

HERØY KOMMUNE
HERØY KOMMUNE

MØTEINNKALLING

Utval: Komite for Helse og omsorg
Møtestad: Herøy helsesenter
Dato: 21.04.2016
Tid: 16:00

Melding om forfall til tlf. 70081300.

Forfall til møter i kommunale organer skal vere gyldig i hht. Lov om kommuner og fylkeskommuner § 40, nr. 1.

Varamedlemer som får tilsendt sakliste, skal ikkje møte utan nærare innkalling.

Dersom du ønskjer din habilitet vurdert i ei sak, må du melde skriftleg frå til politisk sekretariat om dette i god tid før møtet (Forvaltningslova § 8, 3. ledd).

Fosnavåg, 14.04.2016

Bjørn Otterlei
leiar

SAKLISTE:

Saksnr	Innhold
PS 12/16	Godkjenning av innkalling og sakliste
PS 13/16	Protokoll frå førre møte
PS 14/16	Utkast til alkoholpolitisk handlingsplan 2016-2020
PS 15/16	Oversikt helsetilstand og påverknadsfaktorar i Herøy 2015 - Statusrapportering.
PS 16/16	Kvardagsrehabilitering i Herøy kommune
PS 17/16	Søknad om økonomisk tilskot til drift av Senter mot Incest og seksuelle overgrep Møre og Romsdal.

PS 12/16 Godkjenning av innkalling og sakliste

PS 13/16 Protokoll frå førre møte



HERØY KOMMUNE
HERØY KOMMUNE

Serviceorget

SAKSFRAMLEGG

Sakshandsamar:	WM	Arkivsaknr:	2016/381
		Arkiv:	U60

Utvalsaksnr	Utval	Møtedato
13/16	Eldrerådet	11.04.2016
	Komite for næring, kultur og idrett	25.04.2016
14/16	Komite for Helse og omsorg	21.04.2016

UTKAST TIL ALKOHOLPOLITISK HANDLINGSPLAN 2016-2020

Møtebehandling:

Rådmannen si tilråding vart samrøystes vedteken.
Eldrerådet meiner det er ein god plan.

Tilråding i Eldrerådet - 11.04.2016

Planen er teken til vitande. Det er ikkje merknader til planen.

Tilråding:

Planen er teken til vitande. Det er ikkje merknader til planen.

Særutskrift: Servicetorget

Vedlegg:

Vedlegg

1 Alkoholpolitisk plan - utkast.docx

Saksopplysningar:

Kommunen skal ha ein alkoholpolitisk handlingsplan (alkoholova §1-7 d). Planen skal sette rammer for dei sal- og skjenkeløyva som vert tildelt i kommunen.

Formålet med planen er å regulere omsetting av alkohol, slik at ein i størst mogleg grad avgrensar samfunnsmessige og individuelle skadar som alkoholbruk kan medføre, derimellom avgrense forbruk av alkoholhaldige drikkevarer i lokalsamfunnet.

Det er gjort endringar i lovverket. Endringane er blant anna planperioden som no vert gjeldande frå september 2016- september 2020. I tillegg er det no nasjonalt prikkbelastningssystem for brot på lovverket. Endringane i lovverket er innarbeida i planen.

Utkast til ny plan er eit interkommunalt samarbeid i 7-stjerna der det er lagt vekt på lik skjenketid, like konseptavgrensingar, gebyr, m.m

For Herøy kommune vil dette verte ein innskrenking av skjenketidene i forhold til tidlegare.

Før planen går til politisk behandling i formannskap og kommunestyre ønskjer ein planen ut til høyring.

Utkast til ny plan er:

- Sendt sal- og skjenkestadane i kommunen
- Sendt politiet
- Sendt avdeling for barn, familie og helse
- lagt på kommunen si nettside
- og lagt fram for
 - ungdomsrådet,
 - eldrerådet,
 - komite for helse og omsorg,
 - komite for næring, kultur og idrett

Vurdering og konklusjon: (skal slettast om saka ikkje har konsekvensar for....)**Konsekvensar for folkehelse:**

Formålet med alkoholova er å avgrense i størst mogleg grad dei samfunnsmessige og individuelle skader som alkoholbruk kan medføre. Planen er eit viktig verktøy for

å sette rammer for tildeling av løyve og nå lova sine mål. I tillegg vil lik plan i dei ulike kommunane gi like rammevilkår for næringa.

Konsekvensar for beredskap: Ingen

Konsekvensar for drift: Ingen

Fosnavåg, 16.03.2016

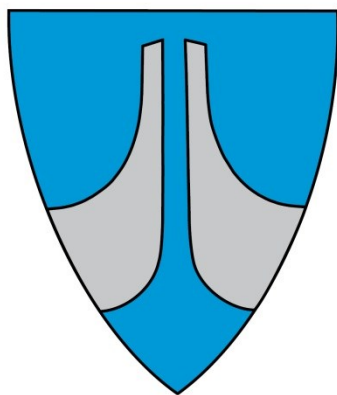
Olaus-Jon Kopperstad
Rådmann

Wenche Moltu
Avd.leiar

Sakshandsamar: Wenche Moltu

ALKOHOLPOLITISK HANDLINGSPLAN

2016 – 2020



Høyringsfrist : 01.05.2016

1 Formål løyvepolitikk

Kommunen skal regulere omsetting av alkohol, slik at ein i størst mogleg grad avgrensar samfunnsmessige og individuelle skadar som alkoholbruk kan medføre, derimellom avgrense forbruk av alkoholhaldige drikkevarer i lokalsamfunnet.

Det er særleg tenleg med:

- Felles retningslinjer for sals - og skjenketider av omsyn til mellom anna trafikktryggleik i helgane og like vilkår i bransjen i heile regionen.
- Felles kontrollorgan, eller at kontrollorgana har felles praksis når det gjeld frekvens av kontrollar.
- Lik praksis for reaksjonar på brot på alkohollova.
- Gjere vedtak i samsvar med gjeldande lovverk og gjeldande plan
- Opplæring av løyvehavarar

Løyvepolitikken er også viktig med omsyn til folkehelsa. Dette vil særleg gjelde kommunen sin politikk med omsyn til skjenketider og tilgjenge til alkohol. Kommunen må elles legge til rette for rusfrie soner.

2. Handsaming av søknader om sals- og skjenkeløyve

Kommunen er ansvarleg for den utøvande løyvepolitikken, og for kontroll av sals- og skjenkestadar etter den alkoholovgjevinga som til ei kvar tid gjeld.

Løyveperioden er inntil 4 år og skal kan vare til 30. september året etter at nytt kommunestyre tilttrer. Dette gjer at:

1. Gjeldande løyve vert vidareført til 30.09.2016
2. Nye løyve etter gjeldande plan vert for perioden 01.10.2016- 30.09.2020

Vedtak vert gjort etter reglane i alkohollova med forskrifter, forvaltningslova og delegasjonsreglementet i kommunen.

Sakshandsamarane i samarbeidskommunane skal ha jamlege samarbeidsmøte for å drøfte/samordne ulike problemstillingar i høve dette.

3. Gruppeinndeling alkoholhaldig drikk

Alkoholfri drikk	Under 0,7 %
Alkoholsvak drikk	0,7%- 2,5 %
Gruppe 1	Over 2,5 % - høgast 4,7%
Gruppe 2	Over 4,7 % - høgast 22 %
Gruppe 3	Over 22 % - høgast 60 %

4. Tildeling av alminneleg skjenkeløyve

Kommunen ser det ikkje som tenleg å sette tak for talet på skjenkeløyve. Kommunen tildeler løyve etter lov- og planverk.

4.1 Konsept

Det vert ikkje gitt alminneleg løyve:

- Frisørsalongar/hudpleiesalongar/butikkar og liknanda konsept
- Arrangement som er retta imot barn og unge
- Undervisningsbygg
- Mosjon- og Idrettsarenaer
- Konditori
- Galleri og utstillingar
- Kulturbygg- og grendehus
- Campingsplasser
- Soner som elles vert rekna som rusfrie
- Bensinstasjonar
- Kioskar
- Arenaer som elles vert rekna som rusfrie

Det skal førast ein restrektiv line til nye konsept.

4.2 Skjenketider alminneleg skjenkeløyve

Normal skjenketid:

- **varegruppe 1 og 2** skal vere avgrensa til mellom kl 11.00 og kl 01.00 søndag – torsdag, og mellom kl 11.00 og kl 02.00 fredag og laurdag.
- **varegruppe 3** skal vere avgrensa til mellom kl 13.00 og kl 24.00 alle dagar.
- Driftskonseptet hotell kan få skjenketid for varegruppe 1 og 2 frå kl 09.00.
- Det er generell utvida skjenketid til kl 02.00 for romjula (2. Juledag – 1. Nyttårsdag) og påskeveka (frå måndag etter Palmesøndag til 2. Påskedag).
- Skjenketida for uteareal er avgrensa til kl 24.00 alle dagar. Skjenketida kan i einskilde høve utvidast etter søknad.
- For skjenkestadar som er lokalisert utanfor tettstadsområde og på stadar der naboar ikkje vert sjenert, kan skjenketida setjast lik skjenketida innandørs.
- Det kan gjevast skjenkeløyve for varegruppe 3 på uteareal.
- Konsum av utskjenka alkoholhaldig drikke må opphøyre seinast 30 minutt etter at skjenketida har gått ut, dette gjeld ikkje uteareal der alkohol må takast med inn i skjenkelokalet

4.3 Vilkår for å få skjenkeløyve

Kommunen kan sette vilkår for løyva i tillegg til dei krav lovverket krev. Det vert vurdert å sette eit eller fleire vilkår for løyve.

Desse er:

- Skjenkestaden skal delta på første mulige kurs, ansvarleg vertskap, så lenge kommunen tilbyr dette. Dette gjeld minimum styrar og stedfortredar. Ved skifte (styrar og stedfortredar) gjeld same vilkåret.
- Internkontrollrutiner skal innleverast til kommunen seinast 1 mnd etter vedtak er gjort
- Politiet kan krevje ordensvakter. Når dette vert gjort vert dette stilt som vilkår for løyvet.

5. Alminneleg løyve ved einskildhøve.

Desse løyva vert tildelt einskildarrangement i inntil 5 dg.

Konsept det ikkje vert gitt løyve til:

- Arrangement som er retta imot barn og unge
- Undervisningsbygg
- Campingsplasser
- Soner som elles vert rekna som rusfrie som symjehallar, skisenter, ungdomsklubber og idrettsarenar i samband med idrettsarrangement
- Bensinstasjonar/gatekjøkken/kioskar og liknade konsept

5.1 Skjenketider einskildhøve

Normal skjenketid vert som for alminneleg løyve (jf 4.2), men løyve for varegruppe 3 vert kun gitt til arrangement retta imot matservering.

5.2 Vilkår

Kommunen kan sette vilkår ved arrangement og normalt vil dette vere knytt til vakthald under arrangement, løyve til bruk av bygg/areal og tryggleik.

6. Ambulerande skjenkeløyve

Det kan gjevast ambulerande løyve for skjenking til deltakarar i slutta lag. Med slutta lag meiner ein at det allereie før skjenkinga startar er danna ein slutta krets av personar som er samla for eit bestemt formål i eit bestemt lokale. Eit slikt løyve kan omfatte øl, vin og brennevin.

Skjenketider for ambulerande løyve vert som for ordinære løyve, Jfr. pnkt 4.2

7. Tildeling av salsløyve

Det vert ikkje sett tak på salsløyve i kommunen. Løyve kan verte gitt til daglegvare-butikkar og gjeld varegruppe 1.

7.1. Salstider

Kvardagar	kl 09.00 og kl 20.00
Laurdag og dagar før heilagdagar	kl 09.00 og kl 18.00

Alkoholhaldige varer skal vere betalte innan salstida. Butikkane som sel alkohol skal ha sperre i kassa.

7.2 Vilkår salsløyve

Kommunen kan sette vilkår for løyva i tillegg til dei krav lovverket krev. Det vert vurdert å sette eit eller fleire vilkår for løyve.

Desse er:

- Salstadane skal delta på første mulige kurs, ansvarleg sal, så lenge kommunen tilbyr dette. Dette gjeld minimum styrar og stedfortredar. Ved skifte (styrar og stedfortredar) gjeld same vilkåret.
- Internkontrollrutiner skal innleverast til kommunen seinast 1 mnd etter vedtak er gjort

8. Kontroll med sals- og skjenkestader

Skjenkekontrollen skal kontrollere løyve gitt av kommunen; både alminnelege skjenkeløyve, ambulerande løyve, løyve for einskildhøve og salsløyva.

Den kommunale kontrollplikta omfattar ikkje A/S Vinmonopolet sine utsal eller løyve til engrossal.

Kontrollane skal til ei kvar tid gjennomførast i samsvar med kravspesifikasjon og eventuelle pålegg gitt av kommunen. Kontrollane skal utførast i nært samarbeid med kontaktpersonen i kvar kommune. Talet på kontrollar for sals- og skjenkekontrollar skal vere i samsvar med forskrifta, § 9.7.

Kontrollplan skjenkestadane:

- 2/3 av kontrollane skal skje fredag og laurdag frå kl. 23.00 og fram til stengetid.
- Halvparten av desse skal skje ved skjenkestaden si stengetid.
- Det skal berre førast kontroll med 2 skjenkestadar pr. kveld i kommunen.
- Kontrollane skal vere jamt fordelt utover året.

Kontrollplan salsstadane:

- Kontrollen bør skje i slutten av salstida og då primært torsdag, fredag og laurdag.
- Maks kontroll er 3 butikkar pr. kontrolldag.
- Kontrollane skal vere jamt fordelt utover året.

8.2 Reaksjonar på brot på alkohollova

Det er kome nasjonale retningsliner for brot på alkohollova som vert nytta ved brot. Jf vedlegg.

9.Sals- og skjenkegebyr

Sal og skjenkegebyra i kommunen følgjer til ein kvar tid satsar satt i forskrift til alkohollova.

Sakhandsamingsgebyr ved søknad om alminneleg løyve til einskildarrangement vert sett til kr. 1000,-.

Vedlegg: Reaksjonar ved brot på alkohollova

Prikkar	Regelbrot
8	Sal og skjenking til mindreårige
	Brot på bistandsplikta
	Brot på kravet om forsvarleg drift
	Hindring av kontroll
4	Sal og skjenking til openbart påvirka person
	Brot på på reglane om sals- og skjenketid
	Skjenking av alkoholhaldig drikk over 22 volumprosent til person mellom 18 og 20 år
	Brot på alderskrav for den som sel eller skjenkar alkoholhaldig drikk
2	Openbart påvirka person i lokalet
	Manglar ved internkontrollsystemet
	Konsum av medbrakt alkohol
	Gjestar tek med alkohol ut av skjenkearealet
	Manglende levering av omsetningsoppgåve og betaling av gebyr
	Brot på reglar om styrar og stadfortredar
	Brot på reklameforbodet
1	Diverse mindre brudd som:
	Brot på reglane om alkoholfrie alternativ
	Brot på reglane om plassering av alkoholhaldig drikk på salsstad
	Brot på reglane om skjenkemengd for brennevin
	Brot på vilkår sett i vedtaket om løyve m.m.

Dersom løyvehavar vert tildelt til saman 12 prikkar i løpet av ein periode på to år, skal løyvet inndragast i 1 veke. Dersom det i løpet av toårsperioden vert tildelt fleire enn 12 prikkar, skal lengda på inndraginga aukast tilsvarande.

Tidspunktet for første regelbrotet skal leggst til grunn for utrekning av toårsperioden.

Toårsperioden gjeld uavhengig av om løyvet er fornya i løpet av perioden. Ved overdraging av verksemd startar ny periode på overdragingstidspunktet.

Likearta brot avdekt ved same kontroll skal vurderast som eitt einskilt brot.



HERØY KOMMUNE
HERØY KOMMUNE

Kulturavdelinga

SAKSFRAMLEGG

Sakshandsamar:	AK	Arkivsaknr:	2012/1352
		Arkiv:	G10

Utvalsaksnr	Utval	Møtedato
15/16	Komite for Helse og omsorg	21.04.2016
	Komite for næring, kultur og idrett	14.03.2016
	Kommunestyret	28.04.2016

OVERSIKT HELSETILSTAND OG PÅVERKNADSFAKTORAR I HERØY 2015 - STATUSRAPPORTERING.

Tilråding:

1. Herøy kommunestyre tek Statusrapport: Oversikt helsetilstand og påverknadsfaktorar i Herøy 2015 til vitande.
2. Hovudpunktene som er peika på i saksutgreiinga (vurderinga) og meir utdjupa i rapporten (kap.3), skal følgjast opp av dei impliserte sektorane.

Særutskrift:

Rådmannen
Kommuneoverlegen
Arbeidsgruppa for folkehelse
Folkehelsekoordinatoren
Møre og Romsdal Fylke, Kulturavdelinga, 6064 Molde

Vedlegg:

Vedlegg

1 Statusrapport - Oversikt helsetilstand og påverknadsfaktorar i Herøy 2015

Statusrapport: Oversikt helsetilstand og påverknadsfaktorar i Herøy 2015.

Saksopplysningar:

Nasjonale og regionale rammer og føringar har løfta fram folkehelse som eit prioritert satsingsområde. Folkehelselova (Lov om folkehelsearbeidet) definerer folkehelsearbeidet som samfunnet sin innsats for å påverke faktorar som direkte eller indirekte fremmar helse og trivsel i befolkninga, førebygger psykisk og somatisk sjukdom, skade eller liding, eller som beskyttar mot helsetruslar.

Herøy kommune er tilliks med alle kommunane i landet, pålagde å utarbeide ei oversikt over helsetilstanden og påverknadsfaktorar. Oversikt og informasjon om helsetilstand i kommunen skal vere grunnlag for alle sektorar sitt ansvar for, og arbeid med folkehelsa både på kort og lang sikt.

Kunnskap om helseforholda i befolkninga er ein føresetnad for å kunne ivareta innbyggjarane si helse.

Oversikt over folkehelsa skal inngå som grunnlag for planlegging etter plan- og bygningslova.

Dette er den fyrste skriftlege statusrapporten over helsetilstanden i Herøy etter at den nye folkehelselova trådte i kraft 1.januar 2012. Denne rapporten tek føre seg informasjon om helsetilstanden og påverknadsfaktorar for befolkninga i Herøy, gjer ei vurdering av konsekvensar og definerer hovudutfordringane i kommunen vår.

Sidan 2013 har Herøy årleg levert Statusrapport for føregåande år i God Helse partnerskapet. Det er ein kort årleg rapport på ca 2 sider som vert sendt til Møre og Romsdal Fylke innan 1. mars. Den skal omtale fylgjande hovudtema:

- Samfunnsutvikling for ein god start i livet.
- Helsevenleg arbeidsliv
- Aktiv, trygg og frisk alderdom
- Trygt og helsefremjande fysisk miljø
- Inkluderingh og deltaking i kultur og frivillige organisasjonar
- Organisering og samhandling, eit kunnskapsbasert folkehelsearbeid
- Kommuneplan, samfunns-, arealdel 2013 - 2015

Folkehelselova skal sikre at kommunar, fylkeskommunar og statlege helsestyresmakter set i verk tiltak og samordnar sin aktivitet i folkehelsearbeidet på ein forsvarleg måte. Lova skal legge til rette for eit langsiktig og systematisk folkehelsearbeid. Organisatorisk vil det vere viktig at folkehelsearbeidet blir forankra i ordinære regionale og kommunale plan- og styringsdokument.

I denne rapporten, som er vedlagt, har ein del sektorar i kommunen vore med å sagt litt om sin status, definert særlege utfordringar og påverknadsfaktorar og kome med forslag til tiltak. Desse opplysningane er så i tillegg av opplysningar frå UngData-undersøkinga, kartleggingsskjema, informasjons- og dialogsamling med lag og organisasjonar og informasjon frå statistikkbankarar, lagt inn i ulike skjema / tabellar (kap.6) som omhandlar Status, Moglege årsaker og Moglege konsekvensar under 6 ulike hovudområde:

- a) Befolkningssamansetting
- b) Oppvekst- og levekårstilhøve
- c) Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
- d) Skader og ulykker
- e) Helserelatert åtferd

f) Helsetilstand.

I tillegg er det laga eit samandrag (kap.2) med hovudtrekka om helsetilstanden i Herøy meldt i ei oppsummering frå dei ulike sektorar som har vore med i undersøkinga, og ei kortfatta oppsummering av hovudutfordringar (kap.3) i høve folkehelsa i Herøy i 2015.

Elles er det teke med eit kap. om Statistikkgrunnlag og innhenting av data (kap.4), litt om bakgrunn og lovgrunnlag (kap.5), og eit vedlegg (kap.7) som er eit utdrag frå Kartleggingsskjemaet som kom frå dei ulike sektorar som var med i undersøkinga.

Vurdering og konklusjon:

Hovudutfordringane som arbeidsgruppa for folkehelse har samlast om, er svært viktige område for å imøtekomme dei signala som er fanga opp gjennom undersøkinga og kartlegginga som er gjort. Dei er :

- Spesielt unge jenter slit med den psykiske helsa.
- Andelen elevar i 8.kl, og seinare, som driv fysisk aktivitet, er sterkt minkande fram mot vidaregåande skule.
- Gode oppvekstkår, trygge lokalsamfunn og gode levevanar, er viktig satsing for folkehelsa.
- Enkeltfaktorar som lite fysisk aktive, røyking, snus, psykiske plagar og overvekt har relativt stor påverknad på folkehelsa.

For å kome vidare i dette arbeidet, er det svært viktig med eit tverrfagleg samarbeid, tidleg innsats og spesielt auke samarbeidet med lag og organisasjonar og den frivillige rørsla i kommunen. Ein god dialog med næringslivet vil også vere positivt for å bygge felles arenaer for utvikling av kompetanse og eit helsevennleg arbeidsliv.

Rådmannen rår til at Oversikta helsetilstand og påverknadsfaktorar i Herøy i 2015 vert teken til vitande.

Konsekvensar for folkehelse: Statusrapporten skal vere eit grunnlag for alle sektorar sitt arbeid med folkehelse, vere med å gje kunnskap om helseforholda i befolkninga og inngå som grunnlag for planlegging etter plan- og bygningslova.

Konsekvensar for beredskap: Statusrapporten har ikkje direkte konsekvensar for beredskapen i kommunen, men eventuelle tiltak som følgje av rapporten vil kunne få konsekvensar for beredskapen.

Konsekvensar for drift: Statusrapporten har ikkje direkte konsekvensar for drifta i kommunen, men eventuelle tiltak som følgje av rapporten vil kunne få konsekvensar for drifta.

Fosnavåg, 30.03.2016

Olaus-Jon Kopperstad
Rådmann

Andreas Kvalsund
Folkehelsekoordinator

Sakshandsamar: Andreas Kvalsund



HERØY KOMMUNE



GOD HELSE

Saman om sunne, trygge og
levande lokalsamfunn

Statusrapport:

Oversikt helsetilstand og påverknadsfaktorar i Herøy 2015



01.04.2016 Herøy kommune

Kartlegging og resultat – grunnlag for planstrategi, kommunale planar og sektorane sitt ansvar for folkehelsearbeidet. Folkehelsetiltak både innanfor og utanfor den kommunale organisasjonen.

INNHALDSLISTE

1. Innleiing.....	4
2. Samandrag	5
3. Kva er Herøy kommune sine hovudutfordringar i høve folkehelsa...	14
4. Om statistikkgrunnlag og innhenting av data	16
4.1 Kommunebarometer for Herøy 2015	16
4.2 Kommunehelsa.....	17
4.3 Folkehelseprofil	18
4.4 Folkehelsebarometer for Herøy 2015	18
4.5 Tilrettelegging for god psykisk helse blant barn og unge	19
4.5.1 Arenaer for det helsefremjande og førebyggjande arbeidet for psykisk helse på ulike alderstrinn	20
5. Bakgrunn og lovgrunnlag	22
5.1 Folkehelseloven.....	22
5.2 Definisjonar	22
5.3 Forankring av kommunen sitt arbeid med "Oversikta etter folkehelselova"	23
6. Helsetilstand og påverknadsfaktorar	25
6.1 Befolkningssamansetting.....	26
6.2 Folketalsutvikling i Herøy kommune	28
6.3 Oppvekst- og levekårstilhøve.....	30
6.4 Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø	35
6.5 Skader og ulykker.....	39
6.6 Helserelatert åtferd	41
6.7 Helsetilstand	48
7. Vedlegg.....	54
7.1 Eit utdrag frå Kartleggingsskjema folkehelse for Herøy	54

FOTOOVERSIKT

1. Framsidebilete – Andreas Kvalsund
2. Side 7 – Servicetorget Herøy kommune
3. Side 7 – Andreas Kvalsund
4. Side 9 – Gro Anette Frøystad Voldsund
5. Side 9 – Gro Anette Frøystad Voldsund
6. Side 10 – Andreas Kvalsund
7. Side 13 – Andreas Kvalsund
8. Side 16 – Monica Kvalsund
9. Side 20 – Monica Kvalsund
10. Side 21 - Skuleavdelinga
11. Side 21 – Andreas Kvalsund
12. Side 24 – Andreas Kvalsund
13. Side 26 – Andreas Kvalsund
14. Side 29 – Andreas Kvalsund
15. Side 29 – Reidun Myrvågnes
16. Side 30 – Andreas Kvalsund
17. Side 30 – Servicetorget
18. Side 31 – Hildegunn Størvik
19. Side 34 – Gro Anette Frøystad Voldsund
20. Side 35 – Andreas Kvalsund
21. Side 38 – Andreas Kvalsund
22. Side 43 – Andreas Kvalsund
23. Side 48 - Bergslia Barnehage
24. Side 49 – Andreas Kvalsund
25. Side 53 – Andreas Kvalsund
26. Side 57 – Andreas Kvalsund
27. Side 58 – Gro Anette Frøystad Voldsund
28. Side 60– Gro Anette Frøystad Voldsund
29. Side 60 - Skuleavdelinga
30. Side 63 – Ole Magne Rotevatn
31. Side 64 – Wenche Moltu

Øvrige bilete er henta frå internett

Rapporten er utarbeida av folkehelsekoordinator Andreas Kvalsund i samarbeid med arbeidsgruppa for folkehelse og sektorane.

Noko av rapporten er bygd på mal for oversikt over helsetilstand og påverknadsfaktorar utarbeidd av koordinator i samfunnsmedisin Hege Lorentsen, Nord-Gudbrandsdal Lokalmedisinsk Senter (NGLMS)

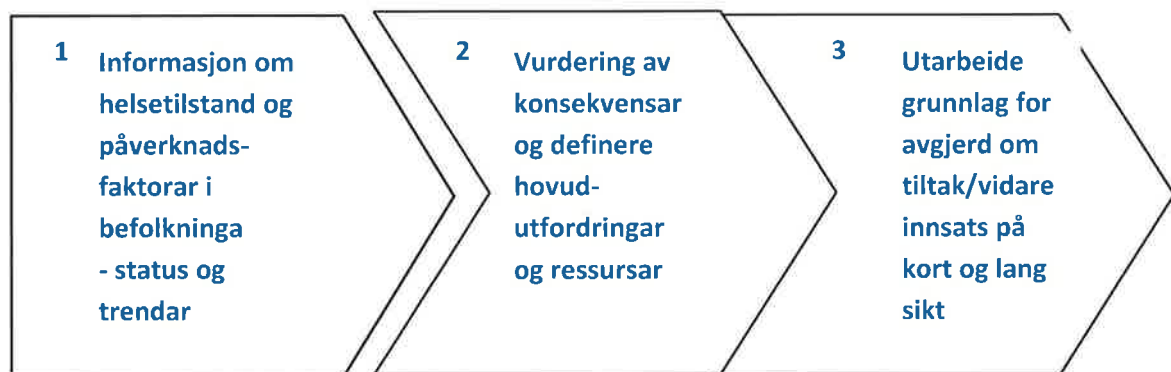
1. INNLEIING

Herøy kommune er tilliks med alle kommunane i landet, pålagde å utarbeide ei oversikt over helsetilstand og påverknadsfaktorar. Oversikt og informasjon om helsetilstand i kommunen skal vere grunnlag for alle sektorar sitt ansvar for, og arbeid med folkehelsa både på kort og lang sikt.

Kunnskap om helseforholda i befolkninga er ein føresetnad for å kunne ivareta innbyggjarane si helse.

Oversikt over folkehelsa skal inngå som grunnlag for planlegging etter plan- og bygningslova.

Dette er den fyrste skriftlege statusrapporten over helsetilstanden i Herøy etter den nye folkehelselova trådte i kraft 1.januar 2012. Denne rapporten tek føre seg informasjon om helsetilstanden og påverknadsfaktorar for befolkninga i Herøy (sjå figur under, boks 1). Den har også med vurdering av konsekvensar, definerer hovudutfordringane og ressursane i kommunen vår (2) Dette dokumentet er vidare eit grunnlag for avgjerd om planar, tiltak og vidare innsats framover, som vert utarbeidd som eigen handlingsdel for folkehelsearbeidet (3).



Informasjon om helsetilstanden og påverknadsfaktorar som er avgjerande for helsa, skal følgjast jamleg, i tillegg til oppdatert oversikt kvart fjerde år i samband med planstrategi og rullering av kommuneplanen.

I arbeidet med å dokumentere helseutfordringane, har det vore ei utfordring å gjere tilgangen til datamaterialet så lett som råd. Det er mange kjelder til statistikk og data, og det vil bli for stort og omfattande om alt skal inn i ein rapport. Det er elles eit ynskje både frå administrasjonen og politiske utval at rapportar skal vere kortfatta. I utforminga av denne rapporten har vi difor lagt dette til grunn, og fokusert på at den skal vere brukbar, enkel og lettforståeleg. For at statistikken heile tida skal vere mest mogleg oppdatert, har vi difor valt å legge det meste av datagrunnlaget og tilleggskommentasjonen tilgjengeleg på kommunen si heimeside med lenker til nasjonale og regionale data. Dette er under utarbeiding.

I denne rapporten er det lagt mest vekt på lokale data som har utkrystallisert seg gjennom interne arbeidsmøte, dialogmøte og ungdomsundersøkinga Ungdata. Ut frå vår synsstad, meiner vi denne erfaringsbaserte delen (empirien) av helsekartlegginga er svært viktig. - *Noko kan tellast, men noko må forteljast* (Albert Einstein, fritt omsett av Roar Amdam). Alt som kan tellast finn vi i nasjonale statistikkbankar (sjå flytdiagram side 17), og desse er

grunnlag for dei årlege kommunebarometra frå Kommunal rapport og folkehelseprofilane frå Folkehelseinstituttet. Det som kan forteljast kjem fram i lokale dialogmøte.

Gjennom heile prosessen har det vore samarbeid mellom folkehelsekoordinatoren, arbeidsgruppa for folkehelsearbeidet og sektorane i tillegg av møte med kommuneoverlegen. Målet har vore å bruke same "mal" for arbeidet, både undervegs når det gjeld innhenting av opplysningar, i analysearbeidet og i skriftleggjering av arbeidet.

2. SAMANDRAG

Samandraget listar opp nokre hovudtrekk om helsetilstanden i Herøy meldt i ei oppsummering frå sektorane, men meir utfyllande informasjon står i kapittel 6, der også resultata frå dialogmøta og Ungdata vert omtalt spesielt. I tillegg ein del detaljer i vedlegget – kartleggingsskjemaet.

Oppsummering frå ulike sektorar og organisasjonar

Avdeling Barn, Familie og Helse

I avdeling for Barn, Familie og Helse ser ein at kommunen si folkehelse er utfordra av ulike faktorar. Den fysiske og psykiske helsa vår heng saman.

Psykiske vanskar hos barn og vaksne, overvekt og fedme, rusmisbruk og tilrettelegging for våre nye landsmenn er noko av det vi ser kan gi oss utfordringar.

Psykiske utfordringar hos barn og unge opplever helsetenesta ein auke i. Unge vert stilt overfor store krav kring det å vere god nok både fagleg og sosialt. Mange «strekk ikkje til». Fleire kjem i kontakt med hjelpeapparatet pga sine ulike «vondter» som kan skrive seg frå psykiske belastningar, stress, uro og bekymring.

Blant barn og ungdom ser ein mange tilfeller av overvekt/fedme, der ein tenkjer at feil kosthald og inaktivitet er årsaka. I ein samanheng kan ein tenkje at dette har med t.d. uregelmessige forhold i kvardagen heime å gjere og andre utfordringar som t.d. etter samlivsbrot.

Fleire av seksjonane melder at stress kan gi muskel- og skjelettplager som får folk ut av skule og arbeid. Det å kjenne seg sjuk og ikkje vere i arbeid påverkar oss psykisk og sosialt og kan igjen få negative ringverknader for enkeltpersonar og familiar, som også har ansvar for små barn.

Økonomi og nettverk spelar ei stor rolle i fht familiar si fungering, og har innverknad på kva omsorg borna får, og i kva grad familien deltek i samfunnet elles.

Seksjon for psykisk helsearbeid ser at gode eigna bustadar også er viktig for folkehelsa. Personar med psykiske vanskar har ofte problem med å skaffe seg bustad sjølve sidan dei har låge inntekter.



Det å vere meir tilstades i skulen med ei styrka skulehelseteneste ser ein på som viktig. Det er av stor verdi for alle at eit oppegåande tverrfagleg miljø greier å samhandle og syte for tidleg oppdaging og innsats for dei barn og unge som treng det. I denne samheng må ein samhandle og gi dei rette tilboda til heimen og familiane deira så tidleg som mogleg.

Ei utfordring er at aktivitetstilboda ofte er sentraliserte, det er store avstander og ikkje alle kjem seg fram til tilboda utan buss/bil. Busstilboda er ikkje slik alle kan nytte seg av det, og vegane er ofte utrygge å sykle og gå langs.

Helseopplysning og vegleiing for ein endra livsstil og deltaking i positive aktivitetar vil kunne gi færre helseplager for alle generasjonar i åra som kjem. Trass lett tilgjengeleg kunnskap og informasjon om helse og livsstil ser ein at det er behov for å nytte ulik fagkompetanse i arbeid med folk sin livsstil. Ein tverrfagleg omfattande innsats kan vere avgjerande for å spare samfunnet for helseutgifter i framtida som følgje av ein usunn livsstil.

Det må også nemnast at Herøy kommune har mange ressurssterke personar og familiar, som bidreg i samfunnet og er ein ressurs for seg sjølve og andre. Dette er og vil vere ein styrke for folkehelsa i kommunen.

Barn i barnehagealder i Herøy



Mange barn har ikkje besteforeldre eller anna nær familie. Dette gir eit snevert nettverk og lite impulsar. Fleire har berre mor og/eller far som nær relasjon.

Ein ser aukande inaktivitet for barn på fritida deira. Barn sit mykje stille og er opptekne av data, mobil, ipad, og spel på desse mediane.

Psykisk helse, m.a. pga mange skilsmisser og dårleg samarbeid mellom foreldra.

Ein del barn 0-3 år har dårleg søvnmonster. Barnehagane får beskjed om at dei skal sove lite i barnehagetida. Dette er ofte ikkje bra for barna som viser behov for søvn. Foreldre vil heller at barna skal vere trøtte når dei skal legge seg om kvelden.

Overvekt er og ei utfordring ein ser. Kan det vere trøstespising? Spisevegring i familien? Ein ser foreldre med for lite tid til nærver /samspeil med barna. Travle foreldre. Statusjag, egoisme, sjølvrealisering, skal rekke over formykje? Barn blir stressa av dette. Det verkar vere aukande dette med astma/ allergi/ atopisk eksem. Miljøproblem?

I Herøy har vi mange minoritetsspråklege barn/ familiar. Vi greier ikkje hjelpe barna godt nok til ei god språkleg og sosial utvikling. Ein treng betre «mottakssystem». Det er ikkje nok for mange av barna å få plass i barnehage. Dei treng eit systematisk godt tilrettelagt opplegg for å sikre god språk/omgrepslæring. Dette krev ressursar og kompetanse.

Ein ser og barn som vert stressa og får vanskar med å roe seg av for mykje forskjellige aktivitetar på fritida. Er det foreldra som ser på dette som noko som gir status? Dårleg økonomi hos enkelte fører til at barn som verkeleg treng å gå i barnehage, misser barnehageplassen pga manglande betaling.

Bulyst

Folkehelse er meir enn å halde seg i aktivitet. Det er psykisk og fysisk velvære. Det er bevegelse, men også trivsel, trygghet, forståing og det å bli sett.

Vi ser at det er behov for tiltak som skaper trivsel og aktivitet. Det er også behov for samlingar der det vert gitt tydeleg og forståeleg informasjon til nye grupper. Eksempelvis kan idrettslag, frivilligsentral, store bedrifter, bibliotek invitere til årlege samlingar der det vert gitt informasjon på ein lett forståeleg måte. Dette vil bidra til at nye blir sett, får auka forståing, kjenner på større trygghet ved å vite meir, og det kan føre til at dei nye blir aktivisert. Dugnad er noko som særleg må lærast om, då dette i stor grad er eit norsk omgrep. Det å delta på dugnad kan vere ein faktor i betre livskvalitet og betre folkehelse.



Ein vil også presisere at ulike kulturar ser svært ulikt på dette med aktivitet. I eit fleirkulturelt samfunn som vi no er, er det nødvendig at vi tileignar oss kunnskap om ulike kulturar og deira måte å vere aktive på. Det kan hjelpe oss til lettare å få dei nye med på aktivitetar vi har, og det vil hjelpe oss til betre å legge til rette for aktivitetar som dei vil vere ein del av.

Døme: Korger i ballbingane slik dei kan nyttast til basketball også, basketbane ved kulturhuset og skikkeleg tennisbane er nokre tiltak vi veit er aktuelle for denne gruppa



Vi ser at mange av innvandrarane som kjem hit, er svært glade i naturen vår, og at dei m.a. brukar turløypa på Heid aktivt. Dette gjer at vi vil anbefale meir tilrettelegging av turvegar/ turstiar.

Motivasjon og tilhøyrslø er noko som er nødvendig for å vere delaktige i både samfunn og aktivitetar.

Skuleavdelinga

Mellom skuleelevane i Herøy er det 4 områder som klårt merkar seg ut i forhold til negativ påverknad på elevane si helse.

Desse problemområda er:

- Lite fysisk aktivitet grunna stillesitjande aktivitetar.
- Mykje tid vert nytta på skjerm til spel og sosial media.
- Mobbing, der meir og meir av mobbeproblematikken har bevega seg inn i det skjulte på nett og mobil.
- Dårlig kosthald og problematikk i forhold til overvekt og konsentrasjonsvanskar for ungar i alle aldrar.

Desse 4 problemområda heng på mange måtar saman og danner ein årssakssamanheng som fører til fysisk og psykisk u-helse hos barn og unge i kommunen vår. Dersom vi skal greie å motverke desse risikofaktorane må alle etatar, både offentlege og frivillige, som arbeider med barn og unge, ha dette som fokus i sitt arbeide, og samarbeide tett.

Herøy kommune er ein kommune som kvart år tek imot nye innbyggjarar med utanlands bakgrunn, anten som arbeidsinnvandrarar eller flyktningar. Denne gruppa er i ein særleg sårbar situasjon i forhold til å forstå korleis vårt samfunn og våre helse- og støttetenester fungerer. Språk er ofte ein barriere og feilkjelde som kan gjere at helseoppfølging av barn med minoritetsspråkleg bakgrunn er vanskeleg.



Internasjonal skule for innvandrarar og flyktningar mm

Elevane på Internasjonal skule kan i hovudsak delast inn i tre kategoriar. Ca 70% er arbeidsinnvandrarar, ca 20 % er gifte med nordmenn og ca 10 % er flyktningar. Alle er over 16 år; dei fleste i 20-30-åra.

Når det gjeld folkehelse, har desse gruppene problem på forskjellige område.

Svært mange av arbeidsinnvandrarane er skiftarbeidarar; noko som gjer det vanskeleg å delta på organiserte fritidsaktivitetar og bli meir integrerte.

Røyking er ei stor utfordring når det gjeld arbeidsinnvandrarar frå Aust-Europa. Både arbeidsplassar og skule bør informere meir om skadar som røyking kan medføre.



Det burde også vere obligatorisk for alle innvandrarar som bur i Noreg, å lære norsk. Arbeidsgivarane bør legge til rette for at innvandrarane kan få norskopplæring.

Mange av flyktningane slit med traumer etter flukta. Sjølv om dei får informasjon om normale reaksjonar ved det å vere flyktning, kan dei ikkje få nok tid til samtale. Dei treng tett oppfølging og gjerne samtale med psykolog før det går for lang tid. Vi bør vere meir obs på at fleire kan trenge psykologhjelp. Einsemd pga lite nettverk og liten eller inga familie i landet, er også eit problem for enkelte. Kommunen må bruke meir ressursar for å fylgje opp den enkelte flyktning.

Eit anna helseproblem blant mange flyktningar er høgt sukkerforbruk. Det fører ofte til diabetes. Det er viktig at dei får god informasjon om mat og helse.

Pleie og omsorg

Prioritert rekkefølge når det gjeld særlege utfordringar:

1. Tilfredsstillande dekning av fagpersonale med rett kompetanse.
2. Organisering og god logistikk for å møte samhandlingsreforma sin kompleksitet. Dette inneber også bruk av ny teknologi.
3. Stort behov for nytt omsorgssenter med funksjonalitetar også for heimebuande.
4. Forventningsgap mellom folk sine forventningar og ressursar i personalgruppa.



Bu- og habiliteringsavdelinga som har teneste til utviklingshemma og andre med behov for særskilt tilrettelegging



Arbeid og aktivitetstilbod for brukargrupper som fell utanfor arbeidslivet er noko av det viktigaste vi kan peike på, som vi kan sjå/oppleve har betydning for livskvalitet og folkehelse. Det å ha noko meningsfullt å bruke kvardagen på, verkar som sjølve nøkkelen til trivsel og velferd. Det må vere ei viktig målsetting å ta denne problematikken på alvor.

I tillegg til arbeid/meiningsfull aktivitet, vil vi peike på vanskaner med å kunne kome seg dit ein vil /treng /ynskar seg. For mange vert manglande transport, hemmande for opplevinga av fridom. Tiltak her må avbøte på denne utfordringa. Særskilt viktig i distrikt med mindre tilgang til offentleg transport.

Å arbeide for å unngå einsamheit og isolering på fritida, med tilrettelegging av aktivitetar og deltaking i sosiale arenaer, er viktige utfordringar. Det å vere i eit fellesskap med andre er ofte livsnødvendig medisin.



Kulturavdelinga

Kommunen har ei utfordring i å auke deltakinga frå innvandrar og flyktningar i kulturlivet, samt i lag og organisasjonar. Dette kan gjerast gjennom betre informasjon til, og kommunikasjon med målgruppene, og erfaringsutveksling med andre kommunar.

I høve til rehabilitering og modernisering av kulturhuset, er det behov for betre tilrettelegging for faste og midlertidige aktivitetar, samt vidareføring av kommunale investeringar knytt til utskifting av diverse materiell.



Det er behov for auka kjennskap til, og meir kunnskap om kvifor det er viktig å ta vare på kulturminner. Dette kan ma gjerast gjennom informasjonsarbeid og utarbeiding av lokal kulturminneplan.

I høve til førebyggjande aktivitetar og andre folkehelseiltak, er det registrert aukande behov for turløyper og organisert og uorganisert aktivitet i nærleiken av der folk bur, aukande kunnskap om kosthald og vidareføring av kommunale tilskotsordningar til skilting og merking av turstiar.

Det er dei seinare åra registrert nedgang i kulturaktivitetar for barn og unge. Gjennom betre tilrettelegging for aktivitetar der samspel og gruppeaktivitetar har fokus, vil ein prøve å snu denne trenden. Korps og band har særleg behov for tilrettelegging.

Ungdomsråd

Herøy ungdomsråd melder om behov for fleire tilrettelagde møteplassar der ein kan drive workshop og lære å lage sunn og god mat. I høve til offentlege grøntareal, td parkar, kan det murast opp grillar, settast opp volleyballnett og settast ut bord og benkar.



Busstilboda er eit kjent dilemma blant ungdom og eit stort problem. "Heim for ein 50-lapp" er eit veldig godt tiltak, men ordninga skulle vore utvida med fleire faste tidspunkt, særleg på kvelden.

Ungdomen i Indre Herøy har behov for fleire fritidstilbod. Kan betre busstilbod til og frå utkantane i ordninga "Heim for ein 50-lapp" gje opning for deltaking i ulike ungdomsaktivitetar på kveldstid fleire plassar i kommunen?

Ungdomsrådet ynskjer å slå eit slag for sunn mat i kinokiosken, til dømes frukt og salat.

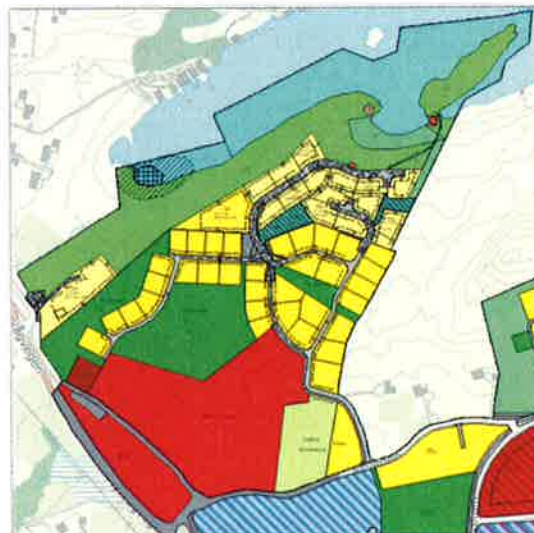
Ungdom veit ikkje kva dei skal gjere om det skjer ei ulykke. Det bør innførast obligatorisk opplæring i skulen.

Mange unge slit med den psykiske helsa gjennom vanskar i kvardagen, skulepress, stress og depresjon. Behov for meir informasjon om mental helse og omsorg, og obligatoriske ordningar om møte med helsesøster på kvart trinn i ungdomsskulen.

Det er mykje snusbruk i ungdomsskule og vidaregåande, og mange opplever gruppepress som fører til at fleire byrjar å snuse sjølv om dei ikkje vil. Skulane og lærarane må ha meir fokus på problemet og innføre ei form for straff då det er 18-årsgrense for å snuse.

Utviklingsavdelinga

Utviklingsavdelinga påverkar folkehelsa i svært mange av dei sakene som vert handsama, og saker og utfordringar er ofte felles for plan og byggesak, men på forskjellige nivå. Sakene som vert handsama er alt frå avfallsdeponi(forureining) til einestadar. Plan- og bygningslova og Teknisk forskrift har i seg det meste av krav for å legge til rette for at dei einskilde innbyggjarane skal få gode vilkår for god helse. Avdelinga sine ansvarsområde er derfor i stor grad styrt av det som står i desse dokumenta, (og mange fleire).



Folkehelseiltak og universell utforming kan opplevast som fordyrande ledd for tiltakshavar. Krava som kommunen stiller i høve til universell utforming, er med å gjere bygg og anlegg meir tilgjengelege for alle, td med livsløpstandard. Dette inneberer at folk kan bu i sine heimar i fleire år enn om husa ikkje var universelt utforma. Det å klare seg lenger i eigen heim, vil truleg vere bra for folkehelsa til den einskulde. Kommunen må arbeide med å synleggjere at bygg med universelt utforma standard vil gje prosjekt betre kvalitet og ikkje nødvendigvis vere fordyrande i eit langsiktig perspektiv.

Kommunen har utfordringar med manglande respekt for LNF og strandsona. Det vert gjeve mange dispensasjonar til grunneigarar som vil bygge og utvikle sin eigen eigedom. Mange spreidde dispensasjonar i LNF og strandsona vil på sikt utfordre tilgjengelegheita og gradvis privatisere områda. Det er liten politisk vilje til å ta omsyn til LNF verdiane som kommunen skal verne for ålmenta. Strandsona som er særleg attraktiv i Herøy, er ein «ikkje fornybar» ressurs som må vernast om. Kommunen må bidra til å auke bevisstheita til at det ikkje er kurant å bygge i strandsona. Der skal ein ta omsyn til svært mange faktorar og det må leggjast til rette for at ålmenta skal kunne ferdast fritt i dei fleste delar av strandsona.

Kommunen må vere tydeleg og god til å inkludere alle, særleg dei svake gruppene, i reguleringsplanprosessar.

Tannhelsetenesta



Tannpleiarane viser til deltaking i 8mndsgruppe på helsestasjonane der dei opplever stor variasjon på kor mange som møter. Dei ser det som svært viktig å få ut info til foreldre så tidlega som muleg. Dei viser til godt samarbeid med helsestasjonane gjennom ein forpliktande samarbeidsavtale med årlege møter.

Gjennom årlege samarbeidsmøter med leiarane i barnehagane, vert det sett fokus på stell av tenner, dagleg kosthald og bursdagsfeiringar. Sporadiske besøk i barnehagane etter ynskje. Alle barnehageborn får utdelt brosjyra "Kosthald, tannhelse og fysisk aktivitet".

I høve til barnehage, skule og vidaregåande, så er det registrert meir Karies i Herøy enn gjennomsnittet i regionen.

Tannpleiarane gjev undervisning til elevar i vidaregåande skule, helse og sosialfag. Ulike viktige tema for desse som skal jobbe med å stelle andre i framtida. Viser til godt samarbeid med vidaregåande skule.

Tannpleiarane er elles innom framandspråklege / innvandrarar gjennom introduksjonsprogram med info om tannstell og offentlege tilbod, alders og sjukeheimane i høve til dagleg reingjering av tenner og munnhule, open pleie med informasjon gjennom brosjyra " God tannhelse heile livet" og årlege samarbeidsmøter med pleie og omsorgsavd..

Lag og organisasjonar

Dei fleste bygder i kommunen har eige grendelag. Dei arrangerer ulike aktivitetar for barn og vaksne, gjer ulike tiltak i bygda som gapahukar, leikeplassar, ballbinge, turløyper, turstimerking, julegrantenning, bygdafestar, m.v. Dei melder om variert oppmøte i høve til dugnadar, arrangement og interesser for å vere med. Ein viktig faktor for å vere med å skape, er økonomisk bistand frå næringsliv, bankar, fylke og kommune.



Herøy har svært mange aktive kor med øvingar kvar veke. Dei arrangerer konsertar, deltek på stevner og festivalar, stiller opp i høve førespurnader og har tradisjonar for å synge på institusjonar. For fleire er rekruttering og økonomi store utfordringar.

Herøy har vore ei stor korpskommune med skulekorps i nesten alle bygder i tillegg av 2 svært aktive amatørkorps. I dei seinare åra har rekrutteringa svinga for mange av skulekorpsa, men etter at det har vorte teke grep, er fleire no på veg tilbake til "normalen".

Når skulekorpsa slit med rekrutteringa, så merkar ein det etter kvart også i vaksnekorpsa. Korpsa arrangerer konsertar, tek på seg speleoppdrag, arrangerer årlege større konsertar, gjerne saman med profesjonelle og besøker sjukeheimane. Utfordringane er jamn rekruttering, tilfredsstillande øvingslokale, og økonomi for å få balanse i dei ulike arrangement og drift. Viktige bidragsytarar er næringslivet og kommunen.



Idrettslaga i kommunen er svært aktive. Dei driv aktivitetar innan handball, fotball, friidrett, badminton, trim- og mosjonsaktivitetar, m.v. Dei fleste har bygt sine anlegg med bistand frå

næringsliv, fylke og kommune. Alle slit med rekruttering etter 12-13 årsalderen. Ei stor utfordring er hallkapasiteten både for eksisterande idrettar og event. etablering av nye idrettar som basketball, volleyball og mosjonsaktivitetar. Idrettslaga er heilt avhengig av næringslivet, idrettsmidlar, fylke og kommunen for å få økonomien i balanse.

Herøy har fått etablert senioruniversitet, ein landsomfattande organisasjon for dei over 60 år. Dei arrangerer temasamlingar innan aksjesparing, arveoppgjer, skatt og ulik kursing, og foredrag, bokkafé og har eige årsmøte. Utfordringar er rekruttering, og vekke interesse for dei ulike tilboda.

I kommunen er det mange interesseorganisasjonar som sanitetslag, lunge / hjarteorganisasjon, pensjonistlag, historielag, helselag, ideelle organisasjonar og fleire interesseorganisasjonar både for barn, ungdom og vaksne. Dei fleste slit med rekruttering, og dei seinare åra har mange lagt ned drifta. For mange er manglande interesse og trong økonomi ei stor utfordring.

Totalt sett må ein seie at frivillige lag og organisasjonar er drivkrefter i mange lokalsamfunn. Forsking viser at deltaking i frivillige organisasjonar er med på å styrke personar si eigen meistring og sosiale støtte. Frivillige organisasjonar er ein stad for utvikling og styrking av menneskelege relasjonar. Det gjev tilhøyrsløse, innflytelse, livskvalitet, og kan bidra til å styrke ferdigheiter og meistring. Derfor er frivillige lag og organisasjonar ein viktig aktør i folkehelsearbeidet i alle kommunar og ein viktig faktor for å oppnå god helse hos den enkelte.

Ungdataundersøking

I februar 2014 hadde Herøy UngData-undersøking mellom elevane i ungdomstrinnet og 1. året i vidaregåande skule. 85 % av elevane deltok. Elevane svarte på spørsmål innan m.a. skule, trivsel, arbeidspress, mobbing, nærmiljø, oppvekst, røyking, snus, alkohol, rusmidlar, foreldre, status, fritid, tilhøyrsløse, fysisk aktivitet, depressivt stemningsleie, einsamheit, medier og forventningar.

NOVA, KoRus Midt-Norge og Conexus som var ansvarlege for undersøkinga saman med kommunen, har oppsummert undersøkinga slik:



- ungdomane i Herøy er aktive og veltilpassande
- dei fleste trivast på skulen og har gode relasjonar til sine foreldre
- 6% av elevane på ungdomstrinnet oppgjev at dei vert mobba kvar veke
- betydeleg fleire jenter enn gutar oppgjev at dei opplever psykiske plager.
- lite aktiv trening på fritida i vidaregåande skule – berre ca 14% i VG1.
- lite fysisk aktivitet i ungdomsåra kan gjere ungdomane dårleg "skikka" når dei kjem ut i arbeidslivet
- ungdomane ynskjer seg eit breiare idretts- / aktivitetstilbod i kommunen for å finne sin aktivitet

Tilsyn vedk. folkehelsearbeidet

Fylkesmannen i Møre og Romsdal gjennomførte tilsyn med kommunen sitt arbeid med folkehelse i perioda 27.10.14 – 12.01.15. Fylkesmannen oppsummerer slik:

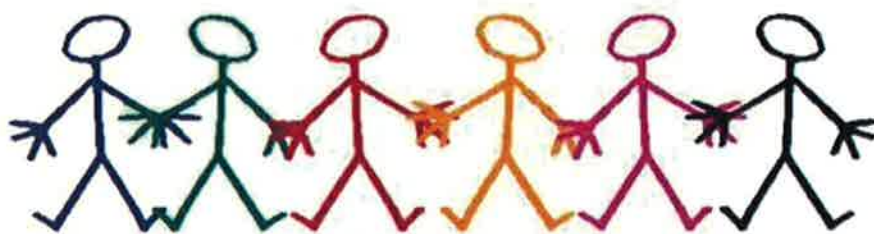
Tilsynet var ein del av det landsomfattande tilsynet med folkehelsearbeidet i kommunane som fylkesmannen gjer hausten 2014 etter oppdrag frå Statens helsetilsyn.

Tema for tilsynet var kommunen sitt arbeid med løpande oversikt over helsetilstanden til innbyggjarane og dei positive og negative faktorane som kan virke inn på denne.

Målsetjinga for tilsynet var å sjå etter at kommunar som ikkje hadde sett i gong systematisk, løpande oversiktsarbeid, kjem i gong med dette.

Fylkesmannen fekk i tillegg i oppdrag å kartlegge det løpande oversiktsarbeidet i kommunar der arbeidet var kome i gong, og ut frå denne kartlegginga gje kommunen ei rettleiande vurdering av status for arbeidet.

Fylkesmannen sin konklusjon var: Det var ikkje påvist avvik under tilsynet.



3. Kva er Herøy kommune sine hovudutfordringar i høve folkehelsa

Ut frå samandrag etter kartlegging og oppsummering, ungdomsundersøkinga UngData, statistiske data og sektorane og organisasjonane sine innspel, syner status fylgjande hovudutfordringar:

- Spesielt unge jenter slit med den psykiske helsa.
- Andelen elevar i 8.kl som driv fysisk aktivitet, er sterkt minkande fram mot vidaregåande skule.
- Gode oppvekstkår, trygge lokalsamfunn og gode levevanar, er viktig satsing for folkehelsa.
- Enkeltfaktorar som lite fysisk aktive, røyking, snus, psykiske plagar og overvekt har relativt stor påverknad på folkehelsa.

Kva bør vi ha fokus på framover?

For å styrke førebygging og minske behandling på lengre sikt, bør kommunen ha tidleg innsats mot barn og unge som innsatsområde, og med fylgjande satsing:

- Tverrfagleg samarbeid, tidleg innsats og låg terskel for å førebygge mobbing, psykisk helse og rus.
- Tverrfagleg samarbeid og tidleg innsats for å førebygge overvekt og inaktivitet.
- Samarbeide meir tverrfagleg, og med lag og organisasjonar om "Sunne kantiner" i skular mv, og "Sunne salsarenaer" i fritidsarenaene for barn og unge.
- Samarbeide med lag og organisasjonar for bygging av aktuelle arenaer som fremmar folkehelsa.



Fokus i samfunnet forøvrig:

- Eit helsevennleg arbeidsliv.
- Sosiale møteplassar. Sosial støtte fremjar helse og verkar beskyttande mot ulike belastningar.
- Bygge samfunn som fremmar aktiv, trygg og frisk alderdom.
- Auke informasjonen ut i samfunnet frå dei kommunale helse- og omsorgstenestene.
- Halde dialogmøte, temamøter for å belyse positive- og negative påverknadsfaktorar, og leite fram gode tiltak for å møte desse utfordringane.
- Inkludering og deltaking i frivillige organisasjonar fremmar helse.



4. Om statistikkgrunnlag og innhenting av data

4.1 KOMMUNEBAROMETER FOR HERØY 2015

Kommunebarometeret er ei samanlikning av kommunane i landet, basert på til saman 127 nøkkeltal innan 13 ulike område. Hensikta er å gi avgjerdstakarar – særleg folkevalde i kommunestyret – ei lettfatteleg og tilgjengeleg oversikt over korleis kommunen driv. Barometeret skal vise det store bildet, og erstattar ikkje grundige og kostbare utredningar om den einskilde sektor. Men det kan vise kommunen kva område eller sektorar det er viktig å sjå nærare på.

Det er ikkje plass til å gå nærare inn på kommunebarometeret i denne rapporten, men den vert teke med som ei stadfesting på at Herøy ligg om lag mitt på treet samanlikna med andre kommunar i landet. Og det kan gi oss ein peikepinn på område som vi kanskje kan finne igjen i Folkehelsebarometeret (side 19).

Herøy er på 167. plass av dei totalt 428 kommunane i landet, og er om lag midt på treet blant kommunane i Møre og Romsdal.

Klipp frå Kommunal rapport:

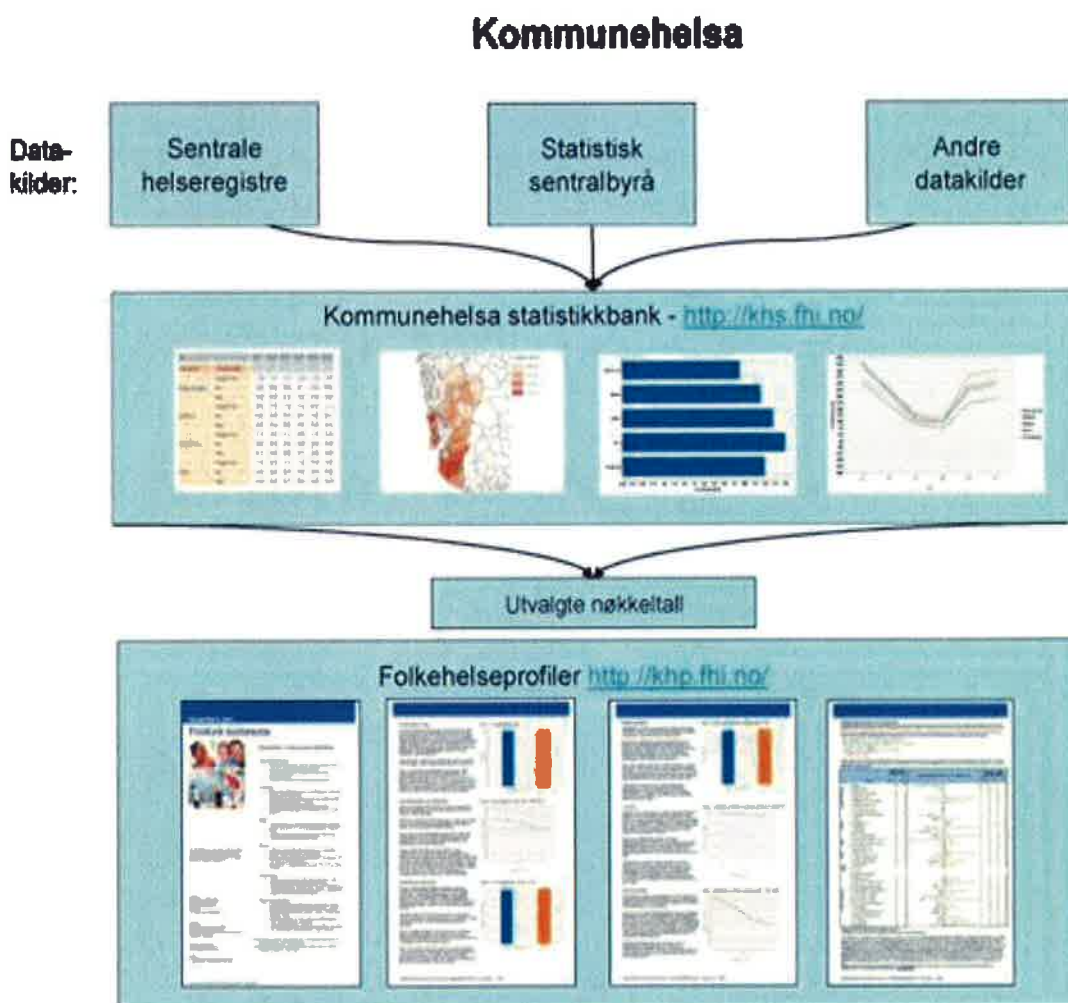
Rang	Kommune	Fylke	Gruppe	Gruppe innb	GSK	PO	BV	BH	HE	ØK
195	Herøy	Møre og Romsdal	G08	5.000-9.999	216	241	217	288	314	371

Tabellen over viser fylke, kommunegruppe, storleik, plassering totalt og plassering innan grunnskole (GSK), eldreomsorg (PO), barnevern (BV), barnehage (BH), helse (HE) og økonomi (ØK). Dette er dei seks viktigaste av dei 13 kategoriane i målinga, og utgjer til saman 77,5 % av det totale barometeret.

Tala bak kommunebarometeret er henta frå Statistisk sentralbyrås Kostra-database, førebels tal for 2014, Utdanningsdirektoratet, Helsedirektoratet, Grunnskolenes informasjonssystem, Folkehelseinstituttets kommunedatabase og Kommuneproposisjonen 2014. I all hovudsak er det 2014-tall som er nytta, men i nokre tilfelle vert ikkje data for 2014 publisert før til hausten. I dei tilfella er det nytta 2013-tal.



4.2 KOMMUNEHELSEA



Flyttdiagrammet viser hvordan data hentes fra ulike kilder og tilrettelegges for publisering i Kommunehelsa statistikkbank. Denne brukes så som kilde for folkehelseprofiler for kommuner og fylker.

Statistikkbanken Kommunehelsa dekkjer eit stort utval emne som er valt ut med tanke på folkehelsearbeidet i kommunane. For mange emne vert statistikk vist som eit gjennomsnitt for fleire år. Dette vert gjort for at grunnlaget skal bli godt nok også for små kommunar.

Tilgang til dei ulike statistikkbankane (sentrale helseregister, statistisk sentralbyrå, regionale statistikkar) finn du på nettet. Når rapporten er ferdigbehandla politisk, vil den vere å finne på: www.heroy.kommune.no/

Folkehelseprofilane er bygt opp som ein fire siders rapport med ei rekkje utsegn på første side, informasjon om eit valt tema på midtsidene og folkehelsebarometeret på side fire. Profilane inneheld nøkkeltal knytt til befolkning, levkår, miljø, skule, levevanar, helse og sjukdom. Tema er valt ut frå eit førebyggingspotensial og kjende folkehelseutfordringar, men innhaldet i kvart einskild temaområde vil også vere eit resultat av kva som er tilgjengeleg statistikk på kommunenivå.

4.3 FOLKEHELSEPROFIL

Folkehelseprofilen er eit bidrag til kommunen sitt arbeid med å skaffe seg oversikt over helsetilstanden i befolkninga og faktorar som påverker denne, jamfør lov om folkehelsearbeid. Statistikken er frå siste tilgjengelige periode per oktober 2015.

Temaområda som er nemnde under, er valte med tanke på mulegheitene for helsefremjande og førebyggjande arbeid. Indikatorane tek høgde for alders- og kjønnsamansettinga i kommunen, men all statistikk må også tolkast i lys av kunnskap om lokale forhold.

Temaområde i folkehelseprofilen: Befolkning, levekår, miljø, skule, levevaner, helse og sjukdom.

Her er nemnt nokre viktige punkt frå den årleg tilsendte Folkehelseprofilen frå Folkehelseinstituttet:

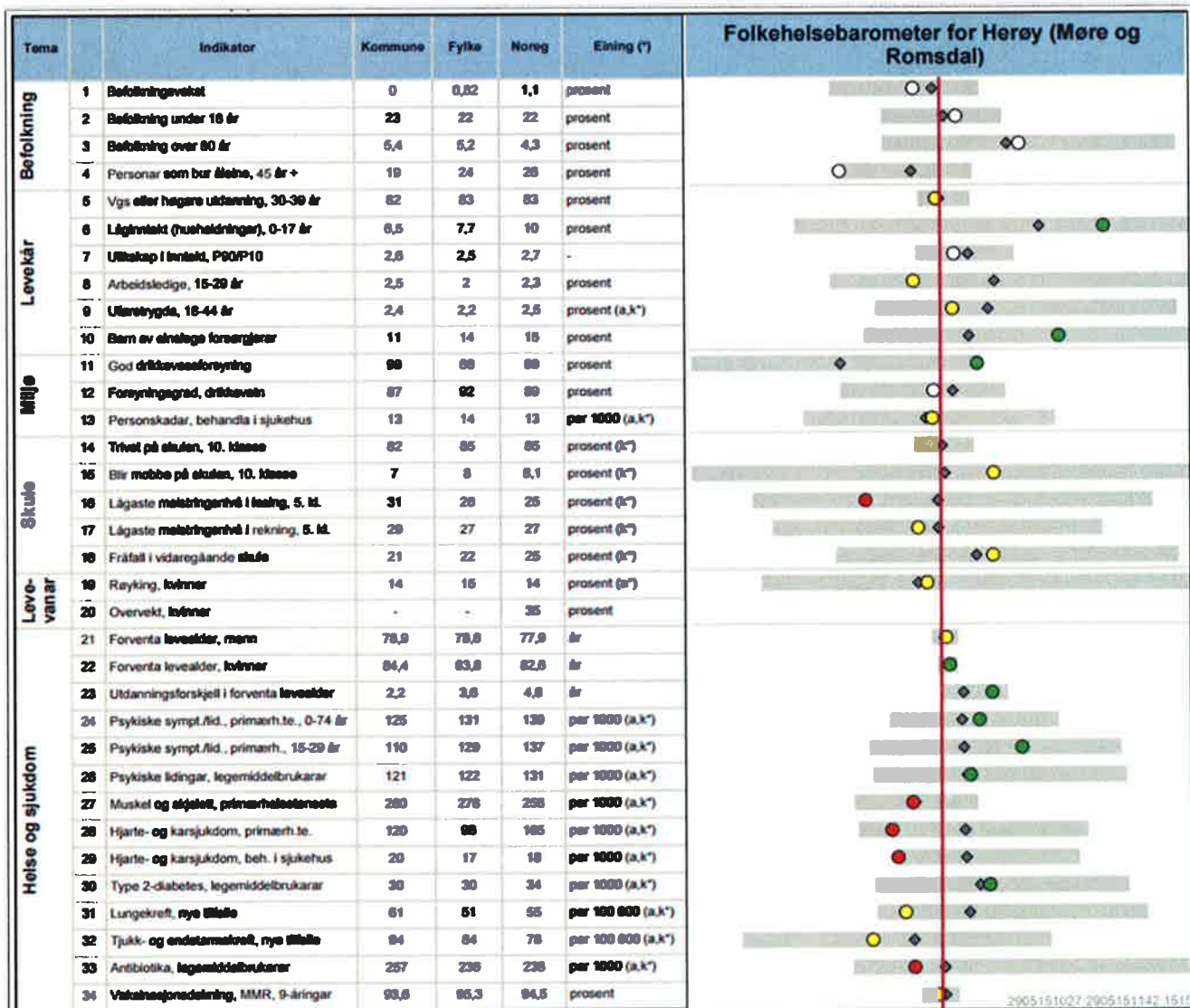
1. Herøy kommune har ein befolkningsvekst på 1% siste året.
2. Andel av befolkninga over 80 år er aukande.
3. Høg inntekt. Lavt utdanningsnivå.
4. Aukande arbeidsledigheit.
5. Andelen barn av einslege forsørgjarar er lavare ein i landet forøvrig.
6. Herøy har god drikkevannsforsyning
7. Elevane trivst på skulen.
8. Mobbing på ungdomsskulen, ca 7%, er om lag som landet forøvrig.
9. Meistringsnivået i 5. kl. i høve til lesing er lågare enn landet forøvrig.
10. Fråfall i vidaregåande, ca 20%, er lågare enn i landet forøvrig.
11. Kvinner som røyker utgjer ca 14%, som landsgjennomsnittet.
12. Overvekt høgare enn landet forøvrig. Spesielt mellom fiskarar og offshorearbeidarar. Kan m.a. vere ustabile levevanar.
13. Personar med psykiske lidningar ligg litt lågare enn i landet forøvrig.
14. Muskell- og skjelettplager er noko høgare enn i landet forøvrig.
15. Hjarte- og karsjukdomar ligg noko høgare enn i landet forøvrig.
16. Lungekreft – nye tilfelle er aukande i høve til landet forøvrig.

4.4 FOLKEHELSEBAROMETER FOR HERØY 2015

I oversikta nedanfor vert nøkkeltall i kommunen, fylket og med landet forøvrig, samanlikna. I figuren og i tal-kolonnene vert det teke omsyn til at kommunar og fylker kan ha ulik alders- og kjønnsamansetning samanlikna med landet. Statistikk utan alders- og kjønnsstandardisering finnes i Kommune helsa statistikkbank, khs.fhi.no. Forskjellen mellom kommunen og landet er testa for statistisk signifikans (ikkje tilfeldig). Sjå www.fhi.no/folkehelseprofiler

Ein «grøn» verdi betyr at kommunen ligg bedre an enn landet som heilheit, likevel kan det innebære ei viktig folkehelseutfordring for kommunen då landsnivået ikkje nødvendigvis representerer eit ynskja nivå. For å få ei meir heilheitleg oversikt over utviklinga i kommunen, kan du lage diagrammer i Kommune helsa statistikkbank.

Les meir på <http://www.fhi.no/helsestatistikk/folkehelseprofiler/finn-profil>.



4.5 TILRETTELEGGING FOR GOD PSYKISK HELSE BLANT BARN OG UNGE

Når barn og unge opplever tryggleik, og har ei kjensle av å høyre til og trivast i lokalmiljøet, legg det eit godt grunnlag for god psykisk helse gjennom heile livet. Kommunane legg premissane for utviklinga av lokalsamfunnet, og kan på den måten påverke barn og unge si psykiske helse ved å stimulere til utvikling av gode lokalsamfunn.

Familie og nære vener er viktige personar for barn og unge i alle aldrar. I løpet av oppveksten blir også personar og relasjonar utanfor familien viktige. Kommunen har verkemiddel for å skape gode rammer for barn og unge når dei utvidar sine sosiale omgivnader.

Lokalsamfunnet, kommunen og fylkeskommunen kan påverke mange av dei arenaene der barn og unge deltek. Det helsefremjande og førebyggjande arbeidet blir best dersom kommunen ser tiltak i eit livsløpsperspektiv, og der ulike aktørar trekkjer i same retning,

4.5.1 ARENAER FOR DET HELSEFREMJANDE OG FØREBYGGJANDE ARBEIDET FOR PSYKISK HELSE PÅ ULIKE ALDERSTRINN

0-3 år: Helsestasjonen og barnehagen er viktige for det helsefremjande og førebyggjande arbeidet. I tillegg er mange barn og foreldre ein del av uorganiserte nettverk.

3-6 år: Barnehagen og uorganisert leik og aktivitet i nabolag og på leikeplassar er viktig. Mange begynner òg med organiserte fritidsaktivitetar i denne alderen.

6-16 år: Barna utvidar omgangskretsen sin, og det blir meir vanleg å delta i organiserte fritidsaktivitetar. Barna brukar mykje tid både på skulen og i skulefritidsordninga (SFO). I tillegg er skulehelsetenesta og den pedagogisk-psykologiske tenesta viktige i det førebyggjande arbeidet.

16-19 år: Dei fleste går på vidaregåande skule. I tillegg utviklar mange eit sjølvstendig forhold til organiserte og uorganiserte aktivitetar. Nokre unge kjem òg i kontakt med arbeidslivet i denne perioden.



Nabolag og fritidsaktivitetar : Det å vekse opp i nabolag og lokalsamfunn prega av fellesskap, sosial samhandling og organisasjonsaktivitet, fremjar psykisk helse blant barn og unge. For sårbare grupper som har mindre nettverk utanfor heimen, er det særleg viktig å kjenne at ein høyrer til i nabolaget. Dette kan for eksempel gjelde flyktningar, innvandrarar, åleineforeldre og dei som står utanfor skule og arbeidsliv.



Kommunen kan leggje til rette for sosiale møteplassar, leikeplassar og «grøne område» i nærleiken av der folk bur, og kan slik bidra til gode nabolag og eit godt oppvekstmiljø. Utbetring av bustader og bustadstrøk kan auke stabiliteten og trivselen i nabolaget, noko som også er med på å trekkje lokalsamfunn i ei helsefremjande retning.

Å delta i organiserte fritidsaktivitetar som idrettslag, musikkorps og andre frivillige organisasjonar kan verke positivt inn på utviklinga og den psykiske helsa til barn. Aktivitetane gjer det mogleg for barn og unge å samhandle med støttande vaksne, etablere venskap med jamaldrande, gjere ein innsats mot felles mål og oppleve kjensla av meistring.

Tidleg innsats i barnehage og helsestasjon.

I dag går 97 prosent av 3-5-åringane i barnehagen. Barnehagen har ein gunstig effekt på den språklege og sosiale utviklinga til barn. Særleg for barn frå familiar med låg sosioøkonomisk status og innvandrarbakgrunn, er barnehagen viktig. Barnehagen kan dermed vere ein viktig arena for å utjamne sosiale helseforskjellar. Kvaliteten på barnehagar er vesentleg.



Å setje inn hjelpetiltak tidleg gir betre moglegheit for å førebyggje seinare psykiske vanskar og uheldig utvikling. Barnehagar og helsestasjonar er òg viktige for å rettleie foreldre og eventuelt vise familien vidare til andre hjelpetilbod. Barselgrupper kan gi nybakte mødrer eit nettverk som har betydning både for mødrene og barna i ein viktig fase i livet. Helsestyresmaktene tilrår kommunane å samordne tenester som er retta mot barn og unge. Modellen «Familiens hus» er ein måte å organisere ei slik familieteneste på. Tenester som ofte inngår i «Familiens hus» er skulehelsetenesta, helsestasjon for ungdom, barnevern og den pedagogisk-psykologiske tenesta.

Skulen er viktig for den faglege og sosiale utviklinga. Trivsel på skulen er ein av fleire faktorar som verkar inn på elevane sin motivasjon for å lære. I tillegg er trivsel viktig for at barn og unge skal kunne meistre utfordringar i skulekvardagen. Det å oppleve meistring styrkjer sjølvtrivsel og den psykiske helsa til barn.

Ein høg prosentdel av 10.-klassingane seier at dei trivst godt eller svært godt på skulen syner tala i Ungdataundersøkinga. Eit belastande eller stressande skulemiljø aukar risikoen for psykiske helseproblem. Mobbing, faglege vanskar, negative forhold til lærarar og manglande støtte frå elevar og vaksne, gir auka risiko for skulefråvær og psykiske helseplager.



Ca 6 % av elevane seier at dei føler seg mobba på skulen. Når ein vurderer tala, må ein vere merksam på at tala for trivsel og mobbing kan skjule stor variasjon mellom ulike skular i kommunen. Skulen kan bidra til å fremje den psykiske helsa til elevane gjennom å byggje opp eit støttande sosialt miljø, og tidleg fange opp elevar som har faglege vanskar. Samarbeid med foreldre er òg viktig. I tillegg finst det ulike skuleprogram som har vist gode resultat, mellom anna gjennom å auke elevane sin kunnskap om psykisk helse, heve den sosiale meistringsfølelsen, styrkje dei sosiale ferdigheitene og førebyggje mobbing.

Fråfall i den **vidaregåande skulen** er eit omfattande problem over heile landet. I Herøy fråfall ca 20% av elevane. Blant elevar frå familiar med lågt utdanningsnivå er andelen som fell frå høgare enn blant elevar frå familiar med høgt utdanningsnivå. Fråfall reduserer moglegheitene i arbeidsmarknaden, aukar risikoen for uføretrygd, dårlegare levkår og redusert helse. Både norsk og internasjonal forskning viser ein samanheng mellom psykisk helse og fråfall i den vidaregåande skulen. Spesielt kan åtferdsvanskar i barndomen føre til dårlegare skuleprestasjonar, som igjen gir auka risiko for fråfall.



Tiltak som styrkjer barn og unge som slit med faglege og sosiale vanskar, vil vere effektive når det gjeld å førebyggje fråfall. Det førebyggjande arbeidet må starte tidleg og omfatte alle fasar i utdanningsløpet. Aktuelle tiltak i kommunen er å satse på å styrke språk og sosiale ferdigheiter i barnehagane. Vidare er det viktig at skulen satsar på god språkopplæring til alle, og set i verk spesielle tiltak for elevar som har lesevanskar og andre læringsvanskar. Også tiltak som styrkjer det sosiale miljøet på skulen er viktige for å hindre fråfall.

Fråfallet i den vidaregåande skulen er størst blant elevar på yrkesfaga. Tiltak som fleksible opplæringsløp og meir praksis for elevar som strevar med teoretiske fag, tett oppfølging og rettleiing og samarbeid mellom skule og arbeidsliv, har vist gode resultat.

5. BAKGRUNN OG LOVGRUNNLAG

5.1 FOLKEHELSELOVEN

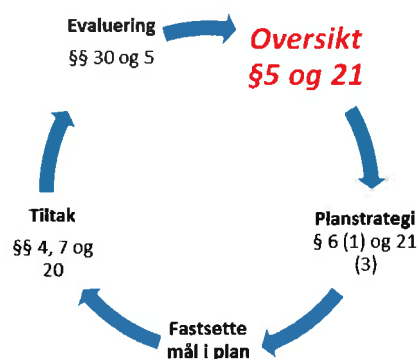
§5. *Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorar i kommunen.*

Kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkninga og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Oversikten skal blant annet baseres på:

- a) opplysninger som statlege helsemyndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengeleg etter §§ 20 og 25*
- b) kunnskap fra de kommunale helse- omsorgstjenestene, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 og*
- c) kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse.*

Oversikten skal vere skriftlig og identifisere folkehelseutfordringene i kommunen, herunder vurdere konsekvenser og årsaksforhold. Kommunen skal særleg være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller.

Folkehelseloven §6 seier at oversikta etter §5 skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunen sin planstrategi etter plan- og bygningslov. Oversikta vil også kunne peike ut sektorane sitt ansvar for folkehelsearbeidet.



Oversikt over helsetilstand og påverknadsfaktorar

Oversikt og informasjon om helsetilstanden i kommunen skal vere grunnlag for alle sektorar sitt ansvar for og arbeid med folkehelsa både på kort og lang sikt.

Kunnskap om helseforholda i befolkninga er ein føresetnad for å kunne ivareta innbyggjarane si helse.

5.2 DEFINISJONAR

- **Folkehelse:** helsetilstanden og korleis helsa er fordelt i befolkninga
- **Folkehelsearbeid:** samfunnet sin innsats for å påverke faktorar som direkte eller indirekte fremje helse og trivsel i befolkninga, førebygge psykisk og somatisk sjukdom, skade eller liding, eller som beskyttar mot helsetruslar, samt arbeid for ei jamnare fordeling av faktorar som direkte eller indirekte påverkar helsa
- **God helse:** å ha overskot til å meistre kvardagens krav

- **Førebyggjande arbeid** er tiltak som skal redusere sjukdom, skade og for tidleg død, og vert delt i tre område:
 - a) *Universell førebygging* - rettar seg mot heile folkegrupper. Hindre at friske menneskje utviklar sjukdom (- primærførebygging)
 - a) *Selektiv førebygging* - rettar seg mot definerte risikogrupper. Tek sikte på å identifisere risikofaktorar og å hindre at problem får utvikle seg vidare (- sekundærførebygging)
 - b) *Indikativ førebygging* (individretta førebygging) - rettar seg mot personar som allereie har utvikla vanskar. Gi hjelp for å leve best mogleg med dei avgrensingar vanskane gir og å hindre forverring(tertiærførebygging).
Både universell og selektiv førebygging er folkehelsearbeid, medan indikativ førebygging vert å definere som behandling og fell utanfor folkehelsearbeidet (regjeringen.no).
I forhold til førebyggjande arbeid knytt til depresjon, vert omgrepet også nytta.
- c) *Indisert førebygging* - individretta førebyggjande arbeid ved depresjon. Det gjeld i all hovudsak tiltak i gråsona mellom primærførebygging og sekundærførebygging, for å motvirke at folk som alt viser teikn på den psykiske lidinga skal utvikle ein manifest, klinisk sjukdom.
- d) **Fattigdom:** Personar i privathushald som er i risiko for å oppleve levekårsfattigdom. Har per definisjon ei årleg inntekt etter skatt per forbrukseining som er under 60 prosent av medianinntekta¹.
- e) **Helsefremjande arbeid** er tiltak som skal betre føresetnadane for god helse og ta sikte på å fremje trivsel, velvære og meistring av utfordringar i kvardagen.
- f) **Sosial kapital:** sosial støtte, ressursar, tillit, tryggleik som vert tilgjengeleg for folk gjennom deltaking i sosiale nettverk i lokalsamfunnet
- g) **Sosial ulikskap i helse:** menneske med høg utdanning og høg inntekt har betre helse enn personar frå lågare sosiale lag. Dette er både eit folkehelseproblem og eit rettferdsproblem. I forskning vert utdanning, yrke og inntekt nytta som mål for sosioøkonomisk status.
- h) **Tidleg intervensjon (tidleg innsats):** strategiar og tiltak for å utjamne sosial ulikskap, t.d. språkopplæring og gode overgangar mellom barnehage, barneskule, ungdomsskule og vidaregåande skule.



5.3 Forankring av kommunen sitt arbeid med "Oversikta etter folkehelselova"

Dette er eit lovpålagt arbeid etter folkehelselova som skal gjerast kvart 4. år i samband med planstrategi og rullering av kommuneplanen, og fylgjer planperioda. Målet med arbeidet bør vere eit friskare folk, og for å få det til, må vi ha ei oversikt over helsetilstanden og påverknadsfaktorar slik at vi kan sette inn naudsynte tiltak for å få eit friskare folk.

I november 2014 vart det etter pålegg frå rådmannen, etablert ei arbeidsgruppe for folkehelse med representantar frå pleie og omsorg, familie, barn og helse, kultur, utvikling,

skule og folkehelsekoordinatoren. Andre grupperingar vart også kontakte i høve innhenting av kunnskap.

Metode for innhenting av kunnskap

Det vart i løpet av våren 2015 innhenta kunnskap om helsetilstanden i kommunen frå dei kommunale helse- og omsorgstenestene, andre aktuelle tenester, lag og organisasjonar og drege inn faktorar og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innverknad på befolkninga si helse.

Med bakgrunn i fylkeskommunen sin erfaringsinformasjon, og informasjon frå nabokommunar, vart det nytta informasjon og kunnskap frå m.a.:

- UngData-undersøkinga som var gjort i februar 2014.
- dialogmøter basert på kommunikativ metode og dugnadsprinsippet
- målretta informasjons- og kartleggingsskjema som vert sendt ut
- informasjons- og dialogsamling med lag og organisasjonar
- informasjon frå statistikkbankar

Korleis innhenta kunnskap vil bli vurdert og nytta i forhold til relevans for folkehelsearbeidet

All innhenta kunnskap blir viktig grunnlag for arbeidet med kommunal planstrategi og anna overordna plan- og utviklingsarbeid i kommunen. Nokre tiltak kan settast i verk ganske raskt, medan andre meir langsiktige tiltak vert viktige innspel i kommuneplanarbeidet framover.

I høve dei ulike innspel vert utfordringane å finne ut kva kommunen bør eller kan gjere noko med. Mange lag og organisasjonar tilbyr gode folkehelseiltak for ulike grupper i befolkninga. Det er difor viktig med ein god dialog mellom kommunen og det frivillige.

Partnerskap mellom kommunen, det frivillige organisasjonslivet og næringslivet kan vere ein god modell for å vidareutvikle allereie eksisterande tiltak, eller etablere nye tiltak for innbyggjarane.

Innhenta kunnskap må sjølvstendig vurderast i forhold til relevans for folkehelsearbeidet.

Dugnadsmodellen er eit godt verktøy for involvering, engasjement og myndiggjering.

Gjennom denne arbeidsmåten kan ein få fram mange gode forslag til tiltak, oversikt over lokalitetar og namn på ressurspersonar.



Korleis innhenta kunnskap vert vurdert i lys av anna kunnskap om helsetilstand og påverknadsfaktorar i kommunen, jf. folkehelselova §5

a) Nasjonalt.

Folkehelseinstituttet og KommuneHelse sin statistikkbank gjev kommunane nyttig informasjon om helsetilstanden både nasjonalt, regionalt og lokalt.

b) Regionalt.

Fylkeskommunen sin statistikkbank er ei viktig kjelde til kunnskap om ulike befolkningsundersøkingar gjort i fylket vårt, og kan vise tendensar i kommunar som er

nærliggande å samanlikne seg med. Partnerskap for folkehelse, God Helse Møre og Romsdal fylkeskommune er også nyttig nettverk for kompetanseheving og erfaringsutveksling om folkehelseutfordringar. Regional delplan for folkehelsa er også eit nyttig verktøy i folkehelsearbeidet.

c) Lokalt.

Folkehelseprofilen for Herøy kommune, som vert sendt ut frå Folkehelseinstituttet kvart år, gjev eit bilete av hovudtrekka i helsetilstanden i kommunen vår. Dokumentasjon frå dei lokale prosessane med innhenting av kunnskap og påverknadsfaktorar, arbeidet som no er gjort, og skal gjerast kvart 4. år, vil vere med å styrke eller svekke dei resultata som er funne i folkehelseprofilen / folkehelsebarometeret og andre kjelder. "Raude lys" i folkehelsebarometeret (sjå vedlagt) gjev oss ein peikepinn på område vi må gå inn på og sjekke ut nærare.

d) Kommuneoverlegen skal vere ein viktig kvalitetskontrollør gjennom heile prosessen, og ikkje minst i denne fasen der innhenta kunnskap vert vurdert i lys av anna kunnskap om helsetilstand og påverknadsfaktorar.

Refleksjonar omkring omfang, ressursbruk og nytteverdi i forhold til vidare systematisk arbeid med folkehelse. Jmf. folkehelseloven §§ 6 og 7

Innhenting av kunnskap og gjennomføring av idèdugnader med jamne mellomrom, kan truleg bidra til implementering av folkehelseomgrepet i alle sektorar, og etter kvart verte ei bevisstgjerung inn mot at vi alle driv med folkehelsearbeid i større eller mindre grad, dvs. *Helse i alt vi gjer.*

Ei anna metode kan vere arbeidsverkstadar på tvers, dvs fleire sektorar i samarbeid, men det vil vere ei meir ressurskrevjande metode.

Folkehelselova §§ 5, 29 og 30 og forskrift om oversikt over folkehelsen §§ 3 og 4, krev at kommunen skal ha ei løpande oversikt over folkehelsen. Korleis dette skal gjerast vidare må ein kome attende til.

Ei "Oversikt over helsetilstand og påverknadsfaktorar" som ein no har utarbeid, skal etter folkehelselova gjerast kvart 4. år og knytast til planperioda. Statusrapportering til fylket, skal gjerast kvart år på nyåret som ein rapport for føregåande år. Begge dokumenta skal sendast fylkeskommunen og fylkesmannen innan oppgjevne datoar.

6. HELSETILSTAND OG PÅVERKNADSFAKTORAR

Forskrift om oversikt over folkehelseutfordringar presiserer i § 3 at kommunane og fylkeskommunen si oversikt skal omfatte opplysningar om og vurderingar av:

- a) Befolkningssamansetting: grunnlagsdata om befolkninga som t.d. tal innbyggjarar, alders- og kjønnsfordeling, sivilstatus, etnisitet, flyttemønster osb. Dette kan vere vesentleg for utfordringsbildet for folkehelsa i kommunen, og kan vere med og påverke strategiske val.
- b) Oppvekst- og levestilshøve: er viktige for helse og livskvalitet. Det kan vere t.d. økonomiske vilkår, bu- og arbeidstilhøve, utdanning, sjukefråvær og uføretrygding, fråfall i vidaregåande skule m.m.

- c) Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø: Ei rekkje miljøtilhøve har effekt på helsa. Det kan vere drikkevasskvalitet, luftkvalitet, smittsame sjukomar, grad av støy, sykkelvegnett og kvalitetar ved nærmiljøet som tilgang til friområde, friluftsområde, sosiale møteplassar osv.
- d) Skader og ulykker: Ulykker som fører til personskade er ei stor utfordring for folkehelsa. Personskader som følgje av ulykker er nesten i same storleik som kreft, målt i tapte leveår. Ulykker med personskader tek relativt mange unge liv, og er den største dødsårsaken for personar under 45 år.
- e) Helserelatert åtferd: helseåtferd som har synt seg å ha innverknad på helsa. Dette kan t.d. vere fysisk aktivitet, ernæring og bruk av tobakk og rusmiddel. Helserelatert åtferd kan også omfatte seksualåtferd og risikoåtferd som kan føre til skader og ulykker.
- f) Helsetilstand: befolkninga si helse målt ved ulike mål, t.d. risikofaktorar, førebyggbare sjukdomar som t.d. tannhelse, belastningssjukdom, kroniske smerter, hjarte-karsjukdom, diabetes type 2, kreft, trivsel og meistringsressursar eller meir indirekte mål som sjukefråvær o.l.

Kapittel 6 tek kronologisk føre seg punkt a) – f) over.

Kvart punkt startar med ei generell omtale av tema for å få ei forståing av kva det inneber. Deretter følgjer ei **blå boks** (faktaboks) som seier noko om stoda i Herøy kommune. Under nokre tema kjem utfyllande informasjon eller grafar som synleggjer ein trend, ei utvikling eller ei utfordring.

Vidare kjem tre ulike tabellar. Den første tabellen, **tabell 1** viser Status(statistikk med "harde fakta"), Mogleg årsak og Mogleg konsekvens for å få betre innblikk i stoda for Herøy, og med fokus på særlege trekk som utmerkar seg for kommunen vår.

Tabell 2 viser "Helsefremjande og førebyggjande tiltak" som eksisterer i kommunen pr. i dag.

Tabell 3 kjem med "Innspel til moglege framtidige tiltak". Desse er ikkje i prioritert rekkefølge, men er basert på sektorane m.v. sine faglege vurderingar av ynskjelege tiltak som kan bidra til å betre helsa i lokalbefolkninga.



Same malen vert så fylgt for alle dei 6 hovudområda nemnt over (a- f), i påfølgjande sider.

6.1 BEFOLKNINGSSAMANSETTING

Befolkningsutvikling vert gjerne sett på som den eine store indikatoren for regional utvikling, og vekst i befolkninga er avgjerande for kommunen sitt inntektsgrunnlag og tilgang på arbeidskraft. Auke i tal innbyggjarar er avgjerande for kommunen sine planar når det gjeld omfang og kvalitet på dei ulike tenestene retta mot innbyggjarane i framtida. Utfordringsbildet knytt til befolkningsutviklinga kan vere vesentleg for folkehelsa i kommunen, og kan vere med og påverke strategiske val.

Herøy hadde 8934 innbyggjarar pr. 1.januar 2015. (8963 pr 01.06.15)

Samfunnsanalysen Regionale utviklingstrekk i Møre og Romsdal syner m.a. at Herøy hadde moderat vekst i folketallet mellom 1995 og 2010, men frå 2011 til 2015 har folketallet vore mykje aukande.

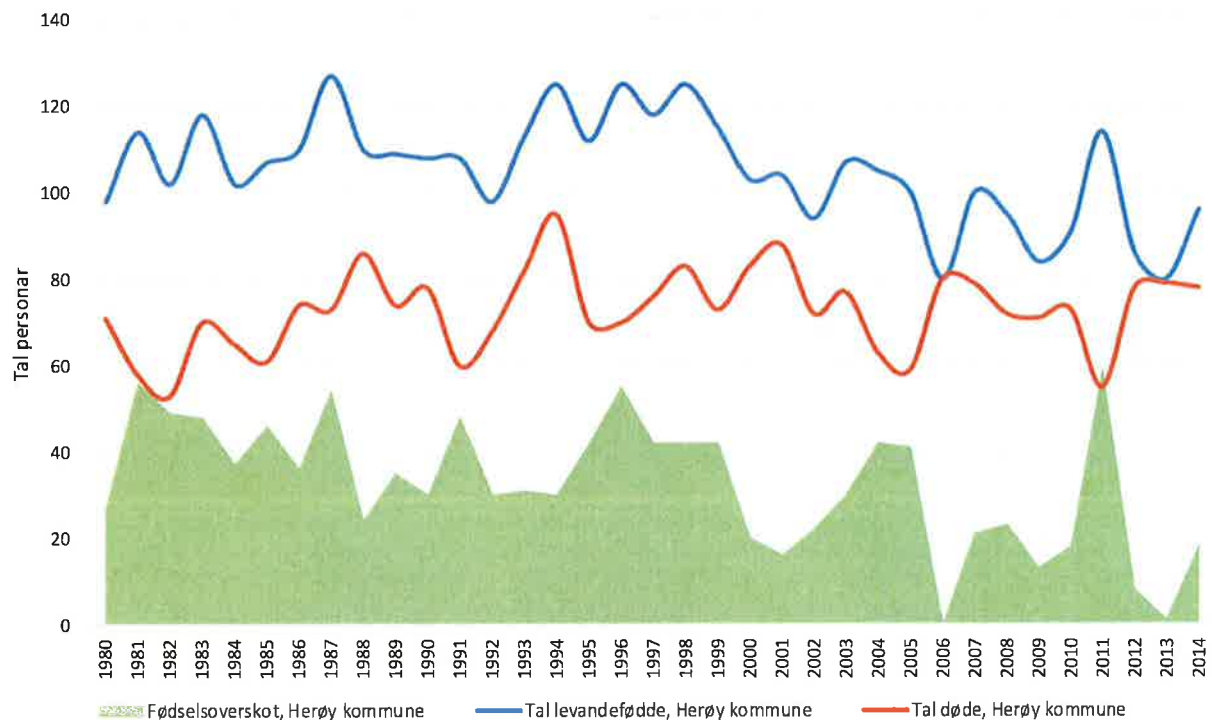
Dei siste åra frå 2005 – 2015 har veksten vore moderat frå +5% til +12,1 %.

Herøy har hatt varierende fødselsoverskot dei siste åra frå +53 i 2011 til 0 i 2013. Nettoflyttinga har også variert frå +ca 140 i 2012 til 0 i 2013.

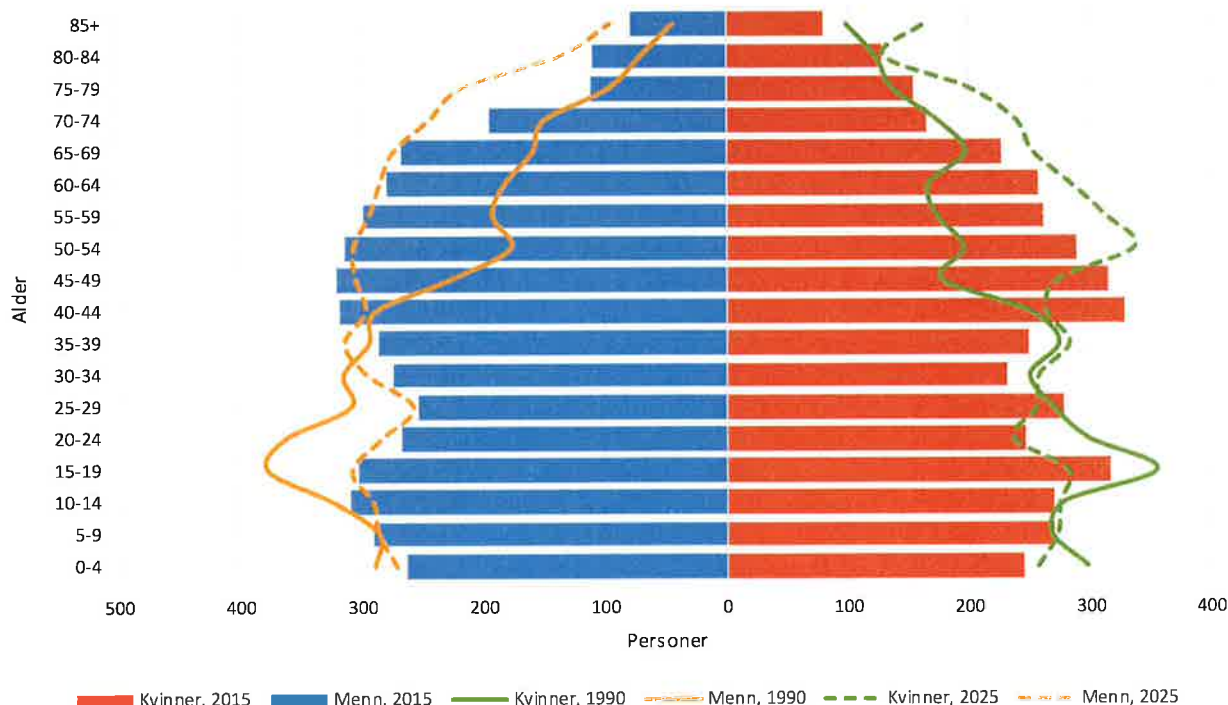
Det er to ting som merkar seg ut :

1. Færre born vert fødde og fødselsoverskotet minkar sjølv om folketallet aukar.
2. Innvandringa gir flytteoverskot, men den innanlandske flyttinga er negativ.

Fødselsoverskot, 1980-2014



Folketalspyramide, 1990, 2015 og 2025



Forklaring:

Dei oransje søylene viser talet på kvinner i kommunen i ulike aldersgrupper i 2015.

Dei blå søylene viser det same for talet på menn i 2015.

Den grøne heiltrukne lina viser talet på kvinner i 1990.

Den grøne stipla lina viser korleis talet på kvinner er forventa å utvikle seg til 2025.

Den gule heiltrukne lina viser talet på menn i 1990.

Den gule stipla lina viser korleis talet på menn er forventa å utvikle seg til 2025.

6.2 FOLKETALSUTVIKLING I HERØY KOMMUNE

Befolkningssamansetting: Status		Mogleg årsak	Mogleg konsekvens
Folketal 2015 8934 pr 01.01.2015	Folketalsvekst: 1% Folketalsvekst: 87 personar Fødselsoverskot: -3	Fylgjande område hadde nedgang i folketalet siste 10 åra: Kvalsvik, Sævik, Runde, Voldsund, Bø, Tjørnvåg, Jøsok og Nørvåg. Elles vekst.	Utfordring i forhold til å ha nok arbeidsplassar Utfordringar i forhold til integrering mellom innvandrarar og etnisk norske
		Auke av innvandrarar	
		Lavt fødselsoverskot, men auka nettoflytting	
Nettoinnflytting	Innanlands: 27 inkl. inn- og utvandring:	Nye vegsamband gjer kommunikasjonen lettare. Ein kan bu i Herøy og arbeide i nabokommunane, eller omvendt	Trykk på skulane i sentrum
		Folketalet går ned i utkantane	
Innvandrarbefolkning	2014: 5-9% med innvandrarbakgrunn	Flest innvandrarar frå Litauen og Polen	

Innbyggjarar – antal og prosent	0-19 år: 2268 / 25.5% 20-69 år: 5573 / 62,4% 70-100 år: 1090 / 12.1%	Forlite arbeidsplassar i Herøy som krev formell kompetanse / utdanning. Mange, særleg kvinner buset seg andre plassar.	
Innbyggjarar 67 år Innbyggjarar over 80 år	Ca 5% av innbyggjarane i Herøy er i 2015 over 80 år. Kommunestatistikken bereknar at i 2040 vil 9% av innbyggjarane vere over 80 år.	"Forsørgarbyrda" vert høgare jo fleire eldre det er, samanlikna med personar i yrkes aktiv alder.	Kan verte auka trykk på helse- og omsorgstenester Ei stadig veksande gruppe med friske eldre som ressurs
Personar som bur åleine		Herøy har færre som bur åleine enn i landet forøvrig	Sjukdomsbiletet meir prega av kronisk og samansette helseproblem og demens Fleire eldre utan pårørande i nærmiljø kan gje eit større press på innlegging i sjukeheim



Befolkningssamansetting: helsefremjande og førebyggjande tiltak i kommunen

- Bygging av konserthus og kino
- Bygging av hotell
- Bygging og bruk av turveg og turløyper
- Merking av turstiar på fjellet som vil gje auka bruk
- Grupperetta aktivitetar og informasjon for befolkninga som ikkje er organisert
- Frivilligsentral
- Møteplassar tilrettelagt i befolkninga, også for innvandrarakar, i regi av m.a. Frivilligsentralen
- Læringsordning
- Frivillige lag og organisasjonar = sterkt kulturliv
- Bygging av eigna bustadar tilpassa eldre
- Tilpassa transportordningar



Befolkningssamansetting: Innspel til moglege framtidige tiltak

- Utvikling av nye arbeidsplassar i kommunen.
- Prioritere gode bu- og oppvekstmiljø, bustadfelt der leikeplassar vert opparbeid frå start
- Meir tilrettelagt aktivitet i basseng for spesielle grupper
- Legge tilrette for byggefelt der folk ynskjer å busette seg.
- Fleire bustader / bukollektiv tilpassa eldre

6.3 OPPVEKST- OG LEVEKÅRSTILHØVE

Oppvekst- og levekårstilhøve omhandlar både bu- og arbeidstilhøve, utdanning og økonomiske vilkår. Inntekt og økonomi er grunnleggjande påverknadsfaktorar for helse, og forskning har synt at det er ein samanheng mellom inntektsnivå og helsetilstand. Låg utdanning og inntekt aukar sannsynet for dårleg sjølvopplevd helse, sjukdom og for tidleg død, dvs. sosial ulikskap i helse.



Arbeid omfattar m.a. tilknytning til arbeidslivet, sjukefråvær og uføretrygd. Utdanningsforhold omfattar t.d. del med høgare utdanning og fråfall i vidaregåande skule. Levekår vert definert i eit samspel mellom individuelle faktorar og ressursar, og dei mulegheiter ein har til å realisere desse frå arenaer som skule, arbeid, m.m.

Norske helseundersøkingar syner ei bekymringsfull utvikling i overvekt og fedme blant ungdom og vaksne, og med fleire overvektige barn på landsbygda. Det er mange med udiagnostisert diabetes, og alt tidleg i barneåra er det reduksjon i fysisk aktivitet. Vi har færre som røyker, men fleire som snusar, og vi har eit rekordhøgt og stigande alkoholforbruk (Folkehelse rapporten 2014)



I Herøy er det pr 1.01.2015 628 foretak. Deri 68 nyetableringar. Etableringsgrada i Herøy i 2014 var 11, mot snitt M&R som var 10. Etableringsgrada i Noreg var 14.

Bedriftene i Møre og Romsdal klarar seg betre enn i landet for øvrig. 33% av dei nyetablerte bedriftene i 2007 var fortsatt i drift etter 5 år.

Færre som har fullført grunnskule i 2014 enn i 1994. Sjå tabell under

Fleire som fullfører vidaregåande skule i 2014 enn i 1994.

Fleire kvinner (21%) enn menn (14%) tek universitets- og høgskuleutdanning 2014 i forhold til 1994. Lang utdanning ca 4% av begge kjønn

Tal kvinner pr 100 menn i Herøy i 2014 er 85 / 100

522 personar pendla ut av kommunen i 2014 til Ulstein. 251 pendla inn frå Ulstein
Ca 280 pendla ut til Sande, Hareid og Ålesund tilsaman, og ca same talet inn.
Ca 80 pendla ut til Ørsta og Volda tilsaman, og om lag det same inn

Ca 1000 personar pendla ut av kommunen i 2014 innan sekundær- og servicenæringar.
Ca 630 pendla inn til kommunen innan same næringane

I 2014 auka sysselsetninga (145 pers) meir enn folketalet auka (87 pers)

Herøy har eit nasjonalt tyngdepunkt innan maritime næringar, og eit fylkestyngdepunkt innan fiskeri og havbruk.

Ca 42% av dei sysselsette i Herøy er knytt til servicenæringar, deri 25% menn
Ca 22% i høve til sekundærnæringar, deri ca 16% menn
Ca 17% i høve til helse- og sosialtenester, deri ca 14% kvinner
Ca 8% i høve til jordbruk, skogbruk og fiske, deri ca 7% menn.

I Herøy er ca 1700 personar sysselsette innan servicenæringar i 2014
Ca 910 personar innan sekundærnæringar
Ca 680 innan helse- og sosialtenester

Ca 340 innan jordbruk, skogbruk og fiske

I Herøy er det litt fleire menn enn kvinner som er sysselsette innan servicenæringar. Innan sekundærnæringar er det dobbelt så mange menn som kvinner. Innan helse- og sosialtenester er det hovudsakleg kvinner som er sysselsette.

I Herøy er det ca 105 elevar som tek studie- og spesialiseringsfag, ca 55 elevar som tek teknikk- og industriproduksjon og ca 35 elevar som tek helse- og oppvekstfag. Resten av elevtalet på ca 300 totalt, fordelar seg over 10 andre fagkretsar.

Av vidaregåande skulelevar frå Herøy går ca 150 i Ulstein vgs, 135 i Herøy vgs og 18 elevar i Volda vgs. Resten av elevane frå Herøy går på 10 ulike andre vgsular.

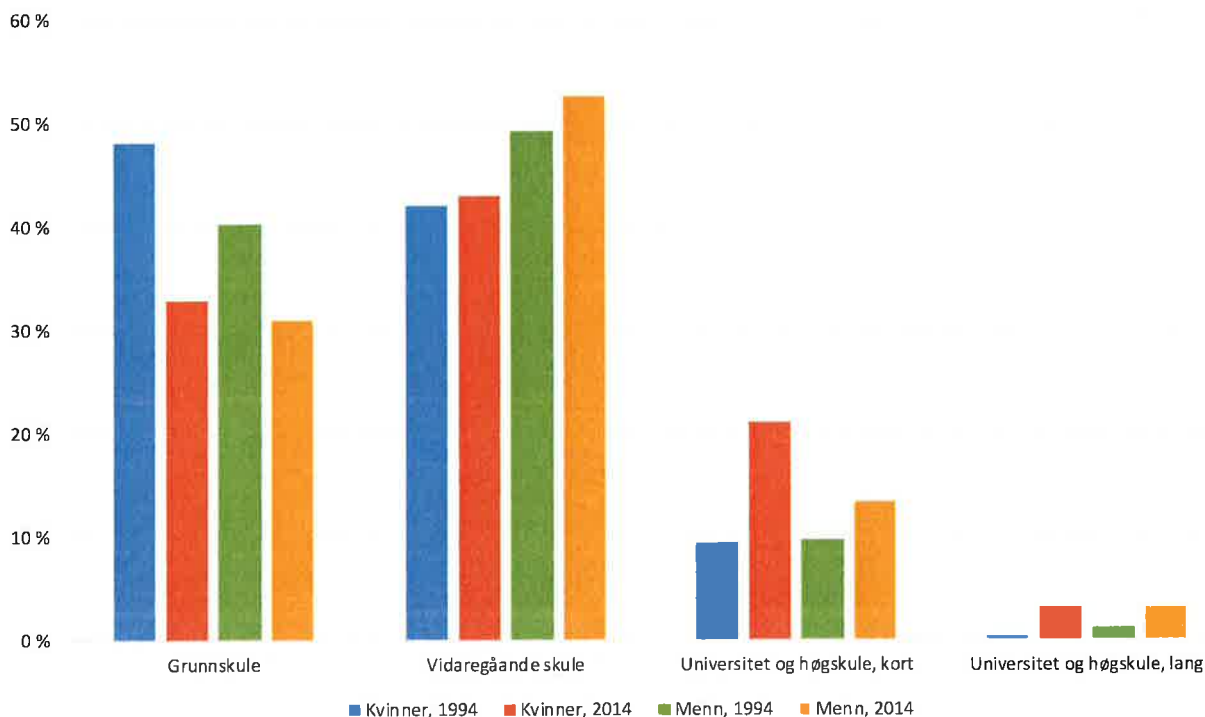
I Herøy er ca 6% av personane under 18 år knytt til låginntektsfamiliar

I Herøy er det i 2014 ca 1400 hushald med mor-far-barn, litt færre enn i 2006. Vi har ca 850 parhushald utan barn. Det er ca 80 fleire enn i 2006. Vi har ca 1150 åleinebuande hushald mot ca 900 i 2006.

Ca 83% av bustadane i Herøy i 2014 er einebustadar. Det er ein nedgang på ca 7% i forhold til 2006. Resten fordelar seg på tomannsbustadar, rekkehus, småhus og bustadblokk

I 2014 var det 62 bustadar under bygging / igangsette, og 35 ferdigstilte

Utdanningsnivå 16 år og eldre fordelt på kjønn, 1994 og 2014



Kommunestatistikk Herøy kommune 2015

Oppvekst- og leverkårstilhøve: Status		Mogleg årsak	Mogleg konsekvens
Låginntekts hushald	Frå 7,1% i 2008 til 6,5% i 2012 for 0-17 år Alle aldre frå 7,8% i 2008 til 7,6% i 2012	Låg arbeidsløyse før hausten 2014 Vanskar i offshore-næringane har gitt auka arbeidsledigheit	Låg inntekt fører til at barn ikkje får ta del i aktivitetar på lik line med vener - Arbeidsløyse kan ha negativ innverknad på helsetilstand. - Ved nedsett arbeidsevne, aukar risikoen for langvarig sjukefråvær og tidleg tilbaketrekking frå arbeidslivet.
Arbeidsløyse	01.01.2016: 4,3% og 199 personar. 01.01.2015: 91 personar	Problem startar ofte i overgangen frå ungdomsskule til vidaregåande skule.	- Sosial ulikskap i helse. - Kostnader for kommunen og samfunnet.
Nedsett arbeidsevne	01.01.2016: 401 personar med nedsett arbeidsevne (3%)	Grunnane er komplekse og samansette: fysisk og psykisk sjukdom, belastningar i livssituasjon, livsstilsfaktorar, usikker arbeidssituasjon, utdanningsnivå, haldningar til og praksis i samband med sjukmelding og uføretrygging, jobbtilbod i området og bortfall av arbeid for innbyggjarar utan høgare utdanning.	- Gode resultat gjer det lettare å kome inn på neste utdanningsnivå - Tilgang til utdanningsinstitusjonar aukar sannsynet for at ungdom vel utdanning.
Sjukefråvær, legemeldt	Overgang til A-ordning har hindra NAV å ta ut i 2015 (2. kvart.) 31.12.2014: 5,8%	Grunnar til fråfall: Psykiske eller psykososiale problem, manglande motivasjon, skuletrøytte, feil val, fysisk sjukdom, vanskelege heimetilhøve og rusproblem. Grunn til låg% høgare utdanning: Ein stor prosent av den mannlege befolkninga reiser på sjøen.	Mange kan kome i vanskar økonomisk. Einsemd, psykiske plager og redusert funksjon for barn og vaksne - Risikofaktorar: Foreldra sin psykiske sjukdom, misbruk av rusmiddel, vald i heimen, foreldrekonfliktar, foreldre som av andre årsaker ikkje klarer å ivareta borna på tilstrekkeleg vis.
Uføretrygda	01.01.2015 var det 529 personar. 23 pers. var under 30 år.	Ein del kvinner reiser til storbyen. Nærheit til yrkesretta vidaregåande kan gjere at ein vel yrkesretta utdanning med fagbrev og stopper der.	- Tidleg identifisering og iverksetting av hjelpetiltak aukar sannsynet for at borna klarer seg bra.
Mottakarar av sosialhjelp	I 2015 var det 142 personar som mottok sosialhjelp, ein nedgang på 42 pers.	Flytting, samværsbrot og familiestruktur i endring - Utviklinga kan forklarast med at det har blitt ein lågare terskel for å ta kontakt og/eller melde frå til barnevernet.	- Positive haldningar i lag og organiasjonar bidreg til at ungdomar som er einslege mindreårige flyktningar vert godt integrert, får seg utdanning og vert uavhengig av hjelp frå det offentlege på sikt.
Fråfall i vidaregåande skule	I 2015 var det 87% som fullførte VG1,84% VG2,68% VG3, 69% VG3/VG4 påbygg	Auka migrasjon over landegrensar, fleire flyktningar og asylsøkjjarar, men også arbeidsinnvandring.	
Grunnskule mv høgaste utdanningsnivå	Høgaste fullførte utdanningsnivå i 2013: Grunnskulenivå: 33,1% Vidaregåande eller høgare nivå: 48,1% Universitet og høgskule- kort: 16,3%. Universitet og høgskulenivå –lang: 2,4%	Barn som har vore på flukt i lag med ein eller to foreldre og eventuelt søsken, ofte over lang tid, dei er ofte traumatiserte og har omfattande behov for hjelp	
Separasjonar og skilsmisser	2011: 15 skilsmisser / 12 separasjonar 2012: 8 skilsmisser / 13 separasjonar 2013: 6 skilsmisser / 22 separasjonar 2014: 17 skilsmisser / 15 separasjonar		
Barnevern	Fleire familiar med behov for bistand		



Ein pang start og flott målgang for Verdensdagen 2014, aktivitetsdag for eldre.

Oppvekst- og levekårstilhøve: Helsefremjande og førebyggjande tiltak

- Herøy har oppfølgingsteneste (OT) for elevar i vidaregåande skule.
- Lærlingeordning
- Frivilligsentral med tilbod om ulike aktivitetar
- Barnas Turlag gruppe i regi av Turistforeininga
- Fritidsklubb, juniorklubb og tysdagsklubb (utviklingshemma)
- Folkebibliotek med bøker, media og datatenester gratis til disposisjon for brukarane
- Mange positive utbyggingar i kommunen siste åra: Sunnmørsbadet, fleire kunstgrasbaner, klubbhus, aktivitetspark i Tjørvåg og på Bergsøya, ballbingar i snart alle bygder, konserthus og kino, turveggar mm
- Herøy er IA bedrift
- Kvardagsrehabilitering
- Frivilligsentralen har tilbod om ulike lavterskel aktivitetar og møteplassar

Oppvekst- og levekårstilhøve: Innspel til moglege tiltak

- Styrke og vidareutvikle Fritidsklubben
- Styrke skule- og helsestasjonstenesta
- Styrke tilbodet med miljøarbeidar i skulane
- Utvikle det tverrfaglege samarbeidet
- Bygge fleire tilpassa boligar for ulike grupper.
- Etablere fleire tilbod til dei som fell utanfor idrett, musikk og frivillige.
- Bygging av fleirbrukshall ved Einedalen skule
- Bygge fleire turveggar
- Bygge helseløyper som eldre kan nytte
- Etablere fleire aktivitetar og opplevingar for eldre.

6.4 FYSISK, BIOLOGISK, KJEMISK OG SOSIALT MILJØ

Ei rekkje miljøtilhøve har innverknad på helsa vår, t.d. støy, drikkevannskvalitet og luftkvalitet. Men også tilgong på friområder, grøntområder, sykkelveggar og nærmiljøkvalitetar har innverknad.

Det Fysiske miljøet handlar m.a. om utemiljøet i form av trafikk, forureining, tilgong til leike- og aktivitetsområder. Det handlar også om det fysiske innemiljøet. Universell utforming er også en del av det fysiske miljøet.

I høve til Det kjemiske og biologisk miljøet er vern mot smittsame sjukdomar eit viktig folkehelsetiltak. Oversikt bør samordnast med smittevernlova

Det sosiale miljøet kan forståast som den sosiale aktiviteten som foregår m.a. i nærmiljøet og er tilgjengeleg for innbyggjarane. Men det sosiale miljøet handlar også om tilgjengelige arenaer for uformelle møteplassar eller universielt utforma uteområder.

Kvart år vert det registrert fleire tusen tilfelle av sjukdom som skuldast smitte frå mat eller drikkevatn. Situasjonen er generelt god i Noreg samanlikna med andre land i Europa. Dette skuldast eit godt utbygd mattilsyn, eit sterkt importvern, og at vi i 100 år har ført ein målretta nedkjemping av smittestoff blant dyr (Folkehelseinstituttet).



- 99% av innbyggjarane i 2013 var knytt til vassverk med tilfredsstillande analyseresultat med omsyn til E.coli / koliforme bakteriar.
- Når det gjeld radon, er det ikkje avdekka noko problem
- Butilhøve og tryggleik, som til dømes tiltak for å hentre trafikkulykker eller annan personskade, vert i stor grad styrt av reguleringsplanar og andre arealplanar.
- I kommunen er det i aukande grad akseptert fråvik frå gjeldande planar i enkeltsaker, noko som i ein større samanheng kan svekke planane sin intensjon om å sikre gode og trygge bumiljø
- Siste tilsyn i barnehagane frå fylkesmannen var i 2009. Herøy kommune har innført tilsyn med dei private og kommunale barnehagane anna kvart år, og rapporterar vidare til fylkesmannen.
- **Smittevernsituasjonen** i kommunen er stabil. Utfordringane er knytt til følgjande:
 - oppretthalde høg oppslutning om det offentlege vaksinasjonsprogrammet. Særskildt viktig er det å sikre at målet om 95% dekning av meslingsvaksineringsprogrammet vert nådd.
 - det er ei årleg utfordring å forebygge utbrot av meningitt (hjernehinnebetennelse) mellom ungdom, og då særskildt i russetida. Informasjon og vaksinasjon samt beredskap ved event utbrot er viktige tiltak som må oppretthaldast.
 - gjennomføring av årleg influensavaksining til personar med kronisk sjukdom og personar over 65 år.
 - kontinuerlig informasjon til ungdom om forebyggjande tiltak for å unngå seksuelt overførbare sjukdomar som td chlamydia.
- **Tuberkolosesituasjonen** i kommunen er stabil og oversiktleg.
 - Det vert årleg gjennomført eit fåtall behandlingstiltak i samsvar med sentrale retningslinjer. Dette gjeld personar som får oppblussing av tuberkulose som følgje av annan sjukdom.
 - Mottak av flyktningar eller oppretting av asylmottak krev at kommunen har eit systematisk kartleggingsarbeid i samsvar med sentralt fastsette retningslinjer og lovverk.
- Herøy har hatt utarbeida trafikktryggingplanar sidan 2002, der prioriteringar for opparbeiding av **gang- og sykkelveg**ar og andre tryggingstiltak er høgt prioritert, men manglande prioriteringar vedk. midlar har gjort at byggingar har gått seint.
- **Elevundersøkingar:** Elevane på 7. og 10. trinn blir kartlagde i læringskultur, elevdemokrati, faglege utfordringar, felles reglar, trivsel, meistring, støtte frå lærer, støtte frå heimen, motivasjon, vurdering for læring og mobbing.
 - * svak oppgang (i positiv lei) i alle kategoriar bortsett frå trivsel og mobbing på 7. trinn som går litt ned.
 - *høgare skor på 7. trinn enn i 10. trinn, bortsett frå trivsel, mobbing, faglege utfordringar og motivasjon, som er noko høgare på 10. trinn.
 - *det har vore jobba aktivt med **vurdering for læring og klasseleiing** i perioden 2013-14-15 i Herøyskulen.
 - *Det **psykososiale miljøet** har også hatt stort fokus, og kan kanskje sjåast i samanheng med at resultata synast stigande i kategoriar som elevdemokrati og felles reglar på begge trinn, samt betre resultat i trivsel og mobbing i 10. trinn.
 - Alt-i-alt er resultata for Herøyskulen i ei positiv utvikling.
- Tilbod om -) i regi av Bergsøy IL for 2.-7.klasse er eit verifullt supplement til den ordinære SFO-ordninga, særleg for dei eldre barneskuleelevane.
- **Det sosiale miljøet:** Tilbakemeldingane tyder på at Herøy har mange flotte møteplassar, spesielt knytt til lag og organisasjonar. Men vi registrerer likevel ein del unge som opplever einsemd og depresjon og som har vanskar for å finne seg til rette, eller finne sin plass.
- **Litt om ungdata:** Dei aller fleste elevane trivast godt på skulen, men ca 20% av elevane gruer seg for å gå på skulen. Ca 66% av ungdomane melder at dei har ein venn dei kan stole på. Ungdomane meiner her er tilfredsstillande i høve til idrettsanlegg (70%), og kulturtilbod (65%). Ca 47 – 60% melder at møteplassar opplevast passande. Dei eldste ynskjer meir "passande" lokalitetar.
 - Ca 65% av elevane i 8. kl driv fast aktivitet i eit idrettslag – minkande til 31% i vidaregåande skule.
- Det er oppretta **asylmottak for einslege mindreårige** flyktningar på Urheim i Fosnavåg frå februar 2016. Det er gjort avtalar om inntil 40 flyktningar i alderen 15 – 18 år.

Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø: Status	Mogleg årsak	Mogleg konsekvens
Drikkevatt: Herøy har i dag 6 vasslag: Herøy Vasslag, Moltustranda Vassverk, Stemmedalen Vasslag, Nerlandsøy Vasslag, Kvalsvik Vassverk, Runde Vassverk. Alle vassverka levere tilfredsstillande vasskvalitet etter forskrifta. Einskilde delar av kommunen har ikkje tilgang på vatn frå organisert vassverk	Sikre vasskjelder	Ei utfordring i beredskapssamanheng
	Stemmedal Vasslag har slite med høge fargetal	Risiko for smitte av t.d. e.coli kan vere eit problem for ei mindre sårbar gruppe personar dersom det ikkje er tilfredsstillande vasskvalitet.
	Manglande utbyggingar i Jøsok/Voldnes, Bø/Sande og delar av Runde	I høve til smittevern er det viktig å oppretthalde ei god og trygg vassforsyning i samsvar med sentralt fastsette retningslinjer og kvalitetskontroll.
Radon. Det er utført 125 målingar i skule / barnehage i 2014. Høgste verdi 390 bq/m ³ . Seinare kontrollmålt og godkjent. Strålevernforskrifta rår til at opphaldsrom ikkje bør overskride 100 – 200 bq.	Dårleg ventilasjon. Eldre bygg oppfyller ikkje nye radonkrav. Liten radonfare på våre kantar. Alle nye bygg vert bygt med radonsperre.	Liten risiko for helseskade. Radongass kan utvikle lungekreft. Dersom bygningar med høge radonverdiar er opphaldsrom, skal desse fylgjast opp med trinn-2-målingar
Trafikktryggingstiltak: Mange unge brukar sykkel. Herøy har hatt utarbeida trafikktryggingssplan sidan 2002. Gjeldande trafikktryggingssplan er 2015-2018. Det er gjort barnetrakkregistrering i 2012. Til tross for auka antal køyretøy, går ulukkestalet ned. Manglande trygge og sikre gang- og sykkelveggar, gjer at ein del elevar får tilbod om buss til og frå skulen. I trafikktryggingssplanen er eit stort antal trafikktryggingstiltak opplista og lagt inn i framtidige planar for prioritering og utføring. Trafikkopplæring i grunnskulen er eit viktig tiltak som vert gjort med jamne mellomrom	Mange utsatte vegstrekningar i Herøy manglar gang og sykkelveg	Ein får auka bilbruk. Større risiko for ulykker som fylgje av meir trafikk og deling av køyrebana med andre trafikkantar
	Tryggare køyretøy. Oftare kontroll.	Mange vert køyrde til skulen av foreldre etc, og gjer det utrygt for gåande / syklande.
	Manglande sikkerheit / trygghet	Tryggare ferdsel for alle trafikkantar
Skulemiljø / mobbing: Ungdataundersøkinga syner at 93-97% av elevane i ungdomstrinnet trivast på skulen, og dei aller fleste har gode relasjonar til sine venner. Ungdata undersøkinga syner at det skjer ei gradvis forverring av opplevd livskvalitet ut over i ungdomsåra med ei markert forverring ved overgang til vidaregåande. 4% i 8. kl til 11% i 1. vidaregåande	Årsakene kan vere samansette og komplekse, og kan vere skulemiljø, læringsmiljø, heimemiljø og individuelle faktorar.	

melder at dei vert mobba kvar veke. Jentene melder ein klart dårlegare livskvalitet enn gutane opp over i tenåra.	Reklame og påverknader via sosiale medier kan også vere med på å forsterke vanskane som dukkar opp.	
Utbygging av Gang- og sykkelvegar har ikkje hatt høg nok prioritet i Herøy til å henge med i samfunnsutviklinga. Lange strekningar rundt i kommunen manglar, spesielt i tilknytning til skule- og aktivitetsområder. Tilgang til nærturterreng: Herøy har lett tilgang på rekreasjons- og nærturterreng.	Ikkje høgt nok prioritert område. Det er stort behov for tryggare sykkelveg mellom bygdene og spesielt i tilknytning til skule og aktivitetsområder. LNF-områder og fjellområder er ikkje utbygt	Manglande gang- og sykkelveg ar aukar bilbruken, som igjen gjev større risiko for ulykker som følgje av meir trafikk og deling av køyrebanane med andre trafikkantar. Barn vert køyrt til aktivitet Meir forureining Færre høve til fysisk aktivitet. Tilgang til natur gjev høve til leik og fri utfolding, kreativitet og fysisk aktivitet
Det er oppretta asylmottak for einslege mindreårige mellom 15-18 år på Urheim i Fosnavåg	UDIs anslag er på 20.000-25.000 asylsøkere i 2015 og meir enn 30.000 i 2016. I tillegg kjem kvoteflyktningar	Integreringsmyndigheitene ber kommunane busette fleire flyktningar enn dei hittil har bede om. Passande husvære og arbeid skapar hindringar



Fysisk, biologisk, kjemisk og sosial miljø: Helsefremjande og førebyggjande tiltak i kommunen

- Barnerepresentant som tek vare på barn og unge sine interesser i plansaker
- Utgreiing av konsekvensar for folkehelsa i all sakshandsaming
- Klimaplan
- Innsamling av plast og papir i SSR
- Brukarmedverknad i kommunen: Eldreråd og ungdomsråd for alle aktuelle saker til uttale i forkant
- Herøy har mange frivillige organisasjonar som tek vare på det sosiale miljøet til born og unge
- Siste par åra har 5 frivillige organisasjonar merka turstiar i sine nærfjellområde
- God barnehagedekning
- Skulefritidsordning (SFO) i dei største skulane.
- Fotballfritidsordning i regi av Bergsøy IL.
- Det vil vere behov for Systematisk helsehjelp inkl. oppfylgjande smitteverntiltak til asylsøkjjarar
Dette må dekkjast opp av tilskot som kommunen får i samband med etablering av mottak for mindreårige.

Fysisk, kjemisk, biologisk og sosialt miljø: Innspel til moglege framtidige tiltak

- Utarbeiding av nærturkart for dei nære fjellområda våre.
- Prioritere utbygging av trygge gang- og sykkelveggar.
- Etablere sykkelparkeringsplassar med tak over i tilknytning til offentlege bygg.
- Opparbeide fleire turveggar / turløyper i kommunen.

6.5 SKADER OG ULYKKER

Ulykker som fører til personskade er ei stor utfordring for folkehelsa. Personskader som følgje av ulykker er nesten av same storleik som kreft, målt i tapte leveår. Ulykker med personskader tek relativt mange unge liv, og er den største dødsårsaka for personar under 45 år.

Folkehelseinstituttet si grunngjeving for val av indikator: Sjølv om dødelegheita av skader og ulykker har gått nedover sidan 1950-talet, er skader forårsaka av ulykker framleis eit helseproblem, spesielt blant barn, unge og eldre. Blant eldre er hoftebrot spesielt alvorleg fordi det kan føre til redusert funksjonsevne og trong om hjelp, og dermed redusert livskvalitet. Blant ungdom og unge menn er trafikkulykker årsak til både redusert helse og tapte liv. Det er eit stort potensiale for førebygging av ulykker. Personskader behandla i sjukehus syner berre omfanget av dei mest alvorlege skadane som følgje av ulykker.



- Registrerte døgnopphald i sjukehus for ferdigbehandla pasientar frå Herøy i 2015 er lik 0
- Antal liggedøgn for utskrivingsklare pasientar frå Volda sjukehus har gått kraftig ned frå ca 150 i snitt pr. mnd i 2011 til 4-5 i snitt i 2013 og ca 10-12 i 2015.
- Registrerte ulykker i Herøy i perioda 2010 – 2015: 57 ulykker, 69 skadde, 7 hardt skadde og 62 lettare skadde. Ulykkene fordeler seg over heile året.
Trafikkantgruppe: Bilfører 35, passasjer 14, stor motorsyssel 4, Lett motorsyssel 4, sykkel 4, fotgjenger 6.
Flest skadde i alder 15-17år:12personar, 18-20år:8, 21-24:9, 25-34:7, 35-44:8, og 45-54:8.
Dei aller fleste ulykken ligg langs FV654 og langs Hjelmsetvegen, Nærø-krysset, Frøystad-Røyra, Tjørnvåg og Myrvåg-Dragsund.
- Herøy kommune hadde null liggedøgn på utskrivningsklare pasientar frå Ålesund og Volda sjukehus i 2015. Dette tyder på at kommunen har lagt veldig godt til rette for å ta imot utskrivingsklare pasientar. Det er avsett 2 sengeplassar i Myrvåg Omsorgsenter til øyeblikkeleg hjelp – innlegging.
- Det er ikkje rutinar for utlevering av Sandstrøbøtter i Herøy kommune.
- Eigeomsavdelinga gjennomførte årskontroll av leikeplassar ved skular og barnehagar i 2015. Det vart nytta interne ressursar. I 2013 vart det nytta eksterne ressursar.
- Barnetrakkundersøkinga som vart gjort i 2012 avdekkar m.a. kvar borna føler seg utrygge i trafikken, og til og frå skulen. Det er svært viktig å legge til rette for trygg ferdsel til og frå skule og aktivitetar.

Innleggingar for Herøy (antal pr 1000 innbyggjarar) pr pasientgruppe pr år. Nokre utplukka grupper

	Innleg- g- ingar totalt	Kreft- sjuk- domar	Hjerte- innfar kt	Lunge- beten- nelser	Nyre, urin, prostata	Hjerte- sjuk- domar	Buk og bekken	Hjerne- slag mm	Fordøy- ings- systeme t
Herøy 2012	360	15	14	7	17	14	3,5	15	16
Herøy 2014	328	15	14	6	17	14	3,5	10	22
Ulstein 2012	295	12	12	5	11	13	3	12	16
Ulstein 2014	226	15	8	3	12	11	2	8	15

Ser ein tala etter 2. tertial 2015, har fleire av gruppene nærma seg for dei 2 kommunane

Skader og ulykker: Status	Mogleg årsak	Mogleg konsekvens
Sjukehusinnlegging etter ulykker mm Akuttskade hofte / lår pr. 1000 i 2012: 0,8 Akuttskade hofte / lår pr. 1000 i 2014: 1,1 Diabetes inkl. komplikasjonar i 2012: 1,6 Diabetes inkl. komplikasjonar i 2014: 1,0	Ulike årsaker og diagnoser	Trong om akuttmottak i Volda sjukehus Redusert funksjon og livskvalitet
Trafikkulykker: I 2010 vart det 15 trafikkulykker. I 2015 var det 3 trafikkulykker. Det har ikkje vorte drepte i trafikkulykker i Herøy i tidsromet 2010-2015	Betre bilar, betre vegar, betre trafikkopplæring, meir kontroll. Enkelte vegstrekningar og vegkryss er meir ulykkesbelasta enn andre.	Ulykker og langtidsopphald kan få konsekvensar for plassane for korttidsopphald / øyeblikkeleg hjelp i Myrvåg Omsorgsenter.

Skader og ulykker: Helsefremjande og førebyggjande tiltak i kommunen

- Myrvåg Omsorgsenter: 2 plassar for øyeblikkeleg hjelp, og utskrivingsklare pasientar frå sjukehus.
- Herøy har gjennomført fleire rosanalyser (ROS)
- Herøy har ein ROS-modul i kvalitetslosen. Nokre bruker den og andre gjer det på annan måte.
- Vi har ein kriseplan som ligg oppdatert i Kvalitetslosen
- Gode rutinar for kommunal brøyting og strøing.
- Årleg kontroll av leikeapparater i barnehage og skule
- Sandkasser vert utplasserte etter ynskje
- Brannførebyggjande dag / brannveke på hausten / kampanjar
- Brannøvingar i kommunale institusjonar kvart år, delvis 2 årleg
- Trygt heim for ein 50-lapp (drosjeordning for ungdom)
- Tryggleik i skulane, gjennomgang av branninstruks med elevar og tilsette
- Alle 1. klassingar får utdelt refleksvestar av politiet
- Aksjon skulestart om hausten der politiet er tilstades og fylgjer med. Bilbelte. Ikkje for mange i bilen. Fart i skuleområdet.

Skader og ulykker: Innspel til moglege framtidige tiltak

- Viktig å prioritere tilrettelegging av trygg ferdsel til skule og aktivitetar.
- Årlege haldningsskapane tiltak / kampanjar knytt til bruk av refleks, redningsvest og bilbelte.
- Sykkeltkontroll for 5. klassingar saman med politiet
- Trafikkalt grunnkurs opp mot sertifikat for alle 10. klassingar
- Brannførebyggjande brosjyre / kampanjer / eldre / sam.arb. heimetenesta. (Brannvesen)
- Fallførebyggjande brosjyre til utlevering
- Brosjyre til heimebuande eldre inkl. informasjon om m.a. kosthald, fysisk aktivitet
- Betre tilrettelegging i sentrum for å betre tilgjenge for rullestol og rullator, m.a. vedk. plassering av reklameskilt, fjerning av is på tak, strøing på gåveggar / fortau
- Utlevering av sandstrøbbøtter til eldre etter ynskje.

6.6 HELSERELATERT ÅTFERD

All åtferd som kan ha innverknad på helsa, kallar vi helserelatert åtferd. Det kan til dømes vere fysisk aktivitet, ernæring, bruk av tobakk og rusmiddel. Helserelatert åtferd kan også omfatte seksualåtferd og risikoåtferd som kan føre til skader og ulykker.



Førstegongsfødande i Herøy røyker mindre, men erstattar i ei viss grad røyken med snus. Det har vore ei sterk auke i snusbruk blant unge dei siste tiåra, også blant unge kvinner. Det er bekymringsfullt at så mange unge jenter snuser, fordi det kan føre til at fleire gravide vil bruke snus i åra som kjem. Snusing i svangerskapet gjev risiko for fosteret som på mange måtar er lik risikoen ved røyking i svangerskapet. Det er sterke haldepunkt for at snusing i svangerskapet gjev auka risiko for lav fødselsvekt, for tidleg fødsel og dødfødsel.

I ungdata-undersøkinga syner resultatet at ca 7% av elevane i 1. vidaregåande skule røyker dagleg (Herøy). 2% av 10.klassingane røyker.

Same undersøkinga syner at 18% av elevane i 1. vidaregåande snusar dagleg. 7% av 10. klassingane.

11% av elevane i 1. vidaregåande (Herøy) og 8% av 10. klassingane drikk alkohol 1-3 gongar i månaden.

47% - 37% av elevane i hendsvis 1.vidaregåande (Herøy) og 10. klassingane, melder at dei enkelt kan skaffe seg hasj / marihuana på 2-3 dagar.

Når det gjeld Fysisk aktivitet syner Ungdata-undersøkinga at deltaking i organisert trening i idrettslag går jamt attende frå 8. klasse til 1.vidaregåande skule. På tilsvarande måte skjer det eit fall i uorganisert trening / friluftsliv i same overgangen.

Eit apropos er det også at 18% av elevane i 1. vidaregåande (Herøy) og 14% av elevane i 8.kl. seier dei aldri eller sjeldan har gjort så mykje fysisk aktivitet at dei har vorte andpusten eller sveitt.

Helsesøstra i skulehelsetenesta har prosedyre på å vege og måle høgda på elevane i 3. og 8. klasse. Det er registrert overvekt på elevar i desse klassetrinna i fylgje folkehelsestatistikken.

Overvekt inkl. fedme for 17-åringar er høgare enn fylket og landet forøvrig (folkehelsebarometer)

I Herøy er det eit aktivt LAN-miljø. Ungdomar møtest i store arrangement i fleire av skuleferiane. Aktiviteten er eit positivt og rusfritt tilbod til ungdom, men er prega av mykje stillesiting. Våken heile natta gjennom og et i stor grad usunn mat og drikk brus, og spelar data, ofte fleire dagar i strekk.

Overvekt og fedme for menn i Herøy er generelt høgare enn i landet forøvrig. (35% mot 25%)

Fysisk inaktivitet er høgare i Herøy enn fylket og landet forøvrig. (Fylkesstatistikk)

Tannhelsa melder at 89,3% av 3-åringane i Herøy er utan tannrote mot 93% på Søre Sunnmøre totalt. Dei melder vidare at 8,8% av 18-åringane i Herøy er utan tannrote mot 15% på Søre Sunnmøre totalt. Tabellen samla for alle mellom 3 og 18 år viser at det er meir karies i Herøy enn gjennomsnittet for Søre Sunnmøre

Muskel- og skjelettplager er høgare i Herøy enn fylket forøvrig (fylkesstatistikk)

Alkoholkonsumet har auka for den vaksne befolkninga dei siste 10 åra

Ungdomen rusar seg stadig mindre, viser folkehelsebarometeret, snitt 3,6% mot 12% i fylket f.ø.

I arbeidet med fråfall i den Vidaregåande skulen, er det behov for å ha ei heilskapleg og langsiktig satsing med omfattande samarbeid mellom kommunar og fylkeskommunar.

Kosthald

Kommunen bør ha særleg fokus på tidleg innsats i høve kosthald og fysisk aktivitet. Det er grunn til uro når helsestasjonen registrerer ei auke i overvekt blant barn og unge. Oppgåva med å måle og vege elevane tek ikkje så lang tid, men dei elevane som vert fanga opp ved ei slik screening må følgjast opp. Denne oppfølginga må skje over tid, då det tek tid å endre levevanar. Eit samarbeid med foreldra er avgjerande. Helsestasjonen har prosedyrar for oppfølging, men helsesøstrene treng samarbeidande partar og ressursar i eit slikt arbeid slik at eleven får best mogleg oppfølging og resultat.

Helsesøstrene opplever at det å motivere foreldre til endring av levevanar som gjeld heile familien, er det det tyngste, og mest tidkrevjande arbeidet, og dessverre noko ein ofte ikkje lukkast med. Ein ser at ei endring i heile familien sine levevanar er det som skal til, for å oppnå endring i uheldig vekt hos barn og unge.

Når det gjeld overvekt og fedme, er det eit paradoks i kombinasjonen av gode/sunne aktivitetstilbod i kommunen og kantine/kiosk som freistar med mykje usunn / helseskadeleg kvardagsmat for ein kropp i vekst. For barn og unge med langt mellom måltida og pengar i lomma er dette ei felle. Det er ofte både enklare og billigare å velje det usunne framfor det sunne alternativet.

Helsestasjonen har materiell med informasjon om kosthald og har materiell som kan nyttast i samtalar med borna og foreldra. Kreftforeininga har også utarbeidd plansjar om kosthald og fysisk aktivitet til bruk i helsestasjonen. Desse kan nyttast i samtalar med elev og foreldre.



Røyking.

"Fritala" går ned – tobakksbruken går ned blant dei unge. "Fritala" går ned frå 48% til 43% i 2015. Hovudårsaka kan vere at røyking har vorte eit mindre problem då færre røyker.

"Fri" handlar også om snus som har vorte styrka spesielt på dette området, og no går også snustala ned blant dei unge.

I 2015 var det registrert 2 gravide som røykte i starten av svangerskapet. Det vert i svangerskapsomsorga gitt informasjon om skadeverknader ved røyking i svangerskapet.

Rus og psykisk helse

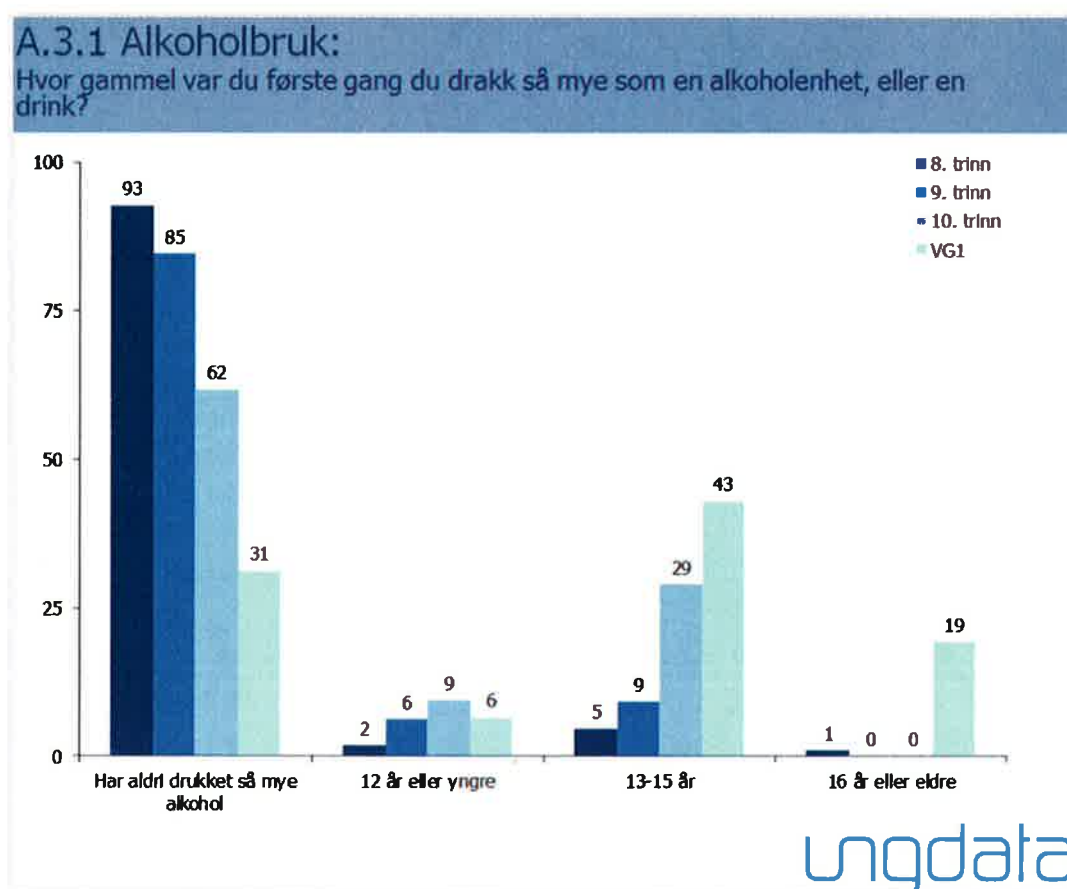
Folkehelse rapporten 2014 syner at alkoholkonsumet i Noreg har auka med ca. 40% siste 20 åra (frå 15 år og oppover). Det er framleis fleire menn enn kvinner som brukar alkohol, med unntak av vin. Det er elles ei auke i forbruk av alkohol blant kvinner dei siste åra. Del eldre over 70 år med problematisk alkoholkonsum har auka frå under 0,5 prosent til 4,5 prosent.

Resultat frå Ungdataundersøkinga syner at ungdomen rusar seg stadig mindre, medan vaksenbefolkninga rusar seg stadig meir, jf. Folkehelse rapporten 2014.

Kommunepsykologen.

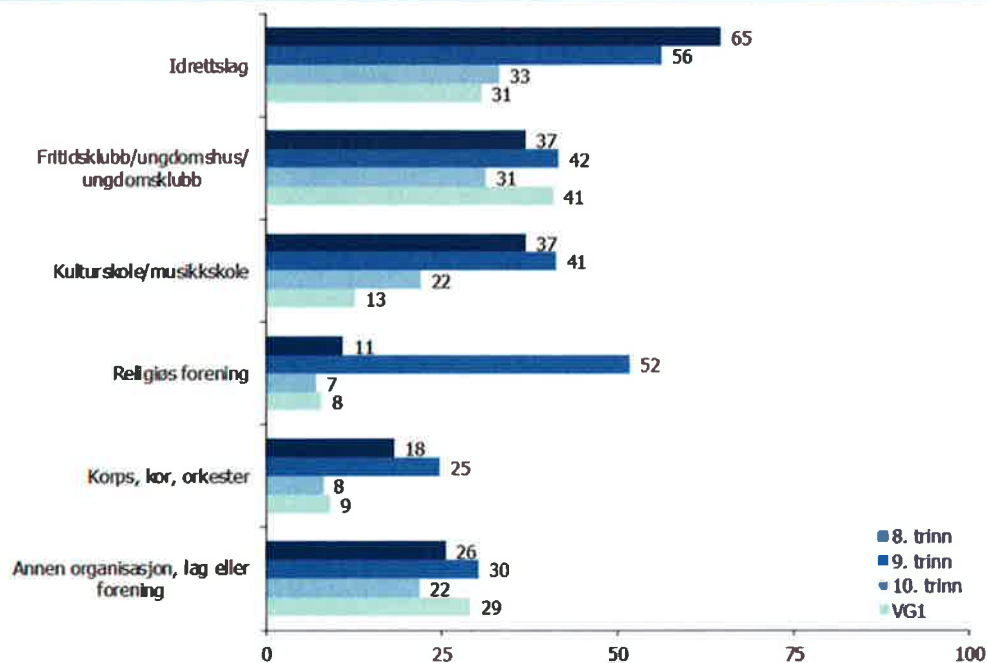
Kommunepsykologen vegleiar kvar veke i seksjon for psykisk helse, er vegleiar i individuelle saker for psykomotorisk fysioterapeut, vegleiar for PPT og barnevern, samarbeidar med ergoterapeut, flyktingtenesta, kommunelegane, smertegruppe, kriseteam, og direkte klientarbeid mot enkeltpersonar, klinisk arbeid, og støtte og rådgiving mot ulike seksjonar.

Nokre grafar frå Ung-Data-undersøkinga i 2014



Fritid – organisert:

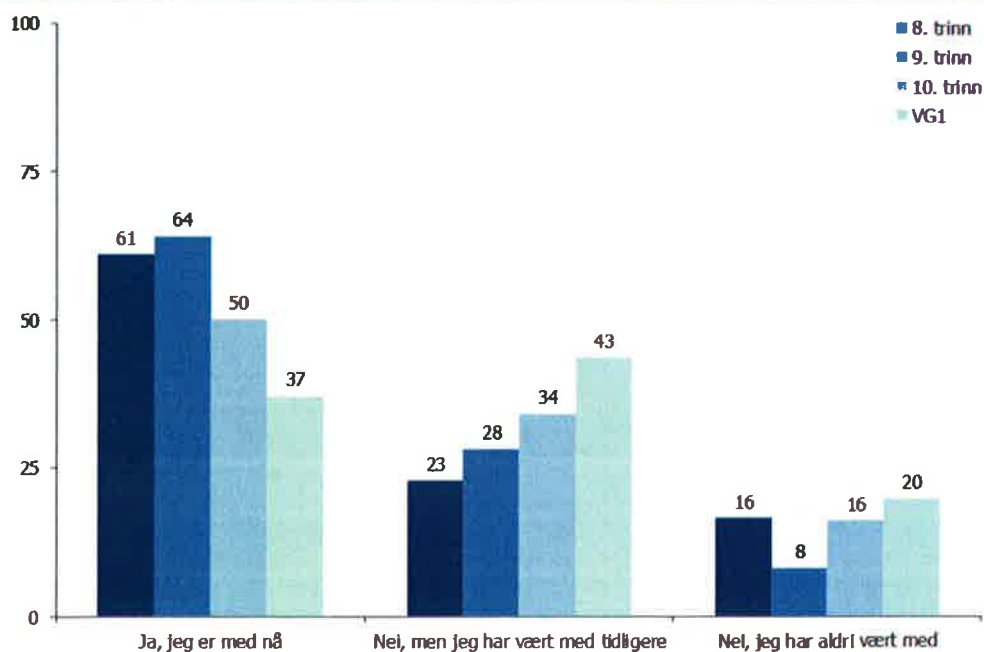
Hvor mange ganger den siste måneden har du vært med på aktiviteter, møter eller øvelser i følgende organisasjoner, klubber eller lag? (Andel «Minst én gang»)



ungdata

Fritid – organisert:

Er du, eller har du tidligere vært, med i noen organisasjoner, klubber, lag eller foreninger etter at du fylte 10 år?



ungdata

Helserelatert åtfærd: Status		Mogleg årsak	Mogleg konsekvens
Fysisk aktivitet	Ungdata-undersøkinga syner at 56% i 8.kl minkande til 18% i 1.VGS trener eller konkurrerer i eit idrettslag. 81% av elevane i 8.kl trener / trimmer på eiga hand minkande til 60% i 1.VGS	Idretten toppar laga så ikkje alle får vere med. Tid framfor dataskjermen. Vert køyrd til og frå aktivitet. Mykje organisert aktivitet – mindre fri aktivitet	Dårleg motorikk Utvikling av livsstilssjukdomar på sikt
Kosthald	I fylgje barnevekststudien dei seinare åra, har 16% av 3. klassingane utvikla overvekt / fedme Dei unge tyr ofte lett til usunnmat – ynskjeleg med sunne alternativ, m.a. i Sunnmørsbadet og i kinoen	Auka tilgang til usunne produkt og betre økonomi. Det er i dag stort fokus på kosthald i media Kursa er eit ledd i å få dei unge til å ete meir fisk i kvardagen.	Dårlegare tannhelse. Utvikling av livsstilssjukdomar på sikt. Det kan resultere i betre tilgang på sunne matvarer etter kvart
	I 2014 og 2015 vart det avholdt fiskesprellkurs i Herøy for barnehagetilsette	Knapp tid om morgonen, betre økonomi, tilgjenge til butikk nær skulen med bollar, brus og energidrikk.	Helsemyndigheitene meiner at fisk er noko av dei sunnaste vi kan ete.
	Mange elevar i ungdomsundersøkinga et sjeldan eller aldri frukost (78% i 8.kl og 52% i 1. vidaregåande et frukost kvar dag)	Lite samling rundt frokostbordet og måltid for øvrig Kanskje vert barn av fedre som er sjømenn og heime store delar av året, oftare køyrde til og frå aktivitetar, i motsetning til dei som har foreldre med mindre tid	Auka inntak av energidrikk. Svingingar i blodsukkernivået høgt / lavt. Utan frukost dårlegare konsentrasjon, humør og arbeidslyst.
Overvekt og fedme	Overvekt og fedme i Herøy ved sesjon 1, kjønn samla, viser i snitt 2011-2014: 28,7%. Landsgjennomsnittet: 21%		
Fysisk inaktive	Statistikkbanken viser at 17,6% av herøyværingane er fysisk inaktive	Ein stor del av ungdomen sit mykje på data, et og drikk usunt og mange nyttar delar av natta	Utviklar overvekt og fedme i tidleg alder som er vanskeleg å hanskast med seinare i livet.
Røyking	17% av kvinnene i Herøy røykte i 2005. 13% røyker i 2014	Innføring av røykelova i 2004. Ikkje inn å røyke lenger	
	Ungdata-undersøkinga syner at dei unge røyker mindre enn tidlegare.	Mellom dei unge har mykje av røyken blitt erstatta med snus.	Nedgong gjev mindre risiko for luftvegssjukdomar (asma, emfysem, bronkitt,

	Ungdata-undersøkinga syner at ca 7% av elevane i 10.kl røyker sjeldnare enn ein gong i veka		kronisk obstruktiv lungesjukdom), kreft og hjarte- karsjukdom og redusert dødlegheit
Rus	Ungdata-undersøkinga syner at 7% av 10.klassingane og 18% av vg1-elevar har drukke seg synleg berusa 2-4 gongar siste halvår	Auka tilgang til drikkevarer, betre økonomi, meir reising og billegare alkohol.	Vaksne kan vere dårlege rollemodellar med negative påverknader overfor barn og unge. Vald i nære relasjonar. Helseskader og livsstilsjukdomar.

Helserelatert åtfærd: Helsefremjande og førebyggjande tiltak i kommunen.

- Herøy 10 på topp
- Kulturskule
- Fødselsførebudande samtalar og heimebesøk til familiar med nyfødde barn, helsestasjon / jordmor
- Helsestasjon for ungdom
- Helsesøster knytt til skulane
- Helsesøsterteneste på vidaregåande skule
- Fiskesprellkurs for barnehagane
- Bra mat-kurs og praktisk matlagingskurs implementert i introduksjonsprogrammet for flyktningar
- Matombringning
- Natteramnordning

Helserelatert åtfærd: Innspel til moglege framtidige tiltak

- Bygging av turveg rundt Myklebustvatnet - helseløypestandard
- Etablering av turveg rundt Djupvikvatnet i Myrvåg
- Bygging av gapahukar i fjellet som viktige møteplassar for auke av aktivitet og turglede
- Styrke skulehelse- og helsestasjonstenesta og tenesta for rus og psykisk helse
- Kompetanseheving kosthald og fysisk aktivitet for tilsette i helsestasjon, barnehage og skule
- Aktivitetsplan for barn og unge og aktivitetsplan for vaksne i regi av lag og organisasjonar
- Aktivitetstilbud til barn og unge som er lite fysisk aktive / uorganisert ungdom
- Etablering av "Retningsliner for mat og måltid i barnehage og skule" i alle barnehagar og skular, for foreldre til 3. klassingar i risikograppa, og for ungdom (8. klasse) i samarbeid med skulane.
- Vasskjølarar i alle skulane
- Auke tannhelsa for barn, unge og eldre.
- Førebyggjande tiltak for born og unge med utgangspunkt i funn i Ungdataundersøkinga

6.7 HELSETILSTAND

Helsetilstand er befolkninga si helse målt ved ulike mål, til dømes risikofaktorar, førebyggbar sjukdom, trivsel og meistringsressursar eller meir indirekte mål som sjukefråvær o.l.

Helsetilstande i Noreg har vorte mykje betre gjennom det siste århundret. Levealderen har auka dramatisk. For kvart tiår har gjennomsnittleg levealder auka med 2-3 år. Auken er størst i gruppene med høg inntekt og høg utdanning. Vi kan lese meir om helsetilstanden i Noreg i rapporten "Helsetilstanden i Norge".



Årsaker til sjukdom og plager er samansatt. Levekår, levevanar, oppvekstmiljø og arv spelar ei stor rolle.

Trivsel og meistring er avgjerande for å kunne oppleve god helse. – Trivsel i notida gjev god helse for framtida. Ungdata og tilstandsrapporten for Herøyskulen syner stort sett at ungdomen trivst og har det bra, både i heimen, skulen og på fritida. Det er likevel grunn til å vere merksam på erfaringane som kjem fram gjennom Ungdata-undersøkinga og erfaringar frå dei ulike sektorane og kommunespsykologen.

Oppsummering frå Ungdata-undersøkinga syner at:

- Ca 95% av elevane på ungdomstrinnet trivast på skulen.
- Dei fleste elevane oppgjev at dei har gode relasjonar til sine vener.
- Ca 90% oppgjev at dei har gode relasjonar til sine foreldre.
- Ca 6% oppgjev at dei vert mobba veke.
- Berre ca 14% av elevenane i vg1 oppgjev at dei trenar aktivt.
- 2% i 8. og 14% i vg1 oppgjev at dei har blitt tilbode Marihuana.
- 7% av elevane i Vg1 oppgjev at dei røyker dagleg

Det knytter seg bekymring til den psykiske helsetilstanden i ungdata mellom dei unge, og då særleg for jentene. Desse utviklingstrekk er i samsvar med det ein ser elles i landet. Når det gjeld plaging, mobbing, trugslar eller utfrysing, er det ikkje stor prosent som seier at dei har vorte utsatt for dette. Men for dei det gjeld, er det veldig vanskeleg og kan få alvorlege konsekvensar for framtida. Derfor er det avgjerande at kommunen har gode strategiar for korleis ein kan førebygge, og korleis ein skal gripe det an når det skjer. Ungadatarapporten viser:

- Betydeleg fleire jenter enn gutar oppgjev at dei opplever psykiske plager.
- Ca 13% av jentene i ungdomstrinnet og 26% av jentene i vg1 opplever høg grad av depressivt stemningsleie.
- Viktig å vere Obs på den unge befolkninga med dårlege leseferdigheiter, fysisk inaktive og fedme.

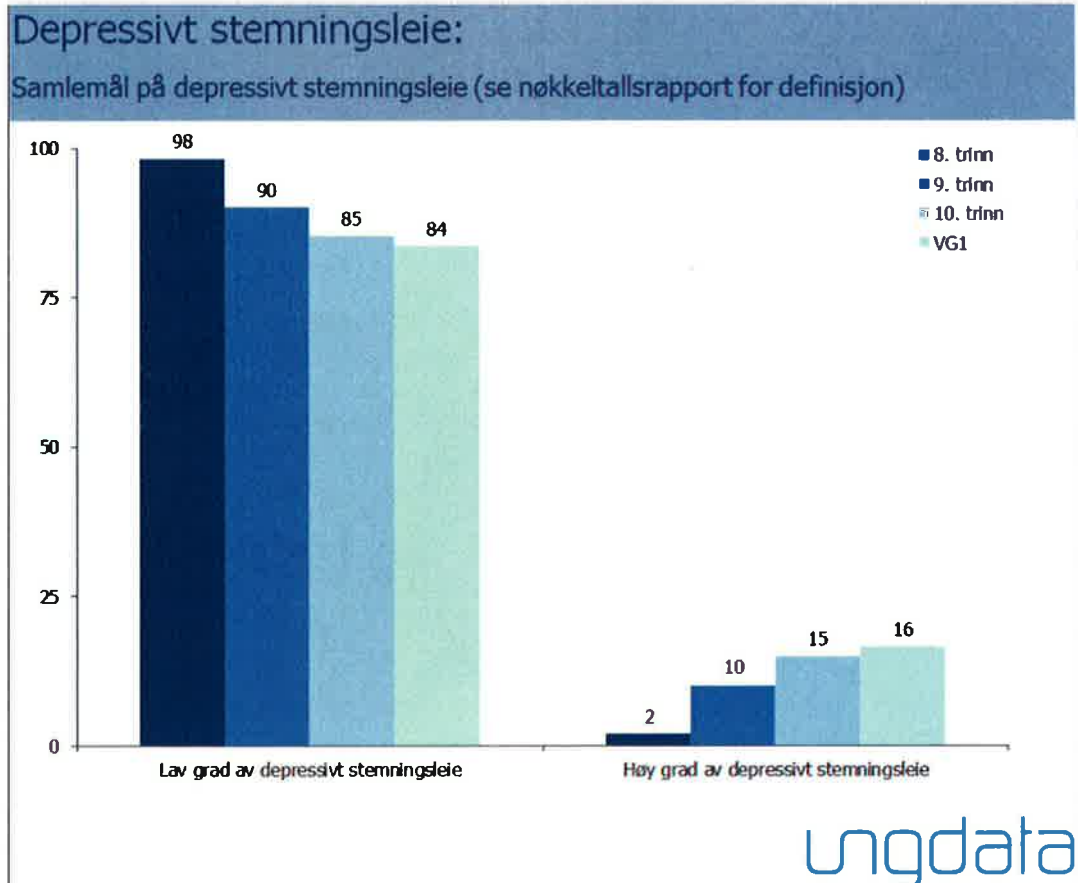
Herøy kommune har tilsett kommunepsykolog i 100% stilling. Tenesta har i tillegg psykiatrisk sjukepleiar, dagsenter for psykisk sjuke, og bustadar for denne gruppa. Kommunepsykologtenesta har gjennomført KID-kurs våren 2015. Tenesta kan gje tilbod om Kurs i Depresjonsmeistring (KID-kurs) til ungdom og vaksne

I høve til psykiske lidningar og legemiddelbrukarar viser folkehelsestatistikken at Herøy har ca 120 personar pr 1000. Litt lågare enn landet for øvrig som i snitt har 130 pr 1000.

Sjukefråvær er det sagt litt om under pkt. 6.2

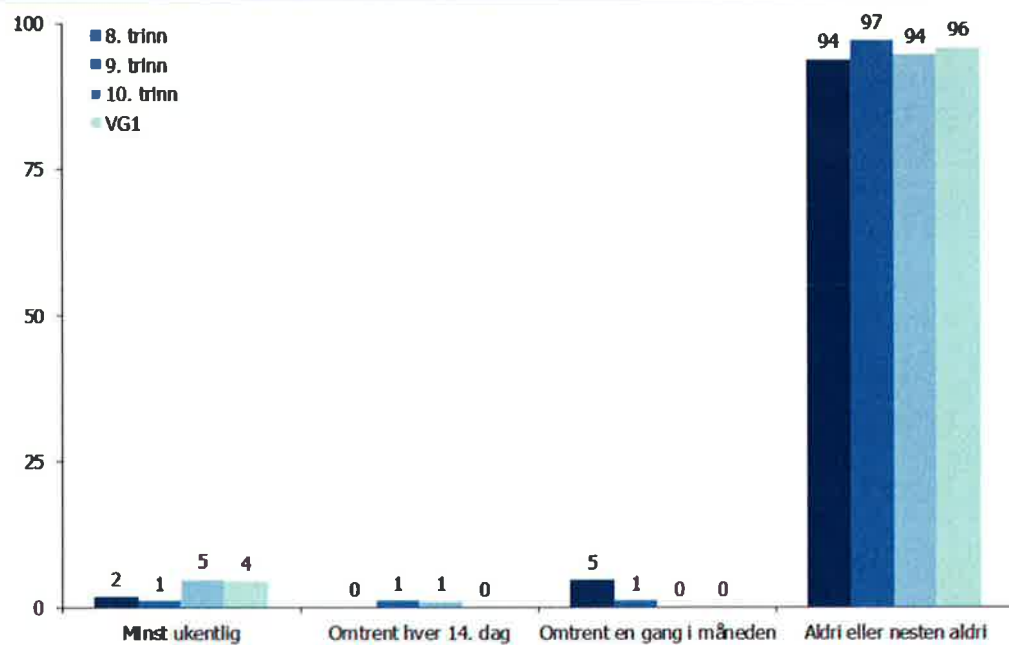
Rusrelaterte vanskar er det sagt litt om under pkt. 6.5.

Det er registrert ei **auke i bruk av legemiddel** til behandling av diabetes (30-74 år) frå 25% i 2007 til 30% i 2014. Det er registret ein liten nedgang i bruk av legemiddel i høve hjarte-karsjukdom og kolesterolsenkande legemiddel. Dette er tal som gir signal om at vi bør sette inn førebyggjande tiltak tidleg i barneåra, jf. dokumentasjonen frå helsestatistikken som syner overvekt og fedme mellom 3. klassingane.



Mobbing, plaging og utfrysing – utøver:

Hender det at du er med på plaging, trusler eller utfrysing av andre unge på skolen eller i fritida?



Minst ukentlig: Flere ganger i uka+omtrent en gang i uka.

ungdata



Helsetilstand: Status		Mogleg årsak	Mogleg konsekvens
Trivsel og meistring	Ungdata syner 95% av elevane i ungdomstrinnet trivast på skulen. Ca 70% av elevane synast det er svært bra i høve til idrettsanlegg i kommunen. I høve til kulturtilbodet ca 66%..	Det har vore satsa mykje på ungdomen og tilrettelegging dei siste 10 åra. Ungdomsrådet har gjort ein flott jobb.	Fleire ungdomar vil kome attende til kommunen og busette seg etter endt utdanning ute.
Kronisk sjukdom generelt	Sjå dei ulike lidingar for Herøy under	Auke i bruk av medikament kan bety auka del eldre, større alderssamansetting, fleire med lidingar, fleire som vert fanga opp enn tidlegare eller endra retningslinjer for behandling – eller ein kombinasjon.	Alle kroniske sjukdomar kan føre til redusert livskvalitet, auka kostnader for den einskilde og samfunnsøkonomiske konsekvensar.
Diabetes (sukkersjuka)	Auke i bruk av legemiddel til behandling type 2 – diabetes (30 – 74år) 25,7% pr 1000 i 2007 til 30,6% i 2014	Arv, overvekt, for lite fysisk aktivitet	Skade av blodårer og indre organ, auka risiko for hjartefarkt, hjerneslag og amputasjon, nyresvikt, nedsett syn, nedsett kjensle i beina og impotens hjå menn.
Hjarte- og karsjukdomar	Brukere av primærhelsetenesten (0-74år) i 2010: 122 pr 1000, og 118 pr 1000 i 2014.	Ein liten nedgang. Arvelege faktorar i samspel med miljøfaktorar som røyking, høgt blodtrykk, høgt kolesterolnivå og diabetes	
	Midlar mot hjarte- og karsjukdomar (0-74år) 144 pr 1000 i 2008, 148 pr 1000 i 2014	Ein liten auke	
	Spesialisthelsetenesten 20 pr 1000 i 2008 mot 18 pr 1000 i 2014.	Ein liten nedgang	
Lungesjukdomar	Kols, (+45år) spesialisthelsetenesten: 2 pr 1000 i 2008, 3 pr 1000 i 2014	Røyking, luftforureining i arbeidsmiljøet eller utandørs, arvelege faktorar, allergi og overkjensle.	Pustevanskar, hoste, trøttheit, psykiske og sosiale konsekvensar.
	Kols og asma, Legemiddelbrukarar (45-74år) 74 pr 1000 i 2008, 84 pr 1000 i 2014		
Muskel- og skjelettlidingar	Muskel og skjelettplager (0-74 år: 191 pr 1000 i 2008, 191 pr 1000 i 2014 Bruddskader: 149 pr 1000 i 2008, 130 pr 1000 i 2014 Muskel og skjelettplager (15-29år): 171 pr 1000 i 2008, 170 pr 1000 i 2014. Bruddskader: 82 pr 1000 i 2008, 68 pr 1000 i 2014	Arv, over-, under- og feilbelastning, skader.	Redusert livskvalitet, sjukefråvær, uføretrygd.

Psykiske vanskar	Samla legemiddelbrukarar mot psykiske lidingar (0-74år) (NO5a, NO6a, NO5b) 125 pr 1000 i 2008 , 119 pr 1000 i 2014 Antidepressiva : 51 pr 1000 i 2008, 54 i 2014 Sovemidler og angstdempande. 97 pr 1000 i 2008, 85 i 2014 ADHD-midler : 4 pr 1000 i 2008, 3,6 pr 1000 i 2014	Ein liten nedgang Tap av nære relasjonar, samlivsbrot, konflikhtar, psykiske plagar, rusmisbruk eller vald i familien, mobbing på skulen, digital mobbing, einsemd, traumatiske opplevingar, arvelege faktorar. Høgare krav til teoretisk kunnskap i skulen og mindre praksisfag kan også vere belastande. Konkurranse i kvardagen (t.d. i forhold til kor mange som likar deg og innlegga dine på nett)	Lidingar og kostnader
Kreft	Dødelegheit for kreft i aldersgruppa 0-74år er for menn 126 pr 1000 i 2008 og 120 pr 1000 i 2014. For kvinner i same aldersgruppe viser tala 110 pr 1000 i 2008 og 106 pr 1000 i 2014.	Utvikling av kreft: Livsstilssjukdomar som kosthald, røyking, stoff i miljøet, fedme, alkohol, infeksjonar og fysisk aktivitet påverkar kreftisiko.	Lidingar og kostnader



Helsetilstand: Helsefremjande og førebyggjande tiltak i kommunen

- Helsestasjon for ungdom
- Skulehelseteneste
- Kommunepsykolog
- Førebyggjande tiltak og OppfølgingsTeneste (OT) i vidaregåande for elevar som av ulike grunnar fell ut av skulen
- Miljøarbeidar i skulen
- Aktivitetstilbod for heimebuande eldre på omsorgsentra, Nasjonalt barnevaksinasjonsprogram, helsestasjon
- Nasjonalt vaksinasjonsprogram. 95%-100% dekning.
- Vaksinasjonspoliklinikk for utsette grupper, reisevaksinering, yrkesvaksinering 1 dg. Veka

- Meningokokk-vaksinering av elevar i vidaregåande skule
- 2 helsesøstre har ICDP-kurs (kurs i samspel mellom foreldre og barn)
- Kvardagsrehabilitering
- Sjå andre helsefremjande og førebyggjande tiltak under dei andre kapitela.
- Stor spennvidde i tilbod i regi av lag og organisasjonar.

Helsetilstand: Innspel til moglege framtidige tiltak

- Styrke skulehelse- og helsestasjonstenesta
- Framhald av kommunepsykolog i 100% stilling.
- Styrke tenesta for psykisk helse



Olaus-Jon Kopperstad
Olaus-Jon Kopperstad
Rådmann

Andreas Kvalsund
Andreas Kvalsund
Folkehelsekoordinator

Arbeidsgruppa for folkehelse:

Elisabeth Strand Slettestøl
Randi Kvalsund Taklo
Hilde Hestås
Ole Magne Rotevatn
Eileen Gjerde
Andreas Kvalsund

Torill Myklebust / Trond Vegard Vatne

7. VEDLEGG

7.1 EIT UTDRAG FRÅ KARTLEGGINGSSKJEMA FOLKEHELSE FOR HERØY

Det vart m.a. stilt liknande spørsmål til alle sektorar / organisasjonar som nemnt under:

- 1) Kva er dei største utfordringane i kvardagen for (sektorar / organisasjon)?
- 2) Kva er dei positive og negative påverknadsfaktorane til desse utfordringane?
- 3) Aktuelle tiltak i høve til påverknadsfaktorane

Sektor / gruppa det gjeld	Status / Definer særlege utfordringar eller påverknadsfaktorar	Forslag til tiltak
Avdeling, barn, familie og helse Førebyggjande helse barn og unge	<u>Psykisk helse er truga av :</u> -lite vaksenkontakt -mobbing -dårleg sjølvbilde -forhold før og etter eit samlivsbrot <u>Fysisk helse:</u> -overvekt og fedme -feilernæring -lite fysisk aktivitet -mykje stillesitting <u>Integrering, språk og forståelse ifht familiar med ulik kulturell bakgrunn.</u>	Auka skulehelseteneste Meir tverrfagleg samarbeid ifht heim g skule. Kommunalt tverrfagleg livstilsteam bestående av lege, fysioterapeut, helsesøster, ernæringsfysiolo og event. psykolog. Samarbeide meir med t.d. Saniteten om event. "sunne kantiner" i skular og fritidsarena for barn og unge.
Legetenester	- Overvekt - Muskel og skjelettplager - Psykiske utfordringar	- Måtehald kosthald - Tilrettelegging for fysisk aktivitet - Grupperetta aktivitetar - Informasjon/ helseopplysning
Alle helsetenester	Psykisk helse påverkar: -- dårleg sjølvbilde - redsel for å delta i organiserte aktivitetar - stress og angst for å ferdest åleine i skog og mark - einsemnd/isolasjon	- Auke i bruk av fritidskontakter - Auke i tilrettelegging av grupper for trening og aktivitet

Vaksne mellom 18 og 75 år 	Vidare påverknig: - røykevaner - lite friskluft - lite sosialt nettverk - liten fysisk aktivitet - kan nytte seg lite av kulturtilbod - bruk av medikamenter - utfordringar med å bruke offentlig transport - låg inntekt - vanskar med å skaffe seg eigna bustad sentralt Fysisk helse: - mykje stillesitting - muskel og skjelettplager - overvekt og fedme - diverse biverknadar av medikament - hjerte- kar og luftvegsplager	- Auke bruk av miljøterapi – i staden for medikamentbruk - Bygge eigna gode bustadar sentralt - legge til rette for gode transportordningar - legge til rette for bruk av aktivitet i basseng og bruk av turstiar, fjell og fjøre - oppfordre personal til å motivere meir for aktivitet/mindre for stillesitting - informasjon om sunnt kosthald - omlegging av røykevaner - «Kurs i depresjonsmestring» - «sjølbilde kurs»
Barnevern Familie med lite nettverk og dårlig økonomi Barn som lever i ein vanskeleg omsorgssituasjon	- Sosialt isolerte - Dårlig eller manglande bustad - Forringa livskvalitet som påverkar livskvaliteten - Arbeid og utdanning Dårlege oppvekstvillkår vil skade fysiske og psykiske helsa	NAV vil ha ei sentral rolle i forhold til: - Økonomisk hjelp - Hjelp til å skaffe bustad - Hjelp til å kome seg i arbeid/kome inn på arbeidsmarknaden Barnevern i samarbeid med Helse ha ansvar i forhold til nettverksarbeid. Tidleg oppdaging med iverksetting av forebyggjande tiltak
Bulyst Arbeidsinnvandrar	Trivsel, Forståing, Tryggheit, Aktivitet Vere obs på at ei tenkjer annleis enn oss om aktivitet	Arrangere samlingar, særleg tilpassa denne gruppa, for eksempel i "frivillige organisasjonar Lett forståeleg informasjon Personleg invitasjon Tilrettelegging av anlegg i høve til deira behov

Barnehageavdelinga 	Mange barn har ikkje besteforeldre eller nær familie i Herøy. Dette gjeld arbeidsinnvandrarar og nokre enisk norske familier. -Stillesittjande barn, opptatt av data,mobil,ipad og spel -Psykisk helse/skilsmisse -Opplever ein del dårleg samarbeid mellom foreldre som går frå kvarandre. -Manglande informasjon -Dårleg søvnmønster barn 0-3 år. -Egoistiske foreldre – barn skal helst ikkje sove på dagtid for då får foreldra ikkje lagt dei tidleg om kvelden. Barna gir uttrykk for at dei har behov for søvn i barnehagetida.	Fleire offentlege / sosiale møteplassar Tilrettelegge for meir fysisk aktivitet, auka aktivitetstilbod Meir samtale, veiledning. Vurdere hjelp frå barnevernet. Samarbeide med helsestasjonen om veiledning
Internasjonal skule Flyktningar	-Traumar, Einsemd, Høgt sukkerforbruk blant enkelte -Krigsopplevingar - Innser konsekvensar av flukta etter ei tid i eit fredeleg land; depresjon pga alt dei har mist	Samtale psykolog Meir informasjon om verknader av å vere flyktning (normale reaksjonar)
Arbeidsinnvandrar	Røyking. Uregelmessig arbeidstid. Vanskeleg med organiserte fritidsaktivitetar med uregelmessig arbeidstid	Bør vere obligatorisk for alle å lære norsk
Bu- og habiliterings-avdelinga Utviklingshemma og andre brukargrupper som fell utanfor ordinært arbeidsliv, og som treng eit betre og breiare tilbod knytt til eit «arbeids/aktivitetstilbod».	Avhengig av politisk satsing nasjonalt og lokalt. Avhengig av økonomisk prioritet, sett opp mot andre viktige tiltak både i statleg og kommunal regi. Statleg prioritering av VTA-tiltak til grupper som ikkje kan fungere godt nok i ordinært arbeidsliv.	Planlegging og bygging av Herøy ressurscenter på kommunalt nivå. Mål: Skape ulike/differensierte arbeidsplassar. Ulike menneske har ulike preferansar! Lokalpolitisk tilbagemelding i høve nasjonale satsingar. Ei utviding av TT-korttilbodet.

«Transportfridom» til dei som ikkje er i stand til å køyre / forflytte seg sjølv.  	Manglande offentlig transport har negativ innverknad på opplevd handlefridom. Dyrt med drosje. Er avhengig av lommeboka. Fører til passivitet. Ikkje ein «eigen» bil til disposisjon = mindre grad om handlekraft/fridom. Bur i eigne leilegheiter/bustadar. Har lite sosialt nettverk. Har ikkje eit arbeidstilhøve eller aktivitetstilbod. Ikkje forståing for konsekvens av handlingar. For lite fysisk aktivitet. Medisinering kan ha konsekvens på/for fedmeproblematikk.	Tilskotsordning til eigen bil.(NAV?) Ha ein «eigen» bil til disposisjon som andre kan køyre for seg?! Politisk fokus ifht å få betre tilbod kring offentlig transport både kommunalt og interkommunalt. Støttekontakt. Hjelpe dei som er einsame til å «finne» kvarandre. Bygge nettverk. Legge til rette for sosiale møteplassar. Få eit arbeid, eller eit aktivitetstilbod. Råde til, motivere og tilrettelegge for eit sunt kosthald. Organisere fysisk aktivitet til dømes turgrupper, slik at motivasjonen får litt hjelp av ein «lovnad» om eit sosialt fellesskap. Bassentrening i nytt badeland.
Kulturavdeling Innvandrarar Leigetakarar Alle, og særleg born og unge Born og unge 	Auka deltaking i kulturlivet, samt i lag og organisasjonar: Kulturhuset: Tilrettelegging for faste og midlertidige aktivitetar. Kulturminner: Auka kjennskap til- og meir kunnskap om kvifor det er viktig å ta vare på kulturminner. Folkehelsetiltak: Førebyggjande aktivitetar Musikk: Behov for fleire aktivitetar for barn og unge der samspel har fokus.	Betre informasjon til, og kommunikasjon med målgruppa. Erfaringsutveks. Rehabilitering og modernisering av kulturhuset. Vidareføre kommunale investeringar knytt til utskifting av div. materiell. Utarbeide lokal kulturminneplan. Informasjonsarbeid knytt til kvifor ivaretaking er viktig, samt søknads-moglegheiter. Turløyper, samt organisert og uorganisert aktivitet i nærleiken av der folk bur. Auka kunnskap om mat. Vidareføre kommunale tilskotsmidlar til skilting og merking av turløyper.

Ungdomsrådet   	Ungdomen er opptekne av møteplassar. Transport i høve til "Fram flexx" (bussordning) Kinosnacs: Mykje godt , men usunt Førstehjelp: Lite opplæring/info i grunnskulen Psykisk helse: Lite kjent med at mange slit med vanskar, stress, press og/eller depresjon. Øvingslokale: Mange fine plassar på kulturhuset + musikkbrakka Snus: Det er mykje snus-bruk og ein opplever gruppepress Grøne areal: Lite aktivitet i parken Herøy LAN: Ein fin stad der ungdom er sosiale og blir kjent Rusmisbruk: Det er lett å få tak i både alkohol og narkotika, både på privatfest og på gata. Enkelte startar i svært ung alder. Mange drikk alt for mykje når dei drikk. Jobb for ungdom: Vanskeleg å kome inn i arbeidslivet	Ynskjer å pusse opp fritidsklubben og skape meir aktivitet. Transportordning innført for heile kommunen Selge sunn mat til dømes frukt og salat. Obligatorisk opplæring i førstehjelp i skulen. Info om mental tilstand/omsorg Få til øvingslokaler rundt om i krinsane. Meir fokus på snus-problemet og kan vurdere innføre av straff då det er 18-års grense. Mure opp grillar, sette opp volleyballnett i parken. Burde fått kulturstøtte om dei søker om det Meir førbyggande. MOT er veldi bra og det seminaret (Bry deg) som var med Gard Varholm, faren til ho jenta som døde og politiet skulle ha vore ei årlig ordning for alle 8.klassinga. Folk skulle lært at det går an å drikke litt og ikkje bli dritings. Det skulle vore ei slags utplasseringsordning slik at ungdommar fikk arbeidstrening og fikk referanser dei kunne vise til når dei søkte jobb.
Pleie- og omsorgsavdelinga Sjukeheimspasientar 	Treng tilfredsstillande dekning av personale (kvalifisert og tilstrekkelig med tid) Har vakante stillingar, spesielt for lege- og sjukepleiegruppa Samhandlingsreforma har ført til meir aktiv behandling og nye, utfordrande oppgåver. For å løyse det treng vi rett fagkompetanse.	➤ Endring av ansvar for arbeidsopp-gåver; tenkje nytt på kven som gjer kva. Eks sjukepleiar treng ikkje ha ansvar for aktivitetstilbod ➤ Betre rekrutteringsarbeid ➤ Auka legedekning i sjukeheim ➤ Eigen sjukeheimslege ➤ Stenge gjennomfartstrafikk ved Herøy omsorgssenter

	Oppgåvene ute i kommunen vert meir komplekse, medan legane organiserer seg i interkommunale legevaktdistrikt - Ha tilgang til eit trivelig og skjerma uteområde - Nye mattradisjonar og andre kulturar. - Mange ynskjer for menyval og måltidsrytme	➤ Tilpasse mattilbodet slik at det vert tilnærma lik standard for alle grupper ➤ Meir opplysning og kunnskap om ernæring ➤ Tettare samarbeid mellom avdeling og kjøkkenpersonalet ➤ Fortløpande matmerking av alle produkt gjer at alle veit kva dei et.
Heimebuande	Ernæring (gjeld også heimebuande) Treng tilfredsstillande dekning av personale (kvalifisert og tilstrekkelig med tid) ➤ Lege ➤ Sjukepleiar ➤ Fysioterapeut ➤ Ergoterapi ➤ Miljøarbeidarar/kultur ➤ Mange er einsame	➤ Må få seniorsenter; ein møteplass med ulike aktivitetstilbod. Kommunen må setje av ressursar for å koordinere tilbod som frivillige er med å drive ➤ Aktivitetsvenn / frivillig besøksteneste ➤ Godt samarbeid med skule og barnehage
Alle som brukar eller arbeidar på helse- og omsorgssenteret på Eggesbønes	Dårlege bygningsforhold hemmar teneste, både fagleg og miljømessig: ➤ Behandlingsrom for lege, fysio, hår-, fot-, tannpleie m.m. ➤ Manglar møte- og undervisningsrom ➤ Manglar lokalitetar for å handtere smitte/isolasjon ➤ Matsalen er ein for stor møteplass rundt måltid. Manglar rom for aktivitet og miljøtiltak	➤ Nytt omsorgssenter som har desse funksjonane ➤ Smittevernplan (infeksjonskontroll-program) ➤ Plass til mindre grupper
Tilgang på frivillige (pårørande og andre)	Samarbeid med kommunen ➤ For å få kontinuitet i det frivillig arbeidet må det vere ei systematisk oppfølging/koordinering frå leiinga i kommunen si side ➤ Kommunen må gi nødvendig opplæring og tilrettelegging ➤ Kommunen må gi god tilbakemelding og kontinuerlig oppfølging ➤ Det må verte status å vere frivillig ➤ Det må vere triveleg for pårørande å kome på besøk	➤ Lage lokale som kan fungere som møteplassar for frivillig arbeid ➤ Prioritere personallressursar til kontakt/samarbeid med frivillige ➤ Det må leggjast til rette for det gode samværet / kvalitetstid

Personaldilemma 	➤ Det er eit gap mellom det personalet kan gjere og det folk forventar ➤ Fokus på fag druknar lett i nye oppgåver. Gamal kvardag møter nye behov ➤ Mangel på faglært arbeidskraft. Hender er ikkje hender, men kompetanse. ➤ Fleire menn i yrket ville gitt mangfald og fleire innfallsvinklar ➤ Samsvar mellom oppgåver og ressursar ➤ Det er utfordrande å nyttiggjere seg av frivillige fordi ein treng meir personell ved auka aktivitet ➤ Ved bruk av velferdsteknologi er der endå mykje upløgde mark..	➤ Nytenking og ny teknologi må ligge til grunn for nye tiltak ➤ Ny ansvarsfordeling der deler av arbeidet vert overført til andre yrkesgrupper ➤ Nye stillingar for å dekke nye oppgåver og fleire pasientar ➤ Informasjon, kunnskap og forventningsavklaring om tenestene ➤ Deltaking i mannleg rekrutteringsprosjekt frå Trondheim
Skuleavdelinga Herøyskulane Elevar i grunnskulen, 1.-10.klasse 	1. IKT/PC/Skjermbruk Risikofaktorar: - Mindre aktive p.g.a:- pc/skjerm, mindre fysisk kontakt med vener i fritida - Spel - Voldelige spel - Stillesitting - Nettmobbing – skjult mobbing - Lite kreativt – mister evner til tiltak - Kombinert med dårleg kosthol risikerer ein fedme - «Feil bruk» av sosiale medier - rapport som seier at fleirtalet av bhg barn vil heller halde på med nettbrett enn å leike med andre barn. Beskyttelses faktorar: - Foreldre kan vere både ein risikofaktor og ein beskyttelses faktor - avgrense tida barna får vere på skjermaktivitetar. Skape aktivitetar i staden for passivitet	Plan mot mobbing – rutiner som avdekkar og arbeider mot også nettmobbing. Meir fysisk aktivitet i friminutt og timar. Problemfelta knytt til IKT/PC/skjermbruk – in aktivitet og mobbing heng veldig tett saman. Mobbeprobblem heng ofte klart saman med problemfeltet ikt/skjerm/nettbruk. I arbeidet med slike problem har vi også kopla på førebyggjande avdeling i politiet då ein del av det som skjer på nett og mobil også kjem inn under straffelova.

	Kosthald: <u>Risiko:</u> -Folkesjukdom -Fedme -Dårleg konsentrasjon -Mykje mat/feil mat -Mykje bruk av snop og brus -E-stoff -Ikkje alle har med skulemat eller et frukost før dei kjem -Ueigna mat både til frukost og skulemat -Svolten og ukonsentrerte <u>Beskyttelse:</u> * Meir kunnskap mellom folk generelt om kva kosthald kan ha å seie for å motverke fysisk og psykisk sjukdom. * Meir kunnskap om korleis feil kosthald kan skape problem med konsentrasjon og åtferd hos barn.	Frukt/mat/mjølke i skulen Haldningsarbeid i høve feilernæring Tema i undervisning, ikkje berre i mat og helse faget. Foreldrekurs i samarbeid med helsestasjonen Skulefrukt for alle Skulelunsj ein gong i mnd Dette problemfeltet heng klart saman med in aktivitet og dårleg fysisk helse
Elevar i grunnskulen med innvandrar- eller flyktningebakgrunn. 	Innvandringsrelaterte problem: <u>Risiko:</u> - mykje språkproblem i forhold til å informere foreldre og barn om helseutfordringar eller tilbod som kan motverke helseutfordringar - forståingsproblem i forhold til system for helseoppfølging - andre samværsformer og kultur i forhold til fysisk aktivitet og kosthald - lite og sårbart nettverk i forhold til familien	Samarbeid med bedrifter som har mange arbeidsinnvandrarar i forhold til informasjon Tverrfagleg samarbeid i forhold til opplysning og oppfølging av elevar og heimar Samarbeid med internasjonal skule dersom foreldra går der i forhold til å få forklart korleis vårt samfunn fungerer.

Utviklingsavdelinga <u>Plan og byggesak</u> Folkehelseiltak og universell utforming kan opplevast som fordyrande ledd for tiltakshavar / utbyggjar LNF og strandsone 	Krava som kommunen stiller for å oppnå uu og folkehelseiltak kan opplevast som fordyrande i første omgang sjølv om det ikkje nødvendigvis er det i eit lenger perspektiv. Manglande respekt for LNF-område Mange dispensasjonar frå planverket Grunneigar vil bygge og utvikle sin eigen eigedom Politiske nivået er lite restriktive når det gjeld nedbygging av LNF-område	Synleggjere ovanfor tiltakshavar/utbyggjar at bygg med uu og folkehelseiltak kan gje prosjekt betre kvalitet og ikkje vere fordyrande i eit langsiktig perspektiv. Auka bevisstheit på at det må vere gode argument for å få innvilga disp.søknadar Synleggjere konsekvensen av mange dispensasjonar over tid Meir informasjon og betre kommunikasjon mellom tiltakshavar og kommunen Meir informasjon og betre kommunikasjon mellom administrasjonen og det politiske styret
<u>Byggesak</u> Administrasjonen må forhalde seg til. Universell utforming Uteopphaldsareal Renovering av bygg Nye private byggeprosjekt	Utbyggjar vil ofte unngå krava som kommunen stiller, som td. heis. Tiltakshavar/utbyggjar vil sleppe krav om tilstrekkeleg UOA Verneinteresser UU og folkehelseiltak kan vere eit fordyrande ledd	Støtte seg meir til fagekspertisen med argument når vi «bygger sak». Sende saka på høyring til berørte brukargrupper Utfordre tiltakshavar på å bygge bygg som er tilgjengeleg for alle. Kvalitet og brukarvenleg bygg kan vere ei styrke. Informasjon og kommunikasjon med tiltakshavar/utbyggjar. Sjå forslag ovanfor.
<u>Plan</u> Reguleringsplanar Forureining -støy -Støv -Deponi -Utslepp -osv	Reguleringsplanane legg ofte føringar for alt av leikeplassar, gang- og sykkelveggar, UOP, friområde, forureining mm. Mange av dei same utfordringane som for byggesak, men plan må handtere dei i planverket Får ikkje innspel og merknadar tidleg nok Svake grupper (eldre, barn, menneske med nedsett funksjonsevne) har vanskeleg for å nå gjennom med sine innspel	Førebygge utfordringane gjennom medverknad og høyringar. Mange av dei same tiltaka som med byggesak. Tydeleg kommunikasjon på krav og god sakleg oppbygging av argument er stikkord Førebygge gjennom medverknad og høyring. Enda større openheit og gjere det lettare å kome med innspel

Den offentlege tannhelsetenesta 2 timar undervisning til 8. klasser Tannpleiar har undervisning til elevar i VG1 og VG2. Helse og sosialfag (HVG) Årlege samarbeidsmøter med leiarane i barnehagane Framandspråklege / Innvandrarar som deltek i norskundervisning Intro-program Alders og sjukeheim Open pleie og omsorg 	Stor variasjon på kor mange som møter. Viktig å få ut info tidleg. Risikoalder for karies Viktig tema for desse som skal jobbe med å stelle andre i framtida. Fokusere på dette viktige temaet. Set fokus på stell av tenner. Dagleg kosthald / bursdagsfeiringar. Pga. lav bemanning har det vore lite besøk ute i barnehagane dei siste åra. Viktig med rett info om tannstell og offentleg tilbod. Viktig med rett info om tannstell og offentlege tilbod. Dagleg reingjering av tenner og munnhole Få kjennskap til brukargruppa Stor variasjon på kor mange som møter. Viktig å få ut info tidleg. Viktig tema for desse som skal jobbe med å stelle andre i framtida. Fokusere på dette viktige temaet.	Vidareføre opplegget. Vidareføre opplegget Vidareføre opplegget som er likt for alle vidaregåande skular i Møre og Romsdal. Tannhelsepersonell besøker barnehagane dersom dei tek kontakt, også i forhold til foreldremøte. Grupper av barn på besøk på tannkl. Vi stiller med undervisning til desse når vi blir kontakta. Tannpuss kvar kveld Tannpleiar deltek på Fagdagar med undervisning Få ut informasjon til brukargruppa. Brosjyra « God tannhelse heile livet» Vidareføre opplegget. Vidareføre opplegget som er likt for alle vidaregåande skular i Møre og Romsdal.
--	---	--





HERØY KOMMUNE
HERØY KOMMUNE

Avdeling for Barn, Familie og Helse

SAKSFRAMLEGG

Sakshandsamar:	RK	Arkivsaknr:	2016/253
		Arkiv:	H01

Utvalsaksnr	Utval	Møtedato
16/16	Komite for Helse og omsorg	21.04.2016
	Formannskapet	10.05.2016
	Kommunestyret	25.05.2016

KVARDAGSREHABILITERING I HERØY KOMMUNE

Tilråding:

1. Plan for kvardagsrehabilitering vert vedtatt.
2. Utviding av stillingar må takast opp i samband med budsjetthandsaminga.

Særutskrift:

Vedlegg:

Kvardagsrehabilitering i Herøy kommune. Kortversjon
Kvardagsrehabilitering i Herøy kommune. Utvida plan.
1 høyringssvar.

Saksopplysningar:

På bakgrunn av den demografiske utviklinga med mange fleire eldre, endring av sjukdomsbiletet, ny helse og sosiallov og innføring av samhandlingsreforma ynskjer Herøy kommune å ha fokus på helsefremjande arbeid og tidleg intervensjon. Kommunen ser at etablering av kvardagsrehabilitering kan vere med å gjere det mogleg å oppfylle kommunen sine lovmessige forpliktingar. Kvardagsrehabilitering skal bidra til å endre den tradisjonelle måten å tenkje på i tenesteytinga.

Frå: Kva er problemet du treng hjelp til?

Til: Kva er viktige aktiviteter i ditt liv som du ynskjer å meistre?

Kvardagsmeistring vektlegg den enkelte sin meistring i kvardagen uansett funksjonsnivå. Dette inneber eit fokusskifte der ein går frå å spørje brukaren kva vedkommande treng hjelp med, til å spørje kva som kan leggas til rette og opptrenast, slik at brukar meistrar dagleglivet sjølv. I staden for å vere lengst mogleg i eigen heim skal brukaren kunne vere lengst mogleg aktiv i eige liv.

Dreining frå passiv hjelp til aktiv meistring: Det grunnleggande menneskesynet bak kvardagsrehabilitering går ut på at mennesket ønskjer å vere mest mogleg sjølvhjelp og meistre sin kvardag i størst mogleg grad sjølv.

Arbeidsgruppa har valgt å lage ein kortversjon av planen og ein utvida plan. Den utvida om ein ynskjer å gå djupare i stoffet.

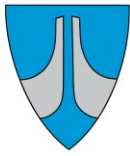
Planen gir ei oversikt over ein annan måte å tenkje og arbeide på som vil vere nødvendig med stadig auke i antal eldre.

Fosnavåg, 12.04.2016

Olaus-Jon Kopperstad
Rådmann

Inger Marie Tofthagen
Avd.leiar

Sakshandsamar: Roger Kvalsvik



HERØY KOMMUNE
HERØY KOMMUNE

Kvardagsrehabilitering i Herøy Kommune

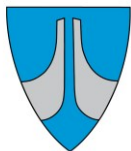
Kortversjon

Delplan i Rehabiliteringsplan

Roger Kvalsvik, Tommy Dahl, Marie Bendal og Gunn Helsem Leine

«Omsorgskrisen skapes ikke av eldrebølgen, men av forestillingen om at omsorg ikke kan gjøres annerledes enn i dag.» Kåre Hagen st. meld 29. morgendagens omsorg.

2015



Bakgrunn, mandat og opplegg for prosjektet

Oppnemning av arbeidsgruppe – Rehabiliteringsplan.

Pleie- og omsorgsleiar og Barn-, familie- og helseleiar oppnemnde med dette Roger Kvalsvik, Marie Bendal, Berit Aasen og Tommy Dahl som arbeidsgruppe til å arbeide fram rehabiliteringsplan. «Berit Aasen slutta i februar 2015, vi fekk inn eit nytt medlem i mars 2015 Gunn Helsem Leine.» Roger Kvalsvik vert oppnemnd som leiar av gruppa og Tommy Dahl som sekretær.

Gruppa får følgjande mandat

Kommunestyret har vedteke Helse og omsorgsplanen, sak 21/14.

I planen pkt. 4.5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering er målet at brukaren skal kunne leve eit sjølvstendig liv.

Strategien for å nå dette målet er:

Felles haldning på «sjølvhjelp er velhjelp» samt fokus på tidleg intervensjon for rask tilbakeføring i eige liv, med hjelp til sjølvhjelp framfor behandling.

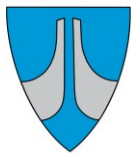
Tiltak for å nå målet er mellom anna utforming av ein ny rehabiliteringsplan med fokus på kvardagsrehabilitering.

På bakgrunn av dei føringane og prioriteringane som ligg i Helse- og omsorgsplanen ber vi om at gruppa lagar forslag til ein plan for rehabilitering generelt, samt ein eigen delplan for kvardagsrehabilitering. Forslaget må innehalde konkrete forslag til tiltak innbefatta økonomiske konsekvensar. Frist for arbeidet settast til 01.06.15 når det gjeld plan for kvardagsrehabilitering og 31.12.15 for planen for rehabilitering. Arbeidsgruppa har fått utsetting til 01.12.15 når det gjeld plan for kvardagsrehabilitering.

Arbeidsgruppa skal syte for nødvendig involvering av aktuelle partar basert på ei innleiande interessentanalyse.

Inntil vidare rapporter leiar av arbeidsgruppa til Pleie- og omsorgsleiar og Barn-, familie- og helseleiar. Det vert vurdert å oppnemne ei styringsgruppe, og saka vert drøfta med helse- og omsorgskomiteen i møte den 23.10.14.

Innleiing



Arbeidsgruppa har valt å lage 2 utgåver av plan for kvardagsrehabilitering i Herøy kommune. Ein kortversjon på 8 sider og ein utvida plan på 21 sider. Ved å lese kortversjonen får ein god oversikt over fagområdet. Om ein ynskjer å gå djupare så bør ein lese utvida plan.

Herøy vil få ein utfordring i framtida med fleire innbyggjarar som vil ha behov for helse- og omsorgstenester frå Herøy kommune. Noreg vil fram mot 2050 få ein betydeleg auke i tall på eldre. I følgje SSB vil tal på personar over 80 år og eldre kome til å auke frå 190 000 i 2000 til nesten 320 000 i 2030, og over 500 000 i 2050. Høg levealder betyr at folk er ved god helse og at Noreg har gode velferdsordningar, men fleire eldre betyr også at det blir fleire som er sjuke og som har behov for helse- og velferdstenester.

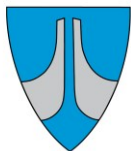
Vi ser også at det er ein auke av eldre i Herøy kommune i dag og veit at den vil auke med åra. Møre og Romsdal sin kommunestatistikk for 2015 syner at vi vil få ein auke av personer over 80 år frå 5% av befolkninga i 2015 til 9% av befolkninga i 2040. Vi ser også at etter samhandlingsreforma har pasient straumen frå spesialisthelsetenesta endra seg i form av at kommunen har fått meir ansvar, og at pasientar skrivast raskare ut av sjukehusa som tek av dei ressursane kommunen har. Dette samla krev auka ressursar av Herøy kommune. For å imøtekomme noko av dette må ein tenkje nytt.

Innføring av kvardagsrehabilitering vil gi betre kvalitative tenester, auka fokus på brukarperspektiv og utvikle eit meir førebyggjande og rehabiliterande syn på tenestene. Det er rapportert om økonomisk gevinst i kommunane ved innføring av kvardagsrehabilitering. Ved kvardagsrehabilitering gir ein rett behandling til rett tid. Innføring av kvardagsrehabilitering vil utsette innlegging i institusjon og minske bruk av heimetenesta. Vi veit at i framtida med dagens demografi blir det eit meirforbruk av helseteneste om vi ikkje endrar på organiseringa. Ved kvardagsrehabilitering vil vi kunne minske dette meirforbruket og vil få ein økonomisk innsparing ved mindre bruk av ressursar.

Kva er kvardagsrehabilitering?

Kvardagsrehabilitering er eit tidsavgrensa og tverrfagleg tilbod som skal bidra til at fleire kan leve eit mest mogleg sjølvstendig liv og bu heime så lenge som mogleg.

Kvardagsrehabilitering skil seg frå ordinær rehabilitering med ergoterapeutar og fysioterapeutar. Kvardagsrehabilitering er meir generelle rehabiliteringstiltak som i



utgangspunktet alle i omsorgstenesta kan hjelpe med. Det inneberer rask igangsetting av tiltak, med intensiv hjelp i ein tidsavgrensa periode. Tiltak vert utført i eller i tilknytning til eigen heim og nærmiljø, som tek utgangspunkt i den enkelte sine ressursar, ønskjer, moglegheiter og personlege mål.

Fokus er kva brukaren opplever som viktig i sitt liv, og kva som er vesentleg for å kunne oppnå meistring i eige liv. Motivasjon og å hjelpe brukaren til å sjå reelle moglegheiter er av stor betydning i forkant av oppstart med kvardagsrehabilitering.

Kvardagsrehabilitering – eit paradigmeskifte

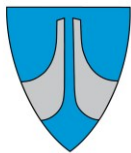
Frå	Til
• Kva er problemet du treng hjelp til? • Lengst mogleg i eige heim	• Kva er viktige aktivitetar i livet ditt no? • Lengst mogleg aktiv i eige liv

Prosjektrapporten Hverdagsmestring og
hverdagsrehabilitering

Kvardagsrehabilitering inneberer oppsøkjande verksemd og tidleg oppsporing av potensielle utfordringar, slik at ein har moglegheit til å setje i verk tiltak før sjukdom og funksjonstap. Erfaringar har vist at tidleg kartlegging av rehabiliteringspotensiale hos brukar med tidleg og intensiv opptrening aukar meistringsevna og reduserer behov for hjelp frå det offentlege.

Kvardagsrehabilitering inneberer eit fokusskifte og haldningsendringar:

- Frå sjukeheim til bustad og nærmiljø
- Frå pleie og omsorg til rehabilitering
- Frå passivering til aktivisering
- Frå pasient til partner
- Frå heimeteneste til heimetrening
- Frå rehabiliteringsinstitusjon til heimerehabilitering
- Frå diagnose og hjelpebehov til meistring og ressursar



- Frå særslagleg til tverrfagleg

Kvifor innføre kvardagsrehabilitering i Herøy kommune?

Kvardagsrehabilitering skal bidra til å endre den tradisjonelle måten å tenkje på i pleie og omsorgstenesta.

Frå: Kva er problemet du treng hjelp til?

Til: Kva er viktige aktiviteter i ditt liv som du ynskjer å meistre?

Kvardagsmeistring vektlegg den enkelte sin meistring i kvardagen uansett funksjonsnivå.

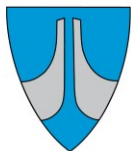
Dette inneber eit fokusskifte der ein går frå å spørje brukaren kva vedkommande treng hjelp med, til å spørje kva som kan leggas til rette og opptrenast, slik at brukar meistrar dagleglivet sjølv. I staden for å vere lengst mogleg i eigen heim skal brukaren kunne vere lengst mogleg aktiv i eige liv.

Målet for kvardagsrehabilitering overfor den enkelte brukaren er at vedkommande skal kunne meistre kvardagen sine aktivitetar sjølv i den grad det fysiske, mentale og sosiale funksjonsnivået tillet det. Hjelp og støtte til kvardagsmeistring er derfor det sentrale utgangspunktet.

Dreining frå passiv hjelp til aktiv meistring: Det grunnleggande menneskesynet bak kvardagsrehabilitering går ut på at mennesket ønskjer å vere mest mogleg sjølvhjelpet og meistre sin kvardag i størst mogleg grad sjølv. Den tverrfaglege innsatsen i kvardagsrehabilitering tek utgangspunkt i brukaren sine ressursar.

Kvardagsrehabilitering;

- For å sikre verdig og aktiv aldring. Eldre har ressursar og bidreg i samfunnet.
- Fordi eldre kan, og ønskjer å være aktive og bu heime lengst mogleg, meistre dei kvardagslege oppgåvene og delta i sosialt liv.
- For å hindre "hjelpefeller" med passiviserande tenestar.
- For å førebygge fall i funksjon og dermed utsette behov for pleie og sjukeheim.
- For å sikre bærekraftige helse- og omsorgstenester.
- Det opnar for samarbeid med frivillege og pårørande.
- Kvardagsrehabilitering gir tilfredse brukarar og medarbeidarar og styrka kommuneøkonomi



- Det er godt eigna for eldre og andre med fare for fall i funksjon.

Organisering

Inklusjonskriteriet, ekskludering

Etablering av tverrfagleg team.

Arbeidsgruppa anbefaler integrerte modell, der ergo- og fysioterapeut og sjukepleiar i eit eget team har ansvar for planlegging og oppfølging av prosessen. Treningsaktivitetane med brukaren vert utført av medarbeidarane i heimetenesta (heimetrenerne) etter rettleiing frå teamet.

Iverksetting av tilbod om kvardagsrehabilitering

Arbeidsgruppa rår til at kvardagsrehabilitering som teneste blir gitt på kvardagar. For å få best effekt av treninga må ein arbeide intensivt med brukaren, minst 3-4 gongar i veka då dette gir meir effekt og størst framgang hos brukar. Arbeidsgruppa ser denne måten å arbeide med kvardagsrehabilitering på som nødvendig for å sikre eit godt resultat. Det vil bli nødvendig å sett opp ein tidsplan med forventa avslutning av trening etter kartlegging og utarbeiding av mål. Opptreninga blir tilpassa og justert i takt med utvikling hos brukar. Arbeidsgruppa anbefaler intensiv trening i 6 veker med evaluering undervegs, samt sluttevaluering.

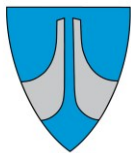
Tilvising / val av brukarar og vedtak

Arbeidsgruppa ser at det kan vere ulike brukargrupper som får tilbod om kvardagsrehabilitering.

Pasientar som blir utskrivne frå sjukehus/rehabiliteringsinstitusjonar og ev. pasientar som reiser ut frå rehabiliteringsopphald / korttidsopphald på sjukeheim.

Kvardagsrehabiliteringsteamet kan kartlegge potensial og behov for rehabilitering før utskrivinga, og setje i verk dei aktuelle tiltaka umiddelbart ved heimkomst. Arbeidsgruppa ser ikkje behovet for å avgrense etter diagnosar.

Personar som søker om heimetenester for fyrste gong og eksisterande brukarar som søker om utvida hjelp som følgje av forverra funksjonsnivå. Dette inneberer at avdelingsleiarar, fastlegar og tiltaksnemnd vurderer alle nye søkjarar og dei som søker om utvida hjelp med tanke på potensiale og motivasjon for kvardagsrehabilitering. Dette krev opplæring utført av motorteam.



Merksemd på rehabiliteringspotensiale overfor alle brukarar av heimetenestene. Det betyr at heimetenesta sine medarbeidarar må lærast opp til å sjå rehabiliterings-potensialet hos alle brukarane. Heimetenesta må motivere brukarar med eit slikt potensial til aktivitet/meistring, og tenesta må ha tilgang til kompetanse som kan bidra til å sette i gang eigna tiltak.

Like viktig som å definere målgruppa, er det å definere brukarar som ikkje skal få tilbod om kvardagsrehabilitering. Viktige eksklusjonskriterier er;

- Brukarar som ikkje har eit rehabiliteringspotensiale (langt komne sjuke/terminalpasientar)
- Brukarar med omfattande kognitiv svikt eller stor mental svikt (demens)
- Brukarar som ikkje er motiverte / ikkje kan motiverast

Intensiv innsats overfor brukarar som ikkje kan nyttiggjere seg tilbodet er lite effektivt.

Ein tydeleg skildring av målgruppa– og ikkje minst ei samstemme om kva for brukarar som kvardagsrehabilitering ikkje er eigna for – har betydning for organisering og krava til kompetanse og leing av kvardagsrehabilitering. Det vil seie at dess breiare målgruppa vert definert, desto større krav vert stilt til leing og oppfølging av innsatsen i kvardagsrehabiliteringa.

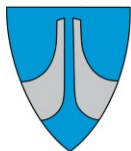
Kva krev det av Herøy kommune å sette i gong med kvardagsrehabilitering?

Politisk og administrativ forankring

Dette betyr at politisk og administrativ leing må vere tydeleg på at det kommunale hjelpeapparatet skal arbeide for å forbetre og vedlikehalde brukarane si funksjonsevne. Dette må kommuniserast og følgjast opp både i forhold til brukarar, pårørande og tilsette. I tillegg er det viktig med politisk vilje til å avsette nok ressursar til kvardagsrehabilitering. Sjølv om siktemålet er å spare ressursar på sikt, vil det kunne vere behov for ein pukkel, dvs. ekstra ressursar ved oppstart; det tar lengre tid med tilrettelegging for brukaraktivitet enn det tar å utføre arbeidet for brukar.

Tverrfaglegheit

Motiverte medarbeidarar og møteplassar for medarbeidarane som er involvert i arbeidet overfor den enkelte brukaren, er ein viktig føresetnad for å sikre tverrfagleg praksis. Det er viktig at faggrupper som vektlegg brukar si meistringsevne framfor passiv hjelp, kjem tidleg inn i kontakten med brukar. Samtidig er det viktig at alle medarbeidarar som er involvert i



kvardagsrehabilitering definerer seg sjølv som rehabiliteringspersonell og utviklar ein rehabiliterande arbeidsmåte.

Tilstrekkeleg og rett kompetanse:

Mange norske kommunar har avgrensa ressursar innan ergo- og fysioterapi. Herøy kommune har i dag for lite ressursar innan fysioterapi og ergoterapi. På grunn av dette ser arbeidsgruppa at ein ikkje kan omdisponere eksisterande resursar inn i kvardagsrehabilitering.

Personell og økonomi, ressursar til kvardagsrehabilitering

Det er behov for eit kjernepersonale med, ergoterapeut, fysioterapeut, sjukepleier i 60 % kvar som er ressurspersonar i kvardagsrehabiliteringa. Dette kjernepersonale kaller vi motorteam. Disse bør ha kompetanse og vidareutdanning innan rehabilitering, der rolla er å kunne kartlegge behov, opplæring, holdningsendring, organisering.

Heimetrenerane blir heimetenesta i det enkelte distrikt.

I desse stillingane som motorteam bør det opprettast nye stillingar. Til saman 1,8 årsverk.

Reknestykket er då på kr 500 000,- x1,8 årsverk x ca. 1,4 (løn, sosiale utgifter og arbeidsgivar avgift). Dette utgjer ca. kr 1 260 000,-

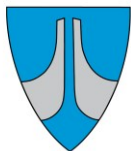
Bakgrunn for val av 60 % stilling per faggruppe er fleire.

- Ein føresetnad for at kvardagsrehabilitering teamet skal fungere er at dei arbeider tverrfagleg. Dette krev ein viss kontinuitet der teamet arbeider saman.
- Viktig å halde på fagressursar, mindre stillingar aukar sjansen for gjennomstrøyming.
- Erfaringar frå andre kommunar, viser at det krev så pass stor stillingsprosent for å få gjennomført kvardagsrehabilitering med dei arbeidsoppgåvene som ligger i arbeidet.
- Teamet har ansvar for haldningsendring og opplæring for personalet, brukarar og befolkning generelt. Det er umogleg å omgjere fagstillingar av det som er kjernepersonell pga lite ressursar. For å klare å få til kvardagsrehabilitering trenger vi nye stillingar i motorteamet.

Ny arbeidskultur i Herøy kommune.

For Herøy kommune er kvardagsrehabilitering ein ny arbeidsmetode som vil krevje nytt tankesett og bevisstgjerjing. Dette vil krevje;

- Opplæring for å skape innsikt og forståing for satsing på kvardagsrehabilitering.



- Ny arbeidsmåte for pleie og omsorgstenesta.
- Målretta og god informasjon over tid

Målet er å skape ein felles forståing for kva kvardagsrehabilitering er. Det er viktig at det blir sett av tid til den form for arbeid før oppstart. Informasjon og opplæring må tilpassast ulike målgrupper og gjentakast over tid.

Arbeidsgruppa sine anbefalingar for god etablering av kvardagsrehabilitering.

Anbefalingane her er basert på rapporten "*Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering*", skrevet av prosjektgruppa "Hverdagsrehabilitering i Norge i 2012" og KS sin rapport utarbeidd av Fürst og Høverstad (2014). Desse anbefalingane støtter arbeidsgruppa seg til.

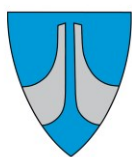
1. Kvardagsrehabilitering må forankrast i kommunen sin politiske, administrative og faglege leiing.
2. Kvardagsrehabilitering må planleggast med tilstrekkeleg og rett kompetanse.
3. Kvardagsrehabilitering må ta utgangspunkt i brukar sine ønskjer og individuelle mål for aktiviteten.
4. Kvardagsrehabilitering er tverrfagleg forpliktande.
5. Kvardagsrehabilitering krev systematisk kartlegginga og rekruttering av potensielle brukarar.
6. Kvardagsrehabilitering krev målretta styring av heimetenesta sine ressursar og forbruk, dvs avsett tid til trening med brukarar.

Handlingsplan

1. Planen vert politisk behandla våren 2016.
2. Det vert oppstart av kvardagsrehabilitering 01.01.2017.

Vedlegg

Vedlegg 1. Utvida plan kvardagsrehabilitering i Herøy Kommune.



HERØY KOMMUNE
HERØY KOMMUNE

Kvardagsrehabilitering i Herøy Kommune

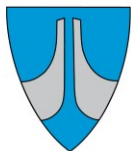
Utvida plan

Delplan i Rehabiliteringsplan

Roger Kvalsvik, Tommy Dahl, Marie Bendal og Gunn Helsem Leine

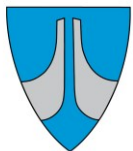
«Omsorgskrisen skapes ikke av eldrebølgen, men av forestillingen om at omsorg ikke kan gjøres annerledes enn i dag.» Kåre Hagen st. meld 29. morgendagens omsorg.

2015

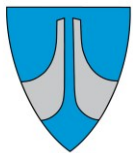


Innhald

1.0 Bakgrunn, mandat og opplegg for prosjektet	3
1.1 Oppnemning av arbeidsgruppe – Rehabiliteringsplan.	3
1.2 Gruppa får følgjande mandat	3
2.0 Samandrag.....	4
3.0 Kvardagsrehabilitering	5
3.1 Innføring av kvardagsrehabilitering	5
3.2 Kva er kvardagsrehabilitering?	7
3.3 Kva er kvardagsmeistering - tankesett og arbeidsform?	8
3.4 Kvifor kvardagsrehabilitering?	9
3.5 Fagressursar og økonomi	9
3.5.1 Økonomiske innsparingar:	10
3.5.2 Mål og intensjonar	11
3.5.3 Medarbeidartilfredsheit:	11
3.6 Suksesskriterier for kvardagsrehabilitering i Herøy kommune	11
3.6.1 Politisk og administrativ forankring	11
3.6.2 Tverrfaglegheit	12
3.6.3 Tilstrekkeleg og rett kompetanse:	12
4.0 Modellar for kvardagsrehabilitering.....	12
4.1 Inspirasjonskjelda Fredericia.....	12
4.2 Kva skil modellane frå kvarandre?	13
4.2.1 Ulike måtar å organisere tenesta.	13
4.3 Ny arbeidskultur i Herøy kommune.	14
5.0 Organisering.....	14
5.1 Etablering av tverrfagleg team.	14
5.2 Iverksetting av tilbod om kvardagsrehabilitering	15
5.3 Arbeidsprosessen:	16
5.4 Tilvising / val av brukarar og vedtak	16
6.0 Kartlegging og oppfølging.....	18
6.1 Kartleggingsverktøy	18
7.0 Dokumentasjon	18
7.1 Dokumentasjon Gerica.....	18
7.2 Samarbeidspartar	18



7.3 Personell og økonomi, ressursar til kvardagsrehabilitering	19
7.4 Vil kvardagsrehabilitering føre til økonomiske gevinstar i kommunen?	19
8.0 Arbeidsgruppa sine anbefalingar	20
8.1 Arbeidsgruppa sine anbefalingar for god etablering av kvardagsrehabilitering.	20
9.0 Handlingsplan.....	20
10.0 Litteraturliste.....	21
10.1 Internettside	21



1.0 Bakgrunn, mandat og opplegg for prosjektet

1.1 Oppnemning av arbeidsgruppe – Rehabiliteringsplan.

Pleie- og omsorgsleiar og Barn-, familie- og helseleiar oppnemnde med dette Roger Kvalsvik, Marie Bendal, Berit Aasen og Tommy Dahl som arbeidsgruppe til å arbeide fram rehabiliteringsplan. «Berit Aasen slutta i februar 2015, vi fekk inn eit nytt medlem i mars 2015 Gunn Helsem Leine.» Roger Kvalsvik vert oppnemnd som leiar av gruppa og Tommy Dahl som sekretær

1.2 Gruppa får følgjande mandat

Kommunestyret har vedteke Helse og omsorgsplanen, sak 21/14.

I planen pkt. 4.5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering er målet at brukaren skal kunne leve eit sjølvstendig liv.

Strategien for å nå dette målet er:

Felles haldning på «sjølvhjelp er velhjelp» samt fokus på tidleg intervensjon for rask tilbakeføring i eige liv, med hjelp til sjølvhjelp framfor behandling.

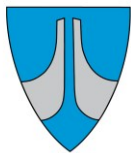
Tiltak for å nå målet er mellom anna utforming av ein ny rehabiliteringsplan med fokus på kvardagsrehabilitering.

På bakgrunn av dei føringane og prioriteringane som ligg i Helse- og omsorgsplanen ber vi om at gruppa lagar forslag til ein plan for rehabilitering generelt, samt ein eigen delplan for kvardagsrehabilitering. Forslaget må innehalde konkrete forslag til tiltak innbefatta økonomiske konsekvensar. Frist for arbeidet settast til 01.06. 15 når det gjeld plan for kvardagsrehabilitering og 31.12.15 for planen for rehabilitering..

Arbeidsgruppa skal syte for nødvendig involvering av aktuelle partar basert på ei innleiande interessentanalyse.

Inntil vidare rapporter leiar av arbeidsgruppa til Pleie- og omsorgsleiar og Barn-, familie- og helseleiar. Det vert vurdert å oppnemne ei styringsgruppe, og saka vert drøfta med helse- og omsorgskomiteen i møte den 23.10.14.

Arbeidsgruppa fekk utsetting til 01.12.15



2.0 Samandrag

Arbeidsgruppa har valt å lage 2 utgåver av plan for kvardagsrehabilitering i Herøy kommune. Ein kortversjon på 8 sider og ein utvida plan på 21 sider. Ved å lese kortversjonen får ein god oversikt over fagområdet. Om ein ynskjer å gå djupare så bør ein lese utvida plan.

På bakgrunn av den demografiske utviklinga med mange fleire eldre, endring av sjukdomsbiletet, ny helse og sosiallov og innføring av samhandlingsreforma ynskjer Herøy kommune å ha fokus på helsefremjande arbeid og tidleg intervensjon. Kommunen ser at etablering av kvardagsrehabilitering kan vere med å gjere det mogleg å oppfylle kommunen sine lovmessige forpliktingar.

Kvardagsrehabilitering skal bidra til å endre den tradisjonelle måten å tenkje på i tenesteytinga.

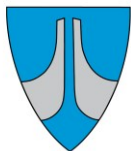
Frå: Kva er problemet du treng hjelp til?

Til: Kva er viktige aktiviteter i ditt liv som du ynskjer å meistre?

Kvardagsmeistring vektlegg den enkelte sin meistring i kvardagen uansett funksjonsnivå. Dette inneber eit fokusskifte der ein går frå å spørje brukaren kva vedkommande treng hjelp med, til å spørje kva som kan leggas til rette og opptrenast, slik at brukar meistrar dagleglivet sjølv. I staden for å vere lengst mogleg i eigen heim skal brukaren kunne vere lengst mogleg aktiv i eige liv.

Målet for kvardagsrehabilitering overfor den enkelte brukaren er at vedkommande skal kunne meistre kvardagen sine aktivitetar sjølv i den grad det fysiske, mentale og sosiale funksjonsnivået tillet det. Hjelp og støtte til kvardagsmeistring er derfor det sentrale utgangspunktet.

Dreining frå passiv hjelp til aktiv meistring: Det grunnleggande menneskjesynet bak kvardagsrehabilitering går ut på at mennesket ønskjer å vere mest mogleg sjølvhjelpet og meistre sin kvardag i størst mogleg grad sjølv. Den tverrfaglege innsatsen i kvardagsrehabilitering tek utgangspunkt i brukaren sine ressursar.



Anbefalinga frå arbeidsgruppa er at organisering av tenesta kvardagsrehabilitering i Herøy kommune i er den integrerte modell, der ergo- og fysioterapeut og sjukepleiar i eit eget team har ansvar for planlegging og oppfølging av prosessen. Treningsaktivitetane med brukaren vert utført av medarbeidarane i heimetenesta (heimetrenerne) etter rettleiing frå teamet.

Arbeidsgruppa anbefaler at tenesta kvardagsrehabilitering vert oppstarta med følgjande ressursar: 60% fysioterapeut, 60% ergoterapeut og 60% sjukepleiar.

3.0 Kvardagsrehabilitering

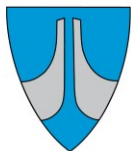
3.1 Innføring av kvardagsrehabilitering

Samhandlingsreforma, ny helse- og omsorgslov og nasjonal helseplan, angir endringar i helse- og velferdstenesta. Bakgrunnen for endringane er primært den demografiske utviklinga og endringane av sjukdomsbiletet. Målsettinga om Innføring av kvardagsrehabilitering støttast av formålsparagrafen til Lov om kommunale helse- og omsorgstenester:

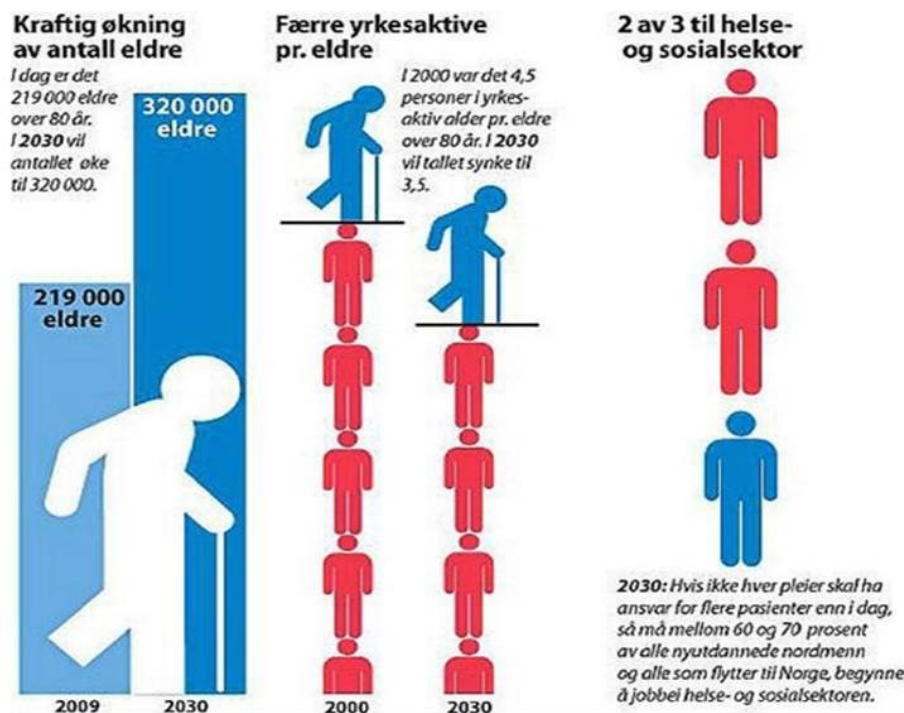
- at den enkelte får moglegheit til å leve og bu sjølvstendig og til å ha ein aktiv og meningsfylt fellesskap med andre
- sikre samhandling, og at tenestetilbodet blir tilgjengeleg for pasient og brukar, samt sikre at tilbodet er tilpassa den enkelte sitt behov
- sikre at tenestetilbodet vert lagt til rette med respekt for den enkelte sin integritet og verdigheit
- bidra til at ressursane vert utnytt best mogleg

Framskrivingar med utgangspunkt i dagens tenestenivå vil utfordre samfunnet si bæreevne. Innovasjon i omsorg (NOU 2011:11) presenterer fleire forslag til nytenking og innovasjon for å imøtekomme framtida sine omsorgsutfordringar. Både Samhandlingsreforma og NOU 2011:11 legg innovasjon og nytenking til grunn for utvikling av framtida sine helse- og velferdstenester.

Noreg vil fram mot 2050 få ein betydeleg auke i tall på eldre. I følgje SSB vil tal på personar over 80 år og eldre kome til å auke frå 190 000 i 2000 til nesten 320 000 i 2030, og over 500 000 i 2050. Vi ser av kommunestatistikken frå Møre og Romsdal for 2015 at tilsvarande utvikling vert i Herøy kommune. Høg levealder betyr at folk er ved god helse og at Noreg har



gode velferdsordninger, men fleire eldre betyr også at det blir fleire som er sjuke og som har behov for helse- og velferdstenester.



8. des. 2015

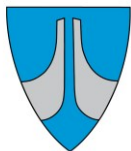
Aftenposten 02.10.09

6

Det er også grunn til å tru at talet på yngre brukarar av kommunale helse- og omsorgstenester vil fortsette å auke i åra framover. Fleire skal være aktive med funksjonsnedsetting, blant anna med sjukdomar knytt til levevaner og helseåtfærd.

Samhandlingsreforma og nytt lovverk legg til grunn at liggetida i spesialisthelsetenesta blir kortare. Kommunane må bygge opp større breidde i helse- og omsorgstenesta, og etablere nye løysingar for å styrke det kommunale tilbodet.

Eit av dei kommunale tilboda er satsinga på kvardagsrehabilitering. I Noreg er det pr. 17.11.15, 127 kommunar som har praktisk erfaring med kvardagsrehabilitering og fleire er i planleggingsfasa.



3.2 Kva er kvardagsrehabilitering?

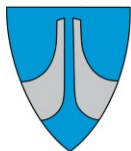
Kvardagsrehabilitering er eit tidsavgrensa og tverrfagleg tilbod som skal bidra til at fleire kan leve eit mest mogleg sjølvstendig liv og bu heime så lenge som mogleg. Som ein motvekt til den kompenserande sjukepleia, med hovudfokus på sjukdom, funksjonstap, behandling og pleietiltak, rettast fokus ved kvardagsrehabilitering på å ta oppatt, bevare, og fremje helse og meistringsevne gjennom støttande og rettleiande tiltak. Den enkelte sitt potensiale til rehabilitering vurderast og vektleggast før ein eventuell kompenserande bistand vert i verksett.

Det må samtidig presiserast at kvardagsrehabilitering skil seg frå ordinær rehabilitering med ergoterapeutar og fysioterapeutar. Kvardagsrehabilitering er meir generelle rehabiliteringstiltak som i utgangspunktet alle i omsorgstenesta kan hjelpe med.

Kvardagsrehabilitering inneberer rask igangsetting av tiltak, med intensiv hjelp i ein tidsavgrensa periode. Tiltak vert utført i eller i tilknytning til eigen heim og nærmiljø, som tek utgangspunkt i den enkelte sine ressursar, ønskjer, moglegheiter og personlege mål. Fokus er kva brukaren opplever som viktig i sitt liv, og kva som er vesentleg for å kunne oppnå meistring i eige liv. Motivasjon og å hjelpe brukaren til å sjå reelle moglegheiter er av stor betydning i forkant av oppstart med kvardagsrehabilitering. Kvardagsrehabilitering inneberer oppsøkjande verksemd og tidleg oppsporing av potensielle utfordringar, slik at ein har moglegheit til å setje i verk tiltak før sjukdom og funksjonstap. Erfaringar har vist at tidleg kartlegging av rehabiliteringspotensiale hos brukar med tidleg og intensiv opptrening aukar meistringsevna og reduserer behov for hjelp frå det offentlege.

Kvardagsrehabilitering inneberer eit fokusskifte og haldningsendringar:

- Frå sjukeheim til bustad og nærmiljø
- Frå pleie til rehabilitering
- Frå passivisering til aktivisering
- Frå pasient til partner
- Frå heimeteneste til heimetrening
- Frå rehabiliteringsinstitusjon til heimerehabilitering
- Frå diagnose og hjelpebehov til meistring og ressursar
- Frå særfagleg til tverrfagleg



3.3 Kva er kvardagsmeistring - tankesett og arbeidsform?

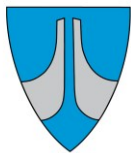
Der kvardagsmeistring er eit grunnleggjande, førebyggjande og rehabiliterande tankesett er kvardagsrehabilitering arbeidsforma som blir skapt utifrå dette tankesettet. Her skil ein mellom tankesett og arbeidsform.

Kvardagsmeistring vektlegg den enkelte sin meistring i kvardagen uansett funksjonsnivå. Dette inneber eit fokusskifte der ein går frå å spørje brukaren kva vedkommande treng hjelp med, til å spørje kva som kan leggas til rette og opptrenast, slik at brukar meistrar dagleglivet sjølv. I staden for å vere lengst mogleg i eigen heim skal brukaren kunne vere lengst mogleg aktiv i eige liv. (Ness m fleire -12).

Kvardagsrehabilitering startar med spørsmålet “kva er viktig for deg?” Det vil seie at i kvardagsrehabilitering tek ein utgangspunkt i brukar sine mål og kva for aktivitetar som er viktige for brukaren å meistre no.



Prosjektrapporten Hverdagsmeistring og hverdagsrehabilitering



3.4 Kvifor kvardagsrehabilitering?

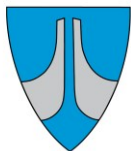
- For å sikre verdig og aktiv aldring. Eldre har ressursar og bidreg i samfunnet.
- Fordi eldre kan, og ønskjer å være aktive og bu heime lengst mogleg, meistre dei kvardagslege oppgåvene og delta i sosialt liv.
- For å hindre "hjelpfelle" med passiviserande tenestar.
- For å førebygge fall i funksjon og dermed utsette behov for pleie og sjukeheim.
- For å sikre bærekraftige helse- og omsorgstenester.
- Det opnar for samarbeid med frivillege og pårørande.
- Kvardagsrehabilitering gir tilfredse brukarar og medarbeidarar og styrka kommuneøkonomi
- Det er godt eigna for eldre og andre med fare for fall i funksjon.

3.5 Fagressursar og økonomi

Dei viktigaste argumenta for innføring av kvardagsrehabilitering er å gi ei betre kvalitativ teneste og utvikle eit meire førebyggjande og rehabiliterande perspektiv på tenestane. Det er ein stor interesse i norske kommunar for kvardagsrehabilitering. Noko av denne interessa kan skuldast at det i svenske og danske rapporter, vert rapportert om økonomiske gevinstar for kommunane. KS rapporten "*Fra passiv mottaker til aktiv deltaker*" seier at det er ein grunn til å åtvare om forventa økonomisk gevinst i norske kommunar på kort sikt. Spesielt fordi grunnbemanninga av ergoterapeutar og fysioterapeutar er mykje lågare i norske kommunar enn i våre naboland, Danmark og Sverige. I tillegg kjem behovet for opplæring til endra tankesett og teamoppbygging, noko som vil ta tid og krevje ressursar.

Fredericia kommune med ca. 50.000 innbyggjar har ca. 30 ergoterapeutar og 30 fysioterapeutar dvs. 6 ergoterapeutar/fysioterapeutar pr. 10.000 innbyggjar.

Til samanlikning med Östersund og Fredericia har Trondheim (2010), med 130.000 innbyggjar, 40 årsverk fysioterapeutar og 29 årsverk ergoterapeutar (for både barn og vaksne). I tillegg har kommunen 15 tilsette fordelt på tverrfaglege innsats- eller heimerehabiliteringsteam (ergoterapeutar, fysioterapeutar, sjukepleiarar og aktivitetørar). Dei fleste kommunar i Noreg har langt dårlegare dekning av terapeutar. Dette gjelder også Herøy kommune som har 100 % stilling kommunal fysioterapeut og 100% stilling ergoterapeut. 600% stilling private fysioterapeutar med driftstilskot. Det arbeider 7 personar i desse tilskota.



I følge Riksrevisjonen (2012) er det ca. 2,9 ergoterapeutar pr. 10.000 innbyggjarar i norske kommunar, men det er stor variasjon. 140 kommunar i Norge manglar ergoterapitenester (Norsk Ergoterapeutforbund 2011). Riksrevisjonen (2012 s. 13) seier:

«I perioden 2008–2010 har det vært en økning i ventetider innen fysikalsk medisin og rehabilitering. Det er betydelige ventetider både til rehabiliteringstiltak i spesialisthelsetjenesten og til rehabiliteringsplass i kommunene, samt når det gjelder fysioterapi og ergoterapi i kommunene. Konsekvensene av lange ventetider er at noen pasienter opplever funksjonsforverring, faller ut av arbeidslivet eller opplever sosial isolering. Funksjonsforverring vil uten de rette rehabiliteringstiltakene kunne resultere i redusert funksjons- og mestringsnivå for pasienten. Etter Riksrevisjonens vurdering kan manglende rett og lange ventetider har store konsekvenser for den enkeltes helse»

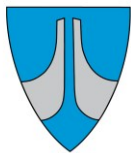
www.riksrevisjonen.no/Rapporter/Documents/2011-2012/Dokumentbase_3_11_2011_2012.pdf

3.5.1 Økonomiske innsparingar:

Den demografiske utviklinga inneber ein betydeleg auke i tal på eldre med redusert funksjonsnivå i åra framover. Utan endring i tenesteideologi og arbeidsformer, vil dette føre til store utfordringar når ein tenker på både rekruttering av omsorgsytarar med nødvendig kompetanse, og finansiering av tenestene.

Tidleg tverrfagleg rehabiliterande innsats skal bidra til å utsetje funksjonssvikt og gjere brukarane mindre avhengig av pleie og personleg bistand eller tilbod i ein pleie- og omsorgsinstitusjon. I ein avgrensa tidsperiode krev rehabilitering meir ressursar enn tradisjonell pleie og omsorg. Det er tidkrevjande og krevjar samansett tverrfagleg kompetanse å motivere, legge til rette og trene brukaren til å utføre oppgåver sjølv. På kort sikt er det ofte mindre ressurskrevjande at ein tenesteytar utfører oppgåvene utan brukeran sin medverknad.

Det blir av mange åtvare mot å sjå på kvardagsrehabilitering primært som eit innsparingstiltak – dette fører lett til målkonfliktar. Etter Ness med fleire sin oppfatning må utgangspunktet for innføring av kvardagsrehabilitering være å få til betre tenester som tek utgangspunkt i brukaren sine ønskjer. Økonomiske effektar i form av innsparing kan ein fyrst rekne med etter ein pukkelfase som er knytt til auka ressursinnsats til terapeutar og utvikling av rehabiliteringskompetansen i kommunen. Dette er i tråd med rapportane frå svenske og danske kommunar.



3.5.2 Mål og intensjonar

Målet for kvardagsrehabilitering overfor den enkelte brukaren er at vedkomande skal kunne meistre kvardagen sine aktivitetar sjølv i den grad det fysiske, mentale og sosiale funksjonsnivået tillet det. Hjelp og støtte til kvardagsmeistring er derfor det sentrale utgangspunktet:

Dreining frå passiv hjelp til aktiv meistring: Det grunnleggande menneskesynet bak kvardagsrehabilitering går ut på at mennesket ønskjer å vere mest mogleg sjølvhjelp og meistre sin kvardag i størst mogleg grad sjølv. Den tverrfaglege innsatsen i kvardagsrehabilitering tek utgangspunkt i brukaren sine ressursar.

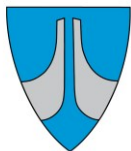
3.5.3 Medarbeidartilfredsheit:

Evalueringsrapporten frå danske kommunar slår fast at dei fleste medarbeidarane som var med i tverrfaglege team eller på anna vis var engasjert i kvardagsrehabilitering, ikkje kan tenke seg å gå tilbake til meir tradisjonell gjere-for-omsorg. Å sjå at brukarar meistrer aktivitetar som dei tidlegare ikkje har klart, gir ein fagleg/profesjonell tilfredsstilling. Evalueringsrapportane tyder på at dette gjeld både medarbeidarar som har rehabilitering som si hovudoppgåve (ergoterapeutar, fysioterapeutar og sjukepleiarar med rehabiliteringsoppgåver) og medarbeidarar som i utgangspunkt ikkje hadde verken utdanning eller oppgåver som var eksplisitt rehabiliteringsretta. Ein ideologi og arbeidsform som gir moglegheit for utfolding og fagleg stoltheit, kan vere eit konkurransefortrinn i kampen om arbeidskraft. Rett kompetanse og engasjerte medarbeidarar (haldningar og engasjement) er ein viktig føresetnad for ei vellykka kvardagsrehabilitering. Dette er eit av dei sentrale suksesskriteriane som vi drøftar i avsnittet nedanfor.

3.6 Suksesskriterier for kvardagsrehabilitering i Herøy kommune

3.6.1 Politisk og administrativ forankring

Dette betyr at politisk og administrativ leiing må vere tydeleg på at det kommunale hjelpeapparatet skal arbeide for å forbetre og vedlikehalde brukarane si funksjonsevne. Dette må kommuniserast og følgjast opp både i forhold til brukarar, pårørande og tilsette. I tillegg er det viktig med politisk vilje til å avsette nok ressursar til kvardagsrehabilitering. Sjølv om siktemålet er å spare ressursar på sikt, vil det kunne vere behov for ein pukkel, dvs. ekstra ressursar ved oppstart; det tar lengre tid med tilrettelegging for brukaraktivitet enn det tar å utføre arbeidet for brukar.



3.6.2 Tverrfaglegheit

Motiverte medarbeidarar og møteplassar for medarbeidarane som er involvert i arbeidet overfor den enkelte brukaren, er ein viktig føresetnad for å sikre tverrfagleg praksis. Det er viktig at faggrupper som vektlegg brukar si meistringsevne framfor passiv hjelp, kjem tidleg inn i kontakten med brukar. Samtidig er det viktig at alle medarbeidarar som er involvert i kvardagsrehabilitering definerer seg sjølv som rehabiliteringspersonell og utviklar ein rehabiliterande arbeidsmåte.

3.6.3 Tilstrekkeleg og rett kompetanse:

Mange norske kommunar har avgrensa ressursar innan ergo- og fysioterapi. Herøy kommune har i dag for lite ressursar innan fysioterapi og ergoterapi. På grunn av dette ser arbeidsgruppa at ein ikkje kan omdisponere eksisterande resursar inn i kvardagsrehabilitering.

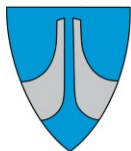
4.0 Modellar for kvardagsrehabilitering.

4.1 Inspirasjonskjelda Fredericia

Fredericia kommune i Danmark sett i gang sitt prosjekt med kvardagsrehabilitering (Længst Muligt i Eget Liv - LMEL) i 2008. Fredericia kommune la vekt på førebygging og tidleg intervensjon overfor brukarar med gradvis eller plutselig funksjonssvikt.

Kvardagsrehabilitering innebar at innbyggjarane som søkte om heimeteneste for fyrste gong vart møtt av eit tverrfagleg team, med fysio- og ergoterapeutar og/eller sjukepleiarar. Teamet kartla søkjeran sine behov og ressursar. Kvardagsrehabiliteringa vart utført av heimhjelparar som hadde fått opplæring som heimetrenarar og som var knytt til det tverrfaglege teamet. Etter ein forsøksperiode vart kvardagsrehabilitering overført til ordinær drift ved etablering av tverrfaglege team i alle distrikta frå årsskiftet 2009/2010. Ein sentral føresetnad for Fredericia-modellen var at kvardagsrehabilitering må kunne gå tungt inn i ein avgrensa periode. Heimetrenarane måtte ha god tid til å støtte brukarane med sikte på meistring og sjølvstende. Innsatsen vart evaluert fortløpande og trappa ned, etter kvart som brukaren klarte å utføre dei aktivitetane som var målet for rehabiliteringsprosessen (jf. <http://www.fredericia.dk>).

I 2010 starta Fredericia eit nytt prosjekt – “*Trænende Hjemmehjælp*”. Siktemålet med dette prosjektet var å implementere kvardagsrehabilitering i dei ordinære heimetenestene. Etter ein pilotfase, vart “*Trænende Hjemmehjælp*” etablert i alle kommunale pleie- og omsorgsdistrikta ved årsskiftet 2010/2011. Tilbodet retta seg mot eksisterande brukarar av



heimetenesta, og tok sikte på bevisst arbeid for å bevare og utvikle funksjonsevna og meistring. Det blei tatt ei revurdering av tildelte tenester med sikte på å avklare rehabiliteringspotensiale og brukaren sin motivasjon. Pleiepersonalet fekk bistand frå eit tverrfagleg team til å utarbeide ein «Borgerens Plan» som skildra mål og tiltak. Medarbeidarane fekk også rettleiing frå teamet i det daglege arbeidet. “*Trænende Hjemmehjælp*” vart tildelt som ei eiga teneste, som eit alternativ til kvardagsrehabilitering eller dei tradisjonelle servicetenestene. I ein avgrensa periode fekk pleiepersonalet ekstra tid til å gjennomføre tiltaka og nå måla i Borgerens Plan. (Kjellberg P.K. m.fl. 2011). Fredericia-modellen har i mange samanhengar nærmast blitt synonymt med kvardagsrehabilitering. Dette skuldast ikkje minst at arbeidet i Fredericia har blitt jamleg blitt oppfølgt og dokumentert av forskarar etter avtale med Dansk Sundhetsinstitut (jf. bl.a. Kjellberg P.K. m.fl. 2013, Kjellberg P.K. m.fl. 2011, Kjellberg J. og R. Ibsen 2010). Fredericia fekk i 2010 den danske innovasjonsprisen for si omlegging av pleie- og omsorgstenestene. I tillegg til kvardagsrehabilitering inneberer det faste heimebesøk hjå innbyggjarar som er utskrivne frå sjukehus, bruk av velferdsteknologi og informasjon til innbyggjarane (NOU 2011:11).

4.2 Kva skil modellane frå kvarandre?

Det er ulike måtar å organisere kvardagsrehabilitering på i dei ulike kommunane Noreg. Det er til dømes kommunar med tverrfaglege team som har fast tilknytt heimetreningar og som har ansvar for heile prosessen. Andre kommunar har eit terapeutteam og heimetreningar i heimetenesta.

4.2.1 Ulike måtar å organisere tenesta.

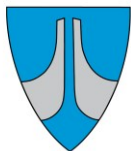
1. Kvardagsrehabilitering knytt til heimetenesta.
2. Kvardagsrehabilitering knytt til helsetenesta (ergo-/ fysioterapi- eller rehabiliteringstenesta)
3. Delt organisering (terapeutar i rehabiliteringseiningar, heimetreningar i heimetenesta)

Arbeidsgruppa anbefaler modell 1. sjå nærare om dette under [punkt 5.0](#).

4.2.2 Kompetanse

Som kommentert ovanfor er tilstrekkeleg og rett kompetanse ein viktig føresetnad for kvardagsrehabilitering.

Rapporten “*Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering*” (Ness m.fl., 2012) kommenterer at norske kommunar gjennomgåande har lavare dekning med ergoterapeutar og fysioterapeutar enn svenske og danske kommunar. Rapporten viser til faren for at



øyremerking av terapeutar til kvardagsrehabilitering, kan gå ut over rehabiliteringsarbeidet overfor andre målgrupper.

Kvardagsrehabilitering er avhengig av ergo- og fysioterapeutkompetanse. Like viktig er det imidlertid at medarbeidarar i heimetenesta som deltek i kvardagsrehabilitering, er innstilt på og har kompetanse til å arbeide rehabiliterande.

Som omtala tidlegare, inneberer kvardagsrehabilitering ei endra innstilling til pleie- og omsorgstenesta sin arbeidsmåte. Ein overgang frå einseitig vektlegging av rolla som hjelpar til ei styrking av rolla som ein som legg til rette og som gir støtte.

Endring av haldningar krev at medarbeidarane har kompetanse som er nødvendig for å sikre at intensjonar vert realisert i praksis. Program for kompetanseutvikling i heimetenesta er difor viktige. I kvardagsrehabilitering treng eit kjernepersonale av ergoterapeut, fysioterapeut og sjukepleier som fungerer som motorteam. Arbeidsgruppa anbefaler at motorteamet har vidareutdanning i rehabilitering. Dette teamet bør ha ansvaret for opplæring av heimetenesta angående kvardagsrehabilitering og kvardagsmeistring. I tillegg skal teamet ha ansvar for opplæring til den enkelte heimetrenar med dei aktuelle brukarane. Arbeidsgruppa ser også at dette motorteamet kan vere ein kunnskapsformidlar til alle parter som treng informasjon om kvardagsrehabilitering.

4.3 Ny arbeidskultur i Herøy kommune.

For Herøy kommune er kvardagsrehabilitering ein ny arbeidsmetode som vil krevje nytt tankesett og bevisstgjerjing. Dette vil krevje;

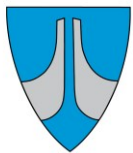
- Opplæring for å skape innsikt og forståing for satsing på kvardagsrehabilitering.
- Ny arbeidsmåte for pleie og omsorgstenesta.
- Målretta og god informasjon over tid

Målet er å skape ein felles forståing for kva kvardagsrehabilitering er. Det er viktig at det blir sett av tid til den form for arbeid før oppstart. Informasjon og opplæring må tilpassast ulike målgrupper og gjentakast over tid.

5.0 Organisering

5.1 Etablering av tverrfagleg team.

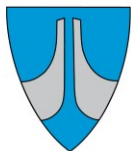
Anbefalinga frå arbeidsgruppa er at organisering av tenesta kvardagsrehabilitering i Herøy kommune i modell 1 som er den integrerte modell, der ergo- og fysioterapeut og sjukepleiar i eit eget team har ansvar for planlegging og oppfølging av prosessen. Treningsaktivitetane



med brukaren vert utført av medarbeidarane i heimetenesta (heimetrenerne) etter rettleiing frå teamet.

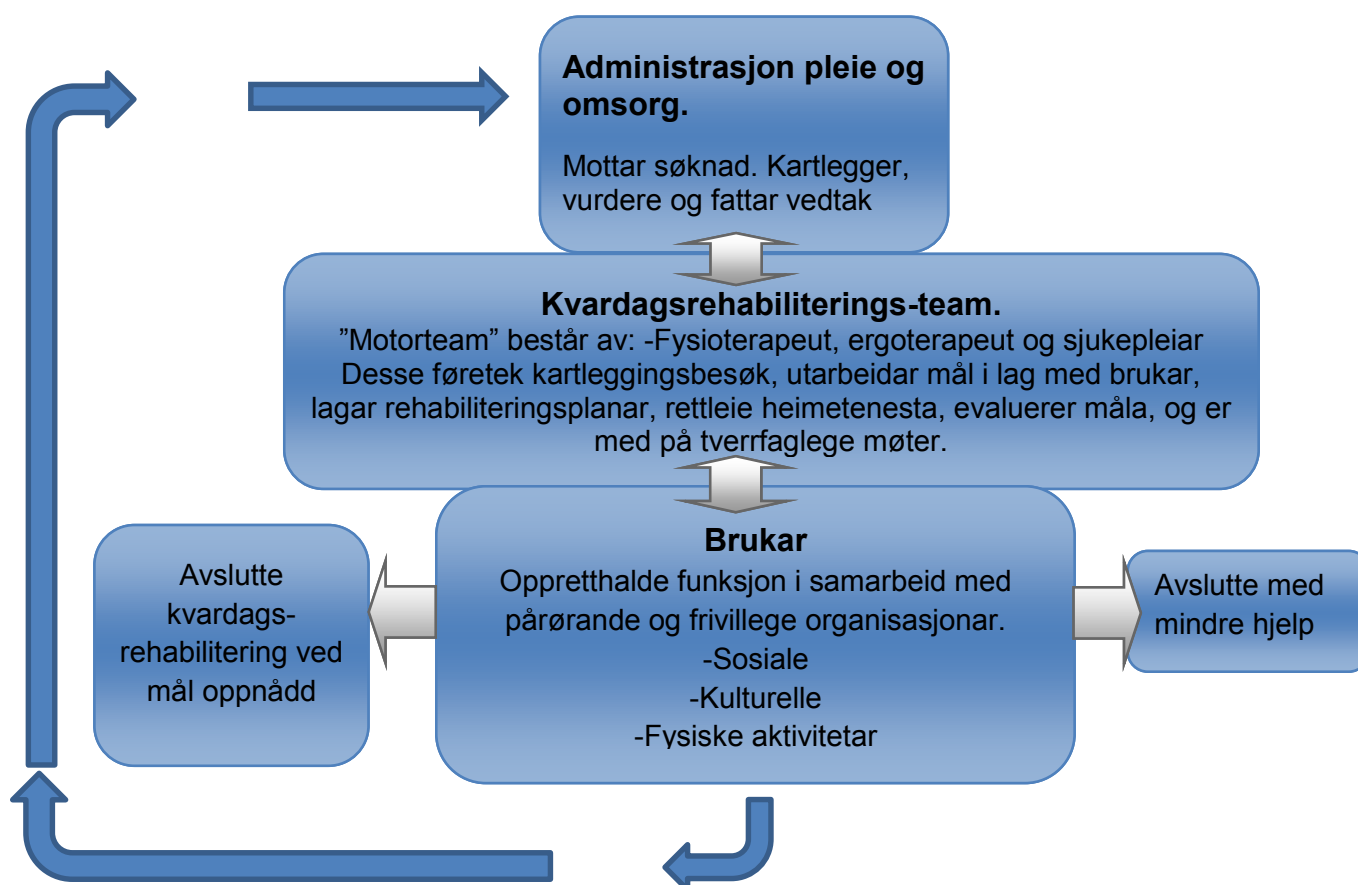
5.2 Iverksetting av tilbod om kvardagsrehabilitering

Arbeidsgruppa rår til at kvardagsrehabilitering som teneste blir gitt på kvardagar. For å få best effekt av treninga må ein arbeide intensivt med brukaren, minst 3-4 gongar i veka då dette gir meir effekt størst framgang hos brukar. Arbeidsgruppa ser denne måten å arbeide med kvardagsrehabilitering på som nødvendig for å sikre eit godt resultat. Det vil bli nødvendig at det bli sett opp ein tidsplan med forventa avslutning av trening etter kartlegging og utarbeiding av mål. Opptreninga blir tilpassa og justert i takt med utvikling hos brukar. Arbeidsgruppa anbefaler intensiv trening i 6 veker med evaluering undervegs, samt sluttevaluering.



5.3 Arbeidsprosessen:

Arbeidsgruppa har utarbeida ein modellen for kvardagsrehabilitering i Herøy kommune som bygg på modellen frå Fredericia.



Figur 1: Organisering av kvardagsrehabilitering, med dei tilsette sine hovudoppgåver.

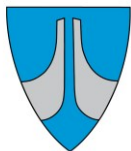
5.4 Tilvising / val av brukarar og vedtak

Arbeidsgruppa ser at det kan vere ulike brukargrupper som får tilbod om kvardagsrehabilitering.

Pasientar som blir utskrivne frå sjukehus/rehabiliteringsinstitusjonar og ev. pasientar som reiser ut frå rehabiliteringsopphald / korttidsopphald på sjukeheim.

Kvardagsrehabiliteringsteamet kan kartlegge potensial og behov for rehabilitering før utskrivinga, og setje i verk dei aktuelle tiltaka umiddelbart ved heimkomst. Arbeidsgruppa ser ikkje behovet for å avgrense etter diagnoser.

Personar som søker om heimetenester for fyrste gong og eksisterande brukarar som søker om utvida hjelp som følgje av forverra funksjonsnivå. Dette inneberer at avdelingsleiarar, fastlegar og tiltaksnemnd vurderer alle nye søkjarar og dei som søker om utvida hjelp med



tanke på potensiale og motivasjon for kvardagsrehabilitering. Dette krev opplæring utført av motorteam.

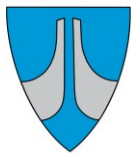
Merksemd på rehabiliteringspotensiale overfor alle brukarar av heimetenestene. Det betyr at heimetenesta sine medarbeidarar må lærast opp til å sjå rehabiliterings-potensialet hos alle brukarane. Heimetenesta må motivere brukarar med eit slikt potensial til aktivitet/meistring, og tenesta må ha tilgang til kompetanse som kan bidra til å sette i gang eigna tiltak.

Like viktig som å definere målgruppa, er det å definere brukarar som ikkje skal få tilbod om kvardagsrehabilitering. Viktige eksklusjonskriterier er;

- Brukarar som ikkje har eit rehabiliteringspotensiale (langt komne sjuke/terminalpasientar)
- Brukarar med omfattande kognitiv svikt eller stor mental svikt (demens)
- Brukarar som ikkje er motiverte / ikkje kan motiverast

Intensiv innsats overfor brukarar som ikkje kan nyttiggjere seg tilbodet er lite effektivt.

Ein tydeleg skildring av målgruppa– og ikkje minst ei samstemme om kva for brukarar som kvardagsrehabilitering ikkje er eigna for – har betydning for organisering og krava til kompetanse og leiing av kvardagsrehabilitering. Det vil seie at dess breiare målgruppa vert definert, desto større krav vert stilt til leiing og oppfølging av innsatsen i kvardagsrehabiliteringa.



6.0 Kartlegging og oppfølging

For å arbeide med kvardagsrehabilitering er det naudsynt med god kartlegging av brukar sine ressursar og målsetting for kvardagsrehabiliteringsarbeidet. For å kunne gjere dette må teamet i kvardagsrehabilitering ha god kunnskap og gode verkty.

6.1 Kartleggingsverkty

Arbeidsgruppa ser at dei fleste kommunar i Noreg nyttar seg av desse kartleggingsverktya i kvardagsrehabiliteringa og anbefaler og at Herøy kommune brukar desse i sitt arbeid med kvardagsrehabilitering.

Kva som blir kartlagt	Kartleggingsverkty
Fysisk funksjon	SPPB: Short Physical Performance Battery
Pleie-og omsorgsbehov	IPLOS: Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk
Aktivitetsutfordringar og mål	COPM: Canadian Occupational Performance Measure

7.0 Dokumentasjon

Det er ønskeleg at teamet som arbeider med kvardagsrehabilitering registrerer arbeidet som blir gjort samt kartlegginga av dette skal gjerast for å kunne dokumentere om kvardagsrehabilitering har effekt. Under ser ein eit døme på eit registreringsskjema.

Til illustrasjon er det nedenfor lagt inn tenkte tall for 7 brukere:

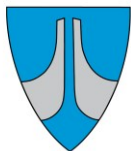
Bruker	Før hverdagsrehabilitering har brukeren hatt:			Hverdagsrehabilitering		Timeinnsats per uke				COPM-kartlegging						SPPB-kartlegging			ADL-kartlegging (IPLOS)					
				Avsluttet rehab. perioden? (1=avsluttet, 0=ikke avsluttet)	Antall dager i hverdagsrehab. for brukere som har avsluttet	Samlet antall timer bistand i perioden	Før start (faktisk hjelp eller estimert)	I rehab. perioden	Ved avslutning	6 måneder etter oppstart	Ved oppstart		Endring i score fra oppstart til avslutning:		Score 6 måneder etter oppstart		Samlet score ved start	Endring i samlet score fra start til avslutning	Score 6 måneder etter oppstart	Gjennomsnittlig ADL-nivå ved oppstart	Endring i gjennomsnittlig ADL-nivå fra start til avslutning	ADL-nivå 6 måneder etter oppstart		
1	1	1	0	0	1	49	35,0	2,5	5,0	0,5	0,5	2,5	2,5	4,0	4,0	6,0	7,0	4	6	10	2,4	-0,6	1,9	
2	0	0	0	1	1	26	21,7	4,0	5,8	0,5	0,5	4,0	3,0	3,0	5,0	6,0	7,0	6	4	9	2,1	-0,2	1,9	
3	0	0	0	1	1	19	16,3	4,0	6,0	0,0	0,0	3,0	3,0	5,0	4,0	7,0	7,0	2	4	7	1,9	0	2	
4	0	0	1	0	1	58	49,7	4,0	6,0	1,0	0,5	4,0	4,0	3,0	4,0	7,0	8,0	2	4	5	1,9	-0,2	1,7	
5	1	0	1	0	1	119	132,6	6,0	7,8	3,0	1,5	3,0	2,0	4,0	6,0	7,0	7,0	1	3	6	2,2	-0,4	1,7	
6	0	0	0	0	1	19	9,5	1,5	3,5	0,0	0,0	4,0	3,0	2,0	4,0	6,0	6,0	3	3	6	1,9	-0,1	1,7	
7	1	1	0	0	1	28	22,0	3,0	5,5	1,0	1,0	4,0	4,0	4,0	3,0	6,0	6,0	3	4	5	2,1	0	2,2	
...																								
Antall	3	1	3		7																			
Gjennomsnitt						45	41,0	3,6	5,7	0,9	0,7	3,5	3,1	3,6	4,3	6,5	7,0	3,1	4,0	7,0	2,1	-0,2	1,9	

7.1 Dokumentasjon Gerica

All journalføring skal skrivast og dokumenterast i journalsystemet Gerica.

7.2 Samarbeidspartar

Som nemnt tidlegare er det viktig med ei brei forståing om kva kvardagsrehabilitering er, samt ha ei forståing om tverrfagleg samarbeid. Når ein skal starte med



kvardagsrehabilitering er det fleire samarbeidspartnarar som er viktige for å sikre god samhandling. Får å få ein felles forståing og ein felles plattform i arbeidet med kvardagsrehabilitering må ein ha samhandling både internt og eksternt. Nokre av dei viktigaste samarbeidspartnarane vil vere heimetenesta i Herøy, legetenesta, fysio/ergoterapitenesta, administrasjonen i pleie og omsorg, pårørande og frivillege organisasjonar. Det siste er viktig for å sikre ein god og brei forankring i satsinga på kvardagsrehabilitering.

7.3 Personell og økonomi, ressursar til kvardagsrehabilitering

Det er behov for eit kjernepersonale med, ergoterapeut, fysioterapeut, sjukepleier i 60 % kvar som er ressurspersonar i kvardagsrehabiliteringa. Dette kjernepersonale kaller vi motorteam. Disse bør ha kompetanse og vidareutdanning innan rehabilitering, der rolla er å kunne kartlegge behov, opplæring, haldningsendring, organisering.

Heimetrenerane blir heimetenesta i det enkelte distrikt.

I desse stillingane som motorteam bør det opprettast nye stillingar. Til saman 1,8 årsverk.

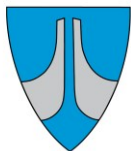
Reknestykket er då på kr 500 000,- x 1,8 årsverk x ca. 1,4 (løn, sosiale utgifter og arbeidsgivar avgift). Dette utgjer ca. kr 1 260 000,-

Bakgrunn for val av 60 % stilling per faggruppe er fleire.

- Ein føresetnad for at kvardagsrehabilitering teamet skal fungere er at dei arbeider tverrfagleg. Dette krev ein viss kontinuitet der teamet arbeider saman.
- Viktig å halde på fagressursar, mindre stillingar aukar sjansen for gjennomstrøyming.
- Erfaringar frå andre kommunar, viser at det krev så pass stor stillingsprosent for å få gjennomført kvardagsrehabilitering med dei arbeidsoppgåvene som ligger i arbeidet.
- Teamet har ansvar for haldningsendring og opplæring for personalet, brukarar og befolkning generelt.
- Det er umogleg å omgjere fagstillingar av det som er kjernepersonell pga lite ressursar. For å klare å få til kvardagsrehabilitering trenger vi nye stillingar i motorteamet.

7.4 Vil kvardagsrehabilitering føre til økonomiske gevinstar i kommunen?

Dei viktigaste argumenta for innføring av kvardagsrehabilitering er å gi betre kvalitative tenester, auka fokus på brukarperspektiv og utvikle eit meir førebyggjande og rehabiliterande



syn på tenestene. Det er rapportert om økonomisk gevinst i kommunane, som moglegvis bidreg til stor interesse for innføring av kvardagsrehabilitering. Ved kvardagsrehabilitering gir ein rett behandling til rett tid. Innføring av kvardagsrehabilitering vil utsette innlegging i institusjon og minske bruk av heimetenesta, som igjen har ein økonomisk sparande effekt. Vi veit at i framtida med dagens demografi blir eit meirforbruk av helseteneste om vi ikkje endrar på organiseringa. Ved kvardagsrehabilitering vil vi kunne minske dette meirforbruket og vil få ein økonomisk innsparing ved mindre bruk av ressursar.

8.0 Arbeidsgruppa sine anbefalingar

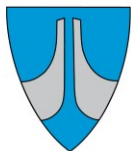
8.1 Arbeidsgruppa sine anbefalingar for god etablering av kvardagsrehabilitering.

Anbefalingane her er basert på rapporten "*Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering*", skrevet av prosjektgruppa "Hverdagsrehabilitering i Norge i 2012" og KS sin rapport utarbeidd av Fürst og Høverstad (2014). Desse anbefalingane støtter arbeidsgruppa seg til.

1. Kvardagsrehabilitering må forankrast i kommunen sin politiske, administrative og faglege leiing.
2. Kvardagsrehabilitering må planleggast med tilstrekkeleg og rett kompetanse.
3. Kvardagsrehabilitering må ta utgangspunkt i brukar sine ønskjer og individuelle mål for aktiviteten.
4. Kvardagsrehabilitering er tverrfagleg forpliktande.
5. Kvardagsrehabilitering krev systematisk kartlegginga og rekruttering av potensielle brukarar.
6. Kvardagsrehabilitering krev målretta styring av heimetenesta sine ressursar og forbruk, dvs avsett tid til trening med brukarar.

9.0 Handlingsplan

1. Planen vert politisk behandla våren 2016.
2. Det vert oppstart av kvardagsrehabilitering 01.01.2017.



10.0 Litteraturliste

FÜRST OG HØVERSTAD ANS KS – Hverdagsrehabilitering i norske kommuner Sluttrapport
Rapport hverdagsrehabilitering « frå passiv mottaker til aktiv deltaker» KS FoU-prosjekt nr.
134027 Sluttrapport 15.06.2014.

Ness N E, Laberg T, Haneborg M, Granbo R, Færevaa L, Butli H, Prosjektgruppen
Hverdagsrehabilitering i Norge(2012) *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering*. Rapport.
Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo.

Ness N.E. m.fl. (2012) Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering, ergoterapeutene, Norsk
sykepleieforbund og Norsk fysioterapeutforbund – prosjektgruppen Hverdagsrehabilitering i
Norge, september 2012

NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg* Rambøll (2012)

Hanne Tuntland og Nils Erik Næss. *Hverdagsrehabilitering*, Gyldendal Norsk Forlag 2014

Kjellberg P.K. m.fl. 2011, Sosialstyrelsen 2007, Sosialstyrelsen 2010

10.1 Internettside

www.ergoterapeutene.org (henta frå sida 07.07.15)

www.ergoterapeutene.org/hverdagsrehabilitering (henta frå sida 07.07.15)

<http://hverdagsrehabilitering.no/sites/hverdagsrehab/files/Prosjektbeskrivelse%20Fase%201.pdf> (21.09.15)

www.riksrevisjonen.no/Rapporter/Documents/2011-2012/Dokumentbase_3_11_2011_2012.pdf Henta frå sida 25.11.15



Avdeling for Barn, Familie og Helse

SAKSFRAMLEGG

Sakshandsamar:	IMT	Arkivsaknr:	2012/2168
		Arkiv:	223

Utvalsaksnr	Utval	Møtedato
17/16	Komite for Helse og omsorg	21.04.2016
	Formannskapet	10.05.2016
	Kommunestyret	25.05.2016

SØKNAD OM ØKONOMISK TILSKOT TIL DRIFT AV SENTER MOT INCEST OG SEKSUELLE OVERGREP MØRE OG ROMSDAL.

Tilråding:

Herøy kommune har etter ei ny samla vurdering funne å kunne gi støtte til SMISO for 2016. søknaden for 2016 vert innvilga. I samband med budsjett 2017 vert det teke opp om kommunen vil inngå ei meir langsiktig avtale med organisasjonen.

Kommunen si støtte på kr. 44.670,- belastast bundne fond.

**Vedlegg: Søknad om tilskot
Årsrapport 2014**

Saksopplysningar:

Senter mot incest og seksuelle overgrep i Møre og Romsdal (Smiso) søkte kommunen om tilskot til drifta for 2016. Dei har også tidlegere søkt kommunen om tilskot. Søknaden vart lagt fram i samband med budsjett 2016, men var ikkje eit tiltak som vart prioritert frå rådmannen si side. Kommunen har også tidlegere avslått liknande søknader.

Smiso er ein organisasjon som lokalt har hovudsete i Molde. Dei har nå også desentralisert tilbod med base i mellom anna Ørsta. Smiso er eit lavterskeltilbod for alle som har opplevd seksuelle overgrep, pårørande, nettverk og andre samarbeidspartar. Dei har særskilte tilbod til brukare med etnisk minoritetsbakgrunn, menn og fleirkulturelle. I tillegg driv dei og førebyggjande arbeid for barn og unge. Dei har dei seinare åra særskilte hatt opplysningstiltak for russ og også for 9. klassar. Tiltaket for russ er i samarbeid med Sanitetsforeninga.

I Møre og Romsdal har 26 kommuner avtale med Smiso. I 7-stjerne samarbeidet er det berre Hareid og Herøy som ikkje har avtale med Smiso.

Vurdering og konklusjon: (skal slettast om saka ikkje har konsekvensar for....)

Herøy kommune har tidlegere valt ikkje å inngå avtale med Smiso. Dette har i hovudsak vore grunna i at kommunen har sett det som mest teneleg å prioritere tiltak som geografisk ligg nærare Herøy, som til dømes Overgrepsmottaket i Ålesund. I og med at det nå også er eit meir desentralisert tilbod vil dette kunne føre til at kommunen kan gjere seg meir nytte av tiltaket.

Smiso har no også prioritert førebyggjande arbeid for 9. klassene i fylket. Dette er eit viktig arbeid og vil kunne få stor verknad for den einskilde ungdom. Dei vil kunne få kunnskap og opplysningar som kan hjelpe dei om dei skulle verte utsett for overgrep. Forhåpentleg vil det også kunne hindre at dei kjem i situasjonar som kan føre til overgrep. Det er eit ønskje i samband med helsetenester for barn og unge å kunne gjere seg bruksærleg av tilbodet for 9. klassane. Russen i Herøy får tilbodet gjennom det samarbeidet Smiso har med Sanitetskvinnene.

Konsekvensar for folkehelse:

Ved at barn og unge får betre kunnskap om moglegheitene for seksuelle overgrep vil det kunne hindre at den einskilde unge vert utsett for overgrep. Det vil og kunne føre til at dei som vert utsett søker hjelp på ei tidleg tidspunkt.

Konsekvensar for drift:

Dersom søknaden innvilgast vil det føre til ei utgift i 2016 på kr. 44.670,-. Dette takast frå bundne fond 25100322, tilskot frå Helsedirektoratet.

Fosnavåg, 03.04.2016

Olaus-Jon Kopperstad
Rådmann

Inger Marie Tofthagen
Avd.leiar

Sakshandsamar: Inger Marie Tofthagen



Senter mot incest og seksuelle
overgrep i Møre og Romsdal

Herøy Kommune
Ordfører Arnulf Goksøy
Formannskapet m/kopi til alle medlemmer
Kopi Avdelingsleiar Inger Marie Tofthagen

6155 9/30/2015

P.b 274, 6099 Fosnavåg

Søknad om økonomisk tilskudd til drift av Senter mot incest og seksuelle overgrep for Møre og Romsdal

Senter mot incest og seksuelle overgrep ,Møre og Romsdal, (SMISO MR), er eit av 22 senter i Norge som BUF Dir(oppdragsgiver) har bestemt skal være eit økonomisk spleiselag mellom kommunar, fylkeskommunen helseforetaket og Staten.

Finansieringsmodellen er at kommunar, fylkeskommune og helseforetak står for 20 % og Staten ved Buf dir då står for 80% av driftsmidla til senteret. Jmfr(statens retningslinjer nr 10 for drifta)

Viktig å presisere at statstilskotet kun utløyses av tilskot frå kommunar, fylkeskommune og helseforetak.

Ut frå Statistisk Sentralbyrås folketelling pr 1. januar 2015 søker SMISO MR samtlige kommuner i fylket om **kr. 5.- pr. innbyggjar i 2016.**

Senter mot incest og seksuelle overgrep i Møre og Romsdal søker med dette Herøy kommune om 44670,- kr i økonomisk tilskudd for driftsåret 2016.

Likeeins søker vi at Herøy kommune inngår 4. års driftsavtale med senteret og signerer vedlagte avtale og returnerer den til Senter mot incest og seksuelle overgrep Møre og Romsdal.

Fireårsavtaler gjer at senteret kan ha ei forutsigbar, god og stabil drift ,samt at det å kunne planlegge verksemda over fleire år er viktig både for brukarar og dei tilsette.

Dette forutsett ein stabil økonomi. Arbeidet med å inngå langsiktige avtaler med den enkelte kommune er godt i gang, og pr. dags dato har 6 av 35 kommuner i Møre og Romsdal inngått 4 års avtale med oss.

På grunn av fastsatt frist fra Barne- likestillings og inkluderingsdepartementet, ber vi om at driftstilskuddet på 44670,- kr for 2016 vert bekrefta i brev eller e-post innen 15.12.2015

Adresse:Senter mot incest og seksuelle overgrep Møre og Romsdal,Moldeliv.9,6415 Molde
E-post:svanhild@smiso-mr.no

Informasjon om Senter mot incest og seksuelle overgrep

Senter mot incest og seksuelle overgrep ,Møre og Romsdal, (SMISO MR),gir eit lavterskeltilbud og er eit fylkesdekkande senter for alle utsatte for incest og seksuelle overgrep og deira pårørande.

Dei 22 sentra mot incest og seksuelle overgrep i Norge er eit supplement til det offentlege hjelpeapparat. Sentra er såleis ikkje å oppfatte som interesseorganisasjonar for utsette, men ein stad der det vert gitt naudsynt hjelp til sjølvhjelp for å bearbeide dei vonde opplevingane. Personalgruppa ved SMISO MR er høgskuleutdanna og tverrfagleg samansett (Sjukepleie - ,barnevernspedagog, politi og vernepleieutdanna)

Målgruppa for SMISO MR er barn, ungdom og vaksne av begge kjønn, som har vore utsette for seksuelle overgrep, og føresette/pårørande til utsette.

Denne målgruppa får ikkje eit liknande tilbod på krisesentra eller valdtekts-/overgrepsmottaka, sidan desse kun har tilbod til menneske i akutt krise.

Vi hjelper dei på vegen vidare til å finne muligheitene til å leve med det dei har opplevd.

Forebyggjande arbeid og desentralisert tilbod

SMISO MR driv aktivt med forebyggjande arbeid retta mot barn, ungdom og vaksne ,samt deler vår kunnskap og kompetanse med fagfolk i det offentlege hjelpeapparatet.

Vi har siste åra hatt spesielt fokus på 9.klasse, og har vore rundt om på ulike ungdomsskular i fylket.

Skuleåra 2013-2015 underviste vi ca 1400 9.klassingar. Alle elevane svara på evalueringsskjema der eit av spørsmåla var;

«Har du fått undervisning eller informasjon om incest og seksuelle overgrep tidlegare?»

Heile 70% av elevane svara at dei ikkje har fått informasjon /undervisning om incest og seksuelle overgrep tidlegare.

I tillegg har vi våren 2015 møtt 2500 Russ i fylket gjennom et forebyggende og holdningsskapende samarbeidsprosjekt med Sanitetskvinnene på fylkes og lokalt nivå.

Temaet russ og voldtekt vart satt på dagsorden gjennom undervisning ,apeller, og synliggjeriing i sosiale medier ,utdeling av informasjonsmateriell og boxershortsar til hver enkelt russ. I dette prosjektet hadde vi også politi og helsesøster m\fleire med på laget og på fleire skular hadde vi fellesopplegg. Dette prosjektet tenker vi å fortsette med så langt ressursane strekk til.

SMISO MR er eit fylkesdekkande tilbod og vi har som mål å vere lett tilgjengelig, å kunne nå og gi eit godt tilbod til alle i Møre og Romsdal.. For å nå dette målet har vi starta opp desentralisert tilbod i Ørsta ,Kristiansund og no 16 september 2015 også i Ålesund.

Antall menneske som tek kontakt/ besøkjer SMISO MR er i vekst, og vi har brukarar frå dei fleste kommunene i Møre og Romsdal. Vi har og godt samarbeid med ulike offentlege etatar i mange av kommunane i fylket. Vi viser for øvrig til vedlagte Årsmelding for 2014 og oppmuntrar Dykk til å sjå innom nettsida vår www.smiso-mr.no eller ta kontakt på tlf 71 11 51 55 om Dykk treng meir informasjon om oss.

Vi ber og om at denne søknaden vert vurdert som eit helsetilbod, og ikkje som et tilbod innan kultur, foreiningar eller lag.

Vonar Dykkar kommune handsamar og bekreftar positivt søknaden innan 15.12.15

Med vennlig helsing

Svanhild Lillebostad

Svanhild MN Lillebostad
Dagleg leiar Smiso MR
Årsmelding 2014, 4 års-avtale

2014

ÅRSMELDING



INNHold

ÅRSMELDING SMISO 2014

Organisasjon.....	2
Styret for Smiso MR.....	3
Smiso MR sitt formål og virke.....	4
FMSO – Fellesskap mot seksuelle overgrep.....	4
Fagorganisasjoner i Smiso MR.....	4
Våre lokaler.....	5
Åpningstider.....	5
Ansatte ved Smiso MR i 2014.....	6
Samarbeid med ulike etater.....	7
Økonomi.....	8
De som har bidratt med økonomisk støtte i 2014.....	8
Revidert Årsregnskap 2014.....	9
Tilskudd.....	13
Regnskap og Revisjon.....	13
Senterets ulike tilbud i 2014.....	14
Tilbud til menn.....	15
Tilbud til brukere med etnisk minoritetsbakgrunn.....	15
Tre årlige hendelser.....	15
Statistikk.....	16
Desentralisert tilbud.....	19
Samarbeid med helseforetak.....	19
Brukermedvirkning.....	20
Ansatt-gruppa anno 2014.....	21
Lønn.....	21
Forsikring og pensjonsordninger.....	21
Fagkompetanse hos ansatte i 2014.....	22
Utadrettet virksomhet.....	23
Oversikt utadrettet virksomhet 2014.....	23
Arbeids- og utviklingsoppgaver og samarbeid med andre.....	25
Ord fra daglig leder.....	26



ORGANISASJON

Senter mot incest og seksuelle overgrep Møre og Romsdal har eksistert siden 2002. Vi er dermed inne i vårt 13. driftsår. Senterets kortnavn er SMISO MR. Vertskommune er Molde kommune.

SMISO MR er organisert som stiftelse og styret for stiftelsen består av fem personer/representanter:

- En representant fra vertskommunen Molde.
- En representant fra Kommunenes Sentralforbund.
- En representant er fagperson/ helseforetaket.
- En ansattrepresentant.
- En brukerrepresentant.

Daglig leder for SMISO MR er sekretær uten stemmerett i styret.



Slik har styret for SMISO MR sett ut i 2014 valgt etter gjeldende vedtekter.

STYRET FOR SMISO MR FRA 01.03.2013

Styreleder	Elisabeth Rundtom	Kommunenes Sentralforbund	Vara Tone Haukebø Silseth
Nestleder	Sigrun M. Talsethagen	Vertskommunens representant	Vara Lisbeth Rød
Styremedlem	Tone I Skjerven	Fag representant	Vara Erik Gudbrandsen
Brukerrepresentant	Aimee Winsjansen	Brukerrepresentant	Nestleder Janne Kaldsvatsvik
Ansattrepresentant	Eva Breivik	Veileder SMISO	Vara Merete Nerland
Sekretær	Svanhild Lillebostad	Daglig leder SMISO	

SMISO SITT FORMÅL OG VIRKEFELT

- Har som formål å gi hjelp til selvhjelp for mennesker utsatt for incest/seksuelle overgrep og deres familier.
- Personalet består av personer med tverrfaglig relevant kompetanse.
- Er et tilbud for barn, ungdom og voksne av begge kjønn som er eller har vært utsatt for incest eller andre seksuelle overgrep.
- Skal forebygge og kjempe mot seksuelle overgrep ved å synliggjøre og motarbeide forhold i samfunnet som legitimerer, underbygger og opprettholder overgrepene.
- Skal arbeide for å spre kunnskap om incest/seksuelle overgrep og situasjonen til de som er utsatt.
- Drive virksomheten i nært samarbeid med andre senter mot incest og seksuelle overgrep.

FMSO - FELLESSKAP MOT SEKSUELLE OVERGREP

SMISO er medlem av FMSO. Dette er en paraplyorganisasjon for 17 av 22 senter på landsbasis. Det koster fem promille av brutto driftsbudsjett å være medlem.

FMSO fungerer som et kontaktledd mellom sentrene og arrangerer fire ledersamlinger i året på ulike steder/senter og muliggjør et godt og tett samarbeidsklima mellom sentrene. Organisasjonen blir brukt som høringsinstans for departementene.

FAGORGANISASJONER I SMISO

SMISO er medlem av Handels- og Servicenæringens Hovedorganisasjon.

Våre ansatte er organiserte i Fagforbundet, Fellesforbundet og Norsk Sykepleieforbund. ♦

VÅRE LOKALER

Stiftelsen SMISO MR eier huset som vi har senteret i. Huset ligger i Moldelivegen 9 - i sentrum av Molde med gåavstand til både ferge og bussterminal.

Huset vårt er på ca. 600 m² og består av fire etasjer. Vi leier ut tre hybelleiligheter i kjeller og en leilighet på loftet. Senterets lokaler består av 1. og 2. etasje med et areal på ca. 300 m². Huset er rehabilitert i 2007. Byggeår er ca. 1930.

I flotte lokaler har vi god plass å boltre oss på. I tillegg til stue/stort allrom og kjøkken, har vi et eget lekerom for barn og et aktivitetsrom hvor vi kan drive med ulike hobbyaktiviteter og ellers det vi måtte finne på. Her er det bare å bruke kreativiteten.

Vi har i 2012 også bygd opp ett lite treningsrom med ergometersykel, ribbevegg og diverse annet trimutstyr som brukere og ansatte kan benytte seg fritt av.

Vi har stillerom\ sanse rom på senteret. Her kan brukerne oppleve rekreasjon og hvile. Rommet inneholder både en hule med stjernehimmel og hengekøystol(løvbladstol), samt fargeeffekter, og er ment å gi en god, rolig og trygg sanseopplevelse.

Der har vi også fått en massasjestol til fri benyttelse.

1.etasje inneholder kontorlokaler og stue og kjøkken. I stuen er det også muligheter for film og musikk opplevelser.

I 2. etasje har vi ett godt samtalerom, kontor lokaler samt ett konferanserom med gode tekniske løsninger.

Lokalene har universell utforming i 1.etasje og rampe i inngangspartiet slik at vi har et tilpassa lokale til bevegelseshemmede.

Huset ønsker vi også å fylle med aktiviteter og samlingspunkt slik at brukerne våre vil trives, og oppleve at senteret er et godt sted å være.

Eierskapet til huset opplever vi som ei utfordring økonomisk pga staten sin tilskuddsordningen, og styret for Smiso MR er i gang med å arbeide mot en løsning på



dette som vi økonomisk kan leve bedre med.. ♦

For å komme i kontakt med Smiso M og R kan du:

- Ringe senteret på telefon 71 11 51 55
- Sendte tekstmelding til vår mobiltelefon 97 41 55 80
- Sendte en e-post til: smiso@smiso-mr.no
- Komme innom senteret i åpningstida
- Skrive til oss på adressen :
Senter mot incest og seksuelle overgrep M og R
Moldelivn 9,6415 Molde

ÅPNINGSTIDER

TELEFONTID

Mandag	09.00-15.00
Tirsdag	09.00-15.00
Onsdag	09.00-15.00
Torsdag	09.00-18.00
Fredag	09.00-15.00

BESØK/ AVTALER

Mandag	09.00-15.00
Tirsdag*	09.00-15.00
Onsdag	09.00-15.00
Torsdag	11.30-18.00
Fredag*	09.00-15.00

*kun avtale/ telefon

www.smiso-mr.no

Facebook: Smiso M og R

ANSATTE VED SMISO MR 2014

SVANHILD LILLEBOSTAD

Daglig leder

e-post: svanhild@smiso-mr.no

Sykepleier med lederutdanning, helseinformatikk, dokumentasjon og EPJ.

ANN KRISTIN SKURTVEIT

Seniorveileder

e-post: aks@smiso-mr.no

Sykepleier med lederutdanning, kompetanse frå akutt mottak.

MERETE NERLAND

Veileder

e-post: MereteB@smiso-mr.no

Vernepleier med Snoezelen og psykiatrikompetanse.

EVA BREIVIK

Veileder

e-post: eva.breivik@smiso-mr.no

Sosionom med videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge.

UNNI ELVSAAS RAUSAND

Veileder

e-post: unni.rausand@smiso-mr.no

Sosionom med lang erfaring frå barnevern og Bufetat.

SAMARBEID

SMISO MR samarbeider med aktuelle instanser i vertskommune og samarbeidskommuner med sikte på å øke kompetansen til hjelpepersonell. Dette mener vi bidrar til at flere brukere blir fanget opp av hjelpeapparatet og får den hjelpen de har behov for.

- Konsultasjonsteamet
- Barnehuset
- Politi
- Ulike barnevern
- Familievernet
- Krisesenter
- Psykisk Helsevern
- Nav

Forskning viser en overrepresentasjon av ulike psykisk og somatiske lidelser blant mennesker som er utsatt for seksuelle overgrep. Erfaring fra brukere viser at det går alt for lang tid før overgrepssproblematikk blir avdekket og jobbet med.

Målsettingen med samarbeid på systemnivå er å bygge opp samarbeid og kompetanse på en slik måte at kommunene selv viderefører kompetanse- oppbygging og kvalitetsutvikling når det gjelder tilbud til mennesker som er utsatt for seksuelle overgrep og deres pårørende. Videre samarbeider Smiso MR med kommunenes støtteapparat på individnivå for å bidra til at brukere får nødvendig bistand.



ØKONOMI

Senter mot incest og seksuelle overgrep Møre og Romsdal fikk i 2014 økonomisk støtte fra 26 av 35 kommuner i fylket. Vi har driftsavtale for tilskudd med 11 kommuner. 15 kommuner har valgt å ikke inngå 4-års avtale, mens 9 kommuner ikke bidrar med støtte. Vårt langsiktige mål er at alle kommuner vil bidra og at kommunene innarbeider støtten i sine økonomiplaner og inngår 4- års driftsavtaler med oss . >>

ØKONOMISK STØTTE 2014			SUM 2014	
KOMMUNE	TILSKUDD	4-ÅRSAVTALE	Primærkommuner kr 723 858,-	
Aukra	kr 13 711,-	2017		
Aure	Ikke bidratt		Fylkeskommunen ikke bidratt	
Averøy	ikke bidratt			
Fræna	kr 39 458,-	2010	Helse Midt-RHF kr 286 000,-	
Eide	kr 14 215,-	2014		
Giske	kr 10 000,-	nei	Sum før tilskudd kr 1 009 858,-	
Haram	ikke bidratt			
Halsa	ikke bidratt		Tilskudd Buf dir kr 3 811 064,-	
Hareid	Ikke bidratt			
Herøy	Ikke bidratt			
Kristiansund	kr 98 777,-	2016		
Norddal	kr 7134,-	nei		
Gjemnes	kr 10 533,-	2011		
Sande	kr 10 742	2010		
Sula	ikke bidratt			
Smøla	ikke bidratt			
Sykkylven	ikke bidratt			
Vanylven	kr 13 715,-	2017		
Ulstein	kr 25 000,-	nei		
Vestnes	kr 27 130,-	nei		
Ørsta	kr 20 000,-	nei		
Misund	kr 8 180,-	2015		
Molde	kr 105 980,-	(Vertskommune)		
Rauma	kr 30 492,-	2014		
Ørskog	kr 1 600,-	nei		
Volda	kr 36 195	2015		
Tingvoll	kr 12 776,-	2014		
Ålesund	kr 100 000,-	2014		

REVIDERT ÅRSREGNSKAP 2014

Resultatregnskap - spesifikasjon			
Senter mot Incest Møre og Romsdal			
	2014	2013	
Driftsinntekter			
3100 Statstilskudd	-3 811 063,98	-3 544 157,94	
3110 Inntekt kursdager	0,00	-2 000,00	
3300 Tilskudd primærkommuner	-720 712,06	-652 336,12	
3400 Tilskudd Helse Midt-norge	-285 999,96	-285 999,96	
	-4 817 776,00	-4 484 494,02	
Annen driftsinntekt			
3500 Andre inntekter	0,00	-1 025,00	
3600 Leieinntekter	-126 600,00	-170 650,00	
3900 Andre inntekter/gaver	0,00	-5 000,00	
	-126 600,00	-176 675,00	
Varekostnad			
4500 Fremmedytelse underentreprise	2 800,00	0,00	
	2 800,00	0,00	
Lønnskostnad			
5000 Lønnskostnader	1 976 335,19	2 104 657,37	
5010 Veiledning	47 613,50	24 027,00	
5092 Feriepenger	237 160,24	252 558,95	
5200 Fri telefon	4 392,00	4 000,00	
5250 Gruppelivsforsikring	1 683,00	8 579,20	
5290 Motkonto gruppelivsforsikring	23 141,00	0,00	
5299 Speilkonto gruppe 52	-29 216,00	-88 966,28	
5330 Styrehonorarer	20 700,00	53 400,00	
5400 Arbeidsgiveravgift	317 427,52	371 031,39	
5405 Arb.g.avg.av feriep.	33 439,47	35 610,74	
5800 Refusjon av sykepenger	-223 134,00	-98 046,00	
5900 Avtalefesten pensjon (AFP)	37 356,00	129 518,00	
5901 AFP ordning sluttvederlag	3 366,00	3 762,00	
5910 Kollektiv pensjonsforsikring	437 899,00	429 320,00	
5920 Yrkesskadeforsikring	23 946,00	23 245,92	
5930 Gruppelivsforsikring	11 652,00	0,00	
5990 Andre personalkostnader	9 425,00	6 800,00	
	2 933 185,92	3 259 498,29	
Avskrivning på driftsmidler			
6000 Avskrivning fast eiendom	180 300,00	180 300,00	
	180 300,00	180 300,00	
Annen driftskostnad			
4000 Husholdningsutgifter	64 455,39	54 482,26	
6300 Leie av lokaler	1 700,00	0,00	
6320 Kommunale avgifter	54 772,76	40 659,00	
6340 Strøm, varme m.v.	50 482,51	57 445,87	
6360 Renhold	31 986,34	29 854,75	
6390 Forsikring og alarm	10 200,00	9 050,00	
Senter mot Incest Møre og Romsdal			
Side 1			

Resultatregnskap - spesifikasjon			
Senter mot Incest Møre og Romsdal			
	2014	2013	
6540 Inventar	12 283,00	31 040,50	
6550 Datakostnader/-utstyr	65 613,00	64 236,00	
6560 Driftsmaterialer	41 220,49	42 254,57	
6590 Annet driftsmateriell	6 387,62	887,00	
6600 Vedlikehold bygninger	9 074,80	2 279,75	
6620 Reparasjoner og vedlikehold	16 844,20	24 942,25	
6700 Revisjonshonorar	40 625,00	35 625,00	
6705 Regnskapshonorarer	145 115,00	143 529,00	
6792 Utgifter på brukere	57 516,20	85 424,33	
6795 Kontigent HSH	10 238,00	10 976,00	
6796 Kontigent FMISO	26 146,00	0,00	
6800 Kontorrekvisita	957,88	4 377,09	
6820 Trykksaker	1 194,00	-89,00	
6840 Aviser,tidskrifter m.v.	25 176,00	17 951,87	
6860 Møter, kurs, litteratur o.l.	143 844,00	98 154,65	
6862 Møter / samarb.andre org	40 314,00	6 763,60	
6890 Andre kontorkostnader	7 789,13	4 457,25	
6900 Telefon, porto m.v.	55 292,87	50 747,96	
6903 Mobiltelefon	3 280,77	7 083,90	
6940 Porto	5 367,80	8 729,00	
6950 Øredifferanse	-2,83	0,53	
7100 Bilgodtgjørelser	41 621,85	35 190,45	
7101 Passasjertillegg	13 608,00	6 656,00	
7140 Reise/diett etter regning	157 436,90	124 880,33	
7150 Diettgodtgjørelse oppg.pliktig	59 571,00	45 123,99	
7320 Reklame/annonser	69 587,25	87 056,50	
7321 Reklame annonser	15 237,50	46 000,00	
7410 Kontingenter, ikke-fradragsber.	22 777,00	0,00	
7420 Gaver, fradr. ber.	10 340,00	0,00	
7430 Gaver, ikke fradr.ber.	0,00	6 985,00	
7500 Forsikringspremier	48 520,00	36 180,48	
7770 Bankomkostninger	12 042,00	8 985,00	
7790 Annen kostnad	1 849,20	120,41	
7798 Andre driftskostnader	25 057,50	5 318,75	
7799 Annen kostnad ikke fradragsberettiget	2 070,00	0,00	
	1 407 592,13	1 233 360,04	
Annen renteinntekt			
8050 Renter av bankinnskudd	-21 856,00	-23 401,00	
8059 Andre renteinntekter	0,00	-12 531,00	
	-21 856,00	-35 932,00	
Annen rentekostnad			
8150 Rentekostnader	140 920,05	133 727,07	
8155 Andre rentekostnader	974,80	396,12	
	141 894,85	134 123,19	
Senter mot Incest Møre og Romsdal			
Side 2			

REVIDERT ÅRSREGNSKAP 2013

Resultatregnskap - spesifikasjon

Senter mot Incest Møre og Romsdal

	2014	2013
Avsatt til annen egenkapital		
8960 Avsatt til annen egenkapital	300 459,10	-110 180,50
	<u>300 459,10</u>	<u>-110 180,50</u>

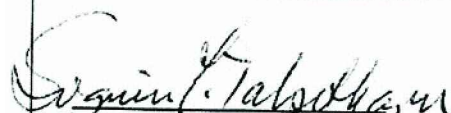
BALANSE

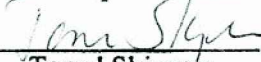
Senter mot Incest Møre og Romsdal

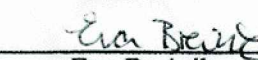
	Note	2014	2013
Egenkapital og gjeld			
Innskutt egenkapital			
Grunnkapital		50 000	50 000
Annen innskutt egenkapital	7	500 804	200 345
Sum innskutt egenkapital		<u>550 804</u>	<u>250 345</u>
Opptjent egenkapital			
Sum egenkapital		<u>550 804</u>	<u>250 345</u>
Gjeld			
Avsetning for forpliktelser			
Annen langsiktig gjeld			
Gjeld til kredittinstitusjoner	4	5 969 834	6 198 427
Sum annen langsiktig gjeld		<u>5 969 834</u>	<u>6 198 427</u>
Kortsiktig gjeld			
Leverandørgjeld		70 360	74 129
Skyldig offentlige avgifter		182 880	214 172
Annen kortsiktig gjeld		248 143	263 539
Sum kortsiktig gjeld		<u>501 383</u>	<u>551 840</u>
Sum gjeld		<u>6 471 217</u>	<u>6 750 267</u>
Sum egenkapital og gjeld		<u>7 022 021</u>	<u>7 000 612</u>

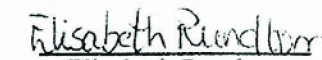
Molde

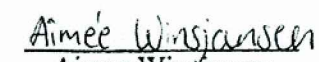
Styret i Senter mot Incest Møre og Romsdal


Sigrun Mjelva Talsethagen
Nestleder Komm.representant


Tone I Skjerven
Fagrepresentant


Eva Breivik
Ansattrepresentant


Elisabeth Rundtom
Styreleder


Aimee Winsjansen
Brukerrepresentant



TILSKUDD

Statstilskuddet utgjør 80 % av samlet kommunalt og regionale tilskudd.

Det er viktig å påpeke at statens tilskudd utløses på grunnlag av bidrag fra kommunene, fylkeskommunen og Helse Midt.-RHF. Gaver og andre inntekter utløser ikke statstilskudd. Det er fortsatt en utfordring for senteret at finansieringen ikke er klar før 3-4 måneder ut i budsjettåret. Uforutsigbar økonomi er en belastning for brukere og ansatte. Brukergruppen har behov for stabilitet og forutsigbarhet og senteret har behov for mest mulig sikker og forutsigbar drift for å kunne ansette og beholde kvalifiserte ansatte.

Kommunene sitt økte ansvar for krisesentra og overgrepsmottak på sjukehusa i Møre og Romsdal har gitt oss økte utfordringer i forhold til økonomi også i 2014. Vi opplever også at mange kommuner sin vanskelige økonomiske situasjon er med å påvirker tilskuddene fra kommunane. Senteret har som mål i virksomhetsplanen for 2013-2017 at alle kommuner i fylket skal bidra med tilskudd til senterets drift og ha det som fast post i sine budsjetter.

Senteret møter meget stor velvilje fra mange kommuner og har god kontakt med hjelpeapparat og andre brukere av senterets kompetanse. Dette tar senteret som en bekreftelse på at kommunene og helseregionen ser at

senter mot incest og seksuelle overgrep er et rimelig og viktig tilskudd. Dette er et tilbud som gir kommunene tilgang til spisskompetanse innenfor et vanskelig felt.

2014 har vært ett år med økende antall alvorlige sedelighetssaker med incest og seksuelle overgrep mot barn og ungdom som en stor del av saksinnholdet, både på landsplan og i Møre og Romsdal som viser oss at behovet for ett slikt senter ikke er avtagende. Fylket vårt har sitt eget Statens Barnehus i Ålesund som åpnet i november 2012, og dette ser vi på som ett viktig bidrag til at økt tverrfaglig kompetanse og ivaretagelse av barn som er utsatte for vold og seksuelle overgrep i fylket vårt.

Politiet sin satsning på forebygging mot vold og overgrep i 2014 ved å ha ansatte med forebygging som hovedfokus er også viktige bidrag,eks er familie og voldskordinator stillinger i politiet.Dei er viktige samarbeidsparter for oss både i enkelsaker og i det forebyggande og utadretta arbeidet vårt.

Regnskap og Revisjon

Smiso MR bruker ett regnskapsbyrå, Økonomisenteret A/S i Molde til å føre regnskapet. Dette opplever vi har gitt oss ett kvalitetsmessig godt grunnlag for å forankre økonomien i ett godt system etter norsk standard og lover og regler forøvrig.Årsrevisjonen er utført av statsautorisert revisor i firmaet BDO A/S. ♦

SENTERETS TILBUD OG TILRETTELEGGING

SENTERETS TILBUD I 2014

AKTIVITETER	ANTALL PERSONER	ANTALL AKTIVITETER
Kirkens Nødhjelp: - kvinner i Pakistan	17	2
Sommertur Hjertøya	18	1
Kristiansund-tilbud	13	4
Ørsta-tilbud	23	9
Temadag, Laila Nøsen	8 brukere, 3 ansatte	1
Temadag m/ Hildur Vea	12 brukere 41 hjelpeapparat	1
Brukerkveld	21	2 kvelder
Seinåpent	239 besøk	47
Juleverksted	17 brukere, 6 ansatte	1
Sexolog - rådgiving	21	8
Advokat - rådgiving	12 time-, 20 telefonavtaler	
Undervisningsoppdrag 62 (se statistikk buf dir)		
Samarbeidsmøte m/brukere	14 brukere,5 ansatte	3
Advokat - rådgiving	32	8 dager
Undervisningsoppdrag 62 (se offisiell statistikk Buf. dir.)		
Hospitering fra ulike faggrupper	2 politi, 6 studenter, 1 praksisplass	
Ansvarsgruppe/ teammøte/ samarbeid	4 brukere 25 fagpersoner, 5 ansatte	
Besøk fra venneforeningen Ladies Circle og St. Geos	35 deltagere, 2 ansatte. 2 kvelder.	
Klatrekursdag	4 brukere, 2 ansatte	

>> TILBUD OG TILRETTELEGGING

TILBUD TIL BRUKERE MED ETNISK MINORITETSBAGGRUNN

Senteret har videreført tanken på at brukere med etnisk minoritetsbakgrunn også er eller kan ha vært utsatt for seksuelle overgrep slik som norsk etniske, og mennesker med etnisk minoritetsbakgrunn er ei viktig gruppe å nå med tilbudet vårt.

Vi har brukere som gjennom hjelpeapparatet har kommet i kontakt med oss, men vi tror gruppen brukere er altfor liten i forhold til det reelle behov. Vi har derfor fokus på opplysning og informasjon om tilbudet vårt til denne delen av befolkninga og hjelpeapparatet rundt dei i Møre og Romsdal.

TILBUD TIL MENN

Smiso er ett tilbod også for menn og vi har i 2014 ein henvendelsesprosent frå menn på 13,9%. Det i er 2014 6,9 % av besøkende til senteret som er menn. Vi opplever at arbeidet vi gjør for denne gruppen av brukere

medfører at at senteret vårt oppleves å være en god plass å være også for dei mannlige brukerne. Samtidig er felleskap og møte med andre menn på sentra viktig også for denne gruppen av brukere.

TILBUD TIL FLEIRKULTURELLE

Vi har enda ikkje opplevd at brukere med fleirkulturell bakgrunn har funnet Smiso som tilbud enda her i Møre og Romsdal. Vi jobber målretta med dette. Mellom anna er vi ute på asylmottak og informerer både til kvinner og menn om senteret og seksuelle overgrep og incest som samfunnsproblem i Norge. Vi beholder fokuset på dette også framover og vil fortsatte med den målretta arbeidet med denne gruppa mennesker i Møre og Romsdal.

TRE ÅRLIGE HENDELSER

SOMMERTUR

Årets sommertur gikk til Hjertøya på en av de få dagene med sommer vær i juli, litt kald vind-kun dei yngste som bada. Vi var også heldig og fekk billetter til ute konsert på Molde Jazzfestival og ansatte og brukere koste oss i lag der.

SOMMERÅPENT

Vi har i år også holdt sommeråpent heile fellesferien og dette har vi fått positive tilbakemeldinger på, selv om besøkstallet er lavt, er det alltid viktige henvendelser som kommer.

JULELUNSJ

Tradisjonen tru hadde vi julelunch kombinert med juleverksted med god oppslutning og utrolig kreativitet. Fokus på å lage kort, stjerner og nydelig tapas som mat.



STATISTIKK

Vi har i år som i fjor ført vår statistikk webbasert og det er Sentio Research som har, i samarbeid med BUF-dir. utarbeidet dette verktøyet. Dette verktøyet skal gi sentrene på landsbasis et bedre og likere system for å registrere aktiviteten på sentrene.

Vi har hatt opplæring og vært på samarbeidsmøter for beste tilpasning av verktøyet.

Ut av dette er systemet for registrering av aktiviteter i 2012 ytterligere forbedret.

Vi registrer på tre ulike skjema:

- A skjema registrerer alle henvendelser til senteret som ikke er rent administrative.
- B skjema registrerer alle brukere og aktiviteter for brukere på senteret.
- C skjema registrerer generell statistikk på individnivå for Buf dir.
- D skjema som er samletall for drifta av senteret til Buf dir.

STATISTIKKEN 2014

Statistikken for 2014 viser at vi har hatt ei forskyvning i at antall brukere anvender meir selvhjelpsgruppe tilbud en enesamtaler i forhold til tidligere år. Dette er noko vi ønsker videre fokus på fordi trua vår på kreftene i felleskapet og relasjoner til andre utsatte er svært sentralt i arbeidet med å komme vidare livet.

Vi også gjerne framheve at av dei 24 som svarte på skjema om kor gamle dei var ved første overgrep så svarte 80% at dei var under 12 år ved første overgrep. Dette samsvarer med det vi veit om når overgrepa i nære relasjonar skjer. Dette er viktig å ta med i det vidare arbeidet vårt i forebygging og undervisning ut i skulane.

BRUKERE/
SAMARBEIDSPARTNERE

Henvendelser fra Brukergruppen	Antall 835 (59,1%)
Samarbeidspartnere	578 (40,9%)

HENVENDELSER
FORDELT PÅ KJØNN

Kvinner/jenter	705 (86,1%)
Menn/gutter	114 (13,9%)

BESØK PÅ SENTERET
FORDELT PÅ KJØNN

Kvinner/jenter	778 (93,1%)
Menn/gutter	58 (6,9%)
Aller første besøk	43 (5,1%)
Første besøk 2014	55 (6,5%)
Gjentatt besøk	750 (88,4%)

BRUKERE/PÅRØRENDE

Henvendelser fra brukere/utsatte/pårørende	Antall 833
Antall tause telefoner	8 (1%)
Enesamtaler på telefon	236 (28,3%)
Antall E-post	167 (20%)
Antall SMS henvendelser	286 (34,3%)
Antall Brev fra brukere	11 (2,9%)
Sosiale Medier	24 (2,9%)

PÅRØRENDE
ELLER UTSATT?

Utsatt	773 (92,8%)
Pårørende	51 (6,1%)
Vet ikke (taus tlf)	9 (1,1%)

PÅRØRENDE

Familie	48 (98%)
Andre	1 (2%)

BRUK AV SENTERET

Aller første gang	39 (4,7%)
Første i år	47 (5,7%)
Gjentagelse	736 (89,5%)

SAMARBEIDSPARTNERE-
FORMÅL HENVENDELSEN

Enkeltbrukere	138 (24,1%)
Råd og veiledning	35 (6,1%)
Samarbeid	121 (21,1%)
Undervisning	218 (38%)
Annet	61 (10,6%)

BESØKET GJELDER

Enesamtale	414 (50,5%)
Temakveld	8 (1%)
Tilbud til barn og unge	1 (0,1%)
Innomstikk	559 (68,3%)
Selvhjelpsgruppe	205 (25%)





DESENTRALISERT TILBUD

Ørsta-tilbudet har vi i 2014 opprettholdt og utvikla, siste tirsdag i måneden er vi der og opplever at vi har bra besøkstall og føler at vi no er godt etablert og kjent i omgivelsene og nærliggende kommuner. Vi leier lokaler av Ørsta Kommune i Kaihuset foreløpig men ønsker oss egne lokaler etterhvert.

Vi har også jobba målretta med et desentralisert tilbud på Nordmøre, lokalisert til Kristiansund og har i frå september hatt møteplass der, hvor vi møter brukere fra Kristiansund en onsdag i måneden og har fått til ett flott samarbeid med Nordmøre Kriesenter der vi låner lokaler og kan utvikle tilbudet vidare. Målsettinga for 2015 er å få til liknande samarbeid med Ålesund Kommune, slik at den største byen i fylket også får tilbudet vårt litt meir tilgjengelig. Vi håper å komme i gang der i løpet av høsten 2015.

Samarbeid med helseforetak

Smiso MR mottar midler fra Helse –Midt RHF. Midlene disponeres i h.h.t vedtekter og retningslinjer for senterets faglige virksomhet og er gitt for å støtte oss som ett brukerfokustert tilbud.

Brukermedvirkning og hjelp til selvhjelp er viktige nøkkelord for organiseringa vår. Brukermedvirkninga praktiseres gjennom styremedlem som er brukerrepresentant og samarbeidsmøter inntil 4ganger i året.. ♦

BRUKERMEDVIRKNING

I 2014 har vi innad i senteret endra struktur og funksjon til brukerrepresentanten gjennom et samarbeid med daglig leder. Vi har utarbeida nye vedtekter for brukerrådet og brukermedvirkninga i senteret. Vedtektene har vært ute på høring og vart vedtatt.

Kort summert innbærer dette at vi avholder maksimalt fire samarbeidsmøter i året der alle brukere og ansatte er velkomne. Brukerrepresentanten har til hovedfunksjon å bidra til at brukernes stemme høres inn i styret og at saker som ønskes i styret eller samarbeidsmøtene bringes fram til daglig leder og styret. Brukerrepresentant-valget gjøres etter oppsatte vedtekter og representanten skal være tilgjengelig for brukerne på senteret etter oppsatte

tidspunkt som en finner på nettsida og facebookprofilen til Smiso MR

I 2014 har vi avholdt tre samarbeidsmøter og brukerrepresentanten er nyvalgt til årskiftet pga flytting. Brukerkvelder er blitt avholdt to ganger i 2014, med ulik grad av oppslutning. ♦

ANSATTE

Vi har har ei stabil og god ansattgruppe. I 2014 sa en veileder opp stillinga si. Fordi økonomien i 2014 har vore utfordrande har vi valgt å ansette kun i ett korttidsvikariat når veilederstillinga vart ledig. I korttidsvikariatet i 80 % stilling har vi ansatt en kompetent sosionom fram til 01.04.2015.

Vi har to ansatte i 100% AFP-ordning i fram til august 2014, deretter en ansatt i 100% AFP til juli 2015. Våre 4,80 årsverka er dermed besatt av tverrfaglig kompetente folk.

Daglig leder er i videreutdanning i familierapi og systemisk praksis ved Høgskulen i Bergen, og denne utdanninga er fullført til våren 2015. Vi er i dag fem kvinner ansatte og dessverre ingen menn i stillinger ved Smiso MR.

Vi har hatt sykemeldinger og langtidsfravær i 2014 men vi jobber vi målretta med dette gjennom IA arbeidet og fokus på nærvær hos alle ansatte. Vi har god faglig gruppeveiledning ved veileder Grete Lilledalen for alle ansatte. Vi har også deltatt på nettverkssamlinger i regi av RVTs og Knut Hermstad når det har vært arrangert. Vi har også benytta oss av kompetansen til Laila A. Nøsen som er sexologisk rådgiver hos oss og vi har hatt faglig veiledning i sammen med henne.

Vi samarbeider tett med advokater fra Øverbø og Gjørtz og tilbudet til brukerne er ett flott supplement. Desse tilbuda er naturligvis gratis. Dette viktige suksessfaktorer for trivsel og faglig utvikling på Smiso MR.

Fagkompetanse hos ansatte i 2014

Senteret har ved årsskiftet fem ansatte. 4,0 årsverk.

Veiledere:

Vernepleier med spesialkompetanse (Snoezelen - psykiatrikompetanse)

Sosionom med psykologiskompetanse (videreutdanning i

psykososialt arbeid med barn og unge)

-Sosionom med lang erfaring i barnevern og BUFetat

Seniorveileder:

Sykepleier med lederutdanning i helse og sosialtjenesten samt ledererfaring fra AMK sentralavdeling

Daglig leder:

Sykepleier med lederutdanning i helse og sosialtjenesten, samt dokumentasjon, EPJ og helseinformatikk utdanning. Starta med viderutdanning i familierapi og systemisk praksis høsten 2013.

Lønn

De ansatte lønnes i henhold til Molde kommunes lønnspolitiske plan, lover og regler for øvrig. Daglig leder er direkteplassert etter styrevedtak og forhandler lønn årlig.

Forsikring og pensjonsordninger

Smiso MR har tegnet yrkesskadeforsikring og gruppelevsforssikring for de ansatte. De ansatte opparbeider pensjonsrettigheter i Storebrand Livsforsikring på lik linje med offentlig tjenstepensjon. Denne forsikringa er i 2015 overført til KLP med lik ytelse. SMISO betaler 2 % av bruttoinntekt for alle ansatte til Statens pensjonskasse.

Senterets tilbud og tilrettelegging

Senteret har ett bruttoareal på 300 m2, er tilrettelagt for rullestolbrukere med universell utforming men har ikke overnattingsmuligheter.

Senterets telefon er betjent fem dager i uka i tilsammen 37 timer og telefonsvarer er operativ når vi holder stengt. Vi har åpent for brukere 24,5 timer i uka. Hver torsdag har vi seinåpnet til kl 18.00, og vi feriestenger kun "røde dager".♦

KOMPETANSE OG KOMPETANSEHEVENDE KURS FOR ANSATTE 2014

KURS	DELTAGERE
NAV "Vi sees i Morgen"	1 ansatt
Virksomhetsplan, evaulering og utvikling i samarbeid med Smiso Sogn og Fjordane.	4 ansatte
"Skammens ansikt", Trondheim.	1 ansatt og 1 student
"Barn og traumer" Oslo.	1 ansatt og 1 student
Mental trening med Bertrand larsen.	4 ansatte,4 brukere,1 student
Fagdag om metakognitiv tilnærming til traumer. Trondheim.	4 ansatte
Nettverksmøte RVTs, Trondheim	2 ansatte
Fagseminar om rus, Molde	2 ansatte
Landskonferansen Smiso sentrene Tromsø	4 ansatte
Daglig leder deltatt på 4 ledersamlinger Oslo	1 ansatt
Sepetmberkonferansen RVTs Vest. Bergen	1 ansatt
Nettverkssamlinger Trondheim.	4 ansatte
Smiso Nørd Trøndelag. Bruker- og ansattkonferanse	2 ansatte, 5 brukere, 1 student
NAV –IA konferansen i Molde.	1 ansatt
Nasjonal konferanse. "Vold i Nære relasjoner", Oslo.	2 ansatte
"Beskyttelse av barn mot vold og overgrep". Oslo.	2 ansatte
Fagdag i Nordfjordeid. «Den vanskelige samtalen med barn».	4 ansatte
"Vold i Nære relasjoner". Molde.	3 ansatte
Prosjektgruppe "Handlingsplan mot Vold". Molde. 4 møter.	1 ansatt

UTADRETTET VIRKSOMHET

Den utadrettede virksomheten har fokus på forebygging, undervisning og informasjon om tilbudet senteret har. Vi har i 2014 jobbet godt med det forebyggende tilbudet der handling og holdningsskapende arbeid blir presentert til 9.klassinger i fylket. Vi har mange skoler og kommuner å favne.

9. klasse-opplegget er et 3 timersopplegg, og her er et utdrag av brevet som sendes til foresatte etter at vi har vært på skolen:

«Informasjonsskriv til foresatte på 9 trinn:
Smiso (Senter mot incest og seksuelle overgrep i Møre og Romsdal) har i dag vært på besøk til deres sønn/datter sin klasse.

Formålet med vårt besøk er å bevisstgjøre elevene, bidra til økt kunnskap og handlingskompetanse i forhold til seksualitet, grenser og egne valg. Vi informerer elevene om hva seksuelle overgrep og incest er og hvem/hvor man kan henvende seg for hjelp dersom en selv eller andre man kjenner utsettes for/

har blitt utsatt for seksuelle overgrep. Elevene blir invitert til aktiv deltagelse i undervisningen ved bruk av rollespill, case og refleksjonsspørsmål.

- Det vil bli undervist om fakta og forekomst av seksuelle overgrep
- Definisjoner, hva er incest? Hva er voldtekt?
- Synliggjøring av aktuelle hjelpeinstanser.
- Filmen "trøbbel" kan lastes ned på Youtube.
- Rollespillet «Å sette folk i bås»

Vi har også utarbeidet et evalueringsskjema med fire spørsmål til elevene som vi systematiserer etter undervisninga. Ett av spørsmåla som elevene får er; om dei har hatt undervisning om incest og seksuelle overgrep før. I ei 9.klasse svarte heile 67,7% at det hadde dei ikkje.

Vi er også ute i videregående skole med et tilpasset opplegg til elevene. Et opplegg spesielt for Russen av året med fokus på rus og sårbarhet for seksuelle overgrep i russetiden. ♦

UTADRETTET VIRKSOMHET 2014

AKTIVITETERKURSMØTER	ANTALL PERSONER	ANTALL AKTIVITETER/ ANSATTE
Volda Asylmottak	60 asylsøkere	3 tolker, 2 fra SMISO
Folkeuniversitet i Molde Pedagogiske ledere	30 ledere	1 fra SMISO
Folkeuniversitetet I Molde Pedagoger i Fræna\Eide	15 pedagoger	1 fra SMISO, 1 student
Folkeuniversitetet i Molde Pedagoger Kristiansund	25 pedagoger	1 fra SMISO
Ungdomspanelet M og Romsdal	10 ungdomspolitikere	1 fra SMISO
Lærere Myklebust Ungdomskole	25 lærere	1 helsesøster, 1 fra SMISO
Lærere Øyra Skole	30 lærere	2 fra SMISO
Flyktningstjenesten i Molde	7 ansatte	1 fra SMISO
Lærere Skjevik Skule	25 lærere	Rektor, helsesøster, 2 fra SMISO
Ørsta ungdomsskole	30 lærere	Rektor, 2 fra SMISO

>>UTADRETTET VIRKSOMHET 2014

AKTIVITETERKURSMØTER	ANTALL PERSONER	ANTALL AKTIVITETER/ ANSATTE
Ørsta Ungdomsskole	88 elever	4 lærere, 2 helsesøstre, 4 fra SMISO
Volda ungdomskole	80 elever	4 lærere, 1 helsesøster, 3 fra SMISO
Ungdomsklubben Kaihuset i Ørsta	25 ungdommer	3 klubbansatte, 2 fra SMISO
Folkestad Ungdomsskole	15 elever	lærer, studenter, 2 helsesøstre, 1 SMISO
Vågsetra Ungdomsskole	25 elever	3 lærere, 2 veiledere fra SMISO
Austefjord skole	30 elever	1 lærer, 1 helsesøster, 1 SMISO
Dalsfjorden Skole	26 elever	Rektor, 4 lærere, 1 fra SMISO
Myklebust Ungdomskole	28 elever	3 lærere, 1 Helsesøster, 1 fra SMISO
Åheim Ungdomsskole	20 elever	3 lærere, helsesøster, 1 fra SMISO
Skjevika Ungdomsskole	27 elever	1 lærer, 1 helsesøster, student, 2 fra SMISO
Ørsta Ungdomsskole	100 elever	helsesøster, 2 fra SMISO
Akademiet Ålesund	45 elever	helsesøster, 2 fra SMISO
Volda Vidaregåande Skole	250 russ	Rektor, lærer, helsesøster, 2 fra SMISO
Vågsetra ungdomsskole	42 elever	Helsesøster, lærer, lærerstudent
Bergmo Ungdomsskole	120 elever	Helsesøster, 4 lærere
Bekkevoll Ungdomsskole	125 elever	Helsesøster, 4 lærere
Unge Høyre Åndalsnes	8 ungdommer	Leder, student, 1 fra SMISO
Smiso Nord Trøndelag	4 ansatte, 1 student	1 fra SMISO
Ressurstjenesten Molde Kommune	20 ansatte	2 fra SMISO
Vanylven Kommune,kommunalt ansatte	30 tverrfaglig	2 fra SMISO

Ord fra bruker:
" Hver gang vi møtes, har vi det bra
Vi får venner for livet
Venner som vet, hva vi sliter med
Slike venner er gode å ha
Her på SMISO føler vi oss trygg"

ARBEIDS- OG UTVIKLINGSOPPGAVER OG SAMARBEID MED ANDRE

Vi har brukt året målretta og jobba opp mot virksomhetsplanen som vi har evaluert og oppdatert, bearbeida og supplert prosedyreperm, og videreført forankring av mål og måloppnåelse i forhold til innholdet i drifta. Vi jobber også kontinuerlig med vår interne samarbeidsevne og følelse av tilhørighet til arbeidsplassen vår. Vi søker å ha fokus på teambygging og planlegging med deltakelse i alle ledd.

Vi har etter tilsyn av arbeidstilsynet gått til innkjøp av HMS digitalt system med avvikshåndtering som vi er i ferd med å integrere. Vi har videreført IA-arbeidet med nærvær og målretta arbeid i forhold til tilrettelegging som viktige element.

Vi bruker elektronisk stemplingsur for å gi alle ansatte sin egen oversikt over arbeidstid og daglig leder den administrative totaloversikt med mulighet for rapporter og anna verktøy som vi har behov for i forhold til lønn og personalressurs. Vi har arbeida etter årshjulet og videreført erfaringa med omlegging av søknadsprosessen i forhold til både bruk av verktøy og tidspunkt vi søker tilskudd hos kommunene på.

Vi har fokusert på å nå ut til heile fylket ved desentralisert tilbud på Sunnmøre i Ørsta og Nordmøre ved Kristiansund. Vi opplever at samarbeidet og tilbudet vårt når fram til både vertskommunen og andre kommuner i fylket. Vi fokuserer på å utvikle dette videre framover. Det at vi reiser mye rundt om og driv forebyggende og informasjonsarbeid i fylket bidrar også inn i dette arbeidet.

Vi har stort faglig og menneskelig utbytte av å samarbeide med dei og andre senter, vi har også hatt tett kontakt med Smiso Sogn og Fjordane, Nord- og Sør Trøndelag og høster faglige og menneskelig utbytte av dette også.

RVTS St.Olav er en viktig samarbeidspartner både på faglig- og på overordna nivå for oss. Vår kompetanse om RVTS St.Olav sin funksjon er nyttig for andre i hjelpeapparatet som vi treffer og som vi gjerne deler og formidler dette til. Vi har i 2014 hatt faglig veiledning fra RVTS ved Knut Hermstad og vi supplert dette med faglig gruppeveiledning ved psykolog Grete Lilledalen i heile 2014.

Vi har fortsatt det gode samarbeidet og videreført tanken om brukervedvirkning i senteret, og har avvikla tre samarbeidsmøter, i tillegg til at daglig leder har møter med brukerrepresentant når det har vore behov for det.

Vi har i 2014 videreført samarbeid med kateket Inger Marie i Bolsøy prestegjeld sine konfirmanter, med fokus på evnen til å sette egne grenser, holdninger og hvem en snakker med når en opplever vanskelige ting.

Vi har også fått til å videreføre ett forebyggende og holdningskapende opplegg for Russen ved videregående skoler, som vi søker å tilby alle videregående skoler i fylket på sikt.

Brukerenes bidrag og deltagelse i senterets funksjon er av uvurderlig betydning for oss. ♦

Daglig leder vil gjerne bruke anledningen til å takke alle ansatte og brukere for året som har gått. Det oppleves svært meningsfullt å samarbeide med dere alle.

Jeg føler at vi har nådd mange mål dette året, men at vi aldri må slutte å jobbe målretta med å nå ut med informasjon og kunnskap om incest og seksuelle overgrep.

Takk også til ett flott styre for Smiso MR for god støtte og tilgjengelighet i 2014

Videre rettes en takk også til:

- Vår vertskommune Molde ved vår kontaktperson Runar Malmedal Hosen ved NAV.
- Videre også takk til alle 26 av 35 kommuner i Møre og Romsdal som bidrar økonomisk til drifta vår.
- Helse Midt Norge-RHF og Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet som har bidratt med driftsmidler til senteret gjennom 2014
- Stor takk til alle dere brukere som vi blir kjent med og møter gjennom dette flotte og utfordrende arbeidet her på SMISO MR.

Jeg gleder meg til å utvikle Smiso MR vidare i 2015!

Mvh
Daglig leder

Daglig leder

Svenhild Lillebøsteg



