oppfattes som en slags fasit på et «riktig» nivå. Beregningene er mer en illustrasjon på hvordan kommunen faktisk har tilpasset seg et forbruksnivå på de aktuelle tjenesteområdene i sum - sammenlignet med hva utgiftsbehovet (ifølge kriteriene i inntektssystemet) og de reelle, frie inntektene ideelt sett skulle tilsi. Dessuten skal det nevnes at frie inntekter ikke omfatter for eksempel utbytteinntekter og annen finansavkastning, og at kriteriene i inntektssystemet ikke inkluderer alle tjenesteområder.

Grunnskole	1,0733	16 498	12 640	13 566	15,4	11,7	-0,5
Pleie og omsorg	1,1088	19 412	16 592	18 397	11,3	4,1	-10,0
Kommunehelse	1,1724	4 349	2 511	2 944	7,3	5,6	3,8
Barnevern	0,8806	2 264	1 919	1 690	1,4	2,3	0,9
Sosialtjeneste	0,5775	1 397	2 404	1 388	-4,0	0,0	-2,1
Sum	1,0536				41,6	31,6	-10,8

Behovsindeks aldersgruppen 80 år og eldre fram til 2030

Bardu får i dag beregnet en behovsindeks knyttet til aldersgruppen 80 år og eldre tilsvarende om lag 10 prosent over landsgjennomsnittet, dvs. andelen i aldersgruppen 80 år og eldre sett i forhold til andelen på landsbasis (per 1.1.2017). Hvis vi tar utgangspunkt i framskrivningene fra SSB (alternativ «4M»), ser vi at behovsindeksen vil øke i årene framover. I 2023 er det anslått en behovsindeks på om lag 15 prosent over landsgjennomsnittet.



Figur 13 Behovsindeks for aldersgruppen 80 år og eldre. Bardu. Kilde: SSB (alternativ «4M»)

Beregnete demografikostnader fram til 2030

Tabellen under viser prognoser for befolkningsutvikling i Bardu fordelt på ulike aldersgrupper fram til 2030. Flere eldre i aldersgruppene over 67 år bidrar isolert sett til økte utgifter til pleie- og omsorgstjenestene. I perioden 2017 til 2030 er det anslått en vekst i aldersgruppene over 80 år på om lag 85 prosent, dvs. 254 personer.

Tabell 11 Prognoser for befolkningsutvikling i ulike aldersgrupper fram til 2030. Bardu. Kilde: SSB (alternativ «4M»)

	2017	2017-2021	2021-2030	2017-2030
0-5 år	-2,6 %	0,7 %	13,0 %	13,8 %

6-15 år	2,3 %	1,0 %	-6,2 %	-5,2 %
16-66 år	4,0 %	5,3 %	5,1 %	10,6 %
67-79 år	-0,8 %	9,4 %	-3,5 %	5,5 %
80-89 år	-2,8 %	4,9 %	72,8 %	81,3 %
90 år og eldre	2,5 %	10,0 %	-2,3 %	7,5 %
Totalt	2,5 %	5,0 %	5,5 %	10,8 %
80 år og eldre	-1,6 %	6,0 %	55,9 %	65,2 %

Tabellen under gir en forventet oversikt i kroner for perioden 2018-2030.²⁶ Det anslås at Bardu vil få økte demografikostnader på om lag 27 mill. kr i denne perioden. I aldersgruppene 80 år og eldre er det isolert sett anslått merutgifter på om lag 22 mill. kr. Fra 2018 til 2021 er det her anslått merutgifter på ca. 2 mill. kr, mens det for perioden 2022 til 2030 er anslått merutgifter på om lag 20 mill. kr.

Tabell 12 Beregnede mer-/mindreutgifter 2017-2030 knyttet til den demografiske utviklingen. Bardu. Faste 1000 2017-kr. Kilde: SSB/TBU, beregninger ved Telemarksforskning²⁷

	2018	2018-2021	2022-2030	2018-2030
0-5 år	-3,1	-1,9	5,8	4,0
6-15 år	0,4	-0,4	-4,5	-4,9
16-66 år	0,6	1,0	2,8	3,8
80-89 år	0,4	2,4	20,1	22,5
90 år og eldre	-1,0	0,0	-0,3	-0,3
Sum	-2,4	4,2	22,8	27,0
80 år og eldre	-0,7	2,4	19,8	22,1

²⁶ Vi har beregnet hvor store mer-/mindreutgifter Bardu kommune kan få som følge av befolkningsutviklingen. Vi har basert oss på samme satser og metodikk som brukes av TBU i «makroberegningene» til bruk i kommuneoppbygget. Mens TBU bare har anslått demografikostnader for 2018, har vi også sett på kostnadene i perioden fram mot 2030. TBU presiserer at beregningene må betraktes som grove anslag. Vi vil understreke at usikkerheten også vil øke når vi ser på flere år framover i tid. Vi tar ellers utgangspunkt i hovedalternativet («4M») fra de siste befolkningsframskrivingene til SSB (som ble publisert 21. juni 2016).

²⁷ Basert på den faktiske befolkningsutviklingen i 2016, har vi beregnet reduserte demografikostnader for Bardu på rundt 1,2 mill. kr i 2017. I aldersgruppene over 80 år er det isolert sett anslått mindreutgifter på ca. 0,6 mill. kr.

Folkehelsebarometer for Bardu kommune

En «grønn» verdi betyr at kommunen ligger bedre an enn landet som helhet, men vær oppmerksom på at det likevel kan innebære en viktig folkehelseutfordring for kommunen da landsnivået ikke nødvendigvis representerer et ønsket nivå. Verdiområdet for de ti beste kommunene i landet kan være noe å strekke seg etter.

Tema	Indikator	Kommune	Fylke	Norge	Enhet (*)	Folkehelsebarometer for Bardu
Befolkning	1 Befolkningsvekst	-1,4	0,54	0,93	prosent	
	2 Personer som bor alene, 45 år +	23,3	25,5	25,3	prosent	
	3 Andel over 80 år, framskrevet	5,5	5	4,8	prosent	
Levekår	4 Vgs eller høyere utdanning, 30-39 år	81	81	82	prosent	
	5 Lavinntekt (husholdninger), 0-17 år	5,6	9,1	12	prosent	
	6 Inntektsulikhet, P90/P10	2,3	2,5	2,8	-	
Miljø	7 Barn av enslige forsørgere	12	18	15	prosent	
	8 Uforetrygdede, 18-44 år	2,7	2,8	2,6	prosent (a,k)	
	9 God drikkevannsforsyning	99	73	80	prosent	
Skole	10 Forsyningsgrad, drikkevann	105	83	88	prosent	
	11 Skader, behandlet i sykehus	12,3	12,0	12,6	per 1000 (a,k)	
	12 Fornøyd med lokalmiljøet, Ungd. 2016	65	66	70	prosent (a,k)	
Levevaner	13 Med i fritidsorganisasjon, Ungd. 2016	75	62	65	prosent (a,k)	
	14 Fortrolig venn, Ungdata 2016	92,2	89,4	89,9	prosent (a,k)	
	15 Trives på skolen, 10. klasse	82	83	85	prosent (k)	
Helse og sykdom	16 Laveste mestringsnivå i lesing, 5. kl.	26	23	24	prosent (k)	
	17 Laveste mestringsnivå i regning, 5. kl.	33	28	25	prosent (k)	
	18 Frafall i videregående skole	34	28	23	prosent (k)	
Helse og sykdom	19 Lite fysisk aktiv, Ungdata 2016	12	14	14	prosent (a,k)	
	20 Overvekt inkl. fedme, 17 år	32	26	22	prosent (k)	
	21 Alkohol, har vært beruset, Ungd. 2016	8	16	12	prosent (a,k)	
	22 Røyking, kvinner	9	11	9,1	prosent (a)	
	23 Forventet levealder, menn	79,0	78,3	78,5	år	
	24 Forventet levealder, kvinner	83,9	82,9	83,0	år	
	25 Utdanningsforskjell i forventet levealder	-	4,3	4,9	år	
	26 Fornøyd med helse, Ungdata 2016	75	69	71	prosent (a,k)	
	27 Psykiske sympt./lid, primærh.tj., 15-29 år	98	150	146	per 1000 (a,k)	
	28 Psykiske sympt./lid, primærh.tj.	138	142	146	per 1000 (a,k)	
Helse og sykdom	29 Muskel og skjelett, primærhelsestjenesten	305	294	266	per 1000 (a,k)	
	30 Hjerte- og karsykdom, beh. i sykehus	14,5	16,3	16,7	per 1000 (a,k)	
	31 Type 2-diabetes, legemiddelbrukere	34	37	35	per 1000 (a,k)	
	32 Lungekreft, nye tilfeller	50	58	57	per 100 000 (a,k)	
	33 Antibiotikabruk, resepter	264	320	379	per 1000 (a,k)	
	34 Vaksinasjonsdekning, meslinger, 9 år	94,7	94,5	94,8	prosent	

