

# Kunnskapsgrunnlag og analysar

Kommunedelplan omsorg, helse og sosial 2019-2029



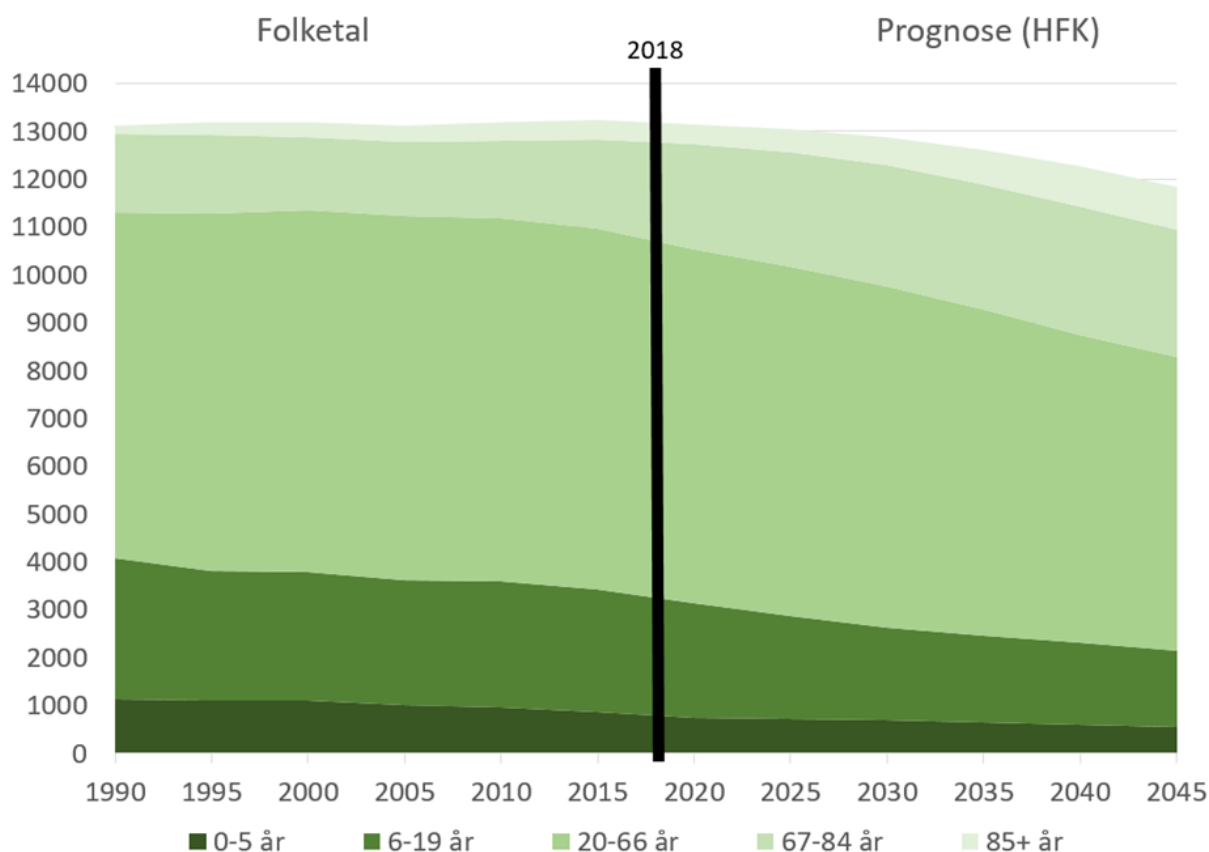
KVINNHERAD  
KOMMUNE

# Innhald

---

1. Folketal og busetnad .....	3
Folketalsutvikling .....	3
Busetnad .....	5
Oppsummering .....	6
2. Folkehelse.....	7
Indikatorar på helsetilstand i befolkninga .....	7
Yrkesdeltaking.....	8
Sosial ulikskap .....	9
Oppsummering .....	11
3. Ressursbruk.....	12
Omsorgstenester.....	12
Kommunehelsetenester.....	13
Sosiale tenester.....	13
Barnevern.....	14
Oppsummering .....	14
4. Tenester.....	15
Omsorgstenester.....	15
Heimetenester .....	16
Heildøgns omsorg.....	18
Aktivering og støttetjenester .....	21
Barnevern.....	23
Kommunehelseteneste .....	24
Sosiale tenester.....	27
Oppsummering .....	29
5. Heilskaplege tenester.....	30
Oppsummering .....	32
6. Samarbeid med frivillig sektor .....	33
Oppsummering .....	34
8. Kompetanse.....	35
Oppsummering .....	36
9. Medverknad i planprosessen .....	37
Innbyggjarmedverknad - Kva er viktig for deg? .....	37
Oppsummering .....	39
Kjelder .....	40

# 1. Folketal og busetnad



Figur 1-1. Utvikling i folketal - hovudalternativet.<sup>1</sup>

## Folketalsutvikling

Folketalet i Kvinnherad har dei siste 30 åra vore relativt stabilt på rundt 13.000 innbyggjarar. Nyare prognosar viser at folketalet vil gå ned med omlag 10 % fram mot år 2045. Vi vil i same periode få ei markant endring i aldersfordeling, med auke i talet på eldre og nedgang i dei yngre aldersgruppene. Figur 1 viser folketalsutviklinga frå 1990 til i dag, og framskriving fram mot år 2045. Fødselsoverskotet er i ferd med å nærma seg 0 og det er netto innanlands fråflytting frå kommunen. Utan innvandring frå utlandet ville vi hatt nedgang i folketal alt frå 1990-talet. Tilflytting til kommunen vil vera avgjerande for at utviklinga i dei yngre aldersgruppene skal gå i positiv retning.

På landsbasis er det forventat at folketalet vil auka, særleg i dei eldre aldersgruppene.<sup>2</sup>

Tabell 1. Endring i aldersfordeling i Kvinnherad kommune – prognose fram mot år 2045.<sup>3</sup>

	0 - 5 år	6 - 19 år	20 - 66 år	67 - 84 år	85+ år
<b>2018</b>	<b>798</b>	<b>2468</b>	<b>7604</b>	<b>1923</b>	<b>385</b>
<b>2025</b>	-68	-319	-163	+312	+99
<b>2030</b>	-99	-535	-329	+460	+187
<b>2035</b>	-140	-671	-620	+511	+355
<b>2040</b>	-188	-759	-1024	+606	+454
<b>2045</b>	-236	-870	-1325	+571	+517

<sup>1</sup> Statistikk.ivist.no

<sup>2</sup> Helhet og sammenheng. Rapport IS-2765

<sup>3</sup> Statistikk.ivist.no

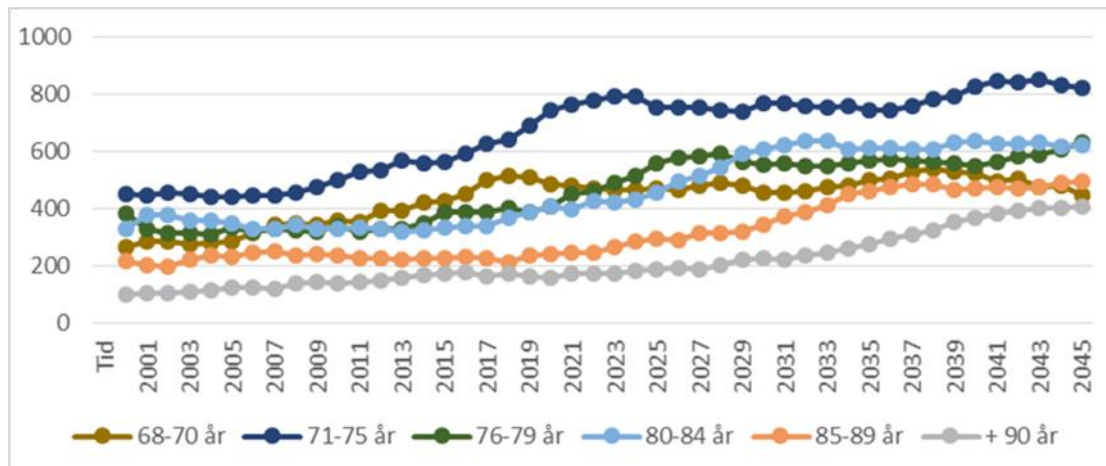
## Utvikling i dei eldre aldersgruppene

Framskrivning av folketal viser at vi vil få ei stor auke i eldrebefolkninga i åra som kjem. Alt i dag er delen eldre i befolkninga høgare i Kvinnherad enn snittet for landet.

På landsbasis er 12 % av befolkninga over 70 år i 2018, og andelen er forventa å auke til 18 % i 2040.<sup>4</sup>

I Kvinnherad er 15 % av befolkninga over 70 år i 2018, og andelen vil truleg auke til heile 25 % i 2040.

Grappa over 80 år utgjør 6 % av befolkninga i Kvinnherad i 2018 og er forventa å auke til 12 % i 2040. Tilsvarende tal for landet ligg på 4 % i 2018 og er forventa å stige til 9 % i 2040.

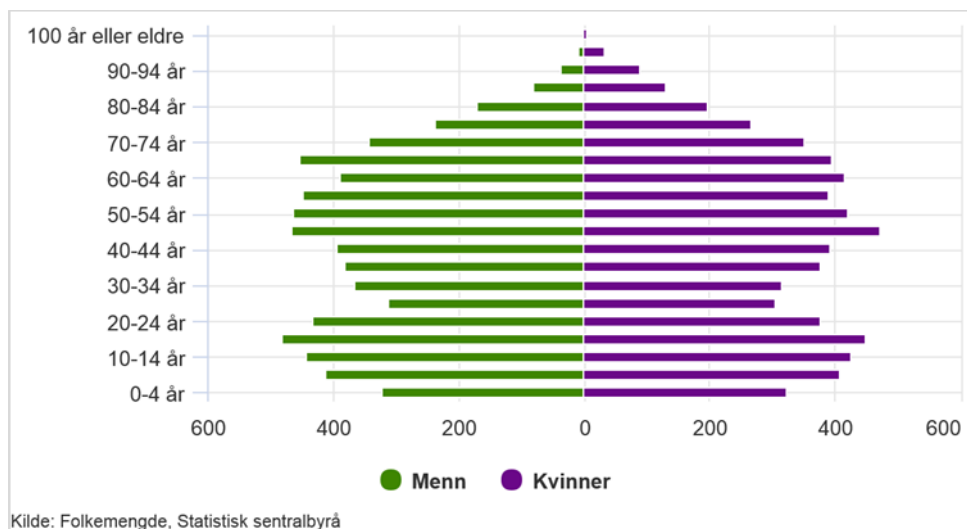


Figur 1-2. Endringar i eldre aldersgrupper.

## Utvikling i dei yngre aldersgruppene

Kvinnherad har få unge vaksne samanlikna med andre aldersgrupper. Mange unge reiser ut av kommunen for å ta høgare utdanning, berre ein liten del av desse kjem tilbake til kommunen etter fullført utdanning.

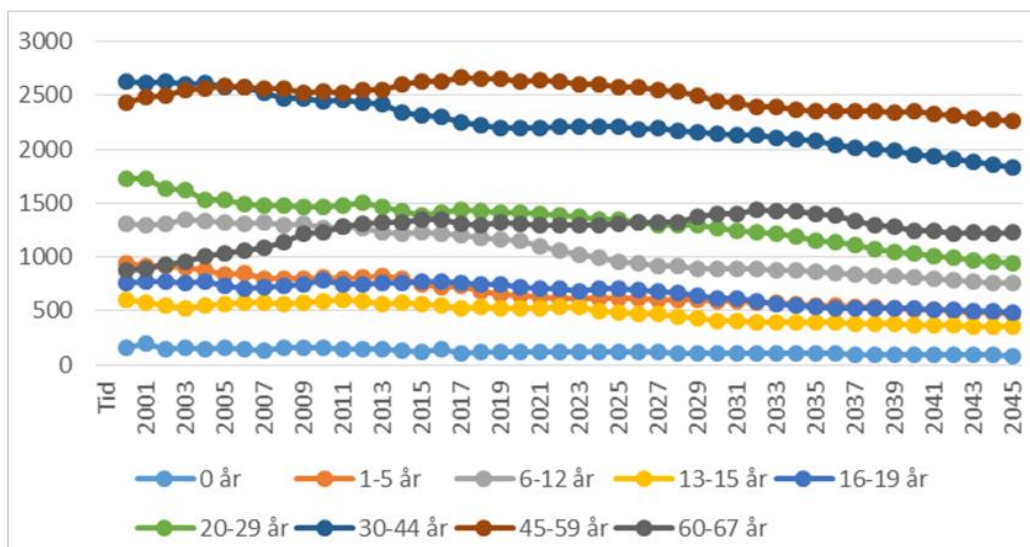
Prognosane viser at vi i åra som kjem framleis vil ha nedgang i talet på vaksne i yrkesaktiv og fertil alder. Ein konsekvens av dette vil vera at det også vert ein markant nedgang i barnetalet.



Kilde: Folkemengde, Statistisk sentralbyrå

Figur 1-3 Aldersfordeling pr 1. januar 2018.

<sup>4</sup> [Befolkningsframskrivninger i kommunene. 2018-2040](#)



Figur 1-4. Endringar i yngre aldersgrupper.

### Forsørgjarbyrde for eldre

Forsørgjarbyrde for eldre, vert berekna ved å dele tal personar over 65 år på tal personar i aldersgruppa 20-65 år. Grovt sett vil dette gje oss eit tal som viser kor mange eldre det er i befolkninga i forhold til kor mange det er i arbeidsfør alder. Forsørgjar byrden er i 2018 berekna til 0,39 for Kvinnherad, medan snittet for landet ligg på 0,29. I 2040 er det berekna at den aukar til 0,68 i Kvinnherad og til 0,43 som snitt for landet.<sup>5</sup>

Halvparten av innbyggjarane i kommunen vil vera utanfor yrkesaktiv alder i 2040.

### Forsørgjarbyrde for barn og unge

Forsørgjarbyrde for born, vert på same måte berekna ut frå tal personar under 20 år i forhold til personar i arbeidsfør alder (20-65 år). Forsørgjarbyrde i forhold til barn vert i 2018 berekna til 0,46 i Kvinnherad, snitt for landet er 0,40. I 2040 er det berekna ein nedgang for Kvinnherad til 0,44 og for landet 0,39. Andelen under 20 år i befolkninga endrar seg i same periode frå 24,8 % i 2018 (landet 23,8 %) og er berekna til å gå ned til 20,6 % i 2040 (landet 21,5).

<sup>5</sup> SSB – Befolkningsframskrivinger i kommunene 2018-2040

### Innvandring

Innvandrarar utgjorde i 2018 7,5 % av befolkninga i Kvinnherad. På landsbasis utgjør innvandrarar 14,1 % av befolkninga. Delen innvandrarar aukar, men er framleis langt lågare enn snittet for landet. Europearar utgjør om lag 2/3 av innvandrarane og arbeidsinnvandring frå Aust-Europa er faktoren som gjer størst utslag på statistikken.

### Busetnad

Kvinnherad har mange aktive bygdesamfunn og har som mål å oppretthalda ein spreidd busetnad. Vi ser likevel ein tendens til at delen av befolkninga, som bur i spreidd busetnad, går ned. Talet er gått mest ned i dei yngre aldersgruppene.<sup>6</sup>

	Del av befolkninga som bur i spreidd busetnad	Del av dei over 67 år som bur i spreidd busetnad
<b>2007</b>	42,6 %	47,0 %
<b>2013</b>	37,7 %	43,0 %
<b>2016</b>	35,2 %	41,9 %

Vi ser at mange av dei som bur i langtidsopphald i institusjon ikkje melder flytting, så talet for dei over 67 år kan reelt sett vera noko lågare.

I 2016 er Rosendal, Seimsfoss, Dimmelsvik, Uskedalen, Herøysund, Husnes, Sund/Valen,

<sup>6</sup> Statistikk.invest.no

Sæbøvik, Eidsvik og Gjermundshamn registrert som tettstadar i Kvinnherad (Gjermundshamn er frå 2017 ikkje lengre med i registeret over tettstader).

### Hushald

I snitt bur det 2,7 personar pr privathushald. I aldersgruppa 67-79 år bur omlag 25 % åleine, og nesten halvparten av dei over 80 år bur åleine.

«Andelen mottakere av omsorgstjenester stiger med økt alder, med et gjennomsnitt på knapt 10 prosent i aldersgruppen 67–79 år, vel 43 prosent i 80–89 år, til et gjennomsnitt på 85 prosent i aldersgruppen 90 år og eldre. De aller fleste mottar tjenestene i eget hjem. ...»

«...Med flere eldre hjemme og større satsing på hjemmebasert omsorg, blir kontakten med fastlegen viktig. Eldre over 67 år utgjør 14 prosent av befolkningen, men står for 24 prosent av konsultasjonene hos fastlegene.»

Kjelde: St. Meld. 15 (2017-2018) Leve hele livet <sup>7</sup>

## Oppsummering

Folketalet i Kvinnherad er forventa å gå ned med omlag 10 % fram mot år 2045.

Framskriving av folketal for denne tidsperioden viser at vi vil få ei markant endring i aldersfordeling, med auka tal eldre og nedgang i dei yngre aldersgruppene.

Kvinnherad har alt ein høg andel eldre i befolkninga, dette vil forsterka seg dei neste 10-20 åra dersom vi ikkje klarar å tiltreke oss fleire unge. Den neste 10 årsperioden aukar aldersgruppa 70-80 år betydeleg. I aldersgruppa over 80 år får vi ein meir moderat auke den neste 10-års perioden, medan aldersgruppa aukar mykje i tidsperioden 2030-2040. Det er særleg viktig å vera merksam på den store auken av dei over 80 år, då denne aldersgruppa nyttar vesentleg meir helse- og omsorgstenester enn andre grupper i befolkninga.

Nedgang i innbyggjartal og endring i alderssamansetnad påverkar bærekrafta i samfunnet og vil ha konsekvens både for inntektsgrunnlag og for tilgang på arbeidskraft.

<sup>7</sup> St. Meld. 15 Leve hele livet

## 2. Folkehelse

### Indikatorar på helsetilstand i befolkninga

#### Forventa levealder

Forventa levealder fortset å stiga og ligg no på 80 år for menn og 84,2 år for kvinner i Kvinnherad. På landsbasis er forventa levealder litt lågare; 79,1 år for menn og 84,2 år for kvinner. Levealder er høgast i grupper med lang utdanning og høg inntekt.

#### Overvekt

Overvekt hjå unge på sesjon og gravide på første svangerskapskontroll kan vera indikatorar for grad av overvekt i befolkninga. På begge desse indikatorane ligg vi over landsnittet. Overvekt aukar risiko for type 2 diabetes, hjarte- og karsjukdomar, slitasjegikt i kne og hofter og enkelte kreftsjukdommar som tjukktarmkreft.

#### Kreft

Kvinnherad har høgare førekomst av kreft enn resten av landet. Dette gjeld særleg kreft i fordøyelseorgana, som t.d. tjukktarm og endetarm. Førekomsten av hudkreft ligg og over snittet for landet. Førekomsten av lungekreft ligg litt under landsnittet.

#### Diabetes type 2

Bruk av legemidlar mot diabetes type 2 i aldersgruppa 30-74 år, indikerer at Kvinnherad har noko lågare førekomst av diabetes type 2 enn snittet for landet. Utviklinga frå 2011 viser likevel ein auke i nye årlege tilfelle.

#### KOLS/lungesjukdom

Førekomst av lungesjukdomar er omlag som i landet elles. Ein ser at lungesjukdom aukar, særleg hjå kvinner.

#### Hjarte- og karsjukdom

Kvinnherad har høgare førekomst av hjarte- og karsjukdomar enn resten av landet. Det er ein svak nedgang i førekomst frå 2012.

#### Sjukdomar i muskel og skjelett

Fleire er registrert med muskel- og skjelettlidingar enn snittet for fylket og resten av landet. Muskel- og skjelettlidingar er den diagnosegruppa som «plagar flest og kostar mest», og er den vanlegaste årsaka til sjukefråvær og for å bli ufør.

#### Psykiske symptom og lidingar

Etter fleire år med høge tal på psykiske symptom og lidingar, samanlikna med landet elles, ligg førekomsten i 2015-2017 på nivå med landet. Ikkje på grunn av nedgang hjå oss, men fordi det har vore ein stor auke i psykiske symptom og lidingar på landsbasis. I forhold til psykiske lidingar (meir alvorleg diagnosegruppe) ligg vi framleis litt over snittet for landet. Forbruk av legemidlar for psykisk liding, sovemidlar og roande midlar ligg over landssnittet.

#### Demens

Demens er ei gruppe hjernesjukdomar som fører til kognitiv svikt og påverkar funksjonsevna i stor grad. Alzheimers sjukdom, som er den vanlegaste typen demens, utgjer omlag 60 % av sjukdomstilfella.<sup>8</sup> 80 % av bebuarar i norske sjukeheimar har demens.<sup>9</sup> Demens er den hyppigaste årsaka til at personar får langtids plass i institusjon i vår kommune, og utgjer ei stor gruppe omsorgsmottakarar.

Tal frå folkehelseinstituttet syner at førekomst av demens aukar med aukande alder, særskilt etter fylte 80 år.

Tabell 2-1. Førekomst av demens i ulike aldersgrupper.

Alder	80-84 år	85-89 år	90+ år
Tal i prosent	12,9	21,7	43,1

<sup>8</sup> Helsenorge.no

<sup>9</sup> Norsk helseinformatikk.no

Basert på folkehelseinstituttet sine tal og forventa utvikling i tal innbyggjarar 60 år og eldre, kan vi forventa at vi vil ha langt fleire innbyggjarar med demens i åra som kjem. Dette føreset at førekomst av demens vert som i dag.

Framskriving av demens i Kvinnherad:

- 2018 - 266 personar
- 2030 - 359 personar
- 2040 - 446 personar

## Lårbeinsbrot

Tal på lårbeinsbrot inkludert hoftebrot ligg om lag på snitt for fylket og landet elles.

Tabell 2-2. Indikatorar på helsetilstand i befolkninga. Der ikkje anna er opplyst er tala er frå tidsperioden 2015-2017.<sup>10</sup>

	Kvinnherad	Landet
Forventa levealder – kvinner (2003-2017)	84,2 år	83,3 år
Forventa levealder – menn (2003-2017)	80,0 år	79,1 år
Overvekt ved sesjon 1 (KMI over 25), del i % (2014-2017)	27 %	23 %
Overvekt (gravide på første svangerskapskontroll), del i %	36 %	34 %
Kreft samla	684/10 000	615/10 000
Diabetes type 2-	33/1000	38/1000
Basert på legemiddelbruk i aldersgruppa 30-74 år		
KOLS og astma, basert på legemiddelbruk i aldersgruppa 45-74 år	108/1000	110/1000
Hjarte- og karsjukdom	22/1000	18/ 1000
Muskel og skjelett lidingar, aldersgruppa 0-74 år	327/1000	319/1000
Muskel og skjelett lidingar, aldersgruppa 15-29 år	254/1000	253/1000
Psykiske symptom og lidingar, aldersgruppa 0-74 år	152/1000	152/1000
Psykiske symptom og lidingar, aldersgruppa 15-29 år	157/1000	159/1000

## Yrkesdeltaking

I 2018 utgjer «den yrkesaktive delen av befolkninga», det vil sei aldersgruppa 20-66 år, 59 % av befolkninga i kommunen. Om befolkningsutviklinga vert som skissert vil denne aldersgruppa utgjera omlag 50 % av befolkninga i år 2040. I følge Nav si kartlegging er berre 35 % av den total befolkninga i Kvinnherad er yrkesaktive.<sup>11</sup>

65 % av innbyggjarane deltek ikkje i arbeidslivet og talet på sysselsette har gått ned den siste 10 års perioden.

77 % av aldersgruppa 20-66 år var sysselsette i 2018.<sup>12</sup>

<sup>10</sup> [Kommunehelsa statistikkbank](#)

<sup>11</sup>Befolkningsutvikling og fremtidens arbeidsmarked 2019.

Gjennomsnittleg tal for siste treårsperiode (2012-2014) er 33 per år. 2/3 av dette er hjå kvinner. Eit hoftebrot påfører den enkelte store kostnader i form av smerte, funksjonssvikt og livskvalitet. Eldre personar med brot er ei gruppe som i stor grad vil ha behov for tenester frå kommunen. For hoftebrot er det estimert ein samfunnsøkonomisk kostnad på om lag kr 800.000-1.000.000 per person i løpet av 2 år (HiOA, 2014). Med andre ord bør det setjast fokus på å førebyggje dette både av økonomiske og personlege årsaker.

## Yrkesdeltaking i innvandrarbefolkninga

Det er ein lågare sysselsetjingsrate i innvandrarbefolkninga (59 %) enn elles i befolkninga (65 %). Tala her er henta frå IMDI sine statistikkar, og viser del sysselsette personar av alle personar mellom 15 og 74 år. Yrkesdeltaking fordeler seg ulikt etter innvandringsgrunn der arbeidsinnvandrar ligg på topp med 76 % yrkesdeltaking og flykningar ligg nedst med 34 % yrkesdeltaking. Familieinnvandrarar og innvandring grunna utdanning (inkludert au-pair og anna) ligg på 60 og 70 % yrkesdeltaking.<sup>13</sup>

<sup>12</sup> [KommuneProfilen.no](#)

<sup>13</sup> lmdi.no



## Utanforskap i yrkesaktiv alder

I Kvinnherad fekk 22 % i aldersgruppa 20-66 år ulike ytingar frå NAV i løpet av 2017. Dette omfattar arbeidsledige, sjukemelde, uføre og personar på arbeidsavklaringspengar. I tillegg kjem mottakarar av sosialstønad, kvalifiseringsprogrammet (KVP) og introduksjonsprogrammet.<sup>11</sup>

## Unge mottakarar av uføretrygd

Kvinnherad har ein høgare del unge uføretrygda enn snittet for landet. Delen er svakt aukande. Utfordringa gjeld særskilt unge menn der det i aldersgruppa 18-29 år er 2,8 % uføre mot 1,5 % i landet. Dei siste åra nesten dobbelt så høg andel som landet elles for unge menn.

Dei siste ti åra har delen av dei som får sjukemelding og uføretrygd vore høgare i Noreg enn i andre OECD-land. Årsakene er ofte samansette. Hovuddelen av sjukemeldingar og langvarige trygdestønadar vert gitt for muskel- og skjelettlidingar og psykiske lidningar som angst og depresjon.

Tabell 2-3. Mottakarar av uføreytingar i aldersgruppa 18 - 44 år, varig uførepensjon, del (prosent) (kommunehelsa).

År	2011 - 2013	2012 - 2014	2013 - 2015	2014 - 2016	2015 - 2017
Heile landet	2,5	2,6	2,6	2,7	2,7
Hordaland	2,3	2,4	2,4	2,4	2,5
Kvinnherad	3,2	3,3	3,4	3,5	3,8

## Unge mottakarar av stønad til livsopphald

Ein stor del av aldersgruppa 20-29 år får stønad til livsopphald. For denne gruppa kjem Kvinnherad signifikant dårlegare ut enn både snittet for landet og for fylket. Grupper som står utanfor arbeidsliv og skule har oftare dårlegare psykisk helse og meir usunne levevanar enn dei som er i arbeid.

Tabell 2-4. Mottakarar av stønad til livsopphald i aldersgruppa 20-29 år, del (prosent).

År	2014	2015	2016	2017
Heile landet	8,9	9,3	9,2	8,5
Hordaland	7,8	8,7	9,1	8,2
Kvinnherad	10,7	12,5	12,8	11

## Sosial ulikskap

### Barn i familiar med vedvarande låg inntekt

8,7 % (231) av borna i Kvinnherad bur i hushald med vedvarande (meir enn 3 år) låg inntekt i 2016, talet er stigande. Snittet for landet ligg på 10,3 %. Hordaland på 8,4 %.

39 % (90) av borna bur i hushald med einsleg forsyntar. 55 % (127) i hushald utan yrkestilknytt forsyntar. 50 % (116) mottar meir enn halvparten av samla inntekt gjennom offentlege overføringar. I 56 % (129) av desse familieane har hovudforsyntar låg utdanning.<sup>14</sup>

«En person er fattig dersom vedkommende mangler ressurser til å delta i samfunnets aktiviteter og å opprettholde den levestandarden som er vanlig i dette samfunnet.»  
Townsend - 1979

### Levekår for personar med rusproblem og/eller psykiske helseproblem

Kartlegging viser at over 90 % av brukarar med psykiske helseproblem i vår kommune har ein tilfredstillande busituasjon. Det same gjeld brukarar med rusproblem og rus- og psykiske helseproblem (ROP) der 95 % har tilfredstillande busituasjon. Ingen er registrert bustadlause. Totalt 44 personar i desse brukargruppene (22 %) leiger kommunal bustad.

Over 90 % av brukargruppa mottar ytingar frå NAV som kjelde til livsopphald, dette

<sup>14</sup> Barnefattigdom.no

inkluderer arbeidsretta tiltak. Blant dei med psykiske helseproblem er om lag 24 % i ordinært arbeid eller utdanning. For brukarar med ROP og rusproblem er deltakinga enda lågare, og knapt 10 % er i ordinært arbeid. Halvparten av brukarane med psykiske helseproblem har lite eller ingen arbeidserfaring. I gruppa rus og ROP har om lag 60 % arbeidserfaring ut over 12 månader. Berre 7 % av personar med rusliding har tilfredstillande meningsfull aktivitet i kvardagen sin. 57 % har noko aktivitet, men er i behov av auka meningsfull aktivitet.

50 % av dei med psykiske helseproblem bur åleine. 21 % bur saman med barn under 18 år. 20 % har omsorg for barn og 10 % har samvær med barn.

59 % av brukarar med rus/ROP bur åleine. 13 % bur saman med barn under 18 år, 16 % har samvær med barn og 5 % har ingen kontakt med barna sine. Tala er henta frå kommunen si kartlegging av brukarar som mottar tenester frå NAV og eininga rus og psykiske helsetenester i 2017.<sup>15</sup>

Mottakarar med kun psykiske helseproblem har betre levekårsindeks enn mottakarar med rusproblem.

### Fråfall i vidaregåande opplæring

Indikatoren «fråfall» viser kor mange elevar som ikkje fullfører planlagt vidaregåande opplæring i løpet av 5 år.

Fråfall i vidaregåande skule i Kvinnherad ligg på 21 %, dette er som snittet for Hordaland og landet elles. Det er stor grad av sosial ulikskap i forhold til fråfall, og ein ser at foreldre sitt utdanningsnivå påverkar i kva grad dei unge fullfører utdanning.<sup>16</sup>

Tal frå dei siste åra viser at på Kvinnherad vidaregåande skule sluttar omlag 4 % av elevmassen i løpet av skuleåret. Dette er eit lågt tal. Når vi legg til dei elevane (15 %) som ikkje går vidare etter VG2 får vi forklaring på

det høge talet elevar som ikkje gjennomfører vidaregåande opplæring.

Av desse er det ein del som fullfører vidaregåande utdanning seinare i livet. Andre er i arbeid som ikkje krev fagutdanning. Vi kan sjå på dette som eit utdanningsproblem, men vi kan og velje å tenke at det er viktig at det i kommunen til ei kvar tid er mange arbeidsplassar som krev lite formell utdanning, og at det er viktig å legge til rette for etterutdanning på arbeidsplassane for dei som ønskjer det.

### Oppvekst og levekår

Det er våren 2019 gjennomført Ung data undersøking i Kvinnherad, resultat frå denne er ikkje publisert enno.

På landsbasis er det ein trend at ungdomsmiljøa har endra stadpunkt til bruk av illegale rusmidlar. Vi har grunn til å tru at dette og gjeld for Kvinnherad. Det er mørketal i statistikkar og bruken er truleg meir utbreidd enn tidligare. Førebyggjande tiltak for å auke debutalderen og hindre problematisk rusbruk blant ungdom krev innsats på fleire nivå samtidig – retta mot individ, familie, skule og samfunn. Samspelet mellom desse er viktig for å oppnå effekt av dei førebyggjande tiltaka.

Nasjonale trendar med høgare timebruk til skjermbruk og lågare fysisk aktivitetsnivå blant barn og unge gjeld og truleg hos oss.

Tenesta registrerer ein aukande tendens til kroppspress hjå gutar. Fleire vil vere usunt tynne og er svært opptekne av sundt kosthald, samstundes som dei vil ha musklar og trenar mykje. Nokon i så stor grad at det vert sjukeleg.

Ein del unge strevar med angst og depresjon. Nokre i så alvorleg grad at det fører til at dei droppar ut av ungdomsskulen eller vidaregåande skule, andre gjennomfører skulegangen, men oppnår eit resultat som ikkje opnar for høgare utdanning.

<sup>15</sup> [BrukerPlan](#)

<sup>16</sup> [Statistikkivest](#)

16,5 % av elevane i Kvinnheradskulen (274 elevar), er tilvist PP-tenesta i 2018. PP-tenesta (Pedagogisk-psykologisk teneste) har gjort sakkunnig vurdering av 10,5 % av elevane i grunnskulen siste år. Dette er høge tal. Dette er elevar som ikkje får tilfredstillande utbytte av det ordinære opplæringstilbodet og har rett til spesialundervisning. Landssnittet for spesialundervisning ligg på 7,9 %. Tal på tilvisingar varierer mykje frå skule til skule, og sprikar frå 22 % (høgste talet) av elevane på ein skule til 4 % (lågaste talet) på ein annan. I 2018 arbeidde PP-tenesta med 322 aktive personsaker i gruppa 0-16 år. 67 % av desse er gutar og denne skilnaden mellom jenter og gutar er aukande. Den største delen av tilvisingar er grunngjevne i sosiale/emosjonell vanskar.

Tal elevar som opplever mobbing på skulen eller digitalt blir registrert via elevundersøkinga, som er obligatorisk for skulane å gjennomføre, for 7. og 10.trinn. Resultata blir publisert på Udir sin portal «Skoleporten». Resultata dei siste åra syner at Kvinnherad kommune kjem varierende ut både samanlikna med oss sjølve og nasjonalt. Vi kjem ut med høge tal nokre år og låge tal nokre år. Det er vanskeleg å lese noko særskilt ut av dette, men framover er det viktig å ha fokus både på førebygging og å handtere konkrete saker.

«Negative barndomsopplevelser har sterk effekt på helsen vår. Ikke bare gjelder det den psykiske helsen, men også den somatiske helsen og sykdommer som for eksempel kreft, hjerte-karsykdommer og diabetes. Sammenhengene er uvanlig sterke. I følge forskerne bak ACE-studien er negative barndomsopplevelser faktisk den sterkeste prediktoren for helseproblemer i voksen alder.» - Dag Nordanger.

Kjelde: [forskning.no](http://forskning.no)

«Godt foreldreskap gir trygge barn, derfor er hjelp og støtte til foreldre viktig. Hvis omsorgen hjemme svikter, skal hjelpeapparatet være tidlig på plass. Barn og familier som får det vanskelig må få rask og tilpasset hjelp. Samarbeid på tvers av tjenester og forvaltningsnivåer er en forutsetning. Barnets beste skal alltid stå i sentrum.»

Kjelde: [Ein god barndom varer livet ut.](#)

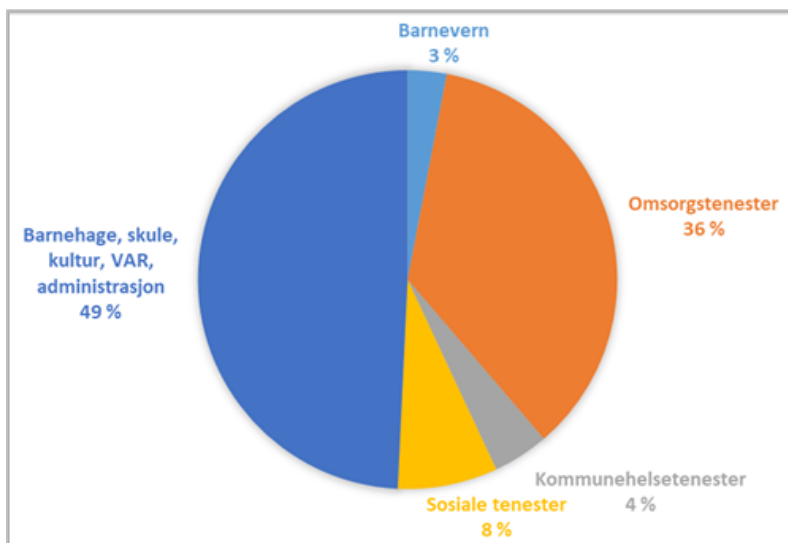
## Oppsummering

Kvinnherad har høgare førekomst av overvekt, muskel- og skjelettlidingar, hjarte- og karsjukdommar, kreft og personsaker enn snittet for landet. Vi har og ein høg førekomst av psykiske symptom og lidingar, sjølv om dei siste tala viser at vi no ligg på nivå med landet elles. Dette er sjukdomar som vi veit kan påverkast av livsførselen vår.

Som konsekvens av at vi får fleire eldre i befolkninga kan vi forvente at talet på innbyggjarar som lever med ein eller fleire kroniske sjukdommar aukar. Vi må og forvente ein auka førekomst av demenslidingar. Ivaretaking av personar med demens vil truleg bli ein av dei store utfordringane vi står over for i planperioden.

Menneske som står utanfor arbeidsliv og skule har oftare dårlegare psykisk helse og meir usunne levevanar enn dei som er i arbeid. Kvinnherad har ein høg andel unge uføretrygda, og det er langt fleire menn enn kvinner som vert tidleg ufør. Tal på tilmeldte til PP-tenesta tyder på at gutar strevar meir enn jenter også i skulealder. Andelen born i familiar med vedvarande låg inntekt ligg litt over snittet for Hordaland. 55 % av desse familieane har ikkje tilknytning til arbeidslivet. Vi ser at problemstillingar flettar seg inn i kvarandre og at det vert viktig å møta familiar som strevar på ein meir heilskapleg måte.

### 3. Ressursbruk



Figur 3-1. Kommunedelplanen omfattar omsorgstenester, kommunehelsetenester, barnevern og sosiale tenester. Desse tenesteområda, utgjorde samla 51 % av kommunen si netto drift i 2017. Tabellen under viser dei enkelte tenesteområda sin del av netto drift.

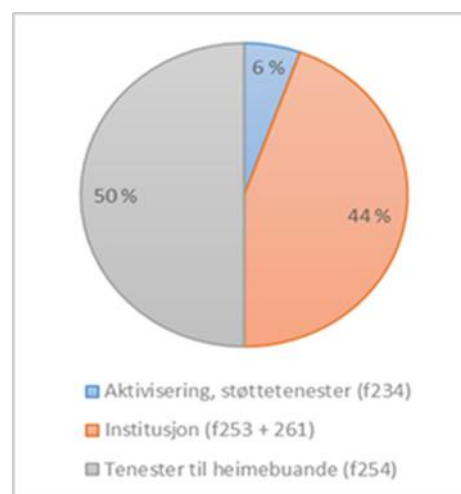
	Kvinnherad		KOSTRA GR 11	Hordaland	Landet utan Oslo
	2016	2017	2017	2017	2017
Netto utgifter til omsorgstenester i % av kommunen sine samla driftsutgifter	37,5	35,7	33,2	30,2	31,1
Netto utgifter til kommunehelseteneste i % av kommunen sine samla driftsutgifter	4,6	4,3	4,7	4,5	4,6
Netto utgifter til sosialsektoren i % av kommunen sine samla driftsutgifter	5,6	7,7	5,8	6,5	6,1
Netto utgifter til barnevern i % av kommunen sine samla driftsutgifter	3,0	3,1	3,8	3,9	3,9

Tabell 3-1. Fordeling på tenestområder i %. Netto drift.<sup>17</sup>

### Omsorgstenester

I 2017 utgjorde netto driftsutgifter til omsorgstenester 35,7 % av kommunen sine samla driftsutgifter. Dette er ein nedgang frå 2016, då netto drift for dette området utgjorde 37,5 %. Vi brukar ein større del av netto drift til omsorgstenester enn snittet for landet utan Oslo, Hordaland og KOSTRA-gruppe 11. Utgiftene fordeler seg med 44 % til institusjonsdrift og 56 % til tenester til heimebuande, fordelt med på 50 % på heimetenester, og 6 % til aktivitet og støttetjenester.

Figur 3-2. Fordeling av netto driftsutgifter pleie og omsorg – Kvinnherad kommune 2017.



<sup>17</sup> [Ssb.no](http://Ssb.no)

Kostnadane ligg høgt både på heimetenester og institusjonstenester.

### Kostnader per mottakar av heimetenester

Korrigerte brutto driftsutgifter per mottakar av heimetenester var i 2017 på kr 331 073. Snittet for landet utanom Oslo ligg på kr 256 223.

### Driftsutgifter per plass i institusjon

Korrigerte brutto driftsutgifter per plass i institusjon var i 2017 på kr 1 232 700 per plass, tilsvarande snitt for landet utanom Oslo ligg på kr 1 140 445.

### Tilskotsordning for særleg ressurskrevjande helse- og omsorgstenester

Tilskotsordninga skal delvis kompensere utgifter for kommunar som yt særleg ressurskrevjande helse- og omsorgstenester. For 2018 er innslagspunktet kr 1 270 000 per tenestemottakar (etter frådrag for brukarbetaling og evt. andre statlege tilskot) 80 % av lønnsutgifter over innslagspunktet vert refundert. Ordninga gjeld for personar under 67 år.

Kvinnherad kommune har ytt tenester til 32 personar som fyller kriteriene for refusjon i 2018. Vi forventar å få refusjonar på om lag 36 mill.

## Kommunehelsetenester

Netto driftsutgifter til kommunehelsetenester utgjer 4,3 % av kommunen sine samla driftsutgifter. Vi nyttar ein litt mindre del av samla driftsutgifter til kommunehelseteneste enn snittet for Hordaland, landet og KOSTRA gruppe 11. Kostnader til kommunehelsetenester per innbyggjar ligg likevel over snittet. Kostnad per innbyggjar var i 2017 kr 31 046, Kostra gruppe 11 brukar i snitt kr 25 456 per innbyggjar og landet utanom Oslo kr 29 920 per innbyggjar.

## Dekningsgrad

Avtalte legeårsverk per 10 000 innbyggjarar var i 2017 12,3 årsverk. Vi har ei litt bedre legedekning enn landet utan Oslo (11,1) og Hordaland (10,9). Kostra gruppe 11 ligg på same nivå som Kvinnherad med 12,1 årsverk per 10 000 innbyggjarar.

Avtalte fysioterapeutårsverk per 10 000 innbyggjarar var i 2017 10,1. Dette er på nivå med Kostra gruppa, men noko betre dekning enn Hordaland (9,5) og landet uten Oslo (9).

Avtalte årsverk i helsestasjon- og skulehelseteneste per 10 000 innbyggjarar i aldersgruppa 0-20 år var i 2017 37,6 årsverk. Dette er under snittet for landet som ligg på 39,4 årsverk og Kostra gruppe 11 som har 45,6 årsverk per 10 000 innbyggjarar i aldersgruppa 0-20 år. Hordaland har lågare dekning enn Kvinnherad.<sup>18</sup>

## Sosiale tenester

Netto utgifter til sosiale tenester samla utgjer 7,7 % av totalt netto budsjett. Vi nytta ein litt større del av budsjettet til sosialsektoren i 2017 enn i 2016 og ligg over snittet for landet, KOSTRA gruppe 11 og Hordaland.

### Ytingar til livsopphald

Utbetaling av støtte til livsopphald har auka siste året. Det er gjort samanlikning av kommunane i Sunnhordaland der det viser seg at Kvinnherad over fleire år har hatt høgare utgifter til sosialhjelp per innbyggjar enn dei andre kommunane i området. Dette kan forklarast delvis ut frå at kommunane har ulik sats til sosialhjelp og i at ein større del av innbyggjarane i Kvinnherad har behov for økonomisk hjelp. Kommunestyret har vedteke at vi skal nytta anbefalt statleg sats for sosialstønad.

### Kvalifiseringsprogrammet

Kvalifiseringsprogrammet er ei lovpålagt teneste. Auka kostnad på dette området er direkte knytt til at fleire er teke inn i programmet. Vi ligg no på det målalet som

<sup>18</sup> <http://www.ssb.no/statbank/sq/10019377/>

Arbeids- og velferdsdirektoratet har bestemt for Kvinnherad.

### Introduksjonsordninga

I 2015 hadde vi vedtak på å ta imot 50 flykningar, dei fleste av desse kom først i 2016. For 2016 og 2017 var vedtaket på totalt 45 flykningar. Dette gjer at vi hadde mange deltakarar i introduksjonsprogrammet samtidig i 2017.

Tabell 3-2. Fordeling av netto utgifter til sosiale tenester.<sup>19</sup>

	2015	2016	2017	2018
Råd, rettleiing og sosialt førebyggjande arbeid	2,2	3,0	4,1	3,0
Tilbod til personar med rusproblem	0,8	0,9	1,2	1,0
Arbeidsretta tiltak i kommunal regi	0,1	0,1	0,0	0,0
Introduksjonsordning	0,4	0,4	1,2	1,1
Kvalifiseringsordning	0,1	0,2	0,3	0,4
Ytingar til livsopphald	1,1	1,1	0,8	1,3
Sosialsektoren samla	4,7	5,6	7,7	6,8

### Barnevern

Utgifter til barnevern utgjer 3,2 % av kommunen si netto drift. Utgifter per barn i barneveret varierer relativt mykje frå år til år. Kostnadane per barn ligg under landssnittet.

Vi brukte i 2017 mindre enn snittet for landet på barn som er plassert utanfor heimen, og meir enn snittet for landet per barn som får tiltak i heimen. Dette kan indikere ei prioritering av hjelp og foreldrestøttande tiltak i heimen. Kostnadsbildet er påverka av mange faktorar knytt til korleis tenestetilbodet er innretta. Enkelt saker kan gje store utslag. Barnevernet har stor grad av oppsøkjande verksemd med heimebesøk, fosterheimsbesøk

og møter med andre tenester som skular og barnehagar. Store reiseavstandar påverkar barnevernet sin totale ressursbruk.

I 2017 har 4,6 % av barn (0-17 år) i Kvinnherad tiltak frå barnevernet, mot 3,8 % i Hordaland og 4,3 % på landsbasis. Vi ser ein svak nedgang når det gjeld både meldingar, undersøkingar og barn i tiltak. Frå 2016 til 2018 er barn under omsorg redusert frå 29 til 23.

### Oppsummering

Desentralisert struktur og store reiseavstandar set premisser i forhold til tenesteytinga og kostnader til dette. Høgt kostnadsnivå har også samanheng med høg andel tenestemottakarar med omfattande hjelpebehov.

Kommunedelplanen omfattar resultatområda omsorgstenester, kommunehelsetenester, barnevern og sosiale tenester, og utgjorde i 2017 om lag halvparten av kommunen si netto drift. Når vi samanliknar med kostragruppe 11, Hordaland og landet ligg vår nettodrift til omsorgstenester og sosiale tenester høgt. Kommunehelsetenester ligg om lag på snittet barnevern ligg under snittet. Utgifter per barn i barnevern varierer mykje frå år til år.

Auka tal eldre i dei eldste aldersgruppene vil truleg medføra auka trong for helse- og omsorgstenester, og påverke kostnadsnivået. Inntektsgrunnlaget gjennom rammeoverføringar frå staten vil med dagens regelverk truleg ikkje dekke meirkostandane ved dette. Omstilling av tenester er nødvendig for å få meir helse for kvar krone.

2017	Kvinnherad			Hordaland	Norge
	2015	2016	2017	2017	2017
Utgifter per barn i barnevernet	103 482	94 390	114 522	142 030	127 506
Utgifter per barn som bur utanfor heimen	312 941	313 020	289 815	401 114	364 654
Utgifter per barn som får tiltak i heimen	45 833	49 678	52 080	45 341	37 254

Tabell 3-3. Utgifter til barnevern.<sup>20</sup>

<sup>19</sup> Ssb.no

<sup>20</sup> [Bufdir.no](http://Bufdir.no)

## 4. Tenester

Kommunen har ansvar for å tilby nødvendige og forsvarlege helse- og omsorgstenester til innbyggjarane i tråd med Lov om kommunale helse- og omsorgstenester m.m.<sup>21</sup>

### Desentralisert struktur og store avstandar

Desentralisert organisering gir strukturelle utfordringar og er ressurskrevjande. Spreidd busetnad og store avstandar er særleg krevjande for dei heimebaserte tenestene. Reiseavstandar internt i Kvinnherad tilsvarar avstandar i kommunane Tysnes, Stord, Fitjar og Bømlo har til saman.

## Omsorgstenester

Omsorgstenestene har eit stort omfang og omfattar både institusjonstenester, heimetenester, aktivitet og støttetjenester for alle aldersgrupper. Omfang og utforming av tenester er individuelt tilpassa ut frå den enkelte sine behov. Tildeling av

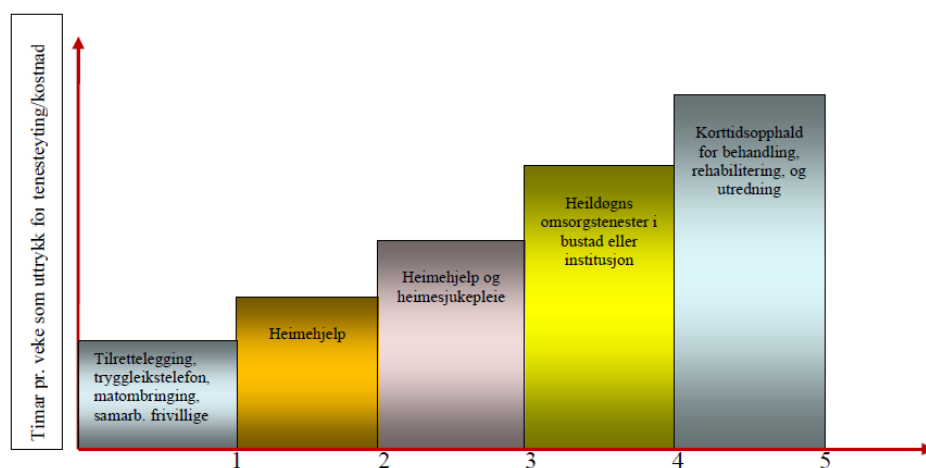
omsorgstenester er enkeltvedtak etter forvaltningslova.

### Omsorgstrappa og LEON prinsippet (lågaste effektive omsorgsnivå)

«Omsorg 2020» peika på at det er viktig å ha tilgjengeleg ressursar på alle trinn i omsorgstrappa og at tenester skal ytast på lågast effektive omsorgsnivå. Rett kapasitet på dei ulike trinna er avgjerande for at tenestene skal opplevast som gode, og for å få ei god utnytting av ressursane. Desse prinsippa har vore viktige rammer for omsorgstenestene den siste 10 år perioden.

Med aukande fokus på førebyggjande og rehabiliterande tenester har ein gradvis erstatta LEON prinsippet (lågaste effektive omsorgsnivå) med BEON prinsippet (Beste effektive omsorgsnivå). Modellen må omarbeidast i tråd med dagens behov og føringar.

Figur 4-1. Døme på omsorgstrapp. Henta frå Omsorg 2020.



Gjennomsnitt målt funksjonstap som uttrykk for behov for hjelp, der 1 er nesten sjølvhjelpen og 5 er heilt hjelpetrengjande

<sup>21</sup> [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.](#)

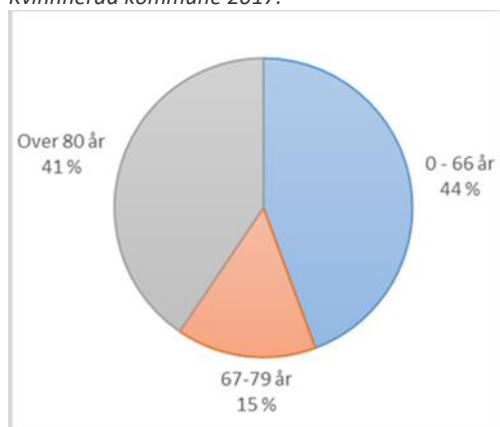
## Heimetenester

Heimetenester omfattar helsetenester i heimen og personleg assistanse til daglege gjeremål i og i tilknytning til heimen. Heimetenester vert ytt av einingane; Heimeteneste nord, Heimetenester sør, Bu- og habilitering nord, Bu- og habilitering sør, Rus- og psykiske helsetenester, Barn og familie. Tenestene vert drifta på døgnbasis.

### Mange unge tenestemottakar

44 % av dei som mottar heimetenester i Kvinnherad er under 66 år. Gruppa yngre tenestemottakarar har vore aukande over mange år, og ein ser same trenden på landsbasis. Dette har bakgrunn i reformer der ansvar for tenester til store brukargrupper er overført frå spesialisthelsetenesta til kommunane.

Figur 4-2. Mottakarar av heimetenester etter alder – Kvinnherad kommune 2017.



### Stor del av tenestemottakarane har omfattande hjelpebehov

Ein langt større del av tenestemottakarane i omsorgstenestene i Kvinnherad har eit meir omfattande hjelpebehov enn snittet for landet og KOSTRA gruppe 11, sjå tabell 4-1.

Tabell 4-1. Del tenestemottakarar med omfattande hjelpebehov, 2017.

Del tenestemottakarar med omfattande hjelpebehov:	Kvinnherad	KOSTRA gruppe 11	Landet utanom Oslo
Brukarar i langtidsopphald i institusjon	96,7 %	85,9 %	86,2 %
Brukarar på tidsavgrensa opphald i institusjon	59,3 %	44,5 %	45,9 %
Mottakarar av heimetenester 0-66 år	29,5 %	19,9 %	20,1 %
Mottakarar av heimetenester 67-79 år	25,3 %	16,1 %	15,4 %
Mottakarar av heimetenester 80 år og over	22,0 %	15,0 %	14,7 %

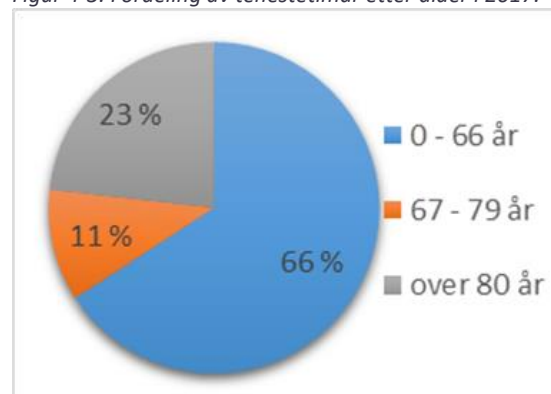
### Tal på tenestemottakarar går ned – fleire med høg timesats

Frå 2015 til 2017 har vi hatt ein nedgang i tenestemottakar i heimetenestene. Vi ser same trenden i alle aldersgrupper. Vi ser derimot at andelen tenestemottakar med omfattande hjelpebehov aukar i same periode, og at snittet på tildelte timar til den enkelte tenestemottakar går opp. Det er særleg timar til helsetenester i heimen (heimesjukepleie) som aukar. Tildelte timar til praktisk hjelp har variert noko over dei siste åra, snittet ligg lågt i forhold til snittet for Hordaland og Kostra gruppe 11. 8,6 % av tenestemottakarane i heimetenestene har høg timesats, tilsvarande tal for landet er 7,4 % og for Hordaland 7,9 %.

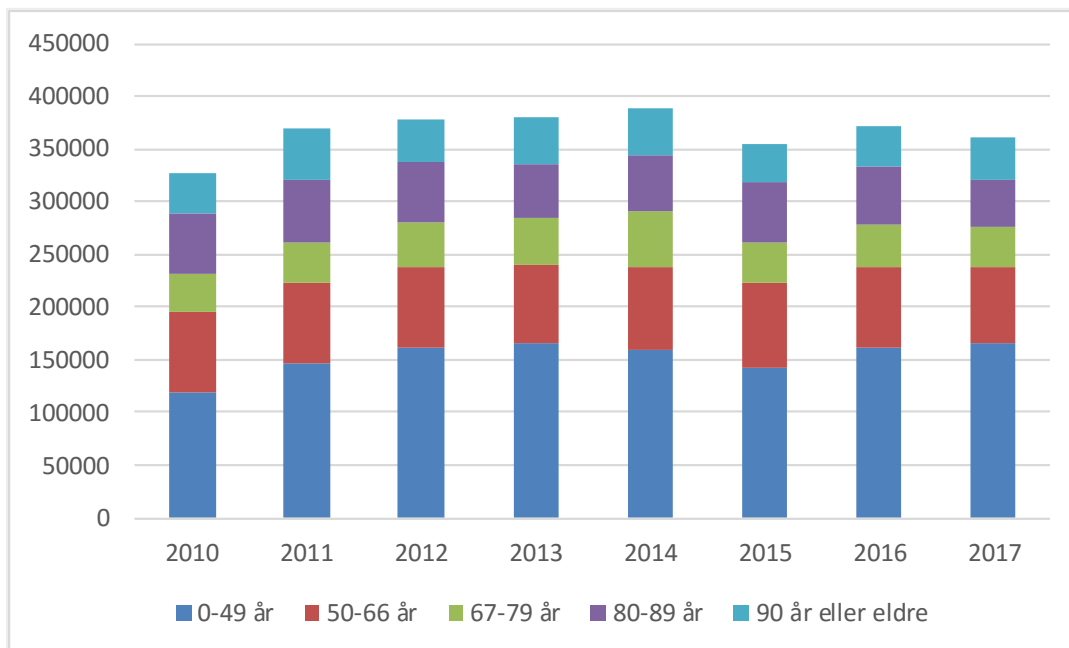
### Flest tenestetimar til unge brukarar

Det er dei yngste tenestemottakarane som brukar flest tenestetimar per år. Yngre tenestemottakarar med store hjelpebehov får tenester med utgangspunkt i heimen, medan eldre tenestemottakarar med store hjelpebehov i langt større grad får tenester i institusjon.

Figur 4-3. Fordeling av tenestetimar etter alder i 2017.







Figur 4-4. Forbruk av tenestetimar i løpet av året, etter alder.<sup>22</sup>

Tala i figuren over er basert på IPLOS data, og reflekterer tildelte timar i tenestevedtak til helsetenester i heimen, praktisk hjelp i heimen til daglege gjeremål, opplæring i daglege gjeremål og brukarstyrt personleg assistanse, aktivitetstilbod og støttekontakt, omsorgsstønning avlastning utanfor institusjon og rullerande avlastning i institusjon. Det kan variera noko kor mykje ressurs som trengs for å utføra dei tildelte tenestene avhengig av teneste skal ytast 1:1, i gruppe eller om det er behov for 2 eller fleire samtidige tenesteytarar.

Vi nyttar tildelte tenestetimar som basis for å berekne bemanningsbehov og kostnad for heimebaserte tenester. I desse tenestene går over 90 % av utgiftene til lønn. For å berekne bemanningsbehov og kostnad må ein sjå på både *direkte brukarretta tid*, som er arbeidsinnsats brukt på aktivitet/teneste brukaren treng hjelp til og *indirekte brukartid*, som er tida som går med til planlegging av teneste, rapportering, samhandling, samarbeid med pårørande, reise mellom brukar og base, opplæring og kompetanseheving.

«Siden 2009 har det vært en betydelig økning i antall mottakere av helse- og sosialtjenester i hjemmet, i form av sykepleie, vernepleie, ergoterapi, sosialfaglig og pedagogisk bistand m.v. Samtidig har vært en nedgang i mottakere av hjemmehjelp og praktisk bistand. Tallet på mottakere av tjenester i institusjon og øvrige tjenester holder seg ganske stabilt. Det har blant annet sammenheng med veksten i tallet på yngre tjenestemottakere, og økningen i mer omsorgsboligbaserte tjenestetilbud både til eldre og yngre mottakere.»

Kjelde: Meld. St. 15 (2017-2018) Leve hele livet

Indirekte brukartid varierer mellom dei ulike tenestestadane, ut frå om det er ambulerande tenester eller tenester gitt i bufellesskap med fast personalbase. Indirekte brukartid varierer og ut frå brukar sine behov og kompleksitet i tenesta, og krav til dokumentasjon og rapportering. For sjukepleiar går omlag 18 % av arbeidstida med til rapportering og dokumentasjon, for helsefagarbeidarar omlag 10 %.<sup>23</sup>

<sup>22</sup> <http://www.ssb.no/statbank/sq/10018265/>

<sup>23</sup> [Forsøksordning med statlig finansiering av omsorgstjenester](#). IS-2392

Reisetid er ein viktig faktor i forhold til dei ambulerande tenestene. Kvinnherad har lange avstandar og er i forsøksordning om statleg finansiering av omsorgstenester plassert i gruppe 2 i forhold til reiseavstandar. Lange reiseavstandar medfører høgare kostnad per time utført teneste. Andre faktorar som spelar inn på kostnader er samansetning av kompetanse og omfang av tenester på kveld, natt og helg.

### Kvardagsrehabilitering

Innføring av kvardagsrehabilitering vert sett på som eit paradigmeskifte for omsorgstenesta. Sentralt i dette er at fokus vert endra frå passiv mottak av tenester til fokus på eigenmestring.

Kvardagsrehabilitering er ei ressursorientert arbeidsform, som inneheld element av både rehabilitering og førebygging. Målgruppa er personar som har utfordringar med å meiste daglege aktivitetar og delta i heim eller lokalmiljø. Kvardagsrehabilitering skal bidra til større grad av eigenmestring og deltaking. Kvardagsrehabilitering skil seg frå ordinære pleie- og omsorgstenester, ved at pleie eller praktisk bistand ikkje vert gitt før det er gjort vurdering av potensiale for rehabilitering.

Vi har hatt tilbod om kvardagsrehabilitering for brukarar i Heimeteneste sør frå våren 2018. Tilbodet vert drifta i eit samarbeid mellom heimetenesta og ergo- og fysioterapitenesta. Brukarar som har fått denne type teneste har hatt god nytt av dette, og har mindre hjelpebehov etter fullført tiltak. Tilbodet er ikkje godt etablert enno og det er utfordringar i forhold til organisering og finansiering av tilbodet. Det har vist seg vanskeleg å innarbeide tilbodet i ordinær drift utan tilførsel av ekstra ressursar. Det vert viktig å utvikle dette tilbodet vidare.

### Pårørandestøtte

Kommunen skal tilby nødvendig støtte til pårørande med særlig tyngande omsorgsarbeid. Denne gruppa har rett på støtte i form av:

- opplæring og rettleiing
- avlastning
- omsorgstønad

Opplæring og rettleiing vert gitt av helsepersonell enten individuelt eller som gruppetiltak. Døme på gruppetiltak er pårørandeskule for demens som vert drifta av demensteamet.

Avlastning kan ytast som døgnopphald i institusjon eller i form av andre avlastande tiltak. Kommunen har tilbod om avlastning med døgnopphald for barn, unge og eldre. Ved behov kjøper kommunen private avlastningstilbod til barn.

### Heildøgns omsorg

Kommunen driftar heildøgns omsorgstilbod både i institusjon, i omsorgsbustader med døgnbemanning og i private heimar. Det har vore ei forventning at dekningsgrad for institusjonsplasser for eldre over 80 år skal vera på 25 %. Dette vert i dag ikkje rekna som ei føremålstenleg norm.<sup>24</sup>

«De andre nordiske landene skiller ikke i statistikken mellom tilbudet om heldøgns omsorg med andre botilbud til eldre. Det samlede botilbudet i Norge er rundt 50 % høyere enn det som er vanlig i de andre nordiske landene. Sammenlikningen gir en indikasjon på at det er mulig å etablere et tilbud med lavere dekning også i Norge.»

KS rapport: Heldøgns omsorg – kommunenes dekningsgrad Færre institusjonsplasser, mer omfattende hjemmetjenester

### Institusjonsdrift

Institusjonane vert nytta til langtidsopphald, avlastningsopphald, korttidsopphald for utgreiing og behandling, rehabilitering og kommunalt akutt døgntilbod (KAD).

Ved utgangen av 2018 hadde vi 119 plasser i institusjon. I februar 2019 opna vi ein ny avdeling med 10 plasser på Rosendalstunet. Pr mars 2019 har vi 129 institusjonsplasser. Institusjonsdrifta er fordelt på 3 institusjonar.

<sup>24</sup> [Heldøgns omsorg – kommunenes dekningsgrad](#)

Plassane fordeler seg slik:

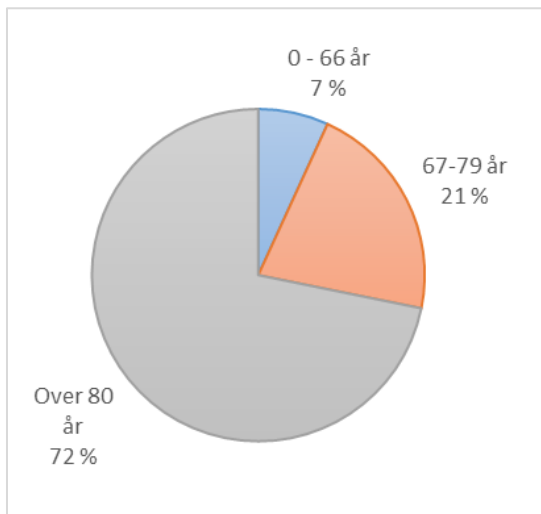
- 46 plasser på Husnestunet (inkl. KAD senger)
- 60 plasser på Rosendalstunet
- 21 plasser på Halsnøytunet
- 2 plasser på Ølve alderspensjonat

I tillegg har vi avlastningstilbod i Herøysund for vaksne med nedsett funksjonsevne, i snitt driftar vi ein plass her. I avlastningsbustaden for barn og unge (Villatoppen) har vi 4 avlastningsplasser.

### Nedgang i institusjonsopphald for aldersgruppa 80 år og eldre

Talet på eldre over 80 år i institusjon, går ned. Vi ser derimot at talet på «yngre» eldre som får tenestetilbod i institusjon aukar. Bruken av institusjonstenester ligg litt under landssnittet for eldre over 80 år. På landsbasis går andelen på langtidsopphald i institusjon ned i alle aldersgrupper, når ein korrigerer for demografiske endringar.

Figur 4-5. Tenestemottakarar i institusjon etter alder- Kvinnherad kommune 2017.



Samhandlingsreforma gav kommunane eit større ansvar for utgreiing, behandling og rehabilitering. Ansvaret gjeld alle aldersgrupper. Å ta imot pasientar som vert rekna som utskrivingsklare frå sjukehus, er blitt ei stor oppgåve for kommunane. Sjukehusa har kort liggetid, og fleire pasientane treng både pleie, medisinsk oppfølging og rehabilitering i kommunen ved

utskrivning. Denne type hjelp vert ytt både i heimetenestene og i institusjonane. 2 institusjonsplasser vert drifta som kommunalt akutt døgntilbod. Vi har ikkje hatt ei vesentleg kapasitetsauke knytt til dei nye oppgåvene.

Legedekning i institusjon

Legetimar i sjukeheim ligg i 2017 på landssnittet, med 0,55 timar per veke per bebuar.

### Institusjonslokale

Kvinnherad driftar 3 institusjonar. Nye Rosendalstunet vart ferdigstilt i 2018, og har gode lokalitetar. Alle 6 avdelingane er no i drift, i alt 60 institusjonsplasser. Husnestunet er bygd i 2 tidsperiodar. Deler av bygget har god standard i forhold til dagens krav, medan det i andre deler av bygget er behov for oppgradering. Samhandlingsavdelinga er drifta i lokale som opphavleg var bygd som omsorgsbustader. Lokala er ikkje tilpassa dagens drift. Halsnøytunet fungerer tilfredstillande i forhold til dagens drift.

### Kommunalt akutt døgntilbod

Kommunane har plikt til å sørge for tilbod om døgnoophald for helse- og omsorgstenester til pasientar og brukarar som treng akutt helsehjelp. Plikta gjeld for pasientar og brukarar som kommunen på forsvarleg måte kan utgreie, behandle eller yta omsorg til, og omfattar alle pasientgrupper. Tilbodet erstattar innlegging i sjukehus. Kvinnherad har 2 plasser (=730 liggedøgn) til dette føremålet. Desse er lokalisert på Husnestunet, Samhandlingsavdelinga. I 2018 var 100 pasientar innlagt i tilbodet, i alt 318 liggedøgn, som svarar til ein beleggprosent på omlag 44 %. Liggetid er i snitt 3 døgn, med ein variasjon frå 0-12 døgn. Omlag 25 pasientar har blitt avvist siste året av ulike årsaker; begge plasser er i bruk, ikkje ledige rom (dvs. at vi har mange pasientar i avdelinga som ikkje kan dele rom), har for lite sjukepleiar bemanning eller at pasient som treng korttidsopphald tek opp KAD plass.

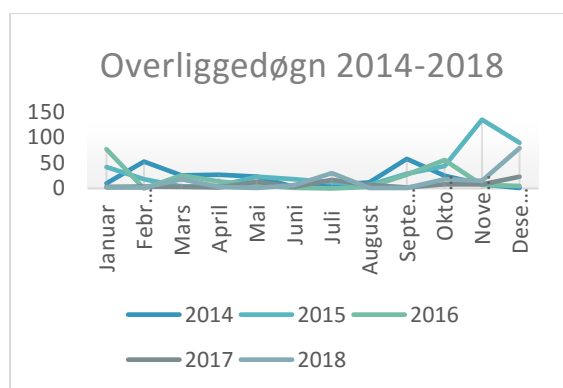
### Utskrivingsklare pasientar

Kommunen betalar for utskrivingsklare pasientar som blir liggande på sjukehus

medan dei ventar på kommunalt tilbod. Betalingsplikta har til no omfatta somatiske pasientar. Frå 2019 vil denne ordninga omfatta både somatiske pasientar og pasientar innlagt i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling. Betalingsplikta skal følge opphaldskommune, ikkje folkeregistrerte kommune som tidlegare. Omfang av utskrivingsklare pasientar som blir liggande på sjukehus i påvente av kommunalt tilbod varierer mykje gjennom året. I 2018 hadde vi betalingsplikt for totalt 176 døgn, fordelt på 53 pasientar. Desse pasientane venta frå 1-12 døgn på korttidsopphald i kommunen. For å lette på presset har vi i periodar kjøpt rehabiliteringsopphald i Odda kommune. I 2018 nytta vi dette til saman 42 døgn.

Døgnpris var i 2018 kr 4 747 (døgnpris for 2019 er kr 4 885). Avtalt døgnpris for kjøp av plass i Odda kommune er kr 2 500.

År	Overliggedøgn	Kjøp av plass i Odda kommune
2014	253	85
2015	427	125
2016	222	95
2017	93	10
2018	176	42



## Omsorgsbustader

Det er registrert at 183 personar bur i omsorgsbustad i 2017; 108 av desse er under 67 år, 24 er i aldersgruppa 67-89 år, 27 er i aldersgruppa 80-89 år og 24 er 90 år eller eldre.

4 % av eldre over 80 år bur i bustad med heildøgns teneste i 2017, medan 11 % (12,6 % i 2016) bur i institusjon. Dette er om lag som snittet for landet utanom Oslo. Det er store variasjonar mellom kommunane på dette området, prega av korleis den enkelte kommune har innretta tenestene sine i forhold til institusjonsdrift, butilbod og heimetenester.

Ein stor del av omsorgsbustadane våre er organisert som bufellesskap og har personalbase med eige personell, på døgnbasis. Denne type bu-tilbod er retta mot brukargrupper med ulik funksjonsnedsetting, og omfattande hjelpebehov. Vi har eigne bustadgrupper for personar med psykisk utviklingshemming, psykisk sjuke, rusliding og eldre.

Det er per 20.2.2019 17 eldre personar på venteliste til omsorgsbustad med heildøgns omsorg. Dette til tross for at det er opna eit bufellesskap med 8 bu einingar i inneverande år. Det er og meldt behov for 10 unge som treng bustad med heildøgns omsorg i løpet av dei neste 0-6 åra.

Vi har i dag ingen ledig kapasitet i forhold til nye behov for omsorgsbustader innanfor psykiatri og rus. Ein kan forventa utfordringar i forhold dette i åra som kjem, då dei som bur i desse bufellesskapa har langvarige eller varige behov for tilrettelagte bu tilbod og omfattande tenestebehov, og det er derfor lite utskifting av bebuarar i desse bustadane.

Butilbod til brukarar med Rus- og psykisk liding (ROP), S15, har ikkje føremålstenleg utforming. Her er det behov for ombygging eller nybygg som samlar alle funksjonane under same tak og gjer at personalgruppa kjem tettare på brukarane.

Vi har ikkje særleg tilrettelagte butilbod til yngre brukarar med erverva fysiske og kognitive skadar og lidingar. Dei siste åra har det ikkje vore press på frittliggjande omsorgsbustader. Tenester til bebuarar i omsorgsbustader vert rekna som heimetenester.

Vi driftar eit bufellesskap for einsleg mindreårige flyktningar. Bufellesskapet har døgnbemanning. Per i dag bur det 5 ungdommar der.

Tabell 4-2. Oversikt over omsorgsbustader, januar 2019.

	Stad	Personalbase bemanna:			Ansvarleg eining	Tal bustader
		Dag	Kveld	Natt		
<b>Borgjo bufellesskap</b>	Rosendal	x	x	x	Rus og psykiske helsetenester	12
<b>Hagetunet</b>	Uskedalen	x	x	x	Bu og habilitering	11
<b>Halsnøytunet</b>	Sæbøvik	x	x	x	Halsnøytunet	14
<b>Herøysund kompetansesenter og Kaldanesvegen</b>	Herøysund/Husnes	x	x	x	Bu og habilitering	25
<b>Kvadraten</b>	Husnes				Utan fast tilknytt personell	22
<b>Husnestunet C-blokk</b>	Husnes	x	x	x	Heimetenester Sør	15
<b>Lien</b>	Rosendal				Utan fast tilknytt personell	16
<b>Myro</b>	Uskedalen				Utan fast tilknytt personell	6
<b>Rosendalstunet</b>	Rosendal	x	x	x	Heimetenester Nord	16
<b>S15</b>	Husnes	x	x	x	Rus og psykiske helsetenester	4
<b>Skorane</b>	Uskedalen				Utan fast tilknytt personell	2
<b>Sunde, trygdebustader</b>	Sunde				Utan fast tilknytt personell	6
<b>Ullvaren</b>	Rosendal				Utan fast tilknytt personell	7
<b>Utsikten bufellesskap</b>	Valen	x	x	x	Rus og psykiske helsetenester	6
<b>Varaldsøy aldersheim</b>	Varaldsøy				Utan fast tilknytt personell	2
<b>Villatunet</b>	Husnes	x	x	x	Bu og habilitering sør	10
<b>Ølve alderspensjonat</b>	Ølve	x	x	x	Heimetenester nord	11

## Aktivisering og støttetjenester

### Friskliv, læring og mestring

Frisklivssentralen i Kvinnherad kommune er eit kommunalt kompetansesenter for fysisk aktivitet, kosthald og røykeslutt. Tilbodet består av individuelle helsesamtalar (råd, rettleiing, hjelp til å lage planar, motivasjon), fysisk aktivitet i grupper, samt ulike tema og diagnosespesifikke lærings- og mestringkurs. Lærings- og mestringskursar har som føremål å setje den enkelte i betre stand til å ta hand om eiga helse og eigne helseutfordringar. Dette

kan vere diagnoserelatert, knytt til aktuelle tema eller at ein har store belastningar i kvardagen. Døme på dette er kurs for personar med KOLS, diabetes eller depresjon. Målgruppa er vaksne som treng rettleiing og oppfølging med tanke på endring av levevanar. Du treng ikkje vera sjuk eller å ha ein diagnose for å delta på ein frisklivssentral. Dei mest vanlege årsakene til deltaking er overvekt, inaktivitet (at ein bevegar seg for lite i kvardagen), muskel- og skjelettlidingar, psykiske lidingar (lette depresjon og angst) eller kosthaldsendring. Det er mogeleg å ta kontakt sjølv eller få hjelp av nokon i

hjelpeapparatet, du treng ikkje noko tilvising for å delta.

### **Aktivitetssenter**

Aktivitetssentera er sosiale møteplasser med fokus på fysisk aktivitet, friluftsliv, kultur og hobby aktivitetar for vaksne personar som treng eit sosialt fellesskap. Dette er folk flest med utfordringar som til dømes lite sosialt nettverk, somatisk sjukdom som gjer at ein isolerer seg, personar som treng eit trygt og stabilt miljø, personar med endring i livssituasjon eller helse, arbeidsledige og sjukemelde. Her er alle ilag utan å ha fokus på diagnosar eller utfordringar. Målsetnaden er gjennom ei meiningsfull fritid, sosialt samvær og mestringsopplevingar å skape god helse, trivnad og livskvalitet for den enkelte.

### **Dagavdeling/dagtilbod**

Vi driftar dagavdeling/dagtilbod på institusjonane våre og på Ølve alderspensjonat. Tilboda er i hovudsak retta mot eldre innbyggjarar med store omsorgsbehov og behov tilrettelagt aktivitet, omsorg, fellesskap og måltider. Tilsvarande har vi dagtilbod for mennesker med nedsett funksjonsevne i Herøysund, drifta av Bu og habilitering nord og sør.

Det er varsla at kommunane får lovpålagt plikt til å tilby dagaktivitetstilbud til personar med demens frå 1. januar 2020. Lovsak er under behandling.<sup>25</sup>

### **Aktiv fritid**

Aktiv fritid er eit tilbod til personar over 18 år som av ulike grunnar treng hjelp for å oppleve ei meiningsfull fritid og samver med andre. Tenesta vert organisert som individuell støtte-/treningskontakt, deltaking i aktivitetsgruppe eller individuelt tilbod i samarbeid med frivillig lag/organisasjon.

### **Aktivitet mot arbeid**

Kommunen skal kunne tilby lågterskel aktivitetstiltak for personar som vil ha arbeid som eit langsiktig og usikkert mål, og arbeidsretta aktivitetar for personar som har

arbeidsevne, men som har behov for å vedlikehalde sin kompetanse i påvente av eit eigna arbeidstilbod. Mellom desse ytterpunkta vil det vere behov for ulike grader av tilrettelagte kompetansehevande aktivitetstilbod. Lågterskel aktivitetstiltak vil kunne vere eit organisert dagtilbod som gjev struktur i kvardagen, sosial kontakt, hjelp til å avklare den enkelte sine opplæringsbehov og opplæring i ferdigheiter som er naudsynte eller føremålstenlege for å kunne få eit arbeid eller for å kunne fungere i eit arbeidsmiljø. Det er NAV som gjer vedtak for den enkelte ut frå ei individuell vurdering. Kommunen sitt tilbod for å støtte aktivitetskravet for personar på sosialhjelp er i hovudsak lokalisert på Undarheim gamle skule. I tillegg til dette er det eit klart behov at andre kommunale einingar bidreg og tek imot personar slik at vi får utvida kapasitet og fagområde den enkelte kan bidra på.

### **Hjelpemiddellager**

Kommunen har hjelpemiddellager i Dimmelsvik. Dette er både kommunalt korttidslager og mellomlager for hjelpemiddel frå NAV hjelpemiddelsentral. I 2017 leverte vi om lag 3000 hjelpemiddel frå NAV. 1600 hjelpemiddel vart tilbakelevert i same periode. Dette er eit stort omfang samanlikna med andre kommunar og har truleg samanheng med at vi har mange eldre i befolkninga. Kommunen har ansvar for å utgreie behov for hjelpemiddel, gi opplæring i bruk, vedlikehald, reparasjon, utlevering, montering, demontering og retur. Kommunen sine hjelpemiddel skal reingjerast og kontrollerast før ny bruk.

Dagens lokale er dårleg eigna, både i forhold til plassering, utforming og arbeidsflyt. Tiltak må gjerast blant anna i forhold til hygiene. Vi bør og få lagt til rette for direkte utlevering og tilbakelevering på lageret. Vi har ikkje system for registrering av hjelpemiddel og manglar derfor oversikt over kva som er på lageret og kva som er utlånt.

<sup>25</sup> [Regjeringen.no](http://Regjeringen.no)

## Velferdsteknologi

Helsedirektoratet tilrår at kommunane tek i bruk lokaliseringsteknologi (GPS), elektronisk medisineringsstøtte, elektroniske dørlåsar, digitalt tilsyn, oppgraderte sjuke signalanlegg/varslingssystem, logistikk løysingar, digitale tryggleiksalarmar og responsenter. Bruk av velferdsteknologiske løysingar skal bidra til auka tryggleik og betre tenester for brukarar og pårørande. Erfaringar viser og at velferdsteknologi kan gje meir effektiv bruk av ressursar i helse- og omsorgstenestene i kommunane.<sup>26</sup> Teknologiske hjelpemiddel kan både vera eit supplement til og ei erstatning for direkte tenesteyting.

For framtida bør Kvinnherad kommune gje råd om at alle nybygg bør leggest til rette for bruk av slik teknologi.

Det vart i 2018 inngått rammeavtale med Doro Care AS om leige av verdsteknologisk utstyr med tilhøyrande tenester. Dette omfattar leige av tryggleiksalarmar, sensorar, lokaliseringsteknologi, elektroniske medisindispenserar, digitalt tilsyn og alarmmottaks- og installasjonsteneste, og er i tråd med Helsedirektoratet sine anbefalingar.

I Kvinnherad har vi i mange år hatt god dekning med tryggleiksalarmar. I praksis er det slik at alle som ynskjer det får tildelt alarm. Anna teknologi er ikkje teke systematisk i bruk enno. Vi har under arbeid eit større prosjekt på bruk av velferdsteknologi.

## DigiHelse

Vi startar i løpet av juni 2019 opp med digital innbyggjardialog i heimeteneste nord og sør. Denne tenesta legg til rette for dialog mellom tenesteytar, tenestemottakar og eventuelt pårørande. Den inneheld meldingsutveksling, oversikt over avtalar, avbestilling av avtalar og varsel om utført heimebesøk. Tenesta vil etter kvart bli teke i bruk i fleire tenestemråder.

Studiar viser at teknologi som fungerer og som er til å stole på vil kunne gje redusert behov

for arbeidskraft i framtida. Dersom dette skal bli ein realitet i vår kommune må det setjast av ressursar til investering i utstyr og opplæring av personell.

## Barnevern

I Noreg er omsorg og oppfostring av barn foreldra sin rett og plikt. Barn og unge har krav på omsorg, noko som i første rekke er foreldra sitt ansvar. Når omsorga i heimen sviktar, vil foreldre ha behov for hjelp og støtte for å ivareta dette ansvaret. For å lukkast med foreldrestøttande arbeid, må vi sikre rett hjelp til rett tid.

Lov om barnevernstenester skal sikra at barn og unge som lev under forhold som kan skada helse og utvikling får nødvendig hjelp, omsorg og vern. Å arbeide målretta for at flest mogleg barn skal kunne bu heime utan å verte skadelidande krev tett og kontinuerleg tverrfagleg arbeid.

Dette krev:

- Målretta og kvalitative gode undersøkingar gjennom eit godt samarbeid med foreldre og barn
- Tiltak knytt opp mot borna sine behov, gjennom samarbeid med andre hjelpeinstansar og foreldre
- Oppfølging av foreldre til barn som er plassert utenfor heimen
- Vidareutvikling av systemarbeid knytt til fosterheimsarbeidet
- Gode arbeidsrutinar

## Barnevernsberedskap

Alle barn i Noreg har krav på bistand i akutte krisesituasjonar – uavhengig av kvar dei bur i landet. Kravet til kommunane er å ha «tilstrekkeleg beredskap» slik at barn i krise kan få naudsynt hjelp også utanom kontortid. Ei forsvarleg beredskapsordning må ha tilstrekkeleg og rett kompetanse og kunna gi barn og familiar i akutt krise naudsynt hjelp til rett tid. Kvinnherad kommune har ikkje ei slik beredskapsordning. Dette medfører at

<sup>26</sup> [Helsedirektoratet.no](https://www.helsedirektoratet.no)

tilsette som har fri må kallast ut når det oppstår behov utanom kontortid. Dette er ikkje ei tilfredstillande ordning og vi vurderer at det blir viktig å få på plass ei reell beredskapsordning for å sikre nødvendig og forsvarleg tenestetilbod.

## Kommunehelseteneste

### Legeteneste

Vi har 16 fastlegar fordelt på 4 legekantor; Husnes, Rosendal, Halsnøy og Hatlestrand. I tillegg til dette har vi kommuneoverlege i 50 % stilling og ei stilling for turnuslege. Dei fleste fastlegane i Kvinnherad er sjølvstendig næringsdrivande. Hovudmodellen i fastlegeordninga, er at legane får eit basistilskot frå kommunen basert på kor mange innbyggjarar dei har på listene sine. Dette tilskotet får kommunen kompensert frå staten. Fastlegen si inntekt består av refusjonar og eigenandelar, i tillegg til basistilskotet. I Kvinnherad beheld kommunen basistilskotet mot å drifte kontorlokale, IT-tenester og hjelpepersonell.

Legane har varierende listelengder frå 500 til 1200 pasientar. Dei fleste legane har i tillegg oppgåver i institusjon, helsestasjon og legevakt. Dei fleste legane gjer desse oppgåvene i tillegg til å ha full liste som fastlege. 12 legar deltek i legevaktsordninga.

Tabell 4-3. Fordeling og kapasitet i fastlegeordninga, 1.1.2018.

	Fastlegar	Innbyggjar tal	Liste-kapasitet	Ledig kapasitet
Halsnøy helsesenter	3	2015	2 200	167
Husnes helsesenter	7	6200	6 400	9
Rosendal helsesenter	5	4137	4 200	162
Hatlestrand helsesenter	1	805	800	92
Kommunen samla	16	13 160	13 600	430

Tabell 4-4. Stillingsstorleik for ulike offentlege allmennlegeoppgåver.

Stad	Prosent
Halsnøytunet	20 %
Husnestunet	70 %
Rosendalstunet +Ølve	73 %
Halsnøy helsestasjon	10 %
Husnes helsestasjon Inkl. helsestasjon for ungdom	40 %
Rosendal helsestasjon	20 %
Hatlestrand helsestasjon	6 %

Kvinnherad har hatt ei stabil legedekning over lang tid, men står i dag over for ein del utfordringar.

- Det er lite ledig kapasitet på listene. Dette gjer at det er vanskeleg for innbyggjarane å bytte fastlege. Det kan og vera vanskeleg å få fastlege på det helsesenteret ein ynskjer
- Dei fleste legane opplever at totalbelastninga er høg. Dette er knytt både til listelengde og til vaktbelastning
- Fleire legar ynskjer å redusere listekapasitet
- Fleire legar nærmar seg pensjonsalder
- Få søkjarar til ledige fastlegeheimlar
- Små lokale i Rosendal og på Husnes, per i dag ikkje plass til fleire fastlegar
- Ynskje om fastlønn på legevakt
- Behov for bygningsmessige endringar i forhold til døgnbemanna legevakt
- Ynskje om døgnbemanna legevakt
- Nødvendig å vurdere fastlønna legestillingar i samband med rekruttering

### Legevakt

Kvinnherad legevakt er samlokalisert med Husnes helsesenter. I same bygg ligg og ambulansestasjonen. Legevakt er bemanna måndag til fredag 17-22, laurdag 10-18 og søndag 11-20. Ut over dette er vi tilknytt Sunnhordaland interkommunale legevakt, og har lege på heimevakt. Vi har og legevaktsamarbeid med Tysnes kommune for bebruarane på nordsida. Helsesentera har ansvar for akutt helsehjelp på vekedagar på dagtid (8-15). Legane som arbeider i ordninga har ynskje om at legevakt vert fastlønna, med plikt om å vera til stades heile vakta og at det



vert lagt til rette for moglegheit for overnatting.

Mange kommunar har problem med å rekruttere fastlegar. Dette gjeld både store og små kommunar. Mykje tyder på at den totale arbeidsbelastninga på fastlegar er for høg. Fastlegane er stadig blitt pålagt nye oppgåver utan at listelengde er endra. Den «nye generasjonen» legar ynskjer fast arbeidstid, tid til familieliv, fast lønn med pensjonsrettar, feriepengar, lønna permisjon osv, heller enn ansvaret som sjølvstendig næringsdrivande.

Det er sett i gang ulike prosessar for å gå gjennom dagens fastlegeordning og vurderer kva endringar som er nødvendig for å sikra ei berekraftig fastlegeordning i framtida. Handlingsplan for allmennlegeteneste er varsla våren 2020.

[Forsking.no: «Er fastlegeordningen i krise?»](#)

### Kontor for reisevaksinering og smittevern

Frå hausten 2018 har det vore tilbod om reisevaksinering og smittevern ein dag i veka i egne lokale på Husnes. Helsestasjonen har ansvar for drift. Her vert helseundersøking av flyktingar gjennomført, i tillegg til tuberkulosearbeid og yrkes- og reisevaksinering for kommunen sine innbyggjarar. Yrkes- og reisevaksinering er ikkje ei lovpålagd oppgåve, men eit tilbod som kommunen ynskjer at innbyggjarar i Kvinnherad skal ha og som helsestasjonen har fått delegert frå kommunelege.

### Rus og psykisk helse

Kartlegging ved hjelp av BrukerPlan viser at 203 personar med rusproblem og/eller psykiske helseproblem mottok tenester frå NAV og/eller eininga rus- og psykisk helsetenester i Kvinnherad i 2017. Av dette har 145 personar psykiske helseproblem og 58

personar rusproblem eller ein kombinasjon av rus og psykiske helseproblem (ROP).

BrukerPlan kartlegginga viser at hovuddelen av brukarane, som har kontakt med eininga rus- og psykiske helsetenester, har behov for kortvarige tenester, 1-3 år. Ca 15-20 % har behov for langvarige tenester. Vi registrer ein auke i behovet for tenester både til personar med milde, kortvarige lidningar og til personar med alvorleg psykisk lidning. Auken i tenestebehov kan sjåast i samanheng med endringar i spesialisthelsetenesta og i fordeling av ansvar mellom stat og kommune (resultat av samhandlingsreforma), samt endringar i Lov om psykisk helsevern i forhold til bruk av tvang. Samla har dette ført til eit auka behov for tilrettelagde butilbod med døgnteneste, og eit auka behov for kompetanse og ressursar på fagfeltet.

Det er ei utfordring for kommunen at personar med stort behov for tenester vel å busetja seg i kommunen etter langtidsbehandling ved Valen Sjukehus. Det inneber at kommunen må ha tilrettelagde butilbod med bemanning som er svært kostnad- og ressurskrevjande, samt at det er auka behov for spesialkompetanse innan rus- og psykisk helse.

### Fysioterapi

Fysioterapi har oppgåver knytt til utgreiing, behandling og rehabilitering i alle aldersgrupper. Vi har i alt 14 fysioterapeutar (13,5 årsverk). 6 av terapeutane har driftsavtale med kommunen og driv privat praksis, resten er fast tilsette i kommunen. Kapasiteten i tilbodet er ikkje tilfredstillande, og det er ventetid særleg i Husnesområdet. Dette går særleg ut over pasientar med kroniske lidningar. Tenesta har utarbeidd prioriteringsnøkkel for å sikre ivaretaking av prioriterte grupper. Ein har utvikla gruppetilbod, m.a. i forhold til fallførebyggjande trening. Presset på tenesta har auka etter samhandlingsreforma. Kortare liggetid på sjukehus, gjer at større del av behandling og rehabilitering skjer i kommunen.

Avtalefysioterapeutane sitt tilbod er i stor grad retta mot den yrkesaktive delen av befolkninga, og medverkar til å redusera sjukefråvær grunna muskel/skjelettplager. Postoperativ behandling og akutte skadar vert prioritert.

### Ergoterapi

Ergoterapeutar er viktige aktørar i kommunen sitt rehabiliteringstilbod. Vi har 3 ergoterapeutar i denne delen av tenesta. Mykje av ergoterapeutane si tid går til søknad om tekniske hjelpemiddel, og til tilpassing og opplæring i bruk, samt fysisk tilrettelegging i heim, barnehage og skule, med fokus på auka eigenmestring. Det er ynskjeleg å dreie tenesta meir mot barn/unge, overgangar, førebyggjande heimebesøk, kognitiv rehabilitering og ADL trening.

### Helsestasjon

Helsestasjonen har tett oppfølging med born mellom 0-5 år med minimum 15 konsultasjonar per barn i førskulealder. Både barselgrupper og individuelle konsultasjonar er ein del av dette. Helsestasjonen har etablert samarbeid med lege, fysioterapeut, psykolog og logoped.

Helsestasjonen er ein viktig aktør i kommunen sitt helsefremjande og førebyggjande arbeid og sentral når det gjeld helseopplysning til befolkninga. Dette vert i dag gjort munnleg eller skriftleg i form av brosjyrar til utdeling. Ein bør arbeide med å digitalisera helseopplysninga, slik at informasjonen blir open for alle og ein treff målgruppa betre.

Det er behov for å utvikla betre tiltak retta mot foreldre til barn som er i ferd med å utvikle overvekt. Terskel for å få hjelp via spesialisthelsetenesta er ISO KMI på 30 -35, medan innsatsen må starte mykje tidlegare for å ha effekt. Forsking viser at ein må arbeide både tverrfagleg og tett over tid med familiar for å få til ei varig endring.

### Skulehelseteneste

Skulehelsetenesta er eit satsingsområde og har gjennom ulike prosjekt blitt styrka siste året. I tråd med nasjonale føringar for

skulehelsetenesta er målet å skape ein kultur for samarbeid mellom skule og skulehelsetenesta og saman arbeide for elevane si helse, trivnad og læringsmiljø.

### Helsestasjon for ungdom

Helsestasjonen driftar «Helsestasjon for ungdom» (HFU). Tilbodet er ope to timar kvar veke, og er godt nytta. I tillegg kan ungdom nytte helsestasjonen i den ordinære opningstida og ved Kvinnherad vidaregåande skule.

Helsestasjon for ungdom arbeider for å førebygga graviditet blant unge kvinner. Dette er sær viktig for at elevar skal fullføre vidaregåande opplæring. Det er behov for at fleire enn legar kan administrera prevensjonsmidlar. Helsesjukepleiar og jordmor har kompetansen, men manglar tid og utstyr til gjennomføring.

### Jordmorteneste

Jordmortenesta føl opp gravide og fødande. Gjennom samarbeidsavtale mellom Kvinnherad kommune og Helse Fonna er det sikra beredskap og følgjetenester for fødande. Med fokus på tidleg innsats, vart prosjektet «Jordmor heim» starta opp i november 2018. Dette innebar ein auke i jordmorstilling for å sikra at alle kvinner får tilbod om heimebesøk etter fødsel. Dette i tråd med nasjonale retningsliner for barselomsorga, og eit ledd i helsestasjonen sitt arbeid med å bli ein ammekunnig helsestasjon.

### Tenester til barn og unge

Organisatorisk er dei fleste tenester til barn og unge plassert i eininga Barn og familie. Eininga omfattar helsestasjons- og skulehelseteneste, jordmorteneste, barneverntenester, PP-tenester, omsorgstenester, habiliteringstenester og ulike rettleiings- og støttetiltak etter både helse- og omsorgstenestelov, barnevernslov, barnehagelov og opplæringslov. Legeteneste og ergo- og fysioterapitenester er og viktige aktørar i forhold til barn og unge sitt helsetilbod og viktige samarbeidspartar for eininga.

Eininga er delt i fire avdelingar og har omlag 70 tilsette og engasjerer rundt 100 oppdragstakarar som støttekontaktar, besøkshimar og anna. I tillegg kjøper ein tenester til born som treng omfattande tiltak, etter behov.

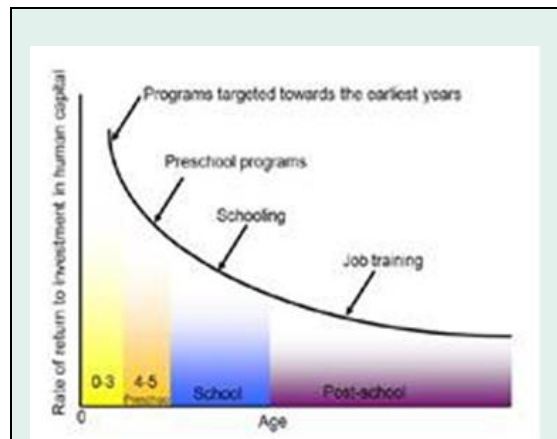
### Viktige kommunale satsingar knytt til barn og unge sine oppvekstforhold

- Satsing mot barnefattigdom
- Betre tverrfagleg innsats (BTI)
- Vurdering for læring
- Inkluderande barnehage- og skulemiljø
- Eit lag rundt eleven
- Styrking av skulehelsetenesta
- Konsultasjonsteamet – vald og overgrep: [kommunal rettleiar](#)

Betre tverrfagleg innsats og tidleg innsats er viktige satsingsområder i kommunen. Satsingane involverer både oppvekstsektoren og tenestemråda innanfor helse, omsorg og sosial. Samarbeid med foreldre, barnehage og skule er viktig for å skape heilskaplege og gode tilbod til barn og unge. Vi har fokus på å gje born og unge tidlegast mogeleg hjelp, og ha tilbod om tiltak og førebyggjande tenester på alle nivå. Målet er at barn og unge som lev med ulike belastningar skal få best mogeleg oppvekstvilkår og så langt som mogeleg unngå at dei utviklar vanskar som dei tek med seg inn i vaksenlivet.

### PPT (Pedagogisk, psykologisk teneste)

PPT er ei av avdelingane i eining Barn og familie. PPT sine oppgåver er heimla i opplæringslova. PP-tenesta si primæroppgåve er å vere sakkunnig instans i høve til spesialpedagogisk hjelp og spesialundervisning i barnehage og skule. Ei anna viktig oppgåve er å vera støttespelar i forhold til systemretta arbeid i form av kompetanse- og organisasjonsutvikling opp i mot barnehage og skule, knytt til barn med særskilde behov.



I eit samfunnsøkonomisk perspektiv, bør vi ha ein grunnregel om tidlegast mogleg investering. James Heckman viser gjennom ei lang rekke arbeid at oppvekstforhold er viktige faktorar bak sosioøkonomiske indikatorar. Gapet mellom dei som veks opp med gode oppvekstvilkår og dei som veks opp i miljø prega av mange risikofaktorar aukar med barnet sin alder og med kor lenge dei oppheld seg i dårlige oppvekstmiljø. Tiltak som vert sett inn tidleg har lågare kostnad og betre effekt enn seinare tiltak, dvs at nytte i forhold til kostnad vert mindre dess eldre barnet blir.

## Sosiale tenester

Kommunen har ansvar for å yta sosiale tenester etter Lov om sosiale tenester i arbeids- og velferdsforvaltninga. Lov med forskrifter definerer tydeleg kva ansvar kommunen har. Den daglege utføringa er lagt til NAV-kontoret. Dei viktigaste oppgåvene er sakshandsaming av søknader om sosialstønning, drift av kvalifiseringsprogrammet, skaffa mellombels bustad ved akutt behov og økonomisk råd og rettleiing. NAV kontoret har i alt 20 tilsette, 8 arbeider i den statlege delen av NAV og 12 med kommunale oppgåver. Leiar er felles for statleg og kommunal del.

## Sosialhjelp

Det viktigaste NAV-kontoret kan gjera for brukarane av tenestene er å hjelpa dei over i ein annan livssituasjon, gjennom bistand til å finna arbeid eller på annan måte gjera dei økonomisk

sjølvhjelpne. Økonomisk sosialhjelp er meint å vera mellombels, men av ulike årsaker vert nokre få personar (8 personar i 2018) avhengig av økonomisk sosialhjelp over lang tid. Totalt var det i 2018 336 personar som fekk økonomisk stønad frå dei sosiale tenestene. Det gjeld alt frå dekking til livsopphald, hjelp med utgifter til bustad, straum, tannbehandling, briller, medisinar, etableringskostnader, reiser og matvarer. Det vert gjort nærare 2000 enkeltvedtak kvart år.

### Vilkår om aktivitet

Sosialtenesteloven pålegg kommunane å setja vilkår om aktivitet for personar under 30 år som har fått innvilga sosialhjelp. For å oppfylle kravet får NAV-kontoret drahjelp både av dei statlege arbeidsretta tiltaka og av eining for aktivitet, læring og meistring. Dette har medført at talet på unge sosialhjelpsmottakarar har vorte redusert dei siste åra, frå 2017 til 2018 med nesten 30 personar. Samstundes har andelen personar i aldersgruppa 45 og over auka tilsvarande, trass redusert arbeidsledighet.

### Kvalifiseringsprogrammet

Sosialtenesteloven pålegg kommunane å ha eit kvalifiseringsprogram. Dette er ledd i regjeringa si fattigdomssatsing og gir deltakarane i programmet løn i staden for sosialhjelp. Deltakarane vert følgt opp mykje tettare enn ein makter elles, og dei vert raskt avklara mot arbeid eller anna inntekt av meir permanent karakter. Arbeids- og velferdsdirektoratet har sett eit måltal på 17 deltakarar for Kvinnherad og vi innfrir dette målet.

### Generell rådgjeving og rettleiing

Lova krev at dei sosiale tenestene skal driva økonomisk rådgjeving og rettleiing mot brukarane av tenestene. Ein nyttar mykje tid til å kartleggja den einskilde brukar i høve økonomi, busituasjon, rusproblematikk og generelle levekår. Då avdekkjer ein kva form for rettleiing og rådgjeving som trengs. Det kan handla om å gje opplæring i budsjettering, men også til å overta heile eller deler av økonomien for ein person (frivillig forvaltning) i eit tidsrom. I nokre få tilfelle der ein ser at ein person er heilt ute av

stand til å ivareta sin eigen økonomi søker NAV om løyve til tvungen forvaltning. Ein hadde i 2018 26 avtalar om frivillig forvaltning. Etter loven skal ein også driva med gjeldsrådgjeving. Dette kan vere særskild krevjande og stiller store krav til kompetanse, og det er ventetid på denne type hjelp.

### Mellombels husvære

Sosialtenesta er etter loven forplikta til å hjelpa med å skaffa mellombels husvære for personar som akutt står utan stad å bu og som ikkje sjølv makter å finna ei løysing. I mange år har ein nytta campinghytter i slike tilfelle, då det har vore uråd å finna ledige kommunale eller private bustader på så kort varsel. Dei som leier ut campinghytter har vore velvillige og i stor grad bidrege til at ein har kunna løyse desse sakene raskt. Den seinare tid har vi disponert ein kommunal bustad som mellombels husvære, noko som har vore vellukka. Denne bustaden har vore mykje nytta.

### Bustøtte (statleg og kommunal)

Statleg og kommunal bustøtte ligg til NAV kontoret. Startlån er frå 1. januar 2019 flytta til Stab.

### Introduksjonsordninga

Introduksjonsprogrammet er heimla i introduksjonslova. Kommunen skal tilby introduksjonsprogram til nye flyktningar og deira familiegjenforeinte, som har behov for grunnleggjande kvalifisering med mål om å kunna fungera i ordinært arbeid, utdanning og samfunnsliv. Programmet er på fulltid og varer i 2 år. Programtida kan forlengast ved behov. Deltakarane får introduksjonsstønad i programtida. Etter fullført program går nokon av deltakarane ut i arbeid eller over i vidaregåande opplæring, andre er over lengre tid avhengig av stønad til livsopphald. I Kvinnherad tilbyr vi også norsk og samfunnsopplæring til andre innvandrargrupper.

### Rusomsorg

Rusomsorga er i hovudsak organisert i eining rus og psykiske helsetenester. Tenesta har

fokus på å førebyggja og redusera problemutvikling, og fremje mestring av eige liv knytt til bustad, arbeid/aktivitet, sosial inkludering, økonomi og praktisk hjelp.

LAR-koordinator og ruskonsulent gir individuell oppfølging til personar som mottar legemiddelassistert rusbehandling. Tenesta gjev tilbod om aktivitet tre dagar i veka saman med aktivitør.

Det er tilsett erfaringsmedarbeidar i tenesta i 2019. Medarbeidar med brukarerfaring er viktig i tenesta for å styrkja brukarperspektivet og brukarmedverknad, samt i møte med brukarar som likemann.

Tenesta har heildøgnsbemanning knytt til 4 bustader for menneske med rus- og psykisk liding (ROP). Bustad komplekset er lite eigna for denne type oppfølging, og ein vil betre ivareta brukarane ved å ha personale tettare på i eit bufellesskap.

## Oppsummering

Kvinnherad har eit godt utbygd og desentralisert tenestetilbod.

Endra oppgåvefordeling mellom stat og kommune har gitt kommunane auka ansvar og oppgåver, og medfører at fleire treng behandling, omsorg og rehabilitering på kommunalt nivå. Kommunen har starta omstilling på mange områder, men opplever å ha lite kapasitet til endringsarbeid innanfor ordinær drift. Dette gjer at vi får mindre effekt av tiltak enn mogeleg. Vi vurderer at det er nødvendig å arbeide med kultur for endring og tilføra ressursar til utvikling og innovasjon. Tiltak som er forventa å gje ein framtidig effekt krev auka ressursbruk i ein overgangsperiode.

Bruk av velferdsteknologi er eit viktig satsingsområde. Vi er berre i startgropa på dette arbeidet, og har framleis ein lang veg å gå. Satsinga handlar både om investeringar, tilrettelegging og arbeid med kunnskap, kultur og haldningar til bruk av teknologi både hos tilsette og innbyggjarar.

Fleire tenester har per i dag ikkje tilfredstillande lokale. Mykje av dette er planlagt løyst gjennom utbygginga av Aksen. Tilpassa lokale og samlokalisering er viktige faktorar for god ressursutnytting, samhandling og kvalitet på tenester.

Til tross for at vi har opna eit nytt bemanna bufellesskap og ei ny sjukeheimsavdeling i 2019, har vi ventelister til bustader med døgnbemanning og mangel på korttidsplassar. Til ei kvar tid er det 2-3 personar som ventar på langtids plass i institusjon.

Per i dag klarer vi ikkje å dekke lovkrav om aktivitet for personar på sosialhjelp. Aktivitet mot arbeid bør vera eit viktig satsingsområde.

Fastlegeordninga er under press og dagens organisering bør vurderast.

## 5. Heilskaplege tenester

Kommunen skal leggja til rette tenester slik at den enkelte pasient og brukar får heilskaplege, koordinerte og individuelt tilpassa tenester. Tenester skal innrettast slik at dei bidreg til å stimulera eigen læring, motivasjon, auka funksjon og mestringssevne, likeverd og deltaking. Kommunen sitt ansvar omfattar alle brukargrupper, og likestiller somatisk og psykisk sjukdom, skade eller liding, rusproblem, sosiale problem og nedsett funksjonsevne av andre årsaker.<sup>27</sup>

God ivaretaking av brukarar med komplekse og samansette behov føreset god samhandling mellom tenesteytarar på tvers av forvaltningsnivå, både internt i organisasjonen, med spesialisthelsetenesta og andre aktørar og ikkje minst god samhandling med pasient, brukar og eventuelt pårørande.

Regjeringa har sett som mål at hovudtyngda av habilitering og rehabilitering skal skje i kommunen der brukaren bur.<sup>28</sup> Heilskaplege tenester til personar med rus og psykiske helseproblem er eit prioritert område.<sup>29</sup>

### Individuell plan og koordinator

Alle med behov for langvarige og koordinerte tenester har rett til å få utarbeidd individuell plan (IP). IP og koordinator er viktige verktøy for å ivareta brukarmedverknad og brukarstyring, for å sikra målretta innsats, for å styrka samhandling og samordning mellom tenesteytar og brukar, og mellom tenesteytarar på tvers av fag, nivå og sektorar. Grundig kartlegging av utfordringar og ressursar er ein viktig del av arbeidet med IP.

### § 3. Definisjon av habilitering og rehabilitering

«Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasients og brukers livssituasjon og mål. Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, brukar, pårørande og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak.

Formålet er at den enkelte pasient og brukar, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringssevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet.»

Kjelde: Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator.

### Koordinerande eining for habilitering og rehabilitering

Koordinerande eining har det overordna ansvaret for arbeidet med individuell plan og har ansvar for oppnemning, opplæring og rettleiing av koordinatorar. Koordinerande eining skal vera ein pådrivar i forhold til kartlegging, planlegging og utvikling av rehabiliteringstenester i kommunen, og vera kontaktpunkt mot brukarar og samarbeidspartar internt og eksternt i forhold til behov for koordinering.

### Bruk av individuell plan og koordinator

Kvinnherad har låge tal på bruka av Individuell plan. I Sampro, som er det elektroniske verktøyet vi nyttar til individuell plan, er det

<sup>27</sup> Lov om kommunale helse- og omsorgstenester

<sup>28</sup> Prop. 1 S. Opptreppingsplan for habilitering og rehabilitering (2016-2017)

<sup>29</sup> Prop. 15 S. Opptreppingsplanen for rusfeltet (2016-2020)

registrert 29 aktive planar ved utgangen av 2018.

Tal frå BrukerPlan viser at kun 4 % av brukarar med psykiske helseproblem og 2 % av brukarar med rus- og ROP lidningar har individuell plan. Om lag 55 % har ansvargruppe og andre type planar, 42 % har ingen planar. Mykje tyder på at samordning for desse brukarane i stor grad vert ivareteke gjennom andre samarbeidsformer enn IP. Fleire i målgruppa får tilbod om og takkar nei til individuell plan.

### Brukarmedverknad

Regjeringa vil skapa «pasienten si helseteneste» og fornya, forenkla og forbetra helsetenestene med utgangspunkt i pasienten sine behov. Pasient og brukarmedverknad skal styrkast på alle nivå både nasjonalt, lokalt og på individnivå.<sup>30</sup>

Brukarmedverknad handlar om å styrkja brukaren som enkeltindivid slik at han vert gitt makt og mynde i eige liv, og å arbeide for å auka brukaren sin rett og høve til deltaking og påverknad i samfunnet. På systemnivå inneber brukarmedverknad at brukarar inngår i eit likeverdig samarbeid med tenesteapparatet, og er aktiv deltakar i planleggings- og vedtaksprosessar.

*«Mennesker må aldri hjelpes på en måte som binder dem til våre løsninger og svar, men alltid slik at de blir frie til å finne sine egne veier»*

Kjelde: «Person og profesjon» av Torborg Aalen Leendersts, 1995

Vi bør i langt større grad enn det vi gjer i dag leggja til rette for systematisk innhenting av brukarerfaringar gjennom brukarundersøkingar m.m. Vidare bør vi i større grad leggja til rette for pasient og brukardeltaking i planlegging, utvikling og evaluering av tenestetilbod.

### Tidleg innsats og betre tverrfaglig Innsats

Kommunen deltek i fleire prosjekt retta mot barn, unge og familiar med fokus på tidleg innsats, førebygging og gode individretta tiltak. Satsingane rettar seg mot rutinar og system, men også mot haldningar, kunnskap og handlingskompetanse hos den enkelte tilsette.

Betre tverrfagleg innsats (BTI) er ein av desse satsingane. BTI-modellen består av tre hovudelement; [handlingsretteleiar](#), stafettlogg (som er eit verktøy for samhandling) og kompetansebygging hos dei tilsette. Gjennom BTI prosjektet har ein fokus på korleis ein skal handle dersom ein er bekymra for eit barn eller ungdom. Heilskapleg tenking, tverrfagleg innsats, involvering av foreldre og god samhandling rundt det enkelte barnet er sentrale element. Satsingane mot barn og unge er viktige som ledd i kommunen sitt utviklingsarbeid. Og erfaringar frå prosjekta vil ha konsekvens for vidare drift og innretting av tenester.

### Kartlegging av kompetanse og samhandling

I samband med prosjektet «betre tverrfagleg innsats» (BTI) vart det i 2017 gjort ei kartlegging av kompetanse og samhandling. I alt 531 fagpersonar i kommunen deltok i undersøkinga. Eit av hovudfunna i undersøkinga er at rutinar for samhandling i liten grad er skriftleggjort og gjort kjent for tilsette. Samtidig svarar dei aller fleste at dei kjenner reglar for samtykke og teieplikt, og veit kven dei skal kontakte i ulike samanhengar. Undersøkinga viser at mangel på rutinar og lite kunnskap om korleis ein skal handle utgjer ein relativt stor barrierar for å handle og samhandle.

Andre erfaringar tyder på at det er stor variasjon i forhold til samhandling. Vi har eksempel på brukarar som har gode team rundt seg som bidreg til gode prosessar og god utvikling. Vi manglar framleis god nok systematikk i dette arbeidet.

<sup>30</sup> Prop. 1 S 2017-2018 kap. 1

## Familieperspektiv i tenesteyting

Heilskaplege tenester handlar og om å ha med familieperspektivet og ha fokus på korleis alvorleg og langvarige problem med helse, sosial fungering, økonomi og anna påverkar familie og då særleg barn under 18 år.

Kvinnherad har fått midlar til å prøve ut ordning med familiekoordinator. Dette er ei 1-årig prosjektstilling, finansiert med tilskotsmidlar til utvikling av sosiale tenester i NAV. Familiekoordinator skal vera ein støttespelar for familiar som har kontakt med fleire tenester og skal syta for god individuell oppfølging av kvart familiemedlem. Utfordringane i familien kan vera knytt til låg inntekt, utfordringar knytt til arbeid, busituasjon, økonomi eller helse. Tiltaket skal gje betre samordning av tenestetilbod til brukarar med samansette problem, og meir heilskapleg arbeid rundt familiar med denne type utfordringar. Målet er å hindre at sosiale og økonomiske utfordringar går i arv, hindre fråfall i skule, hindre radikalisering og fremma fysisk og psykisk helse.

Erfaring viser at god kartlegging i familien er nøkkelen til treffsikre tiltak. Etter kartlegging set ein i fellesskap opp familiens plan. Familiekoordinatoren starta arbeidet i desember 2018 og ein ser alt gode resultat av arbeidet for dei familiare som får oppfølging. Det viser seg at mange av familiare har mange instansar og mange tiltak å forhalde seg til og at dette i seg sjølv er utfordrande.

## Samarbeid med spesialisthelsetenesta

Spesialisthelsetenesta er ein viktig samarbeidspart. Samarbeid med Helse fonna HF er regulert i samarbeidsavtalar. Avtalane legg, saman med lovverk, grunnlag for forpliktande samarbeid og samhandling mellom nivåa. Det er lagt til rette for elektronisk samhandling via Helsennett, mellom kommune (omsorgsteneste og legeteneste) og helseføretak. Sektorkontoret

koordinerer utskrivingar frå sjukehus der pasienten treng omsorgstenester ved utskriving.

Innføring av pakkeforløp for tverrfagleg spesialisert rusbehandling og pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern (frå januar 2019) skal fremje samarbeidet mellom spesialisthelsetenesta og kommunen. Føremålet er å gje pasientar eit samanhengande og koordinert behandlingstilbod, samt auka brukarmedverknad og ivaretaking av somatisk helse og levevanar. Alle forløp skal innehalde skildring av kontaktpunkt i kommunen.

Koordinerande eining er kontaktpunkt i kommunen og har ansvar for tildeling av koordinator når det er behov for oppfølging i kommunen.

## Oppsummering

Samhandling med spesialisthelsetenesta er ivareteke gjennom samarbeidsavtalar og felles rutinar mellom kommunen og Helse-Fonna HF. Informasjonsflyten går elektronisk via Norsk helsenett og samhandling mellom kommune og helseføretak fungerer tilfredstillande i forhold til inn og utskriving på sjukehus.

Det er mykje god samhandling også internt i organisasjonen, men vi manglar framleis skriftleggjorte rutinar og dermed systematikk i dette arbeidet. Vi har lite bruk av individuell plan og koordinator sett i forhold til folketal, dette tyder på at kommunen ikkje ivaretek plikta til koordinering og samhandling på ein tilfredstillande måte.



## 6. Samarbeid med frivillig sektor

Kvinnherad kommune har eit rikt lags- og organisasjonsliv som driv aktivitet innanfor mange interessefelt og for ulike målgrupper. Det er stor deltaking og den førebyggjande og helsefremjande gevinsten er openbar. Det er likevel viktig å arbeide kontinuerlig med å sikre tilgang til aktivitet for alle for å motverke sosial ulikskap i helse og utanforskap.

*«alle barn, uavhengig av foreldrenes sosiale og økonomiske situasjon, må ha mulighet til å delta jevnlig i minst én organisert fritidsaktivitet sammen med andre»*

Kjelde: [Fritidsærklæringa \(regjeringa.no\)](http://regjeringa.no)

Frivillig innsats er ei kjelde til fellesskap, demokratiutøving og kompetanse. Deltaking i frivillig arbeid fremmar integrering og førebyggjer utanforskap. Eigenverdien i frivillig arbeid er stor og den totale innsatsen som vert lagt ned er av stor verdi for folkehelsa. Frivillig aktivitet og deltaking er eit gode alle bør få ta del i.<sup>31</sup>

Som ledd i medverknadsarbeidet til kommunedelplan for Omsorg, helse og sosial har det vore gjennomført dialog kafé for ulike brukargrupper. Dialogkafeen for lag og organisasjonar knytt til aktivitet for eldre syntte at det er ønskje og vilje til å bidra som frivillig blant dei eldre sjølve. For å skape eit aldersvenleg samfunn med god helse og trivsel er tilbakemeldinga at det er viktig med sosialt samvær, fysisk aktivitet, eigna bustad og godt kosthald. Møtestader med kulturtilbod, trimtilbod turgrupper og tilrettelagte reiser er viktige faktorar. Tilbakemeldinga er at dei eldre sjølv kan vere ein ressurs i organisering og gjennomføring av dette. Det vert difor særskilt viktig å utvikle dette samarbeidet frametter slik at rammene for frivillig deltaking vert lagt best mogleg til rette

og at den frivillige ressursen vert nytta best mogleg. Organisering og bidrag frå kommunen med omsyn til dette vert mest sannsynleg avgjerande og det er truleg at små kommunale ressursar vil kunne utløyse stor frivillig innsats.

### Frivilligsentralen

Frivilligsentralen er ein lokal møteplass som formidlar kontakt mellom menneske som treng hjelp og andre som ynskjer å hjelpa. Møteplatsen har i tillegg fleire faste aktivitetar drifta av frivillige med hjelp og støtte frå Frivilligsentralen, til dømes småbarnstreff, kulturkafé, turgruppe, språkkafé, styrketrening for eldre og seniordans. Kvinnherad Frivilligsentral vert drifta frå Husnes.

### Frivilligplan

Kommunen har starta arbeidet med frivilligplan. Denne vil legge grunnlaget for samarbeid mellom kommunen og frivillig sektor.

Som eit ledd i dette er det våren 2019 bestemt at Kvinnherad skal ta i bruk ein digital plattform for organisering av frivillige. Denne skal også fungere som ein aktivitetskalender som gjev oversyn over aktivitet i lag og organisasjonar. Føremålet er mellom anna å få betre oversyn over aktivitetar, at det vert lettare å melde seg som frivillig og å melde inn behov.

### Frivillig innsats i omsorgstenesta

Aktivitet og fellesskap er eit av innsatsområda i St. meld.15 «Leve hele livet». Det vert rådd til at kommunane tek ansvar for å leggje til rette og invitere inn frivillige for å bidra til gode opplevingar, sosialt fellesskap og aktivitet.

<sup>31</sup> Meld. St. 10. Frivilligheita – sterk, sjølvstendig, mangfaldig

Frivillige, lag og organisasjonar bidreg alt til eit variert aktivitetstilbod for bebuarar i institusjon. Frivillig innsats for denne gruppa har stor verdi som vi må ta godt vare på. For å ta betre vare på dei frivillige og få best mogeleg effekt for bebuarane må vi bruke ressursar til å samarbeide med dei frivillige og koordiner innsatsen.

Økonomiplanen for 2019-2022 set som mål opprette koordinator som har ansvar for å rekruttere og koordinere frivillig innsats knytt til institusjon og heimeteneste. Rosendalstunet har sett av 20 % stilling til dette arbeidet.

## Oppsummering

Kvinnherad kommune har eit rikt lags- og organisasjonsliv, der mange deltek. Verdien for fellesskapet og den førebyggjande og helsefremjande gevinsten er openbar. Så mange som mogeleg bør motiverast til å ta del i frivillig arbeid. Det vert viktig å utvikle samarbeidet mellom kommunen og frivillig sektor slik at vi saman kan skape gode rammene for frivillig deltaking. Organisering og bidrag frå kommunen med omsyn til dette vert mest sannsynleg avgjerande og det er truleg at små kommunale ressursar vil kunne utløyse stor frivillig innsats i lokalsamfunnet.

## 8. Kompetanse

Oppgåvene i helse og omsorgstenestene er blitt meir kompetansekravjande. Dette heng direkte saman med at kommunane har fått eit langt større ansvar for helse- og omsorgstenester til innbyggjarane. Vi skal løysa nye oppgåver og møta endra krav, ta i bruk ny kunnskap, ny teknologi osv. Tilgang til kompetanse er avgjerande for å levera gode og forsvarlege helse- og omsorgstenester. Vi må sikra tilstrekkeleg kompetanse både i omfang (tall tilsette) og med omsyn til fagleg nivå og bredde. Vi treng fokus både på å behalda og utvikla, og rekruttera personell. Talet på årsverk i omsorgstenesta i kommunane er stigande.

### Bruk av vikarbyrå

I 2017 har vi brukt kr 3,6 mill til kjøp av tenester frå vikarbyrå og tenesteleverandør av BPA tenester. I 2018 er dette auka til kr 6,3 mill.

### Utfordringar i forhold til rekruttering

- Vanskeleg å skaffa nok høgskuleutdanna personell med rett kompetanse
- Vanskeleg å skaffa nok fagarbeidarar
- Vanskeleg å rekruttera ferievikarar og vikarar ved sjukdom og anna fråvær
- Lokale forskjellar i forhold til rekruttering, mellom avdelingar/einingar
- Vanskar med å rekruttere fastlegar

Kva gjer vi i dag?

- Stimulerer til å ta fagbrev
- Stimulerer til å ta desentralisert høgskuleutdanning
- Tilpassar arbeid/skule/praksis
- Stipendordningar, permisjon og bindingstid
- Er praksisplass for utdanningsinstitusjonar
- Trainee stillingar for sjukepleiarar
- Deltaking i prosjektet «Menn i helse» (NAV Hordaland)
- Deltek med stands på yrkesmesser
- Dialog mellom leiing og tillitsvalde om tiltak for å halda på og rekruttera

personell med høgskuleutdanning i omsorgstenestene.

*«Halvparten av sykepleiere ansatt i sykehjem og hjemmesykepleien oppgir at de vil eller vurderer å slutte ...»*

*«... en stor del av forklaringen på at halvparten av sykepleierne ønsker å slutte å jobbe i disse tjenestene handler om et stort tidspress som går ut over kvaliteten på tjenestene, ...»*

*«På bakgrunn av svarene til sykepleierne som ønsker å slutte, kan mulige tiltak for å få dem til å bli, være å: tilby høyere lønn, utvikle bedre ledere, tilby flere kompetansehevende tiltak og muligheter til videreutdanning, gi sykepleierne større muligheter til å slippe å jobbe på vakter de ikke ønsker, og at de som ønsker tilbys fast jobb og heltidsstillinger.»*

*«En hovedkonklusjon i studien er at underbemanning i sykehjem og hjemmesykepleien er selvforsterkende.»*

[Kjelde: NOVA Rapport 6/2016](#)

### Ein lærande organisasjon

I kommunen sin organisasjonsplan frå 2016 står det fyljande: «For at endring og utvikling av organisasjonen skal bli målretta og ikkje tilfeldig, er det nødvendig at det vert etablert eit system for utvikling læring og evaluering...  
...Skal me vera ein lærande organisasjon må me:

- Dokumentera den praksis me ynskjer
- Registrera og evaluera praksisen etter kvart både ved avviksmelding og «suksessmelding»
- Med faste mellomrom gå gjennom og sjå på praksis og dokumentasjon
- Søkja og bruka ny praksis og kunnskap»

Kva gjer vi i dag?

- Overordna kompetanseplan er vedteken
- Kompetanseplan for sektor omsorg, helse og sosial og einingane er under arbeid
- Har teke i bruk Compilo som verktøy for avvikshandtering, risikovurdering og kvalitetssystem
- Arbeider med revisjon av eksisterande og utarbeiding av nye retningsliner og prosedyrar
- Opplæringsplan for nytilsette er under utarbeiding
- Tek i bruk KS læring i 2019
- Internopplæring på ulike tema

## Oppsummering

Tilgang til personell er ei utfordring innanfor enkelte fagområder og kan bli den største utfordringa vi står overfor i framtida. Tilgang til kompetanse er ein kritisk faktor for framtidig trygg tenesteleveranse.

## 9. Medverknad i planprosessen

Kommunen skal leggja til rette for brei medverknad i denne type planarbeid, jamfør plan og bygningslova § 5-1. Arbeidsgruppa har hatt fokus på å få så brei medverknad som mogeleg innanfor gjeldande tidsramme.

### Dialogkonferanse og arbeidsseminar

Planprosessen starta 29.08.2018 med dialogkonferanse og arbeidsseminar.

Det var innleiing ved statsvitar og forskar Einar Vetvik og arbeid med plantema.

Inviterte: Formannskapet, Levekårskomiteen, Eldrerådet, Rådet for menneske med nedsett funksjonsevne, Rådmannen si leiargruppe, lag/organisasjonar, einingsleiarar i Sektor omsorg, helse og sosial, prosjektleiar BTI, Koordinerande eining, tillitsvalde, avdelingsleiarar Eininga Barn og familie, Folkehelsekoordinator, Frivilligsentralen, rådgjevarar Sektor oppvekst, arbeidsgruppa.

### Høyring

Formannskapet vedtok å senda planprogram på offentleg høyring 13.09.2018, og vedtok planprogrammet i møte 8.11.2018. Ferdig planutkast skal på høyring før endeleg vedtak.

### Arbeid med kunnskapsgrunnlag

I arbeid med kunnskapsgrunnlaget har arbeidsgruppa involvert fagpersonar frå ulike deler av organisasjonen. Det er gjennomført medverknadsprosessar for innbyggjarane i form av dialogkafear og spørjeundersøking. Funn frå kunnskapsgrunnlaget er presenter og drøfta med referansegruppene og styringsgruppa i løpet av februar/mars. Levekårskomiteen har hatt ei særleg rolle som drøftingspart undervegs i prosessen. Vi hadde som mål å gjennomføra brukarundersøkingar som ledd i medverknadsarbeidet. Det viste seg å vera urealistisk å gjennomføre tidsmessig. Arbeidsgruppa vil i handlingsplanen tilrå at kommunen lagar eit system for systematisk innhenting av brukar erfaringar som ledd i kontinuerleg arbeid med utvikling og forbetring av tenester.

#### Styringsgruppe

Formannskapet

#### Prosjektgruppe

Björg Wangensten - Sektorleiar, Omsorg, helse og sosial  
Mona Enes - Rådgjevar, Sektor omsorg, helse og sosial  
Kjartan Thoresen - Avdeling for samfunnsutvikling  
Harald Maaland - Avdeling for samfunnsutvikling  
Linn Stene Hellås - Rus- og psykiske helsetenester  
Geir Ove Fosse - Aktivitet, læring og meistring  
Monika H. Haugland - Barn og familie  
Sigurd Næss - Heimetenester Sør  
Arild Berg - NAV  
Glenn A. Opland – Kommuneoverlege  
Ingrid Skeie -Brukarrepresentant

#### Referansegruppe

Levekårskomiteen  
Eldrerådet  
Rådet for menneske med nedsett funksjonsevne  
Rådmannen si leiargruppe  
Einingsleiarar i Sektor omsorg, helse og sosial  
Prosjektleiar BTI  
Koordinerande eining  
Tillitsvalde

## Innbyggjarmedverknad - Kva er viktig for deg?

### 1. Spørjeundersøking

Vi utforma ein enkel nettbasert spørjeundersøking med spørsmåla:

- *Kva er viktig for di helse og trivsel?*
- *Korleis og kvar vil du bu når du blir eldre*
- *Kva skal til for at du deltek i frivillig arbeid ovafor mennesker med hjelpebehov?*
- *Kva hjelp og støtte er viktig for deg når livet er utfordrande?*
- *Andre ting du ynskjer å formidle?*

Denne vart kunngjort i lokalavisene, på kommunen si nettside og facebookside, og låg open for innspel i heile februar 2019.

Det var 30 respondentar på innbyggjarundersøkinga.

Tabell 9-1. Aldersfordeling hjå respondentar i innbyggjarundersøkinga

	Under 18 år	18-36 år	37-66 år	Over 67 år
Tal	1	9	18	2

Oppsummering spørsmål 1: *Kva er viktig for di helse og trivsel?*

Det var stor semje og over halvparten svara at arbeid og godt arbeidsmiljø var viktig. Deretter vart tilgang til natur og friluftsliv, fritidsaktivitetar/tilbod og sosialt fellesskap med tilgang til møtestader viktig. I tillegg er det nokre som skriv at kulturtilbod er viktig for dei.

Oppsummering spørsmål 2: *Korleis og kvar vil du bu?*

Dei fleste vil bu i eigen bustad. Av andre tilbagemeldingar er det ynskje om å bu sentralt med nærleik til tenester og servicetilbod, å bu i tilrettelagt bustad og at ein gjerne vil bu saman med andre eldre gjennom eldresenter/bufellesskap eller liknande.

Oppsummering spørsmål 3: *Kva skal til for at du deltek i frivillig arbeid ovafor menneske med hjelpebehov?*

Det å sjå at det nyttar, at ein føler ein gjer ein skilnad for nokon er viktig. Samtidig må den frivillige innsatsen vere godt tilrettelagt, til dømes med at ein kan styre sjølv kva ein bidreg med og at det må vere fleksibelt når ein kan vere med og kor lenge. Nokre få svarar også at det er viktig å ha god nok helse og overskot, nok tid og at ein får dekkja utgifter.

Oppsummering spørsmål 4: *Kva hjelp og støtte er viktig for deg når liver er utfordrande?*

På dette spørsmålet var det stor semje blant alle som svara om at familie var viktigast, etterfylgt av vener og helsepersonell. Det å kome i kontakt med personar som forstår situasjonen er viktig, til dømes gjennom likemannsarbeid.

Oppsummering spørsmål 5: *Andre ting du ynskjer å formidle?*

Det var spreidde og varierte svar på dette spørsmålet som ikkje enkelt let seg oppsummere. Faktoren som gjekk mest att var at det var viktig med ei verdig og god eldreomsorg, samt at det lyt vere fokus på eit godt arbeidsmiljø innan helse og omsorgstenesta i kommunen.

## 2. Dialogkafé - planlegging for ei aldrende befolkning

20 lag/organisasjonar var invitert. 27 personar frå 11 lag deltok i drøftingar rundt følgjande tema:

- *Korleis fremje god helse og trivsel for eldre?*
- *Korleis og kvar vil vi bu når vi blir eldre?*
- *Korleis skape eit aldersvenleg lokalsamfunn?*
- *Korleis sikre naudsynt omsorg når helse sviktar?*

Resultat frå samlinga er oppsummert slik:

Sosialt samvær med vener, familie og andre nære relasjonar, fysisk aktivitet, eigna bustad og godt kosthald vert sett på som svært viktig for å fremja god helse og trivsel for eldre. Det er viktig med møteplassar, kulturtilbod, trim tilbod, turgrupper og tilrettelagte reiser.

Dei fleste eldre ynskjer å bli buande i eigen bustad, lengst mogeleg. Ved sviktande helse vil dei fleste bu i bufellesskap i eiga heimbygd eller i sentrumsnært senior senter med tilrettelagte bustader, aktivitetar og sørvestilbod (Husnes og Rosendal). Sjukeheimplass vil dei ha når det er nødvendig på grunn av helsa.

For å skapa eit aldersvenleg samfunn er universell utforming av bustad og nærmiljø viktige element. Det er viktig å leggja til rette møteplassar for sosialt samvær, opplevingar og fysisk aktivitet, og eit hensiktsmessig transporttilbod for å komma seg dit. Eldre kan vera ein ressurs i forhold til frivillig arbeid.

Tilgang til kvalifisert hjelp og gode tenester frå det offentlege er viktig når helsa sviktar. Hjelp og støtte frå nettverk og frivillige er og viktige ressursar i ein slik situasjon. Den enkelte bør gjera det ein kan for å førebyggje helsesvikt, og leggja til rette eigen bu situasjon best mogleg.

## 3. Dialogkafé – psykisk helse

Dialogkafeen var arrangert på møteplassen Aksen, 12.2.2019.

Til stades: Linn Hellås, Arild Berg, Geir Ove Fosse. I tillegg tilsette på Møteplassen Aksen og psykiske helsearbeidarar. Inviterte deltakarar, 14 personar, var rekruttert frå kommunale møtestader, Aktiv Fritid, psykiske helsearbeidarar og NAV.

Spørsmål som vart drøfta:

- Korleis fremje helse og trivsel i lokalsamfunnet?
- Korleis og kvar vil du bu?
- Korleis sikre naudsynt hjelp og støtte når livet er utfordrande?

Gode sosiale møtestader med ulike tilbod innanfor fysisk aktivitet og hobbyaktivitet var viktig for denne gruppa. Økonomi er ei utfordring, auka sosial sats og/eller tilbod om gratis/lågkostnad aktivitet kan hjelpe. Det er ynskjer om å delta på ordinære tilbod, ikkje berre tilbod tilrettelagt for særskilte grupper.

Det er svært varierte ynskjer om buform, slik ein ser elles i samfunnet. Det er fokus på tryggleik, nærleik til natur, utsikt og nettverk rundt seg, med andre ord trygge og gode nærmiljø.

Det er stor semje at det er behov for eit ope og tilgjengeleg tilbod om psykisk helsehjelp heile døgnet, også i helg. Dette er den klart viktigaste tilbagemeldinga. Dette for å skape tryggleik. Her lyt ein bli møtt med forståing og respekt. Tilgjengeleg informasjon om kvar ein kan ta kontakt er viktig. Samhandling og tverrfagleg samarbeid mellom helsepersonell som møter personar med psykisk sjukdom er svært viktig.

#### 4. Dialogkafé – unge

Ungdom vart invitert til dialogkafé på Ungdomssenteret 6.2.2019. Ungdommar i ungdomsskule og vidaregåande skule vart invitert. 22 ungdommar deltok.

Spørsmål som vart drøfta:

- Korleis skape eit godt lokalsamfunn som sikrar in trygg og god oppvekst?

Ungdommane var engasjerte, og hadde mange gode innspel til kva som er viktig for å sikre ein trygg og god oppvekst.

Innspela er samanfatta slik:

*Samferdsle og kollektivtransport* – Ungdommane er opptatt av kollektivtransport i kommunen, samt tilgjenge og reisemoglegheiter ut og inn av kommunen.

*Fritidstilbod* – Ungdommane er opptatt av at det er behov for varierte aktivitetstilbod og gode møteplassar for unge.

*Skuletilbod* – Ungdommane er opptatt av at innhaldet i skulen skal vere bra, og at skulen skal førebu dei unge best mogleg på framtida.

*Informasjon om ungdomstema* – Ungdommane gir uttrykk for behov for god informasjon og større forståing frå politikarar og samfunn.

*Relasjonar til vaksne/foreldre* – Ungdommane ønskjer trygge vaksne som dei kan få støtte frå når det er trong for det.

*Helsetilbod* – Ungdommane er opptatt av at sjukehusstilbodet skal vere godt.

*Sosialt fellesskap* – Ungdommane har fokus på vennskap og fellesskap og å redusere mobbing.

*Miljø* – Ungdommane ønskjer at ein skal bli betre til å ta vare på miljøet.

### Oppsummering

Gjennom planprosessen er det lagt til rette for medverknad i tråd med krav til kommuneplanprosess i plan og bygningslova. Mange har bidrege til kunnskapsgrunnlaget som er etablert i planprosessen.

Arbeidsgruppa har opplevd dialog med innbyggjarar, politikarar og fagpersonar som veldig nyttig og viktig, og innspela som er komme inn påverkar det ferdige planforslaget.

# Kjelder

---

*Sjå og referansar fortløpande i dokumentet. Lista er ikkje uttømmande.*

[Planstrategi](#) for Kvinnherad kommune. Valperioden 2015-2019.

[Kommuneplan for Kvinnherad, måldokument 1999-2000 \(samfunnsdelen\)](#)

[Folkehelseoversikten for Kvinnherad kommune 2015-2019](#)

Prioritering av folkehelseutfordringar

[Organisasjonsplan](#) for Kvinnherad kommune 2016

Økonomiplan for Kvinnherad kommune 2019 – 2022

[Bustadplan](#). Samla bustadplan for Kvinnherad kommune for perioden 2017-2030

[Rehabiliteringsplan for Kvinnherad](#)

[Omsorg 2020](#)

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

Lov om sosiale tjenester i arbeids og velferdsforvaltningen (sosialtjenesteloven)

Lov om barneverntjenester (barnevernloven)

Lov om introduksjonsordning og norskopplæring for nyankomne innvandrere (introduksjonsloven)

Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

Lov om helsepersonell mv. (helsepersonelloven)

Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven)

Lov om omsetning av alkoholholdig drikk m.v. (alkoholloven)

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Forskrift om habilitering og rehabilitering

Rundskriv Q-16/2013 Forebyggende innsats for barn og unge

[Fremtidens primærhelsetjeneste, Meld. St. 26 \(2014-2015\).](#)

[Omsorg 2020, Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020](#)

[Mestre hele livet, Regjeringens strategi for god psykisk helse \(2017-2022\)](#)

[Flere år – flere muligheter. Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn](#)

[Demensplan 2020](#)

[Meld. St. 15 \(2017-2018\) Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre.](#)

[Opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering \(2017 -2019\)](#)

[Opptappingsplan for rusfeltet \(2016-2020\)](#)

[Bolig for velferd. Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid \(2014-2020\)](#)

[Verdier i pasientens helsetjeneste - Melding om prioritering, Meld. St. 34 \(2015–2016\)](#)

[Meld. St. 47. \(2008-2009\). 2009. Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted – til rett tid.](#)

[Meld. St 14 \(2014-2015\) Kommunereformen - nye oppgaver til større kommuner](#)

[Regjeringens mål for integrering](#)

[NOU 2017:12 «Svikt og svik»](#)

[Opptappingsplan mot vold og overgrep \(2017–2021\)](#)

[Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov](#)

Helse-, omsorgs- og rehabiliteringsstatistikk. Eldres helse og bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester. IS-2375. Helsedirektoratet 02/2016.

Forsøk statlig finansiering av omsorgstjenester. IS – 2391. Helsedirektoratet 10/2+15

Evalueringsrapport om forsøksordning med statlig finansiering av kommunale helse- og omsorgstjenester (SIO), Helsedirektoratet. 2017.

Analyse av utviklingstrekk i omsorgstjenesten 2016. Utviklingstrekk og endringer som skjer i sektoren. IS-2613. Helsedirektoratet 3/2017.

Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. IS-2076.

HelseDirektoratet 03/2014

Samfunnsmessig konsekvenser av omsorgssvikt og vold mot barn. Vista Analyse AS. Rapport nummer 2017/1