



# Helse- og omsorgsplan

## 2013 – 2020



NARVIK  
KOMMUNE



## INNHold

|                                                               |               |
|---------------------------------------------------------------|---------------|
| Helse- og omsorgsplan.....                                    | 1 -           |
| 2013 – 2020.....                                              | 1 -           |
| <b>1. INNLEDNING .....</b>                                    | <b>- 3 -</b>  |
| 1.1 Bakgrunn.....                                             | - 3 -         |
| 1.2 Hensikten med temaplanen .....                            | - 3 -         |
| 1.3 Rammeverk for temaplanen.....                             | - 4 -         |
| 1.4 Tjenesteområde helse, omsorg og sosial.....               | - 5 -         |
| 1.5 Forhold til andre planer.....                             | - 5 -         |
| <b>2. Utfordringer og muligheter for Narviksamfunnet.....</b> | <b>- 6 -</b>  |
| 2.1. Sentrale utfordringer og politiske føringer .....        | - 6 -         |
| 2.2. Status og framskrivinger .....                           | - 7 -         |
| 2.2.1 Befolkningsdata .....                                   | - 7 -         |
| 2.2.2 Levekår.....                                            | - 9 -         |
| 2.2.3 Diverse oversikter .....                                | - 10 -        |
| 2.2.4 Folkehelseprofil .....                                  | - 13 -        |
| <b>3. Fokusområder.....</b>                                   | <b>- 14 -</b> |
| 3.1 Folkehelsearbeid, forebygging og helsefremming.....       | - 14 -        |
| 3.2 Brukermedvirkning .....                                   | - 18 -        |
| 3.3 Organisering og koordinering av tjenester.....            | - 19 -        |
| 3.4 Kompetanseutvikling .....                                 | - 21 -        |
| 3.5 Kvalitetsutvikling.....                                   | - 22 -        |
| 3.6 Velferdsteknologi og innovasjon .....                     | - 23 -        |
| 3.7 Samarbeid med frivillige og næringsliv .....              | - 24 -        |
| <b>4. Strategier .....</b>                                    | <b>- 26 -</b> |
| <b>5. Handlingsplan .....</b>                                 | <b>- 27 -</b> |
| <b>Vedlegg .....</b>                                          | <b>- 37 -</b> |
| Vedlegg 1. Beskrivelse av sektorer og enheter i HOS .....     | - 37 -        |
| Vedlegg 2 BEON Prinsippet .....                               | - 48 -        |
| Vedlegg 3 Demografiske tabeller .....                         | - 49 -        |
| Vedlegg 4 Definisjoner .....                                  | - 50 -        |
| Vedlegg 5 Litteraturliste .....                               | - 56 -        |

# 1. INNLEDNING

## 1.1 Bakgrunn

Bystyret fattet vedtak den 27.09.12 i sak om planstrategi 2011-2015 at kommunen skal utarbeide en helse- og omsorgsplan i 2013. Det er også bestemt at denne planen skal være en temaplan.

## 1.2 Hensikten med temaplanen

Hensikten med temaplanen er at den skal ivareta både kommunale, regionale og nasjonale mål, interesser og oppgaver. Temaplanen skal ta utgangspunkt i den kommunale planstrategien og må ses i sammenheng med kommuneplanens samfunnsdel og kommunedelplan for oppvekst. Kommuneplanens samfunnsdel er under utvikling. I vedtatte planstrategi har man lagt følgende til grunn som fokusområder for kommuneplanen:

- Befolkningsstruktur
- Økonomi
- Folkehelse
- Tilrettelegging for næringsliv og arbeidsplasser

Planen for helse og omsorg (2013-2020) skal være et politisk og administrativt grunnlag for en langsiktig og bærekraftig utvikling av helse- og omsorgstjenestene i Narvik kommune. Planen forsøker å klargjøre formål, strategier og beskriver hovedtrekk når det gjelder nasjonale føringer, lokale utfordringer og muligheter knyttet til ulike fokusområder. Dette danner grunnlaget for tiltakene i handlingsplanen, som må integreres i budsjettene fremover. Tiltak i handlingsplanen må justeres og revideres avhengig av nye nasjonale føringer og lokale endringer.

Målet med planen er å utarbeide et grunnlag for å gi befolkningen koordinerte, innovative og gode tjenester, slik at det skal bli godt å leve i Narvik hele livet.

Narvik kommune vil få utfordringer fremover som vil kreve felles innsats for å kunne opprettholde og gi befolkningen et godt tjenestetilbud. Tiltak som kan sikre en positiv utvikling i perioden beskrives i handlingsplanen. Det er viktig å utvikle en felles forståelse og retning, og gjennomføring av aktivitet bør systematisk følge mål og strategier.

**Hovedmål:** Befolkningen i Narvik skal få koordinerte, innovative og gode tjenester med respekt og verdighet for den enkelte.

**Delmål:** Narvik kommune prioriterer folkehelsearbeid på alle nivå og på tvers av alle enheter for å sikre en bærekraftig utvikling.

For å få dette til er det utviklet noen strategier som skal ligge til grunn for prioritering av tiltak fremover. Utgangspunktet er at den enkelte har ansvar for egen helse.

### Strategier:

- Det skal fokuseres på den enkeltes ressurser, og legges til rette for egen mestring og deltakelse
- Folkehelseetenkning skal være grunnleggende på alle nivå og i beslutninger
- Forebygging, tidlig intervensjon, rehabilitering og helsefremming skal prioriteres for å gi tjenester på laveste omsorgs- og kostnadsnivå med

### SENTRALE UTFORDRINGER:



Oppfølging av samhandlingsreformen  
Folkehelsearbeid på tvers av enheter og nivå  
Forebyggende arbeid blant barn og unge  
Utvikling av kompetanse og kvalitet  
Økt brukermedvirkning  
Utvikling av omsorg- og velferdsteknologi

### FOKUSOMRÅDER:



Folkehelsearbeid, forebygging og helsefremming  
Brukermedvirkning  
Organisering og koordinering av tjenester  
Kompetanseutvikling  
Kvalitetsutvikling  
Velferdsteknologi og innovasjon  
Samarbeid med frivillige og næringsliv

fokus på livskvalitet

- Helse- og omsorgstjenester for eldre skal fortrinnsvis gis i eget hjem
- Korttidsopphold skal prioriteres fremfor langtidsopphold
- Infrastruktur og samarbeid på tvers av enheter skal understøtte tjenestetilbudet
- Forsvarlighet, pasientsikkerhet, verdighet og medvirkning legges til grunn for all tjenesteutøvelse

### Sentrale fokusområder

Dette er noen områder som må få et spesielt fokus fremover for å få til gode tjenester innenfor en bærekraftig utvikling. Det er nasjonale forventninger og føringer og lokale utfordringer som ligger til grunn for valg av områder.

Tiltakene i handlingsplanen deles inn i fokusområdene:

- Folkehelsearbeid, forebygging og helsefremming
- Brukermedvirkning
- Organisering og koordinering av tjenester
- Kompetanseutvikling
- Kvalitetsutvikling
- Velferdsteknologi, innovasjon
- Samarbeid med frivillige og næringsliv

## 1.3 Rammeverk for temaplanen

Med samhandlingsreformen fikk kommunen nye oppgaver. Det er blitt større fokus på brukermedvirkning, helhetlige og koordinerte tjenester, og at kommunen skal overta enkelte oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Dette betyr at kommunen må arbeide mer med nye oppgaver samtidig som eksisterende tilbud og tjenester opprettholdes.

Kommunen har ansvar for en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, og utjevner sosiale forskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse (Folkehelseloven). Utvikling i helse har nær tilknytning til oppvekstvilkår og de forholdene vi lever under (Folkehelsemeldingen). Det handler derfor om å legge til rette for en samfunnsutvikling som gir gode betingelser for helse, slik at befolkningen; personer, familier og sosiale nettverk, i størst mulig grad kan ta sunne valg og mestre egen hverdag. Forebygging i helsetjenesten og folkehelsearbeid må skje på tvers av sektorer. Dette krever god ledelse, politisk engasjement, forankrede planer og gjennomføringskraft (Folkehelsemeldingen, s. 10).

Kommunen skal også planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med fastsatt i lov eller forskrift (Helse- og omsorgsloven).

I 2005 vedtok bystyret at Helse-, omsorgs- og sosialtjenesten skal bygges opp etter LEON-prinsippet i omsorgstrappa (vedtak 170/05). LEON var laveste effektive omsorgsnivå. Dette er begrepet erstattet med BEON, som er beste effektive omsorgsnivå (vedlegg 2). Dette prinsippet skisserer at det er sentralt å gi tjenester så tidlig som mulig og på lavest mulig kostnadsnivå for å unngå at behovene for hjelp blir større enn nødvendig. I noen situasjoner vil det være nødvendig å gi mange tjenester på et høyt nivå for å øke funksjonsnivå og mulighet for egenmestring, for deretter å redusere innsatsen på lang sikt.

Fokus på forebygging og folkehelse er viktig for å redusere sykdom, skader og behovet for kommunale tjenester. For befolkningen vil fokus på forebygging og folkehelse bety at de selv ivaretar og mestrer egen helse og livssituasjon så

### STRATEGIER:

Fokus på den enkeltes ressurser og legge til rette for egen mestring og deltakelse

Folkehelseplanering på alle nivå og i beslutninger

Forebygging, tidlig intervensjon, rehabilitering og helsefremming skal prioriteres

Helse- og omsorgstjenester for eldre skal fortrinnsvis gis i eget hjem

Korttidsopphold prioriteres framfor langtidsopphold

Infrastruktur og samarbeid på tvers av enheter skal understøtte tjenestetilbudet

Forsvarlighet, pasientsikkerhet, verdighet og medvirkning legges til grunn for all tjenesteutøvelse



lenge som mulig med så lite hjelp som mulig. De som har behov for støtte og hjelp får dette på laveste nivå. På alle nivå i omsorgstrappa er det viktig å stimulere og å fremme brukernes ressurser (inkludert pårørende og sosiale nettverk) slik at de forblir mest mulig selvhjulpne og aktive, og har høyest mulig livskvalitet. Organisering av tjenestene skal ta utgangspunkt i brukernes behov og ressurser, og alle nivåene i omsorgstrappa skal i større grad benyttes.

#### **1.4 Tjenesteområde helse, omsorg og sosial**

Temaplanen er i utgangpunktet en plan for helse- og omsorgstjenestene fremover, men områder innenfor sektor Sosial og flyktning påvirker de andre sektorene innenfor helse og omsorg og motsatt. Denne sektoren er derfor tatt med der det er relevant. Til sammen består helse og omsorg og sosial (HOS) av 5 sektorer med 12 enheter, og omfatter ulike helsetjenester, barnevern, psykisk helse og rus, sosiale tjenester, tjenester til funksjonshemmede og utviklingshemmede, sykepleie- og omsorgstjenester i institusjon og i hjemmet, samt felleskjøkkenet. Nærmere beskrivelser av den enkelte sektor og de ulike enhetene, utenom felleskjøkkenet, ligger vedlagt (vedlegg 1).

Spekteret av fagområder innenfor dette tjenesteområdet er svært bredt. Det betyr at det er svært mange og ulike nasjonale planer, føringer, lovverk og forskrifter som regulerer innhold og oppgaver. Enkelte sentrale utfordringer og politiske føringer er til dels sektorovergripende, der tjenesteutøvelsen må ses i sammenheng med flere sektorer og enheter. Innenfor alle enheter har det vært, og vil sannsynligvis bli en økning i etterspørsel av tjenester. Tjenesteutøvelsen omfatter lovpålagte oppgaver som det å forebygge, diagnostisere, behandle og rehabilitere somatisk og psykisk sykdom og rusmiddelavhengighet, pleie og omsorg i hjemmet og ved institusjonene, informere og veilede i helsefremmende atferd og oppfølging av personer i alle aldre med svært forskjellige behov.

#### **1.5 Forhold til andre planer**

Kommuneplanens samfunnsdel er under utvikling. Helse- og omsorgsplanen har tatt med noen av områdene som er planlagt i Kommuneplanens samfunnsdel, men har ikke inkludert samfunnssikkerhet og beredskap. Kommuneplan for oppvekst 2012-2025 er vedtatt. I handlingsplanen til Kommunedelplan for oppvekst er det lagt vekt på mange tiltak for barn og unge som også er relevant for helse og omsorg. Helse- og omsorgsplanen inkluderer tiltak knyttet til områder som er mindre vektlagt i Kommuneplan for oppvekst. Kommunedelplan for fysisk aktivitet og naturopplevelser 2014-2017 er også under utvikling. Dette tas ikke med i helse- og omsorgsplanen. De ulike handlingsplanene må derfor ses i en sammenheng.

---

## 2. utfordringer og muligheter for Narviksamfunnet

---

Under denne overskriften beskrives enkelte sentrale føringer for en beskrivelse av lokale forhold og utfordringer som danner grunnlaget for fokusområder og handlingsplan. Det er tatt inn enkelte tabeller som gir oversikt over utvikling i botilbud, brukere, årsverk og budsjett.

### 2.1. Sentrale utfordringer og politiske føringer

De sentrale utfordringene innenfor tjenesteområdet er:

- Oppfølging av samhandlingsreformen
- Folkehelsearbeid på tvers av enheter og nivå.
- Økt samhandling og omfang av det forebyggende arbeidet overfor barn og unge
- Utvikling av kompetanse og kvalitet
- Økt brukermedvirkning
- Utvikling av omsorgs- og velferdsteknologi

Samhandlingsreformen trådte i kraft fra 1.01.12. I sammenheng med samhandlingsreformen ble det vedtatt to nye lover: LOV 2011-06-24 nr 30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) og LOV 2011-06-24 nr 29: Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). Disse innbefatter alle enhetene innenfor helse, omsorg og sosial (HOS). I og med at HOS omfatter svært mange ulike tjenester og oppgaver er det i tillegg mange og ulike lover, forskrifter og nasjonale planer som regulerer innhold og utøvelse i den enkelte enhet. Det er også gitt ut en rekke forskrifter og nasjonale planer innenfor ulike tema som kommunene forventes å implementere.

Omsorgsplan 2015 er under revidering og må ses i sammenheng med Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) og Samhandlingsreformen. Omsorgsplan 2015 skal dekke hele livsløpet og er en satsing for alle brukere av helse- og omsorgstjenestene, uavhengig av alder, diagnose eller funksjonshemming. Til denne planen er det tilknyttet tre delplaner: Kompetanseløftet 2015, Demensplan 2015 og Nevroplan 2015. Kompetanseløftet er avsatte midler som kommunen kan søke på for å øke ansattes kompetanse innenfor helse- og omsorgssektoren. Demensplanen har samme strategier som Omsorg 2015 og løfter frem tre hovedsaker for en bedre demensomsorg. Disse er dagaktivitetstilbud for personer som lever med demens, etablering av botilbud tilpasset personer med demens (øremerkede tilskudd fra 2012) og økt kunnskap og kompetanse blant ansatte. Nevroplan 2015 peker på at dagens omsorgstjenester ikke i tilstrekkelig grad er utformet og tilrettelagt for personer med nevrologiske skader og sykdommer og at tjenestene må legge større vekt på rehabilitering og tilrettelegging for kontinuerlig trening for å gjenvinne eller beholde viktige funksjoner. Nevroplanen peker på tre hovedutfordringer med målsettinger. Disse er; behovet for informasjon og ny kunnskap, rehabilitering i dagliglivet, og dag-, aktivitets- og treningstilbud og flerfaglig utviklingsarbeid.

De nasjonale føringene involverer mer eller mindre alle enheter i kommunen. Det vil derfor være store behov for koordinering mellom enheter og sektorer fremover slik at alle arbeider i samme retning. Det er også flere enheter som tilbyr tjenester for samme målgruppe. For å møte nasjonale forventninger er at det sentralt at det skapes et godt samarbeid internt i enheten, mellom ulike enheter, mellom ulike sektorer, og mellom ulike sektorer og støtteenheter. I tillegg må politiske vedtak i større grad ta hensyn til de nasjonale føringene som forventes av kommunens aktivitet. Årlig sendes det ut "Nasjonale mål og prioriterte områder" som kommunen skal rapportere i forhold til. Disse gjengir hovedtrekk for hvilke aktiviteter og oppgaver kommunen skal løse kommende år.

#### Nye oppgaver

I sammenheng med Samhandlingsreformen fikk kommunen nye oppgaver. Kommunen skal forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Kortere liggetid på sykehuset stiller større krav til kompetanse og tilstrekkelige tjenestetilbud i kommunen. Mottak av utskrivningsklare pasienter innenfor

somatikk ble ivarettatt gjennom å etablere Narvik REO. Kommunen etablerte gjennom dette flere korttidsplasser for rehabilitering, etterbehandling og observasjon. Kravet om etablering av et kommunalt tilbud om døgnplasser øyeblikkelig hjelp ble også utviklet og etablert ved Narvik REO. Imidlertid ser vi at det fortsatt er for mange som venter i sykehuset og at rulleringen og pasientflyten i kommunen mellom de ulike plassene og tilbudene ikke er god nok.

De samme forventningene gjelder nå også for pasienter innenfor rus og psykiatri. I 2012 kom det en Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med rus- og psykisk lidelse. Denne retningslinjen anbefaler at mer behandling skal foregå etter en samlet plan. Kun i de tilfeller hvor hjemmebaserte tjenester viser seg å være utilstrekkelig skal døgnbasert institusjonsbehandling vurderes.

Kravet til samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak, for å bedre pasientflytene mellom nivåene, er ivarettatt gjennom underskriving av avtaler med Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN). Samarbeidet er godt, men den praktiske oppfølgingen av avtalene må det arbeides videre med.

For å bedre habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunene ble det pålagt å etablere en koordinerende enhet. En slik enhet ble startet opp i tilknytning til Tildelingskontoret våren 2013. Virksomheten skjer gjennom et tett samarbeid med andre enheter. Arbeidet med individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, og avklaring av kontaktpersoner for den enkelte, er en kontinuerlig prosess. Dette bidrar til å møte kravet om at brukerne skal kunne medvirke ved gjennomføring av tjenester som gjelder dem selv.

Generelt er det blitt et økt fokus i Narvik på pasienters og brukeres medvirkning, samarbeid på tvers og samarbeid med frivillige organisasjoner. Det er opprettet brukerråd og samarbeidsavtaler med pasienter og pårørende ved institusjonene. Organisering av brukerråd i andre enheter bør også vurderes. Utover dette skal pasienter og brukere kunne medvirke ved utforming av tjenester på systemnivå. Vi må fremover etablere flere system for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkt, og legge bedre til rette for samarbeid der dette er mangelfullt.

Endring i barnevernloven gir kommunene større ansvar for tiltak rettet mot barnevernsbarn. Kommunene er i henhold til barnevernloven § 2-1 ansvarlig for å utføre de oppgaver etter loven som loven ikke legger til et statlig organ. Dette omfatter majoriteten av lovens oppgaver, slik som forebyggende arbeid, ansvaret for å gjennomgå meldinger og foreta undersøkelser, treffe vedtak om frivillige hjelpetiltak, treffe akuttvedtak og forberede saker for fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker. Kommunene har også ansvar for å godkjenne fosterhjem, følge opp barn som er plassert utenfor hjemmet og å oppnevne tilsynsfører for barn i fosterhjem. Kommunen har vedtatt å være en TIBR-kommune (Tidlig intervensjon for barn i risiko). Imidlertid må også tiltak som forbygger at barn og unge kommer i risiko videreutvikles.

## **2.2. Status og framskrivinger**

Valg av tiltak for å oppnå mål må ta hensyn til den eksisterende situasjonen i kommunen, med de utfordringene eller mulighetene som allerede eksisterer. Status på befolkning, levekår og folkehelsen i Narvik synliggjør områder som må vies oppmerksomhet fremover. De som skal gjennomføre aktivitet for å oppnå mål er kommunens ansatte. Infrastruktur, samarbeid på tvers, personalsituasjon og kompetanse er dermed sentrale faktorer.

### **2.2.1 Befolkningsdata**

I henhold til tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) vil Narvik kommune ha en stabil økning av folketallet frem mot 2040. Pr 01.01.13 hadde Narvik kommune 18 509 innbyggere. I 2020 vil framskrevet folkemengde være 18 962 og i 2040 vil den være 19 964. Innbyggertallet fra 0-5 år vil øke fram til årsskiftet 2024 for deretter å synke fra 2025. Antall personer i aldersgruppen 6 - 15 år vil synke til og

med 2017. Aldersgruppen fra 16 - 66 år vil øke frem til 2017 for deretter å reduseres med 615 personer frem til 2035. Samtidig vil vi få en sterk økning i aldersgruppen 67 - 79 år fram mot 2035 med estimert 2903 personer. Den samme tendensen ser man for personer som er 80 år eller eldre. En estimert økning fra 2014 til 2035 er fra 1070 til 1568 personer. Dette utgjør totalt 498 personer. Den varslede økningen i antall eldre vil komme i 2017, med forventet topp i Nordland i 2021. For Narvik kommune vil aldersgruppen over 75 år øke sterkt helt fram til 2040 i følge prognosene. Dette er viktig å ta med fordi endringene i større grad skjer etter 2020 enn i perioden denne planen skal være. Det betyr at det er i denne perioden tiltak må settes i verk for å kunne møte de endringene som skjer senere.

**Tabell 1 Befolkningsdemografi i Narvik kommune**

|                   | 2014          | 2015          | 2016          | 2017          | 2020          | 2025          | 2030          | 2035          | 2040          |
|-------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 0-5 år            | 1 274         | 1 261         | 1 275         | 1 286         | 1367          | 1 398         | 1 331         | 1 271         | 1 254         |
| 6-12 år           | 1 335         | 1 387         | 1 410         | 1 452         | 1513          | 1 610         | 1 682         | 1 644         | 1 565         |
| 13-15 år          | 644           | 605           | 574           | 558           | 602           | 660           | 703           | 734           | 716           |
| 16-19 år          | 996           | 951           | 931           | 900           | 792           | 871           | 903           | 967           | 981           |
| 20-44 år          | 5 801         | 5 834         | 5 859         | 5 907         | 5951          | 5 889         | 5 822         | 5 718         | 5 633         |
| 45-66 år          | 5 544         | 5 570         | 5 586         | 5 562         | 5515          | 5 250         | 5 149         | 5 076         | 5 137         |
| 67-79 år          | 1 911         | 1 989         | 2 048         | 2 117         | 2270          | 2 685         | 2 794         | 2 903         | 2 875         |
| 80 år eller eldre | 1 070         | 1 061         | 1 042         | 1 031         | 1060          | 1 091         | 1 330         | 1 568         | 1 803         |
|                   | <b>18 575</b> | <b>18 658</b> | <b>18 725</b> | <b>18 813</b> | <b>19 070</b> | <b>19 454</b> | <b>19 714</b> | <b>19 881</b> | <b>19 964</b> |

Tabellen viser folkemengde for Narvik kommune framskrevet etter alder og tid basert på middels nasjonal vekst (Alternativ MMMM). Middels nasjonal vekst, er basert på en forutsetning om middels fruktbarhet, middels levealder, middels innenlandsmobilitet og middels netto innvandring.

Det er kommunens yngste og eldste innbyggere som bruker kommunale tjenester mest og det er derfor viktig å ta hensyn til dette i vurderinger av nøkkeltall. Økning i antall barn og unge medfører større behov for tjenester ved helsestasjon og i skolehelsetjenesten. Det har også vært en økning i antall barn og unge med behov for bistand fra det kommunale tjenesteapparatet, samt blant personer under 67 år. Det er en negativ trend med at stadig flere får psykiske lidelser i Narvik kommune. Dette rammer også barn og unge. Om denne utviklingen fortsetter vil også disse tjenestene øke i omfang.

Kommunen har vedtatt å være en TIBR - kommune der tidlig intervensjon blant barn og unge skal styrkes. Helse- og skoletjenesten er den tjenesten som skal gi et tilbud til alle barn og unge og deres foreldre, for å sikre at barn og unge vokser opp i et helsefremmende miljø. Dette er viktig for at befolkningen på kort og lang sikt skal ha god helse. Barnehager og skoler må også fokusere mer på barn og unges psykososiale miljø, kosthold, fysisk aktivitet og gode levevaner. Dette påvirker utviklingen av helse, og dermed deres behov for tjenester på sikt. En sunn befolkning med god livskvalitet vil bidra til en bærekraftig utvikling i Narvik.

Økning i antall eldre vil medføre økende behov for ulike tjenester. Mange av de eldre vil ha god helse og mange ressurser, men med økende alder er det større risiko for flere og sammensatte sykdommer og for demenslidelser. En tabell som ligger vedlagt (vedlegg 3) viser folkemengde, etter alder og delområde, i Narvik kommune 1. januar 2013. Denne viser blant annet at sentrum og Ankenes vil få en høy andel eldre om en del år. Lokalene som er ledige ved ABS og «gamle Narvik sykehjem» bør derfor planlegges som et botilbud for heldøgns omsorg og pleie. ABS bør også ha tilbud om aktiviteter på dagtid.

Den demografiske utviklingen i Narvik kommune viser at aldersbæreevnen frem mot 2030 vil gå ned tidligere enn for landsgjennomsnittet. Dette vil medføre at kommunen er avhengig av god tilrettelegging for nyetablering og verdiskapning for en bærekraftig utvikling. Tabellen nedenfor viser utviklingen i forholdet mellom antall unge i arbeidsfør alder og antall eldre:

**Tabell 2 Aldersbæreevne**

| År     | 2000 | 2011 | 2015 | 2020 | 2025 | 2030 |
|--------|------|------|------|------|------|------|
| Narvik |      | 4,32 | 4,03 | 3,59 | 3,10 | 2,81 |
| Rana   | 4,70 | 4,48 | 4,00 | 3,57 | 3,11 | 2,75 |
| Landet | 4,70 |      |      |      |      | 3,50 |

Kilde: SSB og delprosjekt 6 åpen omsorg, Narvik kommune

Når antall yrkesaktive reduseres samtidig som antall eldre øker vil det bli et gap mellom etterspørsel av oppgaver og ressurser til å løse disse. Tiltak for å øke andelen yrkesaktive, finne nye løsninger gjennom blant annet omsorgs- og velferdsteknologi, og å redusere etterspørsel etter tjenester, gjennom økt fokus på folkehelsearbeid, forebygging, helsefremming og rehabilitering, vil være sentralt for å kunne opprettholde et godt tjenestetilbud.

## 2.2.2 Levekår

I tabell 3 er en oversikten over levekårsdata fra 2012. I tillegg er andelen uføretrygdde under 45 år og andelen barn med enslig forsørger høyere i Narvik enn i landet som helhet (Folkehelseprofilen 2013).

**Tabell 3 Levekårsdata**

| Levekårindikatorer 2012                                            | Narvik | Harstad | Rana | KG 11 | Nordland |
|--------------------------------------------------------------------|--------|---------|------|-------|----------|
| Andel 80 år og over                                                | 5,8    | 4,4     | 5,0  | 5,4   | 5,1      |
| Andel skilte og separerte 16-66 år                                 | 10,4   | 10,5    | 10,2 | 10,0  | 10,4     |
| Andel enslige innbyggere 80 år og over                             | 65,1   | 64,4    | 66,7 | 67,1  | 68,6     |
| Forventet levealder ved fødsel, kvinner                            | 82,7   | 82,7    | 82,7 | 83,0  | 82,7     |
| Forventet levealder ved fødsel, menn                               | 78,3   | 78,0    | 78,3 | 78,4  | 78,3     |
| Levendefødte per 1000 innbyggere                                   | 11,1   | 11,2    | 10,9 | 10,4  | 10,4     |
| Døde per 1000 innbyggere                                           | 11,9   | 8,6     | 10,2 | 10,1  | 10,1     |
| Innflytting per 1000 innbyggere                                    | 46,4   | 49,8    | 31,7 | 47,8  | 47,1     |
| Utflytting per 1000 innbyggere                                     | 43,7   | 44,1    | 28,6 | 42,5  | 42,0     |
| Samlet fruktbarhetstall                                            | 2,0    | 1,8     | 1,9  | 1,9   | 1,9      |
| Andel innvandrerbefolkning                                         | 9,5    | 7,9     | 5,3  | 8,3   | 7,2      |
| Andel innvandrerbefolkning 0-5 år                                  | 10,2   | 9,4     | 6,9  | 10,0  | 8,7      |
| Andel innvandrerbefolkning 1-5 år                                  | 9,8    | 8,6     | 6,7  | 9,6   | 8,3      |
| Andel innvandrerbefolkning 0-16 år                                 | 8,0    | 23,3    | 5,2  | 8,3   | 7,3      |
| Andel arbeidsledige 16-24 år                                       | 1,8    | 1,9     | 1,8  | 2,0   | 2,4      |
| Andel arbeidsledige 25-66 år                                       | 1,8    | 1,4     | 1,0  | 1,6   | 1,9      |
| Andel av befolkningen 20 - 66 år som pendler ut av bostedskommunen | 7,4    | 11,3    | 5,7  | 22,5  | 16,2     |

Kilde: SSB, tabell 04902

Innvandrere fra vestlige og ikke vestlige land utgjør en forholdsvis stor andel av befolkningen og har vært økende i perioden som er vist. Integrering, helsetjenester og sysselsetting må tilpasses og følges opp. Dette inkluderer flere enheter. Det bør lages en plan for integrering.

I følge NAV var det i oktober 2013 9 500 personer i arbeidsstyrken, og 3 740 personer som er utenfor eller som kan være en arbeidskraftreserve. Av disse er det 1 800 som har uførepensjon, 540 som får arbeidsavklaringspenger, 770 med sykepenger, 300 helt ledige, 110 delvis ledige, 50 arbeidssøkere på tiltak og 206 som mottar sosialhjelp. Noen av disse mottar flere ytelser samtidig. Mange av disse personene er i sårbare grupper som vil få et økende hjelpebehov på sikt. Det er behov for å snu en

negativ utvikling og finne tiltak, slik at flest mulig sysselsettes.

Narvik har en høy andel eneboliger og tomannsboliger, men en lav andel blokkbebyggelse/leilighetskomplekser. Dette kan ha betydning for hvilke løsninger og behov som må ivaretas for personer som får endret sitt funksjonsnivå. Stort behov for tilrettelegging kan få betydning for venting og opphold ved kommunale plasser og for muligheten til å bo hjemme lengst mulig. Det er relativt mange eldre som bor i enebolig eller i hus uten heis.

**Tabell 4 Bygningstype og alder i Narvik kommune. 1. januar 2013 SSB**

| Koder for bygningstype | 0-19 år     | 20-39 år    | 40-66 år    | 67-79 år    | 80 år og over | Sluttsum     |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------|--------------|
| 1                      | 2614        | 2120        | 3754        | 921         | 328           | 9737         |
| 2                      | 1439        | 1748        | 2064        | 423         | 220           | 5894         |
| 3                      | 265         | 673         | 810         | 448         | 411           | 2607         |
| 9                      | 4           | 4           | 4           | 4           | 5             | 21           |
| <b>Sluttsum</b>        | <b>4322</b> | <b>4545</b> | <b>6632</b> | <b>1796</b> | <b>964</b>    | <b>18259</b> |

**Koder for bygningstype:**

1 Frittliggende enebolig eller våningshus tilknyttet gårdsdrift

2 Hus i kjede, rekkehus, terrassehus, tomannsbolig eller annet boligbygg med mindre enn tre etasjer

3 Blokk, leiegård, annet boligbygg med 3 etasjer eller mer, forretningsbygg mv. Eller bygg for felleshusholdning

9 Uoppgitt bygningstype

## 2.2.3 Diverse oversikter

Under er en oversikt over ulike bolig/boenheter og plasstilbud som Narvik kommune disponerte i 2003 og 2013. Tall fra 2003 er hentet fra «Handlingsplan for eldreomsorgen i Narvik kommune, 2003-2007».

**Tabell 5 Institusjonsplasser**

| <b>Institusjonsplasser:</b>                             | 2003 | 2013 |
|---------------------------------------------------------|------|------|
| Antall plasser i institusjon (heldøgns pleie og omsorg) | 180  | 236  |
| om:                                                     |      |      |
| Antall plasser som er 1-sengsrom.                       | 106  | 236  |
| Antall plasser som er i 2-sengsrom.                     | 37   | 0*   |
| Overbelegg, medfører dobbeltrom                         |      | 8    |
| Antall plasser i skjermet enhet                         | 34   | 50   |
| Antall plasser for korttidsopphold. Av dette:           | 6    | 32   |
| Rehabilitering:                                         | 0    | 4    |
| Etterbehandling:                                        | 0    | 8    |
| Øyeblikkelig hjelp:                                     | 0    | 3    |
| Lindrende:                                              | 0    | 5    |

\*Ingen dobbeltrom i utgangspunktet, overbelegg medfører at åtte rom deles av to personer. I tillegg benyttes et rom som i utgangspunktet er til andre formål.

Korttidsplasser er et tilbud for å bedre funksjonsnivået til brukeren i en kort periode. Korttidsplassene blir også gitt som plass for avlastning for pårørende. Det er 31 dagplasser for flere enn 56 brukere. Av de som har søkt om institusjonsplass i oktober 2013 er det 12 som er vurdert og som har rett til plass i bofellesskap og 8 til en somatisk langtidsplass.

**Tabell 6 Ulike kommunale botilbud**

| <b>Ulike kommunale boliger/plasser:</b>                         | 2003 | 2013    | 2014           |
|-----------------------------------------------------------------|------|---------|----------------|
| Bolig som brukes for utviklingshemmede                          |      | 54      | 11?            |
| Bolig/avlastningsplasser som brukes for funksjonshemmede (Fabu) |      | 31      | ?              |
| Bolig/plass som brukes for personer i RoP-tjenesten             | 13   | 39      | 44             |
| Andre boliger for pleie og omsorgsbehov                         |      | 31 + 69 | + 31 (Solborg) |
| Totalt                                                          | 231  | 224     |                |
| Herav boliger med tilskudd fra Husbanken («Omsorgsbolig»)       | 83   | 69      | 100 (69+31)    |

Tallene er noe usikre. Solborg er planlagt ferdig for innflytting 1.04.14, og vil bestå av 31 boenheter. Noen av disse vil erstatte andre kommunale boenheter, andre ikke. Det er ulike brukergrupper som skal få tilbud når Solborg står ferdig, blant annet unge personer som lider av demens. Det pågår et prosjekt med ombygging av Furugården. Det blir blant annet flere boliger/plasser for personer med utviklingshemming. En bolig for 5 unge kvinner, som lever i et utsatt miljø, er også under utvikling. Boligen er planlagt ferdig i mars 2014.

Pr første oktober var det 39 som stod på venteliste for andre kommunale boliger. Av disse er det fem familier med ett eller flere barn, seks «samboerpar» og 28 enslige. Det er gjennomsnittlig rundt 30 unge som står på venteliste. Mange av disse har behov for en mindre bolig for enslige personer med rusmiddelavhengighet. Det er også disse som blir bostedsløse og som vanskelig får et tilbud gjennom det private markedet. I tillegg kommer utfordringer når det gjelder tilbud om bolig for flyktninger. Narvik kommune har mål om å bosette 40 pr år. Vurdering av botilbud fremover må inn i boligpolitisk handlingsplan.

### Brukere av hjemmetjenestene

Nedenfor er en oversikt over brukere av hjemmetjenester. I dette inngår personer som får hjemmesykepleie, praktisk bistand, og tjenester fra fire ulike enheter: Enhet for hjemmetjenesten, enhet rus og psykiatri, enhet utviklingshemmede og enhet funksjonshemmede, avlastning barn og unge.

**Tabell 7 Oversikt over brukere og vedtak oktober 2008 og 2013**

| <b>Brukere som har hjemmetjeneste og praktisk bistand:</b> | <b>2013</b> | <b>Vedtakstimer hjemmesykepleie og hjemmehjelp:</b> | <b>2008 (okt)</b> | <b>2013 (okt)</b> |
|------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------|-------------------|-------------------|
| Brukere av hjemmetjenesten tilsammen under 67 år:          | 338         | Byen                                                | 1968              | 1981              |
| -Bare hjemmesykepleie                                      | 154         | Bjerkvik:                                           | 241               | 336               |
| -Bare praktisk bistand                                     | 56          | Totalt:                                             | 2209              | 2307              |
| Brukere av hjemmetjenesten tilsammen 67-79 år:             | 512         |                                                     |                   |                   |
| -Bare hjemmesykepleie                                      | 152         |                                                     |                   |                   |
| -Bare praktisk bistand                                     | 78          |                                                     |                   |                   |
| Brukere av hjemmetjenesten tilsammen over 80 år:           | 404         |                                                     |                   |                   |
| -Bare hjemmesykepleie                                      | 94          |                                                     |                   |                   |
| -Bare praktisk bistand                                     | 88          |                                                     |                   |                   |
| Totalt                                                     | 1244        |                                                     |                   |                   |

Det er grunn til å tro at antall brukere og antall vedtakstimer om ulike former for hjelp vil øke fremover. Tallet på antall brukere er noe usikre. Tallene er tatt fra det som rapporteres i Kostra. Ved å se på andre rapporter får en andre tall. Rapportering og oppdatering bør kvalitetssikres bedre fremover. Når det gjelder vedtakstimer er dette en sammenlikning mellom rapportering i oktober 2008 og oktober 2013. Summen med vedtakstimer viser vedtatte timer til «sykepleieprosedyrer», «dirkede hjelp personlig funksjon», tilsyn i omsorgsbolig og hjemmehjelp pr uke. Det er sammenliknbare tall mellom 2003 og 2013.

Antall timer kan variere fra uke til uke og måned til måned. Det kan likevel synes som om antall timer for oktober 2013 er mindre enn forventet, fordi antall brukere har økt og tyngre brukere er kommet til. Vi vet at tjenester utover det som er vedtatt også utføres fordi brukeren har behov for hjelp. Antakelig var vedtakene også romsligere i 2003 enn det de er i 2013.

## Antall brukere i rus og psykiatritjenesten

**Tabell 8 Antall brukere i rus og psykiatritjenesten**

| Brukere av Rus og Psykiatri: | 2012 | 2013 |
|------------------------------|------|------|
| Bare rus                     | 21   | 15   |
| Bare psykiatri               | 94   | 124  |
| Både rus og psykiatri        | 50   | *    |
| Andre typer hjelp ytt av ROP | *    | 367  |

\*Opptelling har ikke vært mulig å ta ut fra dagens statistikk.

## Oversikt over årsverk i perioden 2008 til 2013

Det synes å ha vært en stor økning i antall årsverk innenfor helse, omsorg og sosial fra 2008 til 2013. Mange årsverk skyldes etablering av Narvik REO i 2012, og at flere utviklingshemmede og funksjonshemmede brukere har fått tilbud i bolig der noen har høyt krav til bemanning. Nedgang mellom 2010 til 2011 kan skyldes endring til bofellesskap som skjedde i 2010. Bofellesskap ble lavere bemannet.

**Tabell 9 Antall årsverk i HOS 2008-2013**

|                           | Årsverk<br>31.12.08 | Årsverk<br>31.12.09 | Årsverk<br>31.12.10 | Årsverk<br>31.12.11 | Årsverk<br>31.12.12 | Årsverk<br>31.12.13 |
|---------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Sum Helse, omsorg, sosial | 653                 | 634                 | 641                 | 627                 | 674                 | 680                 |

## Budsjettforslag 2014-2017

I tabell 9 er det en oversikt over deler av rådmannens budsjettforslag (beløp i mill kroner) til budsjett for 2014-2017.

**Tabell 10 Budsjettforslag HOS 2014-2017**

|                                   | Regnskap<br>2012 | Budsjett<br>2013 | Budsjett<br>2014 | Budsjett<br>2015 | Budsjett<br>2016 | Budsjett<br>2017 |
|-----------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| OMSORGSINSTITUSJONER              | 151,5            | 152,5            | 156,8            | 156,9            | 156,9            | 156,9            |
| HJEMMETJENESTEN                   | 142,6            | 141,6            | 148,2            | 146,8            | 146,8            | 146,8            |
| UH-TJENESTEN                      | 79,8             | 85,4             | 89,2             | 89,2             | 89,2             | 89,2             |
| SOSIAL- OG<br>FLYKTNINGETJENESTEN | 41,3             | 39,3             | 45,0             | 43,5             | 43,5             | 43,5             |
| HELSETJENESTER OG MILJØ           | 72,4             | 76,8             | 84,5             | 85,0             | 85,0             | 85,0             |
| SUM                               | 487,6            | 495,6            | 523,7            | 521,4            | 521,4            | 521,4            |

## 2.2.4 Folkehelseprofil

Narvik kommune skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen i kommunen og ta hensyn til positive og negative faktorer som påvirker eller som kan påvirke helsen (Folkehelseloven). Dette omfatter i hovedsak alle sektorene og enhetene i kommunen mer eller mindre. En folkehelseprofil for Narvik ble distribuert i januar 2013 av Folkehelseinstituttet (årstallene statistikken baserer seg på er av ulik alder). Indikatorene tar høyde for kommunens alders- og kjønns sammensetning.

### Om befolkningen

- Forventet levealder for kvinner er ikke entydig forskjellig fra det som er forventet i landet som helhet
- Andelen over 80 år er høyere enn i landet som helhet.
- Andelen én-personhusholdninger er ikke entydig forskjellig fra landsnivået.

### Levekår

- Andelen med videregående eller høyere utdanning er ikke entydig forskjellig fra landsnivået.
- Andelen personer i husholdninger med lav inntekt er lavere enn i landet som helhet.
- Andelen uføretrygdde under 45 år er høyere enn i landet forøvrig.
- Andelen barn med enslig forsørger er høyere enn i landet som helhet.

### Miljø

- Andel personer tilknyttet vannverk med 12 analyserte prøver og med tilfredsstillende resultater mht E. coli, ser ut til å være lavere enn landsnivået. Dette gjelder den delen av befolkningen som er tilknyttet rapportpliktig vannverk.
- Andelen som skades i ulykker er ikke entydig forskjellig fra landet som helhet, vurdert etter sykehusinnleggelser.

### Skole

- Andelen 10-klassinger som trives på skolen er lavere enn i landet som helhet.
- Andelen 5.-klassinger på laveste mestringsnivå i lesing er ikke entydig forskjellig fra landsgjennomsnittet.
- Frafallet i videregående skole er ikke entydig forskjellig fra andelen i landet som helhet.

### Levevaner

- Røyking i kommunen er ikke entydig forskjellig fra landet som helhet, vurdert etter andelen gravide som røyker ved første svangerskapskontroll. Vi har ikke tall for resten av befolkningen.
- Overvekt ser ut til å være et større problem enn i landet som helhet, vurdert etter andelen menn med KMI >25/m<sup>2</sup> på sesjon.

### Helse og sykdom

- Andelen med psykiske symptomer og lidelser er høyere enn i landet som helhet, vurdert etter data fra fastlege og legevakt.
- Andelen med hjerte- og karsykdom er ikke entydig forskjellig fra landsnivået, vurdert etter sykehusinnleggelser.
- Andelen personer med type 2-diabetes ser ut til å være høyere enn landsnivået, vurdert etter data fra fastlege og legevakt.
- Plager og sykdommer knyttet til muskel- og skjelettsystemet ser ut til å være mer utbredt enn i landet som helhet, vurdert etter data fra fastlege og legevakt.

Helsetilstanden i befolkningen er ofte sterkt relatert til sosioøkonomisk status, der utdanningsnivå har stor betydning. Helsegevinsten er størst for personer med lang utdanning og høy inntekt. Imidlertid har helseforskjellene økt mellom de med høy utdanning og de med lav utdanning i løpet av de 10 siste årene. Dette gjelder både fysisk og psykisk helse.

Tilgang til gode helsetjenester vil være viktig for å gi innbyggerne gode muligheter for mestring av egen helse, økt levestandard og levekår. I tillegg er fokus på et strukturert og målrettet forebyggende og helsefremmende arbeid sentralt for å forbygge skadelige påvirkningsfaktorer og fremme positive.

---

### 3. Fokusområder

---

Dette er områder som bør fokuseres fremover, som strategiene skal bygge opp under, og som tiltak fordeles under i handlingsplan. Områdene er valgt ut på grunnlag av kommunens utfordringer, knyttet til nasjonale føringer, med tanke på en bærekraftig utvikling.

#### 3.1 Folkehelsearbeid, forebygging og helsefremming

Mål: Økning i antall tiltak i alle enheter som har til hensikt å forebygge negative konsekvenser for befolkningens helse og/eller fremmer helse.

Kommunen har fått et tydeligere ansvar for å fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold. Kommunen skal bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen. Det er en nasjonal satsing på at befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller. Det er ulike forhold som påvirker helse og levealder (Folkehelsemeldingen):

- Levekår og sosiale forhold
  - Inntekt og levekår
  - Oppvekstvilkår
  - Arbeid og arbeidsmiljø
  - Ensomhet og sosial isolasjon
  - Vold i nære relasjoner
- Miljøfaktorer
- Levevaner
  - Fysisk aktivitet og inaktivitet
  - Kosthold
  - Tobakk
  - Alkohol, andre rusmidler og doping

Folkehelsearbeid innbefatter en rekke tiltak. I følge Folkehelsemeldingen er det 5 grunnleggende prinsipper for folkehelsearbeid:

- «Helse i alt vi gjør»
- Utjevning av sosiale forskjeller
- Bærekraft
- Føre var
- Medvirkning

Kommunen skal iverksette nødvendige folkehelseiltak knyttet til oppvekst- og levekårsforhold som bolig, utdanning, arbeid og inntekt, fysiske og sosiale miljøer, fysisk aktivitet, ernæring, skader og ulykker, tobakksbruk og alkohol- og annen rusmiddelbruk. De nasjonale føringene krever at flere enheter samordner sitt fokus og innsats for å utjevne sosiale forskjeller, stimulerer til sunne og gode oppvekstvilkår, og forbygger skadelige faktorer. Økt satsing på folkehelsearbeid har et mål om å snu en trend der ressursene settes inn tidlig for å forebygge negativ utvikling. Noen aktiviteter knyttet til folkehelsearbeid skjer gjennom folkehelsekoordinator, Åpen helsestasjon for ungdom, Frisklivssentralen og Lærings- og mestringssenteret (LMS), men mye aktivitet må skje ved siden av annen aktivitet i mange av enhetene.

I følge Folkehelseprofilen 2013 for Narvik kommune er det flere områder som bør få mer fokus fremover. Områdene innebærer risiko for negativ helseutvikling, og forebygging må skje der dette er mulig:

- Andelen uføretrygdete under 45 år er høyere enn i landet forøvrig

- Andelen barn med enslig forsørger er høyere enn i landet som helhet
- Andelen 10-klassinger som trives på skolen er lavere enn i landet som helhet
- Overvekt ser ut til å være et større problem enn i landet som helhet, vurdert etter andelen menn med KMI >25/m<sup>2</sup> på sesjon.
- Andelen med psykiske symptomer og lidelser er høyere enn i landet som helhet, vurdert etter data fra fastlege og legevakt.
- Andelen med type 2-diabetes ser ut til å være høyere enn landsnivået, vurdert etter data fra fastlege og legevakt.
- Plager og sykdommer knyttet til muskel- og skjelettsystemet ser ut til å være mer utbredt enn i landet som helhet, vurdert etter data fra fastlege og legevakt.

Folkehelsearbeid og folkehelseetenkning som en integrert del i alle av kommunens enheter og politiske beslutninger vil være særlig viktig fremover, for å opprettholde en bærekraftig utvikling. Enheter som ikke har en direkte påvirkningsmulighet kan bidra til å hjelpe andre enheter, slik at disse kan utføre sine oppgaver på en bedre måte.

### **Levekår og sosiale forhold**

Sosiale forskjeller er en risiko for helse og levealder og skal derfor utjevnes. Generelt er en god start på livet med god kvalitet i barnehager og skole, godt utviklede helsestasjonstjenester og forebygging som en integrert del av helse- og omsorgstjenestetilbudet viktig. Helseopplysning, råd og veiledning og tverrsektorielt arbeid kan bidra til sunne valg. Det å sikre at hele befolkningen har gode levekår og sosiale forhold omhandler også inntekt og levekår, oppvekstsvilkår, arbeid og arbeidsmiljø. Ensomhet og sosial isolasjon og vold i nære relasjoner skal forhindres. Alle skal ha et sted å bo, aktivitet på dagtid og sosial omgang med andre. I Narvik er det flere utsatte grupper som krever et godt samarbeid mellom ulike enheter.

Psykiske lidelser er økende blant barn og unge. Forebygging av dette må alle enheter som møter disse involvere seg i. Sosiale forskjeller skal utjevnes og levekår og arbeidsmuligheter for fremmedspråklige skal styrkes. Godt forebyggende arbeid krever at vi starter tidlig og tenker og handler langsiktig. Gode fellesskapsløsninger er et godt utgangspunkt for et inkluderende oppvekstmiljø. I følge *Rundskriv Q-16/2013 - Forebyggende innsats for barn og unge* er målsettingen:

- øke forståelsen for at samarbeid og et blikk for helheten lønner seg både for den enkelte og for samfunnet (samfunnsøkonomisk lønnsomt)
- tydeliggjøre formelt ansvar (lov og regelverk, stilling)
- bidra til å tilrettelegge og iverksette systemer og rutiner for samarbeid
- øke forståelsen for at tidlig innsats er viktig
- tydeliggjøre at god kompetanse er en forutsetning for å arbeide forebyggende

For den som arbeider i praksisfeltet innebærer dette at;

- forebyggende arbeid handler om mer enn det den enkelte har (fag) ansvar for
- det er viktig å samarbeide med familie og foresatte og andre instanser
- det legges til rette for at barn og unge blir hørt og får medvirke

Helsestasjon og skolehelsetjenesten har ansvar for å holde oversikt over gravide, barn og unges helse og være med å påvirke for gode og helsefremmende oppvekstmiljø, samt å avdekke behov for oppfølging. Når det gjelder svangerskaps- og barselomsorgstjenester har Narvik en jordmor. De som har født kommer tidligere hjem fra sykehuset enn før. Dette øker behovet for jordmortjenester.

Helsefremmende og forbyggende tjenester for barn og unge må løftes frem som et område der aktivitet og samarbeid må økes internt i enkelte enheter og mellom ulike enheter og sektorer i kommunen. Vi vet at det er barn i Narvik som for sent får hjelp med uheldige oppvekstsvilkår. Det har vært 100 % økning de to siste årene i antall barn i Narvik som er plassert (både frivillig og på tvang) i fosterhjem, samt at det i 2013 har vært 50 % økning i antall bekymringsmeldinger til barnevernet. Det er viktig med rask oppfølging av sakene. Bekymring, varsling og tiltak må settes inn så tidlig som mulig for å unngå en negativ videreutvikling, men helst for å hjelpe og støtte familien slik at den kan fungere bra for barnet. Narvik har et mål om å bli en TIBR-kommune, og har satt i gang flere prosjekt. Generelt er det viktig at prosjektene evalueres og at kunnskapen implementeres i relevante enheter.

I tillegg må også andre enheter bidra for å fremme barnas og unges helse, levevaner og levekår, slik at risiko ikke oppstår. Barnehager og skoler skal ta et spesielt ansvar for å stimulere barn og unge for en normal og sunn utvikling, både emosjonelt, språklig, kroppslig og kognitivt. De har en vesentlig rolle i å forebygge og avdekke behov tidlig, stimulere utvikling og trivsel, og/eller eventuelt innhente hjelp fra andre. Det må sikres at barnehager og skoler har, og gjennomfører, hensiktsmessige tiltak i forhold til dette. Undersøkelser viser at barnehagekvaliteten i landet kan variere. I Narvik har det vært gjennomført systematiske undersøkelser når det gjelder miljørettet helsevern i de siste to årene. Det er viktig at valg av tiltak baseres på kunnskap og forskning om hva som virker.

Folkehelseprofilene varierer fra år til år. For 2012 var eksempelvis mobbing i tiende klasse og KOLS (kroniske obstruktiv lungesykdom) en større utfordring i Narvik enn i landet som helhet. Det må derfor fortsatt være fokus på alle mulige og uheldige faktorer som kan påvirke helsen fremover. En undersøkelse i en annen kommune viser at kan være langt flere som mobber og som føler seg mobbet enn skolene klarer å oppdage, og at systemene ikke fanger opp barnas psykososiale miljø godt nok. Mobbing utgjør en sterk risikofaktor for akutte og for senere psykiske lidelser (Olweus, 1992). Mobbing reduserer også barnas læringsnivå. Den som mobber er også utsatt for å utvikle sosiale og psykiske vansker. Det er derfor viktig å ha tiltak som skaper trivsel og gode oppvekstforhold for barn og unge i skolen, og fange opp risiko tidlig. Vi har flere som bruker legemidler mot psykiske lidelser enn gjennomsnittet ellers i landet. Alt som kan påvirke utvikling av psykiske lidelser må derfor reduseres så tidlig som mulig. For å forhindre frafall og negativ helseutvikling blant unge i videregående, kan internat for tilflyttende ungdom være et tiltak som bør vurderes i samarbeid med fylket.

By -og tettstedsutvikling skal være med på å gi mulighet for sosialt og fysisk utfoldelse, rikt kulturliv og samfunnsdeltakelse for alle befolkningsgrupper. Å legge til rette for barn, unge, eldre og personer med nedsatt funksjonsevne er viktig for å sikre den bærekraftige utviklingen. Universell utforming er en langsiktig nasjonal strategi for å bidra til å gjøre samfunnet tilgjengelig for alle og forhindre diskriminering. Dette må bli bedre ivaretatt fremover.

Differensiert boligmasse vil være et viktig ledd for sikre at alle i befolkningen har et godt bomiljø. I Narvik er det spesielt unge menn med rusmiddelavhengighet som har utfordringer med å skaffe og opprettholde bosted. Flere trenger et sted å sove om natten. Et mer uforpliktende natthjem kan være en mulighet. Det er også flere eldre som føler seg utrygge/ensomme i eget hjem og som ønsker å få et annet botilbud, selv om de ikke har behov for pleie- og omsorgstjenester. For disse bør boliger utformes for at flere kan bo sammen, men samtidig selvstendig i privat regi. Alternative bomuligheter som kan bidra til selvstendighet og trygghet bør utredes videre.

Personer med spesielle behov for en kommunal bolig vil sannsynligvis stige. Dette kan være personer med psykiske, sosiale utfordringer eller som har ulike lidelser. Behov for kommunale boliger må kartlegges og utbygges på en slik måte at de kan tilpasses personer med ulike behov. Målet er å kunne tilby et trygt hjem med tilpassede funksjoner slik at personene kan få opprettholdt sine ressurser så lenge som mulig. Dette kan være gjennom økt bruk av «smarthusteknologi». Utredning av ulike boliger for ulike grupper i befolkningen bør ses i sammenheng med boligpolitisk handlingsplan.

I Narvik er det en del boliger som trenger tilpasning og tilrettelegging for at eldre som har fått endret sitt funksjonsnivå skal kunne bo lenger hjemme. Det har vært 30 % økning i nye henvendelser til ergo- og fysioterapitjenesten, og det er 2,5 mnd. ventetid på ergoterapeut for vurdering av hjelpemidler og tilpasning av bolig. Denne tjenesten er lavere i Narvik enn det som er anbefalt. For å muliggjøre at personer kan bo lengre i eget hjem, er det også behov for å endre kultur og arbeidsmåter. Det må fokuseres mer på tilrettelegging for mestring og egenomsorg. I dag er det for stort fokus på hva den enkelte ikke klarer selv.

Det er et ønske om å etablere en helsestasjon for eldre i kommunen. Dette er i utgangspunktet ikke en lovpålagt oppgave, men vil kunne være et lavterskeltilbud der de eldre kan få informasjon, veiledning og få gjennomført enkle undersøkelser. Dette kan bidra til forebygging av sykdom, helsefremming og høyere egenmestring. Andre tiltak for å heve de eldre sine muligheter for å være aktive lengst mulig i eget hjem, er oppsøkende virksomhet for å vurdere deres livssituasjon og boforhold, hverdagsrehabilitering, diverse trenings- og aktivitetstilbud og jevnlig korttidsopphold og/eller avlastning. Det bør opprettes flere dagplasser med ulike aktiviteter for å gi flere mulighet for aktiviteter som stimulerer

fysisk, sosial og kognitiv utfoldelse.

Det er behov for tjenester som kan veilede rusmiddelavhengige i bruk av sprøyter og hvordan de beskytter seg mot sykdommer som brukergruppen er spesielt utsatt for. En helsestasjon for rusmiddelavhengige kan gi et slikt tilbud. Den bør i tilfelle organiseres nært legevakt, være åpen på kveld og natt, og jobbe med veiledning i tett samarbeid med bl.a. enheter innen skole, kultur og helse.

I helse- og omsorgsloven står det at kommunene skal "sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i felleskap med andre". Å få til en aktiv og meningsfylt tilværelse for den enkelte er en utfordring for de fleste enhetene innenfor den daglige driften. Samarbeid med andre enheter kan avhjelpe noe. For å kunne gi innbyggere med behov for bistand mer deltakelse i samfunnet, meningsfylt hverdag og opplevelser, må det totale aktivitetstilbudet vurderes og eventuelt utvikles. Bidrag kan også komme fra frivillig arbeid og næringsliv.

### **Miljøfaktorer**

Miljøfaktorer omhandler både inne- og utemiljø. Systematisk arbeid med miljørettet helsevern er viktig for å kartlegge miljøfaktorer som kan være skadelig for helsen. Det er gjennomført undersøkelser i miljørettet helsevern i barnehager og skoler. Det er til dels store mangler og avvik i skolene som må følges opp. Inne- og utemiljø har betydning for læringsmiljøet for barn og unge.

Narvik er logistikk- og kommunikasjonsknutepunkt. Det er derfor sentralt at forurensing, støv og ulykker kartlegges og forebygges. Når det gjelder støv, er det satt i gang tiltak. Samferdsel, industri og næringsvirksomhet bidrar med mest støv, og vegtrafikken er den dominerende kilden (rapport i Helserådet 3/13). Søvnforstyrrelser er trolig den største helseplagen som følge av dette. Utilstrekkelig søvn er forbundet med søvnighet, nedsatt sinnsstemning, redusert yteevne og økt reaksjonstid, noe som igjen øker risiko for ulykker. Søvmangel over en lengre periode er også forbundet med økt risiko for angst og depresjoner, samt at det er påvist sammenhenger mellom utilstrekkelig søvn og diabetes 2, overvekt og hjerte-karsykdom. Miljøfaktorer som påvirker negativt skal fjernes eller forbygges.

Det er satt i gang et prosjekt «Trygg i Nordland», om styrking av skadeforebyggende og sikkerhetsfremmende arbeid i fylkeskommunen og kommunene. Formålet er å tilføre kunnskap, økt handlingskompetanse og en god organisering av skade- og ulykkesforebyggende arbeid.

### **Levevaner**

Levevaner som fysisk aktivitet og inaktivitet, kosthold, tobakk og alkohol og andre rusmidler og doping påvirker også helsen på ulike måter. Det som virker negativt skal forebygges og det som fremmer helse skal styrkes. Når det gjelder tobakk og snus vil dette bli forbudt i barnehage og skoler, både inne og ute i nærområdene.

En undersøkelse viser at nordmenn spiser for mye mettet fett og dobbelt så mye salt som anbefalt (Helserådet 3/13). Dette gir økt risiko for hjerte- og karsykdommer. Høyt blodtrykk beskrives å være en av de viktigste risikofaktorene for redusert folkehelse, og hjerte- og karsykdommer som den vanligste dødsårsaken i befolkningen. Det må være mer fokus på kosthold der mat serveres i regi av kommunen, samt for hjemmeboende eldre der også underernæring kan være et hyppig problem. I sammenheng med kosthold er brukernes tannhelse viktig å passe på. Fokuset på riktig kosthold og fysisk aktivitet er økt i enheter for psykisk og fysisk utviklingshemmede. Tiltak for å øke fysisk aktivitet i skolen inngår også i oppvekstplanen. Det er en kommunedelplan for fysisk aktivitet og naturopplevelser under utvikling. Den store utfordringen vil være å få mer aktivitet blant de som ikke allerede er aktive og som er mindre motivert.

Den enkeltes kunnskap om hva som påvirker egen helse og helsa til dem de har ansvar for kan være forskjellig. Derfor skal dette kartlegges og tilbud for å øke kunnskap, læring og mestring skal tilrettelegges. Arbeid rettet mot barn og unge og deres foresatte bør prioriteres.

En utfordring her er å nå de som trenger en endring i sine levevaner, men som selv ikke er motivert. Økt fokus tidlig, der barna er, vil mulig avhjelpe noe. Ellers er det behov for å øke kompetansen for endring av adferd og motivasjonsarbeid, og tiltak som stimulerer et sunnere liv. En annen utfordring er at

forebygging er vanskelig å kostnadsberegne i forhold til resultat. Det er lettere å beregne kostnader for behandling.

Narvik har en folkehelsekoordinator som arbeider med ulike tiltak knyttet til områder for folkehelse, og det er etablert ulike tilbud som har betydning for folkehelse og forebygging. Det pågår også et arbeid for tettere samarbeid mellom Aktivitetssenteret for eldre, Frisklivssentralen, Frivillighetssentralen, og lærings- og mestringssenteret. Imidlertid bør disse tilbudene koordineres bedre, samt at informasjonen om tilbudene må bli bedre.

### **3.2 Brukermedvirkning**

Mål: Brukerne (og pårørende) skal medvirke i planlegging og gjennomføring av tjenester. Ved planlegging og utvikling av nye tjenester på systemnivå skal brukerorganisasjonene medvirke.

I følge loven har pasient og bruker rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til og gi og motta informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, § 3-1). Videre skal tjenestetilbudet så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker. Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, § 3-1).

For å gjøre medvirkning mulig skal pasienten ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger. Der brukerens kunnskap og/eller krefter er redusert skal støtte- og/eller kompensierende tiltak iverksettes.

Generelt antas det at brukermedvirkningen i de ulike enhetene er god. For brukere uten samtykkekompetanse og som ikke kan ta egne avgjørelser, er det et nært samarbeid med pårørende eller hjelpeverge. Mange brukere har faste kontaktpersoner og individuelle planer (IP) eller andre tiltaksplaner. Dette må utvikles videre i enheter der det er mangelfullt, samt bli mer systematisk og forutsigbart. Det er ofte mange personer som brukere og pårørende må forholde seg til. Det bør derfor være et mål at alle brukerne i Narvik kommune får faste kontaktpersoner, og at planer for den enkelte utarbeides i et samarbeid med bruker og pårørende for å nå brukerens mål. Om og hvordan dette gjøres varierer mellom de ulike enhetene. Gjennom etableringen av koordinerende enhet bør det forventes av dette skjer i større grad og at det avklares hvem som skal ha ansvar for hva, rundt den enkelte bruker internt i enheten og mellom enheter som skal samarbeide rundt samme bruker. Det er også et potensial for å bli bedre på å lage vedtak og hvordan disse skal følges opp i daglig tjenesteutøvelse. Vedtak og plan skal evalueres ved behov for endringer. Barn i risiko og/eller har behov for habilitering bør prioriteres.

I sykehjem arbeides det med samarbeidsavtaler for den enkelte. Det avsettes tidspunkt for samtaler for evaluering. Dette kan også gi bedre kvalitet da begge parter er forberedt. I sykehjem er man blitt flinkere til å avklare medisinsk behandling sammen med bruker og pårørende og journalføre dette. I enkelte tilfeller kan man bli enda bedre til å høre på brukerens egne ønsker, som i noen tilfeller er forskjellig fra pårørendes. Ved plassering av tilbud om en kort- eller langtidsplass, blir meningene til den nye beboeren og pårørende i hovedsak fulgt. I enkelte tilfeller gir dette store utfordringer i fordelingen av plasser og kan medføre flere flyttinger mellom ulike plasser og institusjoner. Svært mange av brukerne i hjemmetjenesten har ikke pårørende, og svært få av pårørende til beboere i institusjon uttrykker ønske eller klarer å følge til frisør, lege, eller delta i brukerråd.

Medvirkning kan være utfordrende der faglige hensyn og personlige ønsker hos bruker står i et motsetningsforhold. I disse situasjonene er det de faglige hensynene og langsiktige konsekvenser som må få forrang. Imidlertid må det søkes løsninger som ivaretar respekt og integritet for den enkelte. Det er også en utfordring der bruker oppfattes som fornøyd, men der pårørende er av en annen oppfatning. For å møte dette, er det behov for å avklare forventninger, fokusere på etikk og holdninger og heve kompetansen blant personalet.

Det har vært positive tilbakemeldinger på kommunens opplæringstilbud til pårørende av personer som lider av demens og ulike aktivitetskvelder i institusjon. Dette medfører at pårørende kan bli i stand til å bidra og føle seg sett. Imidlertid har vi for lite kunnskap om hva brukerne mener om tjenestene som tilbys, og hvordan vi systematisk kan skape medvirkning ved utforming og utvikling av tjenestene innenfor de ulike enhetene. Vi har forventninger til at det kommunale Lærings- og mestringssenteret (LMS) skal kunne benytte brukererfaringer systematisk. Likevel bør det gjennomføres systematiske brukerundersøkelser for å få mer kunnskap om brukernes og pårørendes synspunkt om kvaliteten i tjenesteutøvelsen, som igjen kan danne grunnlag for kvalitetsforbedring.

Kommunen kjøper og bruker aktivt tolketjenester fra godkjente tolkefirma. Med økt antall fremmedspråklige kan det være en utfordring å gi disse samme mulighetene for informasjonsutveksling og medvirkning. I kommunen er ingen helsesøster direkte knyttet opp mot dette fagfeltet, som er et svært arbeidskravene fagfelt på grunn av språk, kultur og innføring i forståelse av det norske samfunnet og lovverket. Dette medfører at det i dag gis en dårligere helsetjeneste enn det de har behov for. Integrering av fremmedspråklige bør få større fokus fremover.

Narvik kommune har innført valgfrihet når det gjelder brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Det er også godt samarbeid med enkelte organisasjoner og brukerråd. Det er etablert brukerråd ved sykehjemmene, men dette mangler i enkelte enheter. Brukervalg ønskes utvidet.

Brukermedvirkning på systemnivå krever at brukergrupper involveres i utvikling av planer, nye tjenester, etc. Brukerråd i institusjoner har mulighet for å medvirke på tjenestene gjennom dette. Det samme har Rådet for likestilling av funksjonshemmede og elderrådet gjennom formelle kanaler. Imidlertid må brukermedvirkning for andre brukerorganisasjoner systematiseres og sikres.

### **3.3 Organisering og koordinering av tjenester**

Mål: Samarbeid og effektiv organisering skal prege tjenesteutøvelsen for å sikre et tilpasset tilbud til den enkelte.

Målet er å gi befolkningen koordinerte, innovative og gode tjenester, slik at det skal bli godt å leve et verdig liv i Narvik hele livet. Alle enhetene påvirker og har betydning for helheten i kommunens tjenesteutøvelse innenfor helse og omsorg. Dersom ikke alle bidrar og legger til rette for at tjenestene skal kunne gis mest mulig effektivt, vil tid, krefter og økonomiske ressurser brukes uhensiktsmessig. Et bedre system, struktur og kultur for samhandling må videreutvikles. Samhandling og samarbeid må skje mellom enkeltpersoner, faggrupper, ledere og på tvers av enhetene. I dag forgår det også mye positivt i flere enheter, som andre enheter ikke vet om. Mangel på informasjon og kommunikasjon på tvers av enheter og sektorer kan medføre at flere arbeider med det samme uten å vite om hverandre.

Enheter utenom enhetene som tilhører HOS (helse, omsorg og sosial) har også stor betydning for å forebygge negative helsefaktorer og fremme positive faktorer, og dermed for helsen og levealder hos befolkningen i Narvik kommune. Barnehager og skoler har en særlig viktig funksjon for barn og unges oppvekst, normal utvikling og kunnskap om sunne levevaner. Et godt samarbeid rundt det enkelte barn og familie er viktig mellom barnehager, skoler, helsestasjon og barnevern. Tekniske enheter har en viktig funksjon for å skape miljøvennlig inne- og uteforhold som skal forebygge ulykker og skade. Andre enheter har en viktig funksjon for å fremme gode opplevelser som har betydning for livskvalitet. Administrative enheter har en viktig rolle som støtte for at utøvende enheter skal kunne fungere best mulig.

Alle i Narvik skal ha bolig, oppleve færre forskjeller i levekår, og ha meningsfull hverdag med aktivitet på dagtid. Trivsel og gode leke- og læringsmiljø i barnehage og skoler virker positivt på helsen og skal stimuleres. Generelt er det behov for å koordinere ulike tjenester på ulike nivå for å samordne innsatsen. Dette krever involvering, felles engasjement og prioritering, og ledelsesstrukturer som fremmer samarbeid og aktivitet. Det er en fare i dag at gode tiltak utvikles i en enhet og ikke ses i sammenheng med tiltak i andre. Det er også en utfordring at tid til utvikling og samordning prioriteres ned i en travelt hverdag. Det er derfor viktig å etablere strukturer som fremmer dette. Det må settes ned tverrfaglige og tverretatlige grupper innenfor ulike områder knyttet til ulike målgrupper, som får i

oppgave å utvikle ulike tiltaksplaner.

Det er en forventning om at tjenestene rundt enkeltbrukere og for grupper blir bedre koordinert. Koordinerende enhet (KE) i tilknytning til Tildelingskontoret har ansvar for å koordinere kommunens habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. Det arbeides fortsatt med opplæring av koordinatorene og utvikling av samarbeidet mellom personer og enheter for å få dette til på en bedre måte. Vi ser en klar utfordring i forhold til å få tilstrekkelig antall koordinatorene innenfor dagens drift. Koordinering for barn med spesielle behov som ikke omfattes av loven må det også arbeides videre med.

Narvik kommune har styrket koordineringen for kreft og lindrende behandling. En koordinator koordinerer hjelp og tjenester til kreftpasienter og andre pasienter med behov for lindring og deres pårørende. Dette skal bidra til at disse får gode levevilkår og livskvalitet, skape helhet og forutsigbarhet i tjenestetilbudet, og være kontaktperson og samarbeide andre behandlere og tjenesteytere.

Koordinering av tjenester skal også skje mellom ulike tjenestenivå gjennom et økt samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak. Dette er ivarettatt gjennom avtaler med UNN og ulike former for møtevirkosomhet. Det er fortsatt behov for å konkretisere innholdet i avtalene, og avklare hva dette betyr for gjennomføring av ulike oppgaver. Kommunen har et godt samarbeid med lokalsykehuset.

Etableringen av Narvik REO ga flere ulike former for korttidsplasser. Imidlertid er det stadig venteliste, overbelegg og andelen utskrivningsklare døgn er ikke redusert i den grad det ble forventet etter etableringen. Arbeidet for å få en bedre rulling i bruk av plasser og bedre pasientflyt må fortsette. Til dels må arbeidsmåter, tenkning og kultur endres i ulike enheter for å få dette til. Forventningene til hva kommunen skal kunne ordne, overstiger ressurser og muligheter. Vi må heve terskelen for å få langtidsopphold med mer hjemmetjeneste og fokus på ressurser hos pasienter og pårørende, senke terskelen for korttidsopphold med flere og kortere opphold, og gi mer avlastning for pårørende gjennom dagtilbud. Vi må også se på organiseringen av ulike tjenester slik at vi får utnyttet ressursene best mulig. Organiseringen må ta utgangspunkt i brukernes behov.

Det er satt i gang et tverrfaglig prosjekt med hverdagsrehabilitering. Målet er å sikre verdig og aktiv aldring, bidra til at eldre kan bo hjemme lengst mulig, hindre passiviserende tjenester, forebygge fall i funksjon, og utsette behovet for pleie. Dette krever en endring i måten å tenke og handle på: Fra det som er problemet til det som den enkelte mener er viktige aktiviteter og fra det å være lengst mulig i eget hjem til lengst mulig aktiv i eget liv. Dette bør ses i sammenheng med kartlegging blant hjemmeboende eldre som ikke får hjelp i dag og helsestasjon for eldre. I tillegg er det andre prosjekt som har mål om å bedre dagens situasjon gjennom å finne ut hvordan velferdsteknologi kan benyttes hensiktsmessig slik at det å bo hjemme kan oppleves trygt.

Det pågår svært mange utviklingsprosjekt. Imidlertid blir erfaringer i liten grad systematisert og evaluert. Det er krevende å frigjøre personer for deltakelse. For å få høyere utbytte og implementering av tiltak bør det være en grundigere planleggingsfase med risikoanalyse.

Tjenestene rundt enkeltbruker og for grupper skal være koordinert selv om det er ulike enheter som utfører disse. Ansatte skal vite hvem som er aktuell samarbeidspart og hvordan dokumentasjonssystemet skal benyttes. Dokumentasjonssystem skal understøtte oppfølging av vedtak og riktig fordeling av ressurser. Opplæring, systemutvikling og resultat involverer flere enheter som sammen må ta ansvar for mest mulig effektivitet. Enhetsledere i Narvik kommune er viktige formidlere av informasjon og kunnskapsdeling på tvers av enheter. I større grad bør det legges til rette for at enhetenes ansvarsområder og kompetanse deles på tvers av sektorer. Dette kan gjøres ved at enhetsledere deltar i møter med andre nettverk etter oppsatt møteplan.

Alle enheter må i større grad fokusere på tiltak for gode levevilkår, folkehelsearbeid og utjevning av forskjeller for at kommunen skal kunne møte fremtidens utfordringer. Dette avhenger av at alle enheter tar ansvar utover sin primære funksjon og samarbeider på tvers. Tjenester skal koordineres med involvering av relevante aktører, felles engasjement og prioritering. Ledelsesstrukturer som fremmer samarbeid og aktivitet bør utvikles videre, og samarbeid mellom administrative, tekniske og faglige enheter må styrkes. Delegasjon med tydelige forventninger og fordeling av oppgaver og ansvar bør også økes i omfang.

### 3.4 Kompetanseutvikling

Mål: Tjenestene skal utøves av personell med riktig kompetanse i et godt faglig miljø.

Kompetanseutvikling er en viktig faktor for å sørge for at personell utøver tjenestene riktig, med god kvalitet og faglig forsvarlighet for brukerne. Kompetanseutvikling skal både styrke den enkelte ansatte og personalets samlede utøvelse relatert til brukernes behov. «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» (Helsepersonelloven §4).

Kommunen har ansvar for å sørge for etter- og videreutdanning for personell, og personalet har plikt til å delta. Deltakelse er i hovedsak basert på frivillighet. Det er 113 ansatte i HOS som er under ulike former for utdanning i 2013. Dette finansieres delvis gjennom Kompetanseløftet 2015. Frigjøring av tid og ressurser for etter- og videreutdanning er krevende. Det er derfor svært viktig at ansatte forblir i kommunen etter utdanningen, og at den kompetansen som utvikles organiseres på en slik måte at den blir benyttet til det beste i forhold til brukernes behov. I enkelte enheter er kompetansenivået godt, mens det i andre er mer mangelfullt. Det må lages noen strategier for å heve kompetansen der den mangler mest, samt at alle enheter utvikler egne kompetanseplaner. Det må tas høyde for at enkelte enheter har mange ansatte som nærmer seg pensjonsalderen. I og med at det er et høyt sykefravær i flere enheter, vil personell i vikariat i stor grad bestå av ufaglærte personer. Det er viktig at disse får systematisk opplæring. Felles opplæringskurs bør utarbeides på tvers av enheter.

I Kompetanseløftet 2015 er det også fokus på utvikling og forskning. Forskning er et område der det i dag ikke foregår aktivitet i kommunens regi, men der vi er avhengig av å være samarbeidspart med institusjoner der forskning foregår.

Fagmiljøet i den enkelte avdeling og enhet må også styrkes gjennom tiltak som reduserer sykefravær, øker stabiliteten blant kvalifisert personell, og benytter og organiserer kompetansen på en god måte. Tiltak for å snu negativ trend og for å rekruttere kompetent personell til ledige stillinger er sentralt. Det er også viktig å unngå ufrivillig deltid slik at de som er kvalifisert kan benyttes bedre i tjenestene. Den enkelte ansatte har ansvar for å holde seg oppdatert innenfor fagfeltet. En del av dette bør systematiseres inn i arbeidshverdagen. Bruk av ulike e-læringsprogram kan være et tiltak for jevnlig oppdatering i enhetene. Dette forutsetter at dataverktøy og hastighet på nettet fungerer. Det kan være behov for å avsette en ressurs som får ansvar for å utvikle fagutviklingstiltak og opplæring på tvers av enheter.

Fysisk og psykososialt arbeidsmiljø virker i sammenheng og forhold knyttet til organisering, jobbinnhold, opplæring og samarbeid er eksempler på forhold som har betydning på arbeidsmiljøet og den enkeltes helse («Best sammen»). Dette må få større fokus i enheter som preges av høyt sykefravær, og antakelig er det behov for bistand fra andre utenfor enheten. Økt samarbeid med Nav kan være et tiltak. Nav besitter også god kompetanse og mange virkemidler som det kan samhandles om ift. både å rekruttere og beholde arbeidskraft. Å legge til rette for inkludering av de som av ulike grunner står utenfor arbeidsmarkedet kan også vise seg å være en god investering for framtiden. Det lokale Nav-kontoret, arbeidslivssenteret med sine virkemidler og tiltak innen inkluderende arbeidsliv, samt karrieresenteret i Ofoten vil være sentrale samarbeidsaktører.

For å bedre ledernes mulighet for oversikt over ansattes kompetanse og organisering av personell er det nødvendig at data- og fagsystemene fungerer, som eksempelvis Notus Ressursstyring og Notus Portal. En utfordring er å bruke denne kompetansen der behovet er størst og på tvers av enheter. Narvik har eksempelvis et demensteam som fungerer på tvers av enheter. Dette er aktivt i forhold til pårørendekurs, men kan utnyttes mer for å styrke demensomsorgen totalt sett. Denne måten å organisere kompetansen på bør også vurderes for andre fagområder, for å forebygge og fremme helsen hos brukerne, øke kvaliteten i utøvelsen, samt at teamet vil være en ressurs for pårørende og ansatte. Arbeid med å utvikle flere områder der team bør etableres bør fortsette. Det er flere hovedgrupper av lidelser som omfatter mange brukere som vil ha et stort behov for kommunale tjenester. Tverrfaglig sammensatte team med lege og helsepersonell med spisskompetanse fra ulike enheter og gjerne en representant fra UNN-Narvik, som kunne være i front når det gjelder kunnskap og kompetanse innenfor fagområdet, vil være en ressurs for andre ansatte, brukere og personell.

Det er en utfordring for Narvik kommune at vel 30% av de i yrkesaktiv alder er utenfor det ordinære arbeidsmarkedet. Med de utfordringene Narviksamfunnet vil stå overfor i forhold til alderssammensetning og tjenestebehov i befolkningen fremover, er det et mål i seg selv å legge bedre til rette for å mobilisere denne arbeidskraftreserven. Gjennom tettere samhandling mellom Nav og den enkelte enhet i Narvik kommune, kan det i større grad legges til rette for utprøvningsplasser/praksisplasser for arbeidssøkere og fremmedspråklige som er ferdig med introduksjonsprogrammet. Et slikt samarbeid fordrer tett oppfølging og forpliktende samarbeid mellom Nav og den enkelte enhet, men vil også underbygge Narvik kommunes ansvar for tilrettelegging for framtidig arbeidskraft. Det kan også være fornuftig å involvere arbeidslivssenteret i Nordland i prosessen.

### 3.5 Kvalitetsutvikling

Mål: Kvaliteten skal sikres i alle ledd, slik at brukere og deres pårørende får tjenester av god kvalitet.

Tjenester av god kvalitet er virkningsfulle, trygge, involverer brukere og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte, og er tilgjengelig og rettferdig fordelt. Tiltak for å styrke brukeren, styrke utøveren, forbedre ledelse og organisasjon, styrke forbedringskunnskapens plass, og følge med og evaluere tjenestene er sentralt for dette (Kvalitetsforskriften). Brukerundersøkelser og internkontroll er virkemidler for å få et grunnlag for evaluering.

Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet inkluderer at tjenestetilbudene er helhetlige og koordinert og verdige, samt at utøvere er og blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og har tilstrekkelig fagkompetanse.

Narvik kommune må arbeide mer for å få et godt og strukturert system for kvalitetsutvikling og kvalitetskontroll. Samtidig er det også viktig å etablere kvalitetsutvalg i de ulike enhetene, som får et spesielt ansvar for å evaluere og vurdere kvaliteten og foreslå tiltak til forbedring. Internkontrollsystem må inngå som en del av dette. Kvalitetssystem finnes i permer, og det pågår arbeid for å innføre elektroniske system.

Det bør også bli økt fokus på fag og samarbeid innad i enheten og på tvers av enheter. Vi må også i større grad vurdere hva statlige veiledere sier om standarder og kvalitet da det kan virke som om behovet er utømmelig og pasientenes (og pårørendes) forventninger er økende. Det vil være spørsmål om hva som er godt nok nivå og hva et likeverdig tjenestetilbud betyr. Dette må veies opp mot at vi også skal vurdere effekt av våre tiltak. Her vil ulike pasienter ha ulikt utgangspunkt for å oppnå effekt. For å bidra til at ressursene utnyttes best mulig er det behov for å utvikle endringskompetanse for å se nye muligheter og vurdere hvordan organisering kan bedre samarbeidet mellom enhetene. Det er kanskje også nødvendig å vurdere hvordan vi er organisert for å sikre at vi utnytter ressursene best mulig.

Kommunen skal undersøke effekten av tjenestene, redusere uheldige påvirkningsfaktorer, og innhente et godt grunnlag for å analysere om fordelingen av ressurser er i tråd med brukernes behov. Det pågår mye aktivitet og mange gode tiltak, men Narvik har få undersøkelser på effekten av tjenestene, og har ikke et godt tallgrunnlag for å analysere om fordelingen av ressurser er i tråd med brukernes behov. Det kan se ut til, fra Kostratall, at vi bør fordele midlene på en litt annen måte. Tallgrunnlaget må bli bedre og verktøyene som benyttes til dette må få større oppmerksomhet av personene/enhetene som kan bidra til dette. Ressursutnyttelse i forhold til organisering bør ses mer på, samt at vedtak og igangsatte tjenester til enkeltbrukere i større grad bør evalueres og korrigeres. Det er en fare for at enkelte brukere får for mange tjenester i forhold til endrede behov, mens andre får for få.

I Narvik er det BEON som skal være det bærende prinsippet for omsorgstjenestene. Vi må i større grad sette inn ressurser tidlig for å unngå at behovene utvikles til det siste trinnet i "omsorgstrappa". I forhold til akutt-medisinske tjenester og beredskap er dette dekket i dag, men vil kreve oppmerksomhet fremover. Det er også tilstrekkelig fastleggedekning og dekning av private fysioterapeuter. Det er et behov for å styrke tilbudet av terapeuter for barn. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og

rehabilitering skjer i ulike enheter. Habilitering og rehabilitering er styrket gjennom opprettelsen av Narvik REO og koordinerende enhet. Det er behov for å styrke hverdagsrehabiliteringen og et prosjekt er opprettet for å oppnå dette. Vi vet at det er en del ensomme personer som bor alene. Besøktjeneste og bidrag fra frivillige er økende, noe som bidrar til at mulighetene for mer sosial og psykososial kontakt øker, både for de som bor i institusjon og for de som bor hjemme uten andre tjenester fra kommunen. Dette må arbeides mer med.

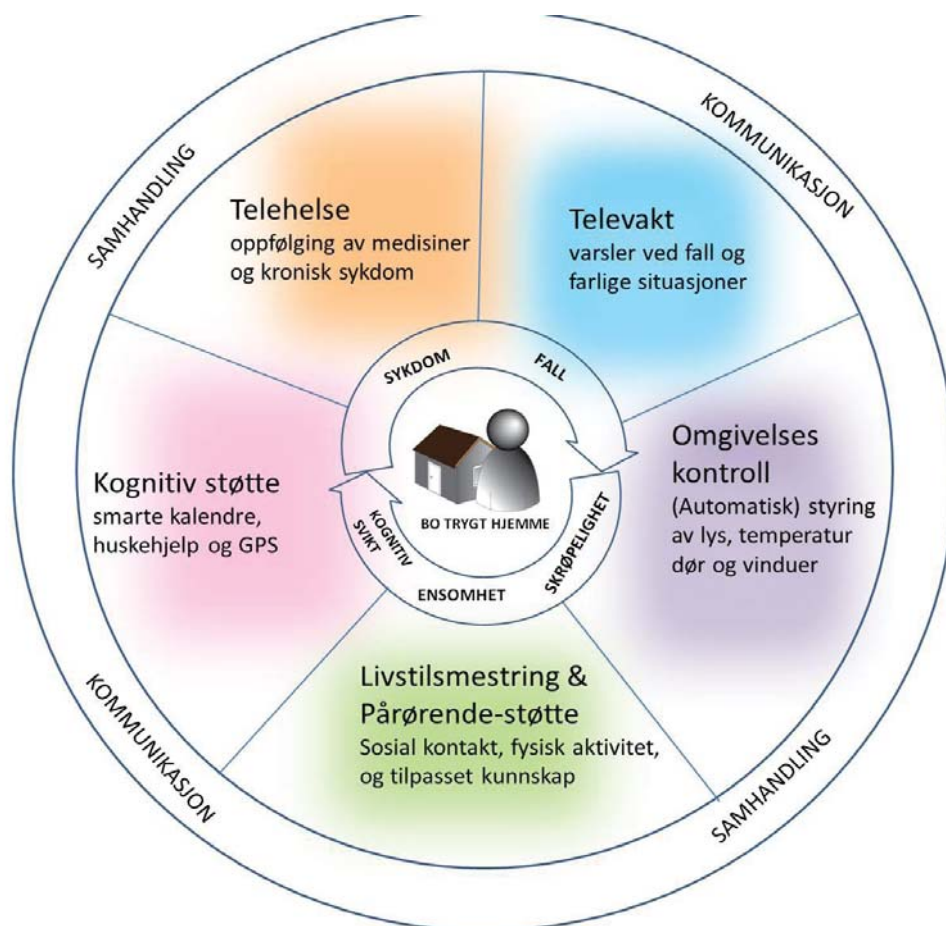
### 3.6 Velferdsteknologi og innovasjon

Mål: Nytenkning og ny teknologi skal understøtte muligheter for at flere kan bo trygt hjemme lenger.

Velferdsteknologi skal bidra til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet, og fysisk og kulturell aktivitet, og styrke den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen. Dette til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. "Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon." (NOU 2011, Innovasjon i omsorg, Hagen-utvalget, s. 11).

Bruk av «Trygghetspakke» har som mål å skape trygghet i hjemmet. Målgruppe som synes spesielt behovstrengende er personer med demens, personer som er rammet av slag og barn med psykisk eller fysisk funksjonsnedsettelse. Det finnes ulike Trygghetspakker, og de ulike Trygghetspakkene kan inneholde ulike elementer som komfyrvakt, røykvarsler, oversvømmelsessensorer, falldetektor, bevegelsessensor, trygghetsalarm, utvidet trygghetsalarm, elektronisk medikamentboks, temperaturendringer, medisinske sensorer, dørsensor, nattlys, kjøleskapsvakt, MEMOplanner (hjelp til å huske avtaler og strukturere hverdag). Figuren under viser Behovshjulet. Dette illustrerer de sentrale faktorene (innerste ring) som typisk påvirker alderdommen og type løsninger (de 5 segmenter) som vil kunne bidra til større trygghet i hjemmet. En sentral forutsetning for alle tjenestene er gode løsninger for kommunikasjon og samhandling mellom aktørene (bruker og støtteapparat, og støttepersonell i mellom), illustrert ved den ytterste ringen:

Figur: Behovshjulet (Trygghetspakken – behovskartlegging og erfaringer, InnoMed):



I Narvik kommune er det økende bruk av trygghetsalarmer. Generelt er det mye som skjer innenfor Trygghetspakker og velferdsteknologi. Dette er teknologi som er begrenset utprøvd og krever tid og ressurser for å sette seg inn i og ta i bruk. Vi vil derfor blant annet delta i noen prosjekt som pågår på tvers av kommuner og fylker, og følge med på det som skjer. I følge rapporten «Trygghetspakken – behovskartlegging og erfaringer» (InnoMed) er det fire forutsetninger for vellykket implementering av Trygghetspakken i en kommune:

- Brukertilpasset og standardisert teknologi
- Tjenesteorientert leverandør
- Kompetent bestillerkommune
- Brukertilpassede støttetjenester og organisering

Vi har satt i gang et stort prosjekt med «Offentlig forskning- og utviklingskontrakt» innen tjenesteutvikling mellom offentlig, privat næringsliv og frivillig sektor med varighet på 3 år. Dette skal bidra til at Narvik kommune kan utvikle tilbudet til brukere av omsorgstjenester med sikte på:

- Forebygging
- Samhandling mellom privat næringsliv, offentlig tjenesteyting og frivillig sektor
- Bruk av velferdsteknologi inkl. alarmmottak

I møte med morgendagens omsorgsutfordringer, blir det nødvendig å mobilisere samfunnets samlede omsorgsressurser og se nærmere på oppgavefordelingen mellom omsorgsaktørene. De offentlige omsorgstjenestene har vært i kontinuerlig vekst i flere tiår. Med sikte på de demografiske utfordringer som venter oss for fullt om 10– 15 år, bør denne veksten organiseres slik at den støtter opp under og utløser alle de ressurser som ligger hos brukerne selv, deres familie og sosiale nettverk, i nærmiljøet og lokalsamfunnet, i ideelle virksomheter og næringslivet som tar sin del av samfunnsansvaret. Videre vil prosjektet bidra til utvikling av arbeidsplasser innen denne sektoren, noe som er viktig for å nå målene i kommuneplanens samfunnsdel.

Innovasjon skal være nytt, nyttig og nyttegjort, og avhenger av tillit og samarbeid mellom administrativ og politisk ledelse og mellom politiske partier (Kasa, 7.05.13). Det forventes økt kreativitet i utformingen av tjenestene slik at brukernes ulike og individuelle behov blir møtt og ivarettatt på god måte. Dette krever også avsetting av tid for motiverte personer. Vi har store utfordringer med å implementere tiltak, eksempelvis fra prosjekt. Dette må inngå i styringssystemet.

Et sitat fra Kåre Hagen (Leder av Hagen-utvalget for NOU 2011, Innovasjon i omsorg) bør være førende for arbeidet i helse- og omsorgssektorene fremover: «Omsorgskrisen skapes ikke av eldrebølgen, men av forestillingen om at det ikke kan gjøres annerledes enn i dag». I denne sammenheng er sitatet rettet mot alle enheter i kommunen og er ikke bare mot ansatte i eldreomsorgen.

### **3.7 Samarbeid med frivillige og næringsliv**

Mål: Økt aktivitet for å avhjelpe og stimulere gode levevaner, og sosial og daglig aktivitet.

Samfunnet skal legge til rette for sunne valg og muligheter for sosial aktivitet, fysisk aktivitet og annet som har betydning for et godt liv. For å øke tilgjengelighet til gode tiltak, er det nødvendig å øke samarbeidet med frivillige organisasjoner, engasjerte enkeltpersoner og næringsliv. Det er også nødvendig å samordne nyttig informasjon og effektive tilbud som stimulerer en sunn livsstil, økt livskvalitet eller forebygger sosial isolasjon.

Kommunens befolkning har ulike behov for tjenester som faller utenfor de lovpålagte oppgavene kommunen har plikt til å utføre. Imidlertid kan dette være oppgaver som den enkelte innbygger/familie har behov for å få hjelp til fordi denne/disse av ulike grunner ikke kan klare dette selv. Frivillige og næringsliv kan bidra slik til at de dette gjelder, blir mest mulig selvhjulpne og får anledning til å utfolde seg.

Når det gjelder folkehelsearbeid og friluftstiltak er det allerede mange lag og foreninger som er aktive med ulike tilbud. Tilbudene bør også omfatte personer som har behov for aktivitet, men som ikke tar initiativ selv.

For å rekruttere frivillige trenger vi å koordinere deres arbeid. Frivillig arbeid bør få høyere status i samfunnet. Det er viktig at frivillige opplever at det arbeidet de bidrar med verdsettes, og at de frivillige får tilstrekkelig veiledning og oppfølging. Det samme gjelder lavterskeltilbud og andre ordninger. Det må også satses mer på gruppebasert fritidstilbud og på mer integrering i lag og foreninger.

Lavterskeltilbud som fritidskontakt og andre ordninger innen fritid med bistand, må også få høyere status og mer fokus på kvalitet enn kvantitet. Det kommer nye brukergrupper med behov for bistand. For å sikre at disse menneskene får å få gode levekår, forebygge sykdom og sosiale problemer, opplevelse av mestring og fellesskap med andre må vi bygge ut tilbudet. Dette være seg tilrettelagt botilbud eller tilpasset hjelp der de bor i dag. Det forventes en økning i praktisk bistand gitt som brukerstyrt personlig assistanse. Dette betyr at brukeren selv eller en nærpersion er arbeidsleder, noe som gir høy grad av brukermedvirkning.

Næringsliv har i enkelte tilfeller interesser som er motstridende til det som har betydning for folkehelsearbeid og folkehelsetiltak. Det er viktig å få til et konstruktivt samarbeid om positiv utvikling.

---

## 4. Strategier

---

Prioritering av tiltak skal ses i sammenheng med strategiene for å nå overordnede mål. I utgangspunktet har hver enkelt person ansvar for egen helse og livsstil, samt ansvaret for å fremme en god helse, oppvekst og levevaner for sine barn. Kunnskap, ferdigheter, økonomi og sosiale kår kan skape begrensninger eller muligheter for hensiktsmessige valg og aktivitet.

### **Det skal fokuseres på den enkeltes ressurser, og legges til rette for egen mestring og deltakelse**

Kommunen skal ved sin politikk og tjenester sørge for at den enkelte kan mestre sitt liv ut fra egne forutsetninger, og skape muligheter for deltakelse i samfunns- og arbeidsliv gjennom hele livet. Stimulering av den enkeltes og familiens ressurser skal fokuseres for å styrke selvstendighet og helsefremmende aktivitet. Habilitering og rehabilitering er sentralt for å få dette til.

### **Folkehelsetenkning skal være grunnleggende på alle nivå og i beslutninger**

De politiske beslutningene og lederne i kommunen skal prioritere tiltak og aktivitet som fremmer helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold, og beskytte befolkningen mot faktorer som har negativ innvirkning på helsen. Prinsippene som "helse i alt vi gjør, utjevning av sosiale forskjeller, bærekraft, føre var og medvirkning" skal prege beslutninger og valg av tiltak.

### **Forebygging, tidlig intervensjon, rehabilitering og helsefremming skal prioriteres for å gi tjenester på laveste omsorgs- og kostnadsnivå med fokus på livskvalitet**

Tjenester som forbygger uheldig utvikling av helsen og/eller øker funksjonsnivået skal prioriteres foran behandling. Kartlegging og analyse av den enkeltes situasjon skal gjøres så tidlig som mulig for å iverksette forebyggende tiltak. De som er i en risikogruppe skal prioriteres foran de som har egne ressurser og nettverk. Omfanget og nivået på tjenestene kan gjennom dette holdes på et lavt kostnadsnivå (lavest mulig nivå i BEON) og fordeles til de som trenger det mest.

### **Helse- og omsorgstjenester for eldre skal fortrinnsvis gis i eget hjem**

Det skal være et mål om å gi tjenestene i brukerens eget hjem på brukerens egne premisser. Hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi er virkemidler for å få dette til. Der funksjonsnivået eller omfanget av tjenester tilsier det må andre botilbud i kommunen vurderes. Kost/nytte vil være viktige faktorer for å opprettholde et best mulig tilbud til flest mulige.

### **Korttidsopphold skal prioriteres fremfor langtidsopphold**

Langtidsopphold skal kun gis til personer som trenger observasjon og hjelp av helsepersonell i store deler av døgnet. Dette skal frigjøre plasser for korttidsopphold og avlastning for personer som har behov for å komme seg etter en hendelse/sykdom eller som har behov for en periode for behandling og pleie. Dette vil medføre at flere kan bo lenger hjemme i egen bolig.

### **Infrastruktur og samarbeid på tvers av enheter skal understøtte tjenestetilbudet**

For å øke fokus på forebygging og folkehelsearbeid skal samarbeidet økes mellom alle kommunens enheter og personell med ulike fagbakgrunn. Både faglig utøvende enheter og administrativ og tekniske enheter har betydning for kommunens samlede tjenesteutøvelse. Det må bli et høyere fokus på at aktiviteten i den enkelte enhet påvirker aktiviteten i andre enheter. Kommunen skal gjennom god organisering, ledelse og struktur sørge for en systematisk, effektiv og fremtidsrettet tjenesteutøvelse.

### **Forsvarlighet, pasientsikkerhet, verdighet og medvirkning legges til grunn for all tjenesteutøvelse**

Helse- og omsorgstilbudet skal følge lovens krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og utøves med basis i faglig kompetanse. Brukere, pasienter og deres pårørende skal møtes med respekt, og utøvelsen skal preges av verdighet for den enkelte. Brukermedvirkning i planlegging og gjennomføring av tjenester skal skje i størst mulig grad.

## 5. Handlingsplan

# Handlingsplan for helse- og omsorg

Handlingsplanen skal overføres til kommunens styringssystem, enhetenes virksomhetsplaner og fremtidige budsjett. Det kan være nødvendig å konkretisere tiltak ytterligere for å få en hensiktsmessig rapportering og evaluering gjennom styringssystemet. I budsjettdokumentet tiltakene under beskrevet som nye utfordringer, tiltak for å redusere budsjettet er ikke tatt med her. Ut fra enkelte tiltak er det skrevet en x for å synliggjøre når tiltaket bør starte og perioden for tiltaket. Det betyr at det må settes av tid. Noen forslag må også kostnadsberegnes ytterligere.

[illegible]

|              |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |            |            |            |            |            |            |            |            |         |     |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|---------|-----|
| 110-1<br>4-H | OFU-Kontrakt                                                              | Prosjekt for å søke om støtte for offentlig forsknings- og utviklingskontrakt (Innovasjon Norge) mellom privat og offentlig sektor, i samarbeid med frivillige. Hensikten er forebygging, samhandling og utvikling av velferdsteknologiske løsninger.                                | 500 000 | 0          | 0          | 0          | 0          | 0          | 0          | 0          | 0          | 500 000 | 110 |
| 360-1<br>4-A | Effektforbedring integreringsarbeid / færre passive sosialhjelpsmottakere | Innsats for å få større effekt av integreringsarbeidet, styrke og videreutvikle samhandling med andre enheter, privat næringsliv og andre samarbeidspartnere. Målet er å forebygge frafall fra videregående, og utvikle og styrke botilbud og arbeid for unge og vanskelighetstilte. | 500 000 | -1 000 000 | -1 000 000 | -1 000 000 | -1 000 000 | -1 000 000 | -1 000 000 | -1 000 000 | -1 000 000 |         | 360 |
| 366-1<br>4-C | Helsesøster skolehelsetjenesten                                           | Økt stillingsressurs som helsesøster i helsestasjon og skolehelsetjenesten. Helsesøstrene jobber primært forebyggende med alle barn og unge i kommunen og har fått flere arbeidsoppgaver.                                                                                            | 512 500 | 650 000    | 650 000    | 650 000    | 650 000    | 650 000    | 650 000    | 650 000    | 650 000    |         | 366 |
| 366-1<br>4-D | Helsesøster flyktning                                                     | Mange flyktninger bosettes i Narvik hvert år. Dette er familier som trenger tett oppfølging, og som ikke får et likeverdig tilbud og hjelp som etnisk norske i dag. Dette er også viktig for forebygging og bedring av integreringen.                                                | 0       | 650 000    | 650 000    | 650 000    | 650 000    | 650 000    | 650 000    | 650 000    | 650 000    |         | 366 |

**Alle tiltak nedenfor med en beregnet kostnad i kr forutsetter omlegging av eksisterende drift for å frigjøre midler til tiltaket. Alternativt at man i en senere økonomiplanperiode prioriterer en større andel av totalbudsjettet til helse og omsorg.**

|  | Folkehelsearbeid, forebygging og helsefremming                      | 2014    | 2015    | 2016    | 2017    | 2018    | 2019    | 2020    | Totalt                          | Ansvar         |
|--|---------------------------------------------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------------------------------|----------------|
|  | Koordinering av tjenester, KE                                       | x       | 550 000 | 550 000 | 550 000 | 550 000 | 550 000 | 550 000 |                                 | FaFo           |
|  | Hverdags-rehabilitering                                             | 300 000 | 600 000 | ?       | ?       | ?       | ?       | ?       | internt + søkte eksterne finans | Hjemtj Helsehj |
|  | Vurdere tverrfaglig styrking av helsestasjon- og skolehelsetjeneste | x       | x       | x       | x       | x       | x       | x       | + søkte eksterne finans         | BUF Helsehj.   |

|                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                         |                                      |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|-------------------------|--------------------------------------|
| Vurdere økt helsesøstertjeneste                 | Dette bør vurderes i sammenheng med andre tiltak for å styrke forbyggende arbeid blant barn og unge. Økonomiske beregning gjelder 1,5 årsverk helsesøster.                                                                                                                                                          |   | 325 000                | 650 000                | 975 000                | 975 000                | 975 000                | 975 000                | + søke eksternt finans. |                                      |
| Vurdere økt fysioterapitjeneste                 | Dette bør vurderes i sammenheng med andre tiltak for å styrke forbyggende, helsefremmende og rehabiliterende arbeid. Økonomiske beregning gjelder 2,7 årsverk fysioterapeut. Fysioterapeutsstillinger delfinansieres av staten med kr. 180.000 pr. årsverk.                                                         |   | 275 000                | 380 000                | 760 000                | 760 000                | 1 026 000              | 1 026 000              |                         |                                      |
| Vurdere økt omfang av tilrettelegging i hjemmet | Tilrettelegging av bolig for at innbyggere skal kunne bo i eget hjem og være selvstendig og aktiv. Boligtilrettelegging og tekniske hjelpemidler for funksjons- og sansekap. Økonomiske beregning gjelder 1,0 årsverk ergoterapeut og 0,5 årsverk servicemedarbeider ved hjelpemiddellageret.                       | x | E 580 000<br>S 250 000 | E 580 000<br>S 250 000 | E 580 000<br>S 250 000 | E 580 000<br>S 250 000 | E 580 000<br>S 250 000 | E 580 000<br>S 250 000 | + søke eksternt finans. | Helsestj                             |
| Vurdere hjemmebesøk til eldre over 80 år        | Besøk med kartlegging av hjemmeforhold hos hjemmeboende eldre. Målet er å redusere negative faktorer og øke de positive faktorene for helse og mulighet for å bo hjemme lengst mulig. Tiltaket må også ses i sammenheng med hverdagsrehabilitering og helsestasjon for eldre.                                       |   | x                      | x                      | x                      | x                      | x                      | x                      | + søke eksternt finans. | BUF +                                |
| Økt fokus på sunn oppvekst blant barn og unge   | Økt fokus på sunn oppvekst og faktorer som påvirker stimulering av normal utvikling for barn og unge i alle barnehager og skoler. Inneholder å utvikle strategier og gjennomføre tiltak og opplæring innenfor områder der dette er mangelfullt. Må evaluere tiltak for å kunne vurdere effekt.                      | x | x                      | x                      | x                      | x                      | x                      | x                      | Internt                 | Barneha<br>ger og<br>skoler<br>+     |
| Økt fokus på trivsel i barne- og ungdomsskole   | Fokusere og gjennomføre tiltak som fremmer trivsel og reduserer mobbing i alle klasser og klassetrinn. Tiltakene må evalueres.                                                                                                                                                                                      | x | x                      | x                      | x                      | x                      | x                      | x                      | Internt                 | Skoler                               |
| Økt fokus risikofaktorer for barn og unge.      | Alle ansatte som møter barn og unge i sitt arbeid bør fokusere på forhold som kan innebære uheldige oppvekst- og levekårsforhold. Stimulere positiv utvikling, eventuelt følge opp mistanker om negative forhold. Narvik skal være en TIBR-kommune. Dette er et tiltak for å unngå at barn og unge kommer i risiko. | x | x                      | x                      | x                      | x                      | x                      | x                      |                         | Alle                                 |
| «Vårres unga-vårres framtid»                    | Prosjekt i samarbeid med Fylkesmannen i Nordland. Prosjektet omhandler ulike forhold som angår barn og unges oppvekst. Folkehelsekoordinator er kontaktperson for Narvik kommune. Prosjektet omfatter flere enheter og ses i sammenheng med tiltak i TIBR og andre tiltak som omfatter barn og unge.                | x | x                      |                        |                        |                        |                        |                        | Internt                 | Folke-<br>helse-<br>koord.<br>+flere |
| Vurdere oppfølging av «Barn og overvekt»        | Prosjekt som pågår der implementering avhenger av oppfølgingskapasitet fra helsestasjon, og må ses i sammenheng med «Tverrfaglig styrking av helsestasjon- og skolehelsetjeneste».                                                                                                                                  | x | x                      | x                      | x                      | x                      | x                      | x                      | Internt                 | BUF og<br>rektorer                   |

|  |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |         |         |         |         |         |         |                     |                            |
|--|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------------------|----------------------------|
|  | Vurdere «ZIPPIIS venner»                                                     | Et tiltak for å øke fokus på psykisk helse i barneskolen. Krever økt kapasitet av skolehelsetjenesten og samarbeid med skolene. Ses i sammenheng med «Tverrfaglig styrking av helsestasjon- og skolehelsetjeneste».                                                                                                                                                             |   | X       | X       | X       | X       | X       | X       | Internt             | BUF og rektorer            |
|  | Vurdere «Psykisk helse i skolen»                                             | Et tiltak for å øke fokus på psykisk helse i ungdomsskolen. Krever økt kapasitet av skolehelsetjenesten og samarbeid med skolene. Ses i sammenheng med «Tverrfaglig styrking av helsestasjon- og skolehelsetjeneste». Det pågår et tilsvarende tiltak i videregående, som vi har god erfaring med. Det er en utfordring at dette ikke gjennomføres systematisk på lavere trinn. |   | X       | X       | X       | X       | X       | X       | Internt             | BUF og rektorer            |
|  | Vurdere foreldreveiledning, ICDP                                             | Veiledning av helsesøster for alle foreldre for å unngå at problem oppstår. Krever samarbeid med spes.ped og barnehager, i tillegg til stilling som helsesøster. Ses i sammenheng med «Tverrfaglig styrking av helsestasjon- og skolehelsetjeneste».                                                                                                                            |   | X       | X       | X       | X       | X       | X       | Internt +           | BUF +                      |
|  | Vurdere økt jordmorkapasitet                                                 | 0,5 årsverk for å ivareta oppfølging i hjemmet etter fødsel og nye oppgaver.                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   | 325 000 | 325 000 | 325 000 | 325 000 | 325 000 | 325 000 |                     | BUF                        |
|  | Arbeids- og språktrening for fremmedspråklige                                | Planlegge og iverksette tiltak for å fremme arbeidstrening og språkopplæring i alle enhetene i kommunen. Oppfølging fra NAV.                                                                                                                                                                                                                                                    |   | X       | X       | X       | X       | X       | X       | Internt +           | NAV + flere                |
|  | Vurdere oppfølging etter tilsyn fra miljørettet helsevern                    | Miljøfaktorer har betydning for barn og unges helse og læringsmiljø. Det gjennomføres systematiske miljørettede helsevernundersøkelser. Tiltak for bedring må følges raskere opp i barnehager og skoler.                                                                                                                                                                        | X | X       | X       | X       | X       | X       | X       | Må beregnes         | Bygg                       |
|  | Vurdere økt oppfølgings- tjeneste innen rus og psykiatri                     | Det bør vurderes å øke tjenesten med 1,0 årsverk for å følge opp overførte pasienter fra spesialisthelsetjenesten til RoP-tjenesten. Sees mot øremerkede midler.                                                                                                                                                                                                                |   | 617 000 | 617 000 | 617 000 | 617 000 | 617 000 | 617 000 | Øremerkede midler ? | RoP                        |
|  | Vurdere økning i boligtjenesten, Rus og Psykiatri                            | Det bør vurderes å øke tjenesten med 1,0 årsverk for å gi et bedre tilbud til beboere i RoP-tjenesten. Hensikten er å styrke boevne, forhindre utagering og avhjelpe 5 nye kvinnelige beboere. Sees mot øremerkede midler.                                                                                                                                                      |   | 700 000 | 700 000 | 700 000 | 700 000 | 700 000 | 700 000 | Øremerkede midler ? | RoP                        |
|  | Vurdere forebyggende tjenester for rus og psykisk syke                       | Etablere et lavterskeltilbud med formål å drive opplysningsarbeid spesielt innen Hepatitt og HIV for denne brukergruppen for å unngå at helseplager utvikler seg. Forslaget innebærer 0,5 årsverk.                                                                                                                                                                              |   | 350 000 | 350 000 | 350 000 | 350 000 | 350 000 | 350 000 |                     | RoP i samarbeid med andre. |
|  | Vurdere kartlegging av rus, psykisk helse, vold og trusler i nære relasjoner | Fokuset på trusler og vold bør økes generelt. Blant annet på tidlig kartlegging hos gravide hos kommunejordmor og i helsestasjon. Krever et godt oppfølgingssystem når problemer blir avdekket. Deler forutsetter høyere kapasitet hos kommunejordmor. Tiltaket bør gjennomføres for flere grupper.                                                                             |   | X       | X       | X       | X       | X       | X       | Internt +           | BUF og ROP +               |

|                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |             |             |             |             |             |             |               |                  |         |                      |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------|------------------|---------|----------------------|
| «Trygg i Nordland»                               | Prosjekt som skal bidra til en oversikt over skadebilde, utvikle tiltak og samordne tiltak for skade- og ulykkesforebygging. Dette prosjektet er et samarbeid mellom ulike enheter, Nordland fylkeskommune og Norsafety.                                                                                 | x           | x           | x           | x           |             |             |             |               |                  | Internt | FaFo + helse, kultur |
| <b>Bruker-<br/>medvirkning</b>                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>2014</b> | <b>2015</b> | <b>2016</b> | <b>2017</b> | <b>2018</b> | <b>2019</b> | <b>2020</b> | <b>Totalt</b> | <b>Ansvar</b>    |         |                      |
| Vurdere system for brukerundersøkels             | Planlegge, vurdere og velge et system som enkelt kan benyttes til ulike undersøkels                                                                                                                                                                                                                      | x           | x           | x           | x           | x           | x           | x           |               | HR +             |         |                      |
| Gjennomføre brukerundersøkels                    | Gjennomføre undersøkels                                                                                                                                                                                                                                                                                  | x           |             | x           |             | x           |             | x           | Internt       | HO- enheter      |         |                      |
| Samarbeidsavtaler med bruker og pårørende.       | Inngå avtaler med pårørende og bruker/pasienter som trenger bistand der pårørende er sentrale. Disse skal gjennomgås en gang i året. Dette er innført i sykehjem og bør vurderes innført i andre enheter.                                                                                                | x           | x           | x           | x           | x           |             | x           | Internt       | HO- enheter      |         |                      |
| Personlig pleieplan/ tiltaksplan/ eller IP       | For alle brukere/pasienter skal det utarbeides en plan der tiltak konkretiseres i forhold til mål og ressurser. Utarbeidelsen skal skje med mest mulig medvirkning fra bruker/pasient og pårørende. Det skal være en ansatt i tjenesten som oppnevnes som kontaktperson /primærpsykepleier/ koordinator. | x           | x           | x           |             | x           | x           | x           | Internt       | HO- enheter      |         |                      |
| Brukerråd                                        | I alle sykehjem er det etablert brukeråd. Referat fra rådets møter skal tas med i grunnlag for virksomhetsplanleggingen i enheten og for kvalitetsforbedring. Brukeråd skal også etableres i andre enheter.                                                                                              | x           | x           | x           | x           | x           |             | x           | Internt       | HO- enheter      |         |                      |
| Brukermedvirkning på systemnivå                  | Planverk skal sendes til ulike brukerorganisasjoner på høring. Der endringer påvirker enkelte brukergrupper direkte, skal disse involveres tidlig i prosessen og bli hørt før planer vedtas.                                                                                                             | x           | x           | x           | x           | x           |             | x           | Internt       | Flere            |         |                      |
| Oppdatere tjeneste- beskrivelser                 | Til enhver tid tilpasset nytt lowerk og nye maler. Tjenestebeskrivelsene må tydelig gjenspeile det tilbudet brukerne kan forvente.                                                                                                                                                                       | x           |             |             |             |             |             |             | Internt       | HOS- enheter     |         |                      |
| Informasjon om aktuelle tilbud og tiltak         | Samle og oppdatere informasjon om ulike tilbud og tiltak, slik at dette blir lett tilgjengelig for befolkningen.                                                                                                                                                                                         |             |             |             |             |             |             |             |               | Samfun nskont. + |         |                      |
| <b>Organisering og koordinering av tjenester</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>2014</b> | <b>2015</b> | <b>2016</b> | <b>2017</b> | <b>2018</b> | <b>2019</b> | <b>2020</b> | <b>Totalt</b> | <b>Ansvar</b>    |         |                      |
| Oppfølging av samarbeidsavtaler                  | Det pågår arbeid med samarbeidsavtaler mellom koordinerende enhet og utøvende enheter. Avtalene skal                                                                                                                                                                                                     | x           |             | x           |             | x           |             | x           | Internt       | FaFo + HO-       |         |                      |

|  |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |                      |
|--|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|----------------------|
|  | mellom KE og utøvende enheter                                      | avklare oppgave- og ansvarsfordeling, følges opp gjennom jevnlige møter og evalueres.                                                                                                                                                                                                             |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | enheter              |
|  | Ny organisering av ansatte i fagnettverk/ fagteam/ kompetente team | Vurdere organisering av personell i kompetente team for å følge opp brukergrupper med spesielle behov, internt og på tvers av enheter. Bør ses i sammenheng med «Effektivisering innen omsorg».                                                                                                   | x | x |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | Hjemme tj. +         |
|  | Koordinering av tilbud og utvikling av pasientforløp               | Utarbeide felles strategi og tiltaksplaner for å samle, konkretisere oppgaver og organisere tjenester for ulike målgrupper, på tvers av enheter, slik at utøvelsen blir mer samordnet innenfor forebygging, helsefremming, habilitering og rehabilitering. Bør ses i sammenheng med andre tiltak. | x | x |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | HOS- enheter         |
|  | Økt fokus på muligheter og reduksjon av langtidsopphold            | Heve terskelen for langtidsopphold og senke terskelen for korttidsopphold gjennom mer fokus på muligheter og egenmestring. Ses i sammenheng med «Effektivisering innen omsorg» og Hverdagsrehabilitering» samt bruk av velferdsteknologi.                                                         | x | x |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | x | HO- enheter          |
|  | Vurdere revisjon av omsorgstrappa                                  | Revidere og oppdatere beskrivelser knyttet til de ulike trinnene i omsorgstrappa.                                                                                                                                                                                                                 | x |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | HO- enheter          |
|  | Økt fokus på samhandling mellom ulike sektorer                     | Vurdere utvikling av flere hensiktsmessige møtearenaer der tiltak som angår flere sektorer kan diskuteres på tvers.                                                                                                                                                                               | x | x |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | Flere                |
|  | Lederutvikling                                                     | Vurdere tiltak for ledelsesutvikling, strategisk tenkning, styring og budsjettkontroll (intern opplæring/oppfølgning), samt å se på intern organisering i den enkelte enhet. Øk fokus på oppfølging, rapportering og evaluering.                                                                  | x | x |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | Rådman n, HR +       |
|  | Tydeliggjøre delegasjonsreglementet                                | Vurdere behovet for å tydeliggjøre fordeling av oppgaver, ansvar og oppfølging i linjeledelsen, vannrett og horisontalt. Utvikle en høyere felles forståelse for kommunens felles mål og tiltak, og hvilke betydning den enkelte enhet/sektor har i forhold til dette.                            | x |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | Rådman n, FaFo+H R + |
|  | Økt aktivitet rundt øyeblikkelig hjelp                             | Det er behov for å øke aktiviteten i dette tilbudet internt i kommunen, samt å samarbeide med andre kommuner. Det pågår et samarbeid med Evenes kommune.                                                                                                                                          | x | x |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | Hjemme tj.+ Helse    |
|  | Vurdere utvikling av en integreringsplan                           | Utvikle en plan for integrering av flyktninger der tilbud om helse, skole, bolig, arbeidstrening og språkopplæring er samordnet.                                                                                                                                                                  | x |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | NAV +                |
|  | Evaluerer tilsyns- legefunksjon                                    | Evaluerer dagens tilsynsfunksjon ved sykehjemmene, samt vurdere om denne funksjonen skal samles til færre leger. Færre leger i større stillingsbrøker kan bedre tilstedeværelse og tilgjengelighet i sykehjem.                                                                                    | x |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | Helse +              |

|  |                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |      |      |      |      |      |      |                    |                  |   |   |   |   |         |           |
|--|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|--------------------|------------------|---|---|---|---|---------|-----------|
|  | Evaluere fastlegeordningen i Narvik kommune                 | Evaluere fastlegeordningen i Narvik kommune for å vurdere om det vil være behov for endringer for å møte fremtidige utfordringer.                                                                                                                                                                                                      | x    | x    |      |      |      |      |      |                    |                  |   |   |   |   |         | Helse +   |
|  | Økt fokus på folkehelsearbeid i alle enheter.               | Alle enheter må legge til rette for brukerfokus og tjenesteutøvelse, vurdere konsekvenser ved valg av tiltak, samt øke og gjennomføre folkehelse tiltak for å bidra til økt folkehelse. Felles opplæring/oppdatering i folkehelseetnkning.                                                                                             | x    | x    | x    | x    | x    | x    | x    | x                  | x                | x | x | x | x | Internt | Alle      |
|  | Ressursstyrings-verktøy                                     | Utrede og implementere en løsning for sanntids rapportering av ressursbruk og tjenesteproduksjon. Løsningen skal være tilgjengelig for avdelingsledere, enhetsledere og andre som direkte kan påvirke innsatsfaktorer                                                                                                                  | x    |      |      |      |      |      |      |                    |                  |   |   |   |   |         | Økonom +i |
|  | Avklare oppgaver mellom administrative og utøvende enheter. | Vurdere behovet for å avklare fordeling av oppgaver og samarbeidsrutiner mellom administrative, tekniske og utøvende enheter innen helse og omsorg.                                                                                                                                                                                    |      |      |      |      |      |      |      |                    |                  |   |   |   |   |         | Alle      |
|  | Økt effektivitet og bruk av fagsystem i HOS.                | Det er flere «system» og applikasjoner som ansatte i HOS benytter ved gjennomføring av ulike oppgaver og funksjoner. Det er sentralt at funksjonalitet og IKT-støtte er optimal. En IT-strategi er vedtatt og arbeid pågår.                                                                                                            | x    | x    | x    | x    | x    | x    | x    | x                  | x                | x | x | x | x |         | IT        |
|  | Kompetanse-utvikling                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Totalt             | Ansvar           |   |   |   |   |         |           |
|  | Kompetanse-utviklingsplan                                   | Alle enheter i HOS skal utvikle kompetanseutviklingsplan for enheten for de neste 10 årene.                                                                                                                                                                                                                                            | x    | x    |      |      |      |      |      | Internt            | HR og HO-enhet   |   |   |   |   |         |           |
|  | Rekrutterings-arbeid                                        | Det er utfordrende å rekruttere høgskoleutdannet personell til enkelte enheter. Sykehjem er spesielt utsatt for mangel på sykepleiere og at det er mange som nærmer seg pensjonsalder. Det bør settes i gang et arbeid for felles rekruttering.                                                                                        | x    | x    |      |      |      |      |      |                    | HR og enheten e  |   |   |   |   |         |           |
|  | Fagopplærings-ansvarlig på tvers av enheter                 | Opprette en stilling som har et ansvar på tvers av enhetene for faglig opplæring og oppdatering av ansatte i samarbeid med enhetslederne i HO.                                                                                                                                                                                         |      | x    | x    | x    | x    | x    | x    |                    | HO-enheter +FaFo |   |   |   |   |         |           |
|  | Bruk av E-læring                                            | Det eksisterer ulike former for e-læring der ansatte kan få opplæring og oppdatering. Dette må implementeres som en naturlig del av hverdagen i enhetene. Forutsetter funksjonelle dataverktøy i enhetene.                                                                                                                             |      | x    | x    | x    | x    | x    | x    | Internt            | IT + HOS-enheter |   |   |   |   |         |           |
|  | Økt fokus på kunnskap om ernæring og kosthold               | Dette bør vurderes i alle enheter som har et direkte ansvar for personer over tid. I dette må tannhelse inngå. Prosjekt om ernæring og kosthold for alvorlig syke og eldre pågår. Dette har fått eksterne midler for 2013-2014. Det er også behov for å stille krav til kvaliteten på maten som leveres fra andre enn Felleskjøkkenet. | x    |      |      |      |      |      |      | Internt + eksterne | HO-enheter       |   |   |   |   |         |           |

|                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |             |             |             |             |             |             |               |                          |         |                  |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------|--------------------------|---------|------------------|
| Komp-Is                                                | Oppdatering av lowerk gjennom tilgang på videoer fra Helsenett. Forutsetter funksjonelle dataverktøy i enhetene.                                                                                                                                                                                                  | x           | x           | x           | x           | x           | x           | x           | x             | x                        | Internt | +HOS-<br>enheter |
| Kompetanseheving for takling av vanskelige situasjoner | Kompetanseheving blant personell for at de skal kunne mestre situasjoner der det er motsetninger mellom faglige hensyn og personlig motivasjon/kunnskap/ferdigheter hos bruker og/eller pårørende.                                                                                                                | x           | x           | x           | x           | x           | x           | x           | x             | x                        | Internt | HO-<br>enheter   |
| Kompetanseheving for å møte nye krav/oppgaver          | Kommunen har fått nye oppgaver med innføring av Samhandlingsreformen. Dette krever oppdatering og utvikling i tjenestene. Hospitering i sykehus kan være et tiltak.                                                                                                                                               | x           | x           | x           | x           | x           | x           | x           | x             | x                        |         |                  |
| Kurs for pleieassistenter og vikarer                   | Alle ufaglærte skal ha opplæring/kursing før de får vakter i brukerorienterte enheter. Program som beskriver innhold og gjennomføring utarbeides på tvers av relevante enheter.                                                                                                                                   | x           |             |             |             |             |             |             |               |                          | Internt | HO-<br>enheter   |
| Kompetanse i Alderspsykiatri                           | Narvik kommune har liten kapasitet og kunnskap om alderspsykiatri, og må utvikle samarbeid med spesialisthelsetjenesten                                                                                                                                                                                           | x           | x           |             |             |             |             |             |               |                          |         | RoP              |
| <b>Kvalitetsutvikling</b>                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>2014</b> | <b>2015</b> | <b>2016</b> | <b>2017</b> | <b>2018</b> | <b>2019</b> | <b>2020</b> | <b>Totalt</b> | <b>Ansvar</b>            |         |                  |
| IKT-basisfunksjon                                      | Fakta grunnlag avhenger av at riktige data rapporteres gjennom ulike system. Effektive IT-systemer er en forutsetning for god drift. Soft- og hardware må videreutvikles og ha tilstrekkelig stabilitet og tilgjengelighet.                                                                                       | x           | x           | x           | x           | x           | x           | x           |               | IT +<br>system-<br>ansv. |         |                  |
| Vurdere innføring av et elektronisk kvalitetssystem    | Kvalitetssystemet skal fungere effektivt i sammenheng med styringssystemet, og inneha internkontrollfunksjon og HMS system. Kostnader avhenger av valg av firma. Vurdering pågår.                                                                                                                                 | x           |             |             |             |             |             |             |               | HR+<br>FaFo              |         |                  |
| Kvalitetsutvalg                                        | Alle enheter skal ha kvalitetsutvalg som evaluerer kvaliteten og foreslår kvalitetsforbedrende tiltak. Dette skal inngå i kvalitetssystemet.                                                                                                                                                                      | x           | x           | x           | x           | x           | x           | x           | Internt       | HOS-<br>enheter          |         |                  |
| Dokumentasjonsstandard.                                | Utrede, vedta og implementere en standard for dokumentasjon av planlagt og utført helsehjelp. Standarden skal spesifikt definere dokumentasjonens hyppighet, omfang, innhold og plassering i kommunens EPJ-system.                                                                                                |             | x           |             |             |             |             |             |               | FaFo?                    |         |                  |
| Databehandler for IPLOS/Profil                         | Helsedirektoratet er databehandlingsansvarlig for IPLOS-registret. Kommunen har behov for en som er ansvarlig for databehandling på vegne av Helsedirektoratet. 1,0 årsverk prioriteres innen avsatte ressurser til kontakt, ivaretagelse av system, og for oppdatering og opplæring av ansatt i IPLOS og Profil. | x           | x           | x           | x           | x           | x           | x           |               | FaFo                     |         |                  |
| Superbrukere i IPLOS/Profil                            | Enhetene bør avsette tid til superbrukere som kan bidra i opplæring av nyansatte i enheten og for oppdatering av informasjon i IPLOS og Profil. Gjennomsnitt beregnet 20% til hver enhet                                                                                                                          | x           | x           | x           | x           | x           | x           | x           | Internt       | HOS-<br>enheter          |         |                  |

|  |                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |             |             |             |             |             |             |             |               |               |              |           |  |  |                  |
|--|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------|---------------|--------------|-----------|--|--|------------------|
|  | Økt bruk av PPS                                 | PPS er et elektronisk prosedyresystem for sykepleietjenesten som er forskningsbasert, oppdateres jevnlig og lett å bruke.                                                                                                                                                                                                                              | x           |             |             |             |             |             |             |               |               |              |           |  |  | IT + HO- enheter |
|  | Plan for innføring av nytt nasjonalt nødnett    | Innføring av nytt nasjonalt nødnett kan medføre behov for investeringer i utstyr og noe mer personale. Dette må utredes og implementeres.                                                                                                                                                                                                              | x           | x           | x           | x           | x           | x           | x           |               |               |              |           |  |  | Helse            |
|  | Implementering av UH/FaBu-prosjekt              | Et prosjekt med flere tiltak startet opp høsten 2013. Dette må implementeres i enhetene og følges opp i 2014.                                                                                                                                                                                                                                          | x           |             |             |             |             |             |             |               |               |              |           |  |  | UH/FaBu          |
|  | <b>Velferdsteknologi og innovasjon</b>          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>2014</b> | <b>2015</b> | <b>2016</b> | <b>2017</b> | <b>2018</b> | <b>2019</b> | <b>2020</b> | <b>Totalt</b> | <b>Ansvar</b> |              |           |  |  |                  |
|  | Trygge hjem                                     | Basert på trygghetsalarter (Trygghetspakken) skal løsninger for trygge hjem utvikles og implementeres. Må ses i sammenheng med «Hverdagsrehabilitering»                                                                                                                                                                                                | x           | x           | x           |             |             |             |             |               |               | HO- enheter  | Internt   |  |  |                  |
|  | Økt bruk av velferdsteknologi                   | En gruppe på tvers settes ned. Gruppen skal være kommunens ressurs og kartlegge aktuelle velferdsteknologiske hjelpemidler, utarbeide plan for tilrettelegging for økt bruk av velferdsteknologi, samt vurdere standarder.                                                                                                                             | x           | x           |             |             |             |             |             |               |               | HO- enheter  | Internt   |  |  |                  |
|  | Aktiviteter i hverdagen                         | Øke aktivitetstilbudet for utviklingshemmede og funksjonshemmede gjennom økt bruk av velferdsteknologi. Må ses i sammenheng med UH/FaBu-prosjektet og tiltaket over.                                                                                                                                                                                   | x           | x           | x           | x           | x           | x           | x           |               |               | UH + FaBu    | Internt   |  |  |                  |
|  | Økt fokus på aktiv hverdag for alle             | Etterstrebe innovative løsninger for å øke brukernes livskvalitet. Ses i sammenheng med flere tiltak.                                                                                                                                                                                                                                                  | x           | x           | x           | x           | x           | x           | x           |               |               | HOS- enheter | Internt   |  |  |                  |
|  | <b>Samarbeid med frivillige og næringsliv</b>   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>2014</b> | <b>2015</b> | <b>2016</b> | <b>2017</b> | <b>2018</b> | <b>2019</b> | <b>2020</b> | <b>Totalt</b> | <b>Ansvar</b> |              |           |  |  |                  |
|  | «Alleensenteret»                                | Konkretisering av samarbeid og samordning mellom næringsliv, Narvik kommune og frivillige for å øke aktivitet for ulike brukergrupper ved Alleen. Fysio-, ergo og LMS bidrar inn veiledning.                                                                                                                                                           | x           |             |             |             |             |             |             |               |               | Flere        | Internt + |  |  |                  |
|  | Økt samarbeid med frivillige, lag og foreninger | Innhente og samle informasjon og oversikt over frivillige personer, lag og foreninger. Rekruttere og involvere frivillige lag og foreninger. Utvikle aktivitetstilbud for ulike brukergrupper. Det er også behov for å øke muligheter for arbeidstrening, arbeidstiltak og språkopplæring for flyktninger. Sees i sammenheng med "fritid med bistand". | x           |             |             |             |             |             |             |               |               | Flere        | Internt + |  |  |                  |

|  |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |      |      |                           |                           |      |      |      |                |        |           |               |
|--|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|---------------------------|---------------------------|------|------|------|----------------|--------|-----------|---------------|
|  | Økt samarbeid med Frivillighets-sentralen     | Generell økning av samarbeidet, samt at Frivillighetssentralen skal bidra for å gjennomføre et prosjekt i kommunen om «Frivillighet og næringsorg».                                                                                                                                                                                       | x    | x    |                           |                           |      |      |      |                |        |           |               |
|  | Økt samarbeid med næringsliv                  | Generell økning av samarbeidet med næringslivet for å øke kommunens tilbud og muligheter, blant annet for økt brukervalg.                                                                                                                                                                                                                 | x    | x    | x                         | x                         | x    | x    | x    | x              | x      | Internt + | Flere         |
|  | Vurdere konkurranse-utsetting                 | Vurdere, avklare og eventuelt planlegge områder som er egnet for konkurranseutsetting.                                                                                                                                                                                                                                                    |      | x    |                           |                           |      |      |      |                |        |           | Flere         |
|  | INVESTERINGS-TILTAK                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2014 | 2015 | 2016                      | 2017                      | 2018 | 2019 | 2020 | Totalt         | Ansvar |           |               |
|  | Furugården                                    | Bolig for flere utviklingshemmede er under ombygging. Boligen skal samle flere brukere på et sted og gi et bedre dag- og aktivitetstilbud. Medfører bedre samordning av ressurser. Prosjektet er i samarbeid med Boligstiftelsen.                                                                                                         | x    |      |                           |                           |      |      |      |                | ?      |           | UH+ flere     |
|  | Ledige lokaler                                | Det er ledige lokaler i første etg. ved ABS og i «gamle Narvik sykehjem» som kan tilpasses nye behov for plasser og tjenestetilbud. Bør ses i sammenheng med boligpolitisk handlingsplan.                                                                                                                                                 | x    |      |                           |                           |      |      |      |                |        |           | Flere         |
|  | Vurdere plan og oppstart av Helsehus          | I forbindelse med nytt sykehus UNN Narvik ble det planlagt et kommunalt Helsehus. Planlegging av dette bør starte om ikke så lenge. Det bør også vurderes det skal starte opp noe tilsvarende i «gamle Narvik sykehjem» tidligere. Fysio- og ergoterapitjenesten flytter gjerne inn så fort som mulig. Lokaler må renoveres og tilpasset. |      |      | x (plan-<br>legging<br>g) | x (plan-<br>legging<br>g) | x    |      |      | Må<br>beregnes |        |           | Flere         |
|  | Vedlikehold med universell utforming          | Kommunen har et stort antall bygg som fortsatt mangler mye på å være tilrettelagt for funksjonshemmede. Vedlikehold og tilpasning bør organisere koordinert kompetanse på universell utforming, som kan gjøres tilgjengelig for alle kommunens enheter, boligstiftelsen og entreprenører.                                                 |      | x    | x                         | x                         | x    | x    | x    |                |        |           | Helse + flere |
|  | Utrede internat for ungdom                    | Tiltak for elever som kommer til Narvik for å gå på i videregående skole her. Mange faller fra. Internat med «husmor» kan bidra til trygge rammer, at de kommer seg opp om morgenen, og at får ordentlig kosthold. Krever samarbeid med fylket.                                                                                           |      | x    |                           |                           |      |      |      |                |        |           | FaFo +        |
|  | Utrede natthjem                               | Vurdere etablering av et natthjem for personer med rusproblemer som i perioder er bostedsløse. Etableringen må gjennomføres i nært samarbeid mellom flere enheter.                                                                                                                                                                        |      |      | x                         | x                         | x    | x    | x    |                |        |           | RoP +         |
|  | Utrede bolig for unge rusmiddel-avhengig menn | Bør inngå i boligpolitisk handlingsplan.                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | x    |      |                           |                           |      |      |      |                |        |           | FaFo +        |

## Vedlegg

### Vedlegg 1. Beskrivelse av sektorer og enheter i HOS

#### Sektor institusjonstjeneste

Sektor institusjonstjeneste består av 4 enheter: Furumoen sykehjem, Ellas Minne (Bjerkvik omsorgsdistrikt), Ankenes bo- og servicesenter (ABS) og Oscarsborg bo- og servicesenter (OBS). Når man ser institusjon og heldøgnsbemannet bolig i sammenheng på bakgrunn av kostratall, viser dekningsgraden at Narvik ligger høyere enn øvrige kommuner. Dekningsgrad må ses som en del av det totale tilbudet kommunen har til denne brukergruppen. Korttidsplasser er inkludert. Disse benyttes også til avlastning. I tillegg har kommunen hjemmetjeneste som også gir heldøgns omsorg og pleie. Det bør et mål om å utvikle flere og aktive dagtilbud slik at befolkningens behov for hjelp utsettes eller reduseres og med det de kommunale utgiftene. Om dagtilbud reduserer bruk av hjemmetjenester og behov for andre kommunale plasser, vil de plassene vi har og de ressursene vi har kunne utnyttes mer hensiktsmessig. Kostnader til utskrivningsklare pasienter på sykehuset er høye og viser utfordringer i forhold til å få til en rullering av plasser som både er effektiv og tilpasset brukernes behov.

I Demensplan 2015 er det et nasjonalt mål om å øke dagtilbudet med øremerket stimuleringstilskudd som skal inkludere økt antall årsverk. Beregningen er 2,5 brukere pr. plass pr. uke. I Narvik er det vedtatt at det skal utvikles et tilbud for yngre personer som er rammet av demens og har innvilget midler til en stilling. Før dette blir realisert planlegges det et tilbud med 5 plasser ved OBS fra 2013.

En felles utfordring for institusjonene er høyt sykefravær, utfordringer med rekruttering av sykepleiere og at bemanningen har høy alder. Det er kommet en ny forskrift som sier at institusjonene skal føre pasientregnskap for beboere i sykehjem. Dette er vanskelig å ivareta gjennom eksisterende merkantil støtte. Institusjonene arbeider med utvikling av felles mål for å forbedre arbeidet rundt personaloppfølging på følgende punkter: holdninger, sykefravær, leders og ansattes plikter til de krav som forventes av den enkelte og turnusløsninger/arbeidstidsordninger.

Under er en oversikt over antall plasser i 2013. Korttidsplasser er et "samlebegrep for ulike type korttidstilbud. Plasser for lindring og rehabilitering synliggjøres for seg, plasser for etterbehandling og øyeblikkelig hjelp inngår under korttidsplasser ved Narvik REO.

|                                      | <b>Bofelles<br/>skap</b> | <b>Somatiske<br/>langtids-<br/>plasser</b> | <b>Skjerma<br/>plasser</b> | <b>Korttids<br/>plasser</b>     | <b>Lindren<br/>de<br/>plasser</b> | <b>Rehab<br/>plasse<br/>r</b> | <b>Dag<br/>plasser</b> | <b>Totalt</b>                   |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|------------------------|---------------------------------|
| <b>REO</b>                           |                          |                                            |                            | 11 (8<br>etterbh.<br>og 3 øhj.) |                                   | 4                             |                        | 15                              |
| <b>ABS</b>                           | 16<br>+<br>6 UH          | 16 (+1)                                    |                            |                                 |                                   |                               |                        | 32 (33) + 6<br>eldre UH         |
| <b>OBS</b>                           | 27                       | 9 (+1)                                     |                            |                                 |                                   |                               | 5 brukere              | 36 (37) + 5<br>unge dem,<br>dag |
| <b>Ellas<br/>Minne</b>               |                          | 22 (+1)                                    | 14                         | 1                               | 2                                 |                               | 10                     | 39 (40) +<br>20 dag             |
| <b>Furu-<br/>moen</b>                |                          | 63 (+6)                                    | 36                         | 6                               | 3                                 |                               | 16                     | 108 (114)<br>+ 32 dag           |
| <b>Totalt<br/>antall<br/>plasser</b> | 43<br>+<br>6 UH          | 110                                        | 50                         | 18                              | 5                                 | 4                             | 26+                    | 230 + 6UH<br>+ 26+ dag          |
| <b>Planlagt<br/>over-</b>            |                          | 6 Furum.<br>1 OBS                          |                            |                                 |                                   |                               |                        | Inntil 9                        |

|                         |  |               |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------|--|---------------|--|--|--|--|--|--|
| <b>belegg ved behov</b> |  | 1 ABS<br>1 EM |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------|--|---------------|--|--|--|--|--|--|

### **ABS:**

ABS gir tilbud til, 17 plasser somatisk sykehjem 16 plasser bofellesskap og 6 plasser bofellesskap for eldre utviklingshemmede. Beboerne i bofellesskap leier sine hybler og får hjelp etter individuelle vedtak. Enheten har i 2013 hatt 1 beboer i overbelegg i sykehjem iht vedtak. Tiltaket medfører utfordringer både for beboere, pårørende og pleiepersonell.

Fokusområder i 2013 har vært aktivitet for beboerne, ernæring og medvirkning. Enheten har innværende år opprettet brukerråd og innført samarbeidsavtaler med beboere og pårørende.

I 2013 har enheten 43 årsverk og 2 lærlinger. ABS er inne i ett generasjonsskifte og vil i årene fremover ha behov for å rekruttere 1/3 av pleiepersonalet. Tilgangen på faglært personell som søker vikariater er liten, særlig blant sykepleiere. Enhetens alderssammensetning medfører i perioder høyt sykefravær med påfølgende økt slitasje på øvrig personell. Personalet opplever å ha godt arbeidsmiljø. Rekruttering og tilgang på faglært personell vil være enhetens hovedutfordring fremover.

Enheten har ønske om å evaluere dagens bofellesskap i samarbeid med OBS.

### **Furumoen:**

Furumoen sykehjem har 122,5 årsverk fordelt på over 200 hjemler. Sykehjemmet har 6 avdelinger med tilsammen 108 rom, samt 16 Dagsenterplasser. 36 plasser er øremerket for personer med demens som trenger skjerming. 63 plasser er for somatisk pleie og 9 plasser er korttidsplasser - herunder 3 plasser for lindrende omsorg. Primære oppgaver er å gi god pleie og omsorg. Det er igangsatt tiltak for å bedre aktivitetstilbudet til pasientene gjennom etablering av aktivitetsvenner som bidrar 2 ganger i uka. I tillegg jobbes det med kulturendring hos ansatte for å få innført hverdagsaktivisering som en naturlig del av det som skjer i løpet av dagen.

Pasientene som kommer inn på sykehjem er i dag er krevende og har et komplekst sykdomsbilde. Dette krever stor tetthet av fagfolk. Her har Furumoen en utfordring fremover. Det er behov for større tetthet av sykepleiere for å ha ei forsvarlig drift. Det driftes med overbelegg både på korttidsavdelingen og på langtidsplasser pga et stort behov for institusjonsplasser.

### **Oscarsborg Bo og servicesenter:**

OBS har 2 avdelinger med 27 beboere i bofellesskap, og 10 beboere i sykehjem hvor 1 er på overbelegg (politisk vedtak), tilsammen 37 beboere. Tilsammen er det 33,4 årsverk pluss 1 årsverk til aktivitetssenteret for yngre personer med demens som ble startet opp i 2013. Det skal være på OBS til Solborg blir ferdig ombygd 01.05.14. OBS. Beboerne i bofellesskap leier hybel og får hjelp etter vedtak. Personalet opplever at de som flytter inn i bofellesskapet er mer pleietrengende enn intensjonen var da det ble gjort om til bofellesskap. Det skjer i liten grad en rulling i bruk av disse plassene, og mange av de som bor der er like pleietrengende som de som bor i sykehjem. Dette sliter på ansatte og gir økt slitasje som igjen fører til økt sykefravær i perioder. Ca halvparten av de ansatte på OBS er fra 50 år og oppover, så enheten vil i løpet av de nærmeste år trenge mange nye fagpersoner.

Enheten ønsker å evaluere dagens bofellesskap i samarbeid med ABS og finne tid til hverdags aktivisering og sosiale tiltak til beboerne i en travel hverdag.

På aktivitetssenteret for yngre personer med demens er det ansatt en geriatrisk sykepleier. Målet med aktivitetssenteret er at brukerne skal få et tilbud som gjør at de kan få en mer meningsfylt hverdag samt at pårørende kan få hentet seg inn. Det gjør at de kanskje kan bo hjemme lengre. Utfordring er at med en ansatt kan ikke alle få tilbud hver dag. Det er ønskelig å øke med 1 årsverk. Det jobbes også kontinuerlig med å knytte frivillige til senteret.

### **Ellas Minne/Bjerkvik omsorgsdistrikt:**

Ellas Minne er delt i to avdelinger. Avdeling 1 har 22 plasser fordelt på 6 plasser ved skjermet avdeling, hvorav 1 plass var til rullerende korttid for demente. 2 plasser til lindrende enhet. Det skal også være 3 korttidsplasser i somatisk avdeling, men disse er belagt med langtidspasienter. Avdeling 2 har 17 plasser, hvorav 8 er på skjermet avdeling. 3 korttidsplasser er omgjort til langtidsplasser. En plass er i bruk til rullerende avlastning. Vi har og hatt overbelegg gjennom årene. Til dette har det gamle fysioterapirommet blitt brukt. Dette er et rom som er lite egnet som pasientrom grunnet annen virksomhet der, bl.a. medisinerom og laboratorium.

Dagsenteret har 10 plasser med et 20-talls brukere. Disse blir hentet med minibuss som tilhører institusjonen. Det er startet opp med dagtilbud for brukere med demens - også hjemmeboende brukere. Til dette er det innvilget statlige midler til etablering og oppstart.

Hjemmetjenesten i Bjerkvik har sitt utgangspunkt fra Ellas Minne. Det er et tett samarbeid mellom institusjonen og hjemmetjenesten. Hjemmetjenesten har hatt en betydelig oppgang i antall tjenester til nye og eksisterende brukere. (se utfordringer)

Ellas Minne har eget vaskeri og kjøkken. Dette er noe både institusjonen og bygda trekker veksler på. Det leveres middager fra kjøkkenet til hjemmeboende (10-15 middager pr. dag), og vaskeriet har avtaler om å vaske tøy til blant annet ambulansetjenesten. Dette gir inntekt til enheten.

I hovedsak sliter alle enhetene i virksomheten med høyt sykefravær. Vi har 4 hjelpepleiere og 3 sykepleiere samt 1 vernepleier som har tatt videreutdanning i eldreomsorg. Likevel er behovet for fagfolk med rett kompetanse stort. Den største utfordringen er mangel på sykepleiere. Dette går ofte utover kvaliteten i den tjenesten som blir gitt. Dette strekker seg over hele døgnet. Dette er en felles utfordring for både institusjonen og hjemmetjenesten.

Hjemmetjenesten opplever at flere pasienter blir utskrevet fra sykehus tidligere enn før, og at behandlingen må fortsette hjemme. Flere og flere kommer fra sykehus med et ønske om å få avslutte livet hjemme. Dette skaper mange nye utfordringer for hjemmetjenesten. I tillegg er dagens lokaler til hjemmetjenesten for små og man mangler garderobe. Behovet for en løsning på dette, bør få meget høyt fokus fremover.

Utover de utfordringene som er felles for enhetene, er det et stort behov for renovering, reparasjon og vedlikehold av bygningsmassen. Det har i veldig liten grad vært utført vedlikehold på bygningsmassen siden Ellas Minne åpnet i 1989.

### **Sektor hjemmetjenesten**

Sektor hjemmetjenester består av to enheter. Dette er enhet for hjemmetjenesten og enhet for funksjonshemmede og avlastning barn og unge. Sentrale utfordringer for denne sektoren er økning i etterspørsel og behov for tjenester. Dette har ført til økning i tjenesteproduksjon og bemanning. En annen utfordring for denne sektoren er at tjenester fra andre enheter er inkludert i Kostratallene for hjemmetjenester. I kostnadsoversikten i Kostra inngår brukere og tjenester knyttet til bofellesskap, enhet for utviklingshemmede, enhet for rus og psykiatri, enhet for funksjonshemmede og avlastning barn og unge og Bjerkvik omsorgsdistrikt. Dette medfører at enhetenes tall og statistikker ift ressursflyt, kostnader og grunnlagsmaterialet for budsjettering og evaluering er svært upresise.

### **Enhet for hjemmetjenester**

Hjemmetjenestene i Narvik kommune er delt i to, Bjerkvik og Narvik. Bjerkvik ledes av enhetsleder for Bjerkvik omsorgsdistrikt. Primæroppgavene til hjemmetjenesten er hjemmesykepleie og hjemmehjelp til hjemmeboende. Tjenestene er lovpålagt og utføres etter vedtak. Saksbehandling til tjenesten utføres av Tildelingskontoret/KE. I tillegg ligger tjenesten omsorgslønn under hjemmetjenesten Narvik, et område som også øker i omfang.

Enheten i Narvik er delt i 6 soner inkludert Narvik REO. Sentrale utfordringer for denne tjenesten er stor økning i etterspørsel og behov. Bakgrunnen for dette er bl.a samhandlingsreformen (medfinansiering, større kompleksitet i hjemmebehandling og tidligere utskrivelser fra sykehusene), en aldrende befolkning og begrenset kapasitet og bredde i dagtilbud. Det er også en økning i antall yngre brukere med omfattende hjelpebehov. Dette gir uforutsigbarhet i planlegging og dimensjonering av enhetens tjenesteproduksjon. Narvik REO er en institusjon med korttidsplasser hvor det primært drives med etterbehandling, rehabilitering og kommunale ø-hjelpsplasser.

Andre sentrale utfordringer for enhet for hjemmetjenester er knyttet til IKT, omsorgsteknologi, forebygging og helsefremmende tiltak.

Ved sammenlikning med Kostratall fra tidligere er antall personer som mottar tjenester fra hjemmetjenesten hatt en økning. Imidlertid er tallgrunnlaget som nevnt usikkert.

| År       | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|----------|------|------|------|------|------|------|
| Personer | 662  | 741  | 774  | 823  | 890  | 904  |

### **Enhet for funksjonshemmede og avlastning barn og unge (FABU)**

Enheten er todelt og består av flere tjenester. Brukere er i aldersgruppen 0 til 67 år, og har svært ulikt hjelpebehov og funksjonsnivå. I dag gir enheten tjenestene avlastning, helsehjelp og praktisk bistand til 120 brukere, av disse har 24 brukere sin tjeneste hovedsakelig fra andre enheter. Enheten koordinerer funksjonen med støtte/fritidskontakt for alle enheter innenfor omsorg.

Det er fokus på folkehelsearbeid, habilitering og rehabilitering og det arbeides med helsefremmende kosthold og aktivitet. Målet er å tilrettelegge for velferds- og aktivitetstiltak for barn, eldre, funksjonshemmede og andre som har behov for det. Enheten samarbeider med andre enheter innad i kommunen, samt eksterne aktører for å gi en helhetlig tjeneste og et godt omsorgsforløp for brukerne.

**Avlastning** gis til personer og familier med særlig tyngende omsorgsarbeid og målet er å hindre overbelastning og gi muligheter for deltakelse i vanlige samfunnsaktiviteter. Brukerne gis et forsvarlig tjenestetilbud når de er på avlastning, noe som omfatter personrettet helsehjelp, praktisk bistand og opplæring. Helsehjelp til prosedyrer og observering, fritidsaktiviteter og samspill med andre, og tilsyn på natt.

33 barn og unge får avlastning og eller fritidstilbud i Skistua og Villaveien avlastningsbolig. Barnevernet benytter seg av avlastningsplasser i Villaveien avlastningsbolig når det er vanskelig å skaffe besøkshjem og i akutt plassering. I tillegg kjøper to andre kommuner avlastningsplasser i Villaveien og Skistua avlastningsbolig. Dette gjelder pr tiden for 3 brukere. 15 barn og unge har privat avlastning hjemme hos privat avlaster. I skolenes ferie og andre skolefrie dager gis det alternativ avlastning på dagtid. Dette krever økte personalressurser i begrensede perioder.

**Særskilte pleieoppdrag** drifter tilrettelagt botilbud til 13 funksjonshemmede og omfatter praktisk bistand og opplæring, helsehjelp til prosedyrer og observering, fritidsaktiviteter og samspill med andre og tilsyn på natt. Målet er å gi tilstrekkelig hjelp til å kunne bo selvstendig og mestre hverdagen på en god måte. I tillegg er det ca 17 brukere som får timebaserte tjenester levert fra personal i omsorgsboligene.

**Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)** er en måte å organisere praktisk bistand og opplæring på. Tjenestene skal være reelt brukerstyrt og det skal legges stor vekt på hva brukeren mener ved utforming av tjenestetilbudet. Det stilles krav til at brukeren kan ivareta arbeidslederrollen. Praktisk bistand gis også som personlig assistanse, hvor det ikke stilles krav til at brukeren kan ivareta arbeidslederrollen fullt ut. Brukere som ikke selv kan ivareta arbeidslederrollen har i tillegg hjemmetjeneste og organisering av tjenesten og oppfølging av assistentene ivaretas da av miljøterapeut 1 i nærliggende omsorgsbolig. Personlig assistanse kan også organiseres som bistand til deltakelse i fritidsaktiviteter og formålet er å gi den enkelte en meningsfylt fritid og samvær med andre. Tjenestene som leveres er personrettet praktisk bistand, hjemmehjelp og annen praktisk bistand og

opplæring i hjem og husholdning. Målet er å gjøre den enkelte mest mulig selvhjulpen i dagliglivet. Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) øker i omfang og i dag har 20 brukere brukerstyrt personlig assistanse. Med samhandlingsreformens skjerping av krav til brukermedvirkning og innflytelse på eget liv har Narvik kommune innført tjenstekonsesjon for BPA. Dette for å legge til rette for at brukerne av BPA skal få en reell valgmulighet i henhold til hvilke leverandører de ønsker skal utføre tjenestene. Narvik kommune har tildelt 4 private firma tjenstekonsesjon. 4 brukere har valgt å bruke 2 av firmaene.

**Støttekontakt** organiseres som "Fritid med bistand" som innbefatter 3 måter å organisere tjenesten på. 1. Individuell fritidskontakt, 2. Fritidstilbud i gruppe eller 3. Bistand i deltakelse i ordinære lag og foreninger. Veiledning og oppfølging til brukere og støttekontakter ivaretas av koordinator. En ansatt koordinator har fått god kontroll på ordningen, både administrativt og faglig.

### Prosjekt UH-FABU

Enheten arbeider pr tiden i prosjekt sammen med enheten for utviklingshemmede. Det er engasjert en ekstern prosjektleder som leverer prosjektrapporten i desember -13. Deretter starter arbeidet ute i enhetene med implementering av endringer på områder det er funnet hensiktsmessig for å dreie tjenesten. Viser for øvrig til beskrivelse av prosjektet under presentasjon av tjenesten for utviklingshemmede.

## **Sektor helsetjenester og miljø**

Denne sektoren består av tre enheter med svært ulike oppgaver og tjenester, men som alle er lovpålagte oppgaver innenfor området å forebygge, diagnostisere, behandle og rehabilitere somatisk og psykisk sykdom. I tillegg inneholder sektoren rus- og barneverntjenester. I følge Kostra bruker Narvik kommune mindre kroner pr innbygger på kommunehelsetjenester enn andre kommuner i kostragr. 11 og gjennomsnitt for Nordland. Vi ligger også lavere på midler benyttet til barneverntjenester.

Det er generelt en stor utfordring å øke aktiviteten i det forebyggende arbeidet og samtidig opprettholde og helst øke kvaliteten i tjenestene for de brukerne som er ressurskrevende. Det er derfor sentralt at aktiviteten i alle enhetene er mest mulig samordnet og at ressursene utnyttes mest mulig hensiktsmessig.

### **Enhet rus og psykiatri**

Denne enheten har 32 årsverk som består av personell med ulik fagbakgrunn, som vernepleiere, sosionom, barnevernspedagog, førskolelærer og spesialutdannede sykepleiere. Enheten arbeider med oppfølging av alvorlig psykisk syke og russsyke i bolig og i hjemmet og tidlig intervensjon. I tillegg driver denne enheten kafétilbud og matutlevering via Værket Værested (VV), samt at Narvik kommune har en avtale med Agenda om drift av Plattform1 (Brukerhuset). Antall personer med behov for hjelp øker og det er en utfordring at enkelte som trenger hjelp tidlig faller utenfor det som er etablert av hjelpetilbud i dag. I alle tiltakene som gjennomføres i enheten er det viktig å bygge videre på samarbeidet som er startet mellom Mental Helse, RiO og Kommunalt råd for likestilling av funksjonshemmede.

Gjennom opptrappingsplanene for rus har Narvik kommune fått tildelt midler til personell som skal ha fokus på aktivitet til mennesker i LAR (Legemiddel Assistert Rehabilitering). Narvik kommune har i dag registrert 10 LAR-pasienter. Kommunens ansvar i behandlingen av disse er å sørge for R-en. Det betyr at vi må jobbe med både å skaffe personene bolig og arbeid/aktivitet. Arbeidet må skje i nært samarbeid med NAV. Antallet som skulle vært i LAR- behandling i Narvik kommune burde vært nærmere 30 ut fra beregninger som er gjort er gjennom BrukerPlan registreringen.

Svært mange av brukerne i enheten Rus og Psykiatri har økonomiske problemer. Det er til hinder for utøvelsen av helsehjelpen. Det er derfor behov for å øke tilbudet til økonomisk gjeldsrådgivning. Egnede og gode boliger for brukergruppen i enheten er mangelfulle, og tildelingen er uklar med fare for uhensiktsmessig plassering i forhold til behov. Enheter disponerer ulike boliger til sine brukere.

Brukerne får også tjenester fra enhet hjemmetjeneste. Antall vedtak gjennomført via kartlegging i BrukerPlan, som ble gjennomført i februar 2012, viste at det var 165 brukere innen enheten Rus og Psykiatri. Tallene fordeler seg slik:

21 rusmiddelavhengige  
94 med psykisk lidelse  
50 med psykisk lidelse og rusmiddelavhengig

**Boligtjenesten:** Enheten har en boligtjeneste som dekker 4 boliger. Det er boliger for personer med alvorlige rus og psykiske helseplager og boliger for rehabilitering. Boligene fordeler seg slik: En bolig for rusmiddelavhengige menn, en bolig for alvorlige psykisk syke, en bolig for dobbeltdiagnostikk og en bolig for rehabilitering. Fra november 2013 åpner den 5. boligen. Det vil være en bolig for rusmiddelavhengige kvinner.

Målet med å bo i disse boligene er at det skal jobbes fram en rehabiliteringsplan i tett samarbeid med bl.a. fastlegen, NAV, tildelingskontoret og boligkontoret med tanke på at vedkommende skal kunne flytte til et annet omsorgsnivå. Boligtjenesten yter hjelp døgnet rundt.

**Oppfølgingstjenesten:** En tjeneste i enheten som følger opp alle personer som ikke bor i de tidligere nevnte boligene. Personer som mottar hjelp fra oppfølgingstjenesten har alvorlige rus eller psykiske helseplager. Avhengig av problemstillingen jobber personalet med å skaffe mat, bolig, veiledning og behandling i forhold til sykdommen. Søke pasienten inn i spesialisthelsetjenesten samtidig som oppfølging skjer i oppfølgingstjenesten. Viktig med tverrfaglig samarbeid med andre enheter for å få dette til. Oppfølgingstjenesten yter hjelp i ordinær kontortid.

**Økonomisk gjeldsrådgiver:** Det er en økonomisk gjeldsrådgiver i enheten som et prosjekt fram til 2015. Målet med stillingen er å få til en raskere behandling og hjelp til de rus og psykisk syke. De økonomiske forhold må være avklart før en kan starte jobben med sykdombildet.

**Tvangssaker innen rusmiddelomsorgen:** Stillingen er overført fra NAV fra 19.08.13. Formålet med at denne stillingen er overført fra NAV til enhet Rus og Psykiatri, er at man skal få til ei raskere vurdering og behandling av den russsyke når rusmiddelavhengigheten er til fare for pasientens liv og helse. Stillingen skal også følge opp og iverksette tiltak overfor mulige gravide rusmiddelavhengige, og siden de som har fått konstatert graviditet.

**Behov for Natthjem:** Det bør vurderes om Narvik Kommune skal etablere Natthjem for bostedsløse Helsestasjon for alvorlige rus og psykisk syke må vurderes. Antall HIV og Hepatitt-smittede øker. Mange syke har fått sterke medisiner over år, og helsetilstanden må kontrolleres ut over den kontroll rusmiddelavhengige. Formålet med Natthjemmet skal være å kunne gi en trygg plass å sove for natten. Vet opprettelse av eget Natthjem vil en kunne redusere behovet for hotellovernatting for brukergruppen i perioder hvor disse er bostedsløse.

**Flere institusjonsplasser:** Det vil være et behov for flere "institusjonsplasser" for spesielt yngre rusmiddelavhengige. Disse har etter et flerårig avhengighetsforhold utviklet flere somatiske sykdommer som må behandles. Her vil en anta at behovet for kvalifisert behandling via den kompetanse som i dag er på institusjoner som fastlegen gjennomfører.

### Enhet helsetjenester

Enheten produserer tjenester innenfor de lovpålagte områdene forebygging, behandling og tilrettelegging for mestring av sykdom, skade og nedsatt funksjon. Dette omfatter også rehabilitering og habilitering. Enhet helsetjenester har 22 årsverk fast ansatte pluss 15 fastleger og 14 fysioterapeuter med avtale med kommunen.

**Ankenes Legesenter (7,2 år):** Allmenne legetjeneste for listepasienter til de enkelte legene samt gjestepasienter og øyeblikkelig hjelpberedskap/ Helsestasjon. Deltakelse i daglegevakt og offentlig legearbeid, herunder helsestasjon, tilsynslege og medisinsk faglig rådgivende lege legevakt. Stedfortrederfunksjon for kommuneoverlege og stedfortreder kriseledelse Narvik kommune.

Legeressursen ved senteret kan benyttes til deltakelse i utviklingsarbeid/ prosjekter i kommunen da de innehar høy medisinskfaglig kompetanse.

**Legevakten:** Legetjeneste for innbyggere og tilreisende som trenger øyeblikkelig hjelp. Drift fra 1530-0800 alle hverdager og hele døgnet på helge- og helligdager. Samarbeidsavtale med UNN Narvik om kjøp av helsepersonell. Samarbeidsavtale drift med Ballangen og Gratangen kommune. Koordinering av akutte henvendelser til kommunes fastleger dagtid. Medisinskfaglig rådgivende lege er tilknyttet driften.

**Fastlegeordningen m/turnusleger (1,5 år):** Administrering av fastlegeordningen, herunder utbetaling av basistilskudd og godtgjøring for beredskap/ tilgjengelighet i Helseradionettet. Kommunen har inngått 18 individuelle avtaler med leger. Tre av disse er fastlønnet. Legene har i snitt 1116 pasienter på listen, med en variasjon mellom 149 og 2196. I følge Kostra har vi en høyere dekning (10,7) enn Harstad (9,9) og Rana (10). Vi har 1594 gjestepasienter, disse inngår ikke i Kostra. Enheten deltar i koordinering og fordeling av avtaler vedrørende offentlige legeoppgaver for kommunen og de enkelte enhetene (institusjoner og BUF). Enheten deltar i samarbeidsutvalg for fastlegeordningen. Administrering i forbindelse med mottak av to turnusleger to ganger årlig. Helsepersonellregister for helsepersonell som ikke er ansatt i kommunen, men som driver helsevirksomhet i kommunen. Fastlegeordningen er lovfestet i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. ASA 4310, SFS 2305 og Forskrift om fastlegeordningen regulerer forholdet mellom kommunen og leger med kommunal avtalehjemmel. Enhetsleder har delvis økonomi- og personalansvar (fravær, vikarinntak, oppsigelser og ansettelses/ tildelinger).

**Hjelpemiddellageret (2,5 år):** Driver mottak, utlevering, innhenting, enkel montering, tilpasning og reparasjoner av tekniske hjelpemidler. Montering og reparasjon av kommunalt tildelte trygghetsalarmer. Veiledning/ opplæring av brukere/ pårørende/ personal. Tjenesten er lovfestet i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester med mer og er spesifisert under Forskrift om rehabilitering og habilitering.

**Fysio- og ergoterapitjenesten (3 ergo år og 5,5 fysio år):** Driver opptrening, (re)habilitering, fallforebyggende gruppe, bassenggruppe, motorikkgruppe barn, terapiridning, klatregruppe, hjelpemiddelformidling (bevegelse, syn, hørsel, kognitive), bolig- og biltilpasninger. Rådgiving, veiledning og opplæring av bruker, personal og pårørende. Tjenestene utøves i hovedsak i brukers hjem, skole, barnehager og sykehjem/ institusjoner. Tjenesten bidrar i koordinering av tjenestetilbud mellom kommunale enheter og NAV, samt spesialisthelsetjenesten og kommunen. Tjenestene er lovfestet i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester med mer og blant annet spesifisert under Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Tjenesten har bred og omfattende kompetanse på fagområdene forebygging, rehabilitering og habilitering. Terapeuter fra tjenesten arbeider ved Narvik REO og bidrar der til at pasientene oppnår økt funksjon, mestring og mulighet til aktivitet. En minimal del av fysioterapiressursene inngår som en del av kommunens tverrfaglige helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Tjenesten representerer en av kommunens viktigste ressurser innenfor forebyggende helsearbeid, men har et uutnyttet potensiale for å utvide omfanget av forebyggende tiltak. Tjenesten bidrar på systemnivå i forhold til planarbeid og prosesser som angår tjenestens fagområder, for eksempel i planlegging av nye kommunale omsorgsboliger og innføring av velferdsteknologi. Her har ergoterapeutene særskilt kompetanse.

**Frisklivscentralen (1,0 år)** gir tilbud til innbyggere som har særskilt nytte av å oppnå en livsstilsendring. I utgangspunktet retter tilbudet seg særlig mot innbyggere med høyt blodtrykk, diabetes 2, overvekt og lignende som gjennom en 12 ukers intervensjon får individuelle og gruppebaserte tiltak. Frisklivscentralen bidrar også som en del av tjenestene rettet mot overvektig ungdom, psykisk syke og unge demente.

**Fysioterapeuter med kommunale avtalehjemler** gir et tilbud til hele befolkningen i form av undersøkelse og behandling av blant annet muskel-/ skjelettplager, nevrologiske lidelser og psykosomatiske plager. Fysioterapeutene har kompetanse i flere spesialfelt. Dette gjelder blant annet manuellterapi, psykiatrisk-psykosomatisk fysioterapi og barnefysioterapi. Manuellterapeutene er primærkontakter med hensyn til sykmelding. Tjenestene utøves i hovedsak ved ulike fysikalske institutter. Tjenestene er lovfestet i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. ASA 4313 regulerer forholdet mellom kommunen og fysioterapeuter med kommunal avtalehjemmel. Enhetsleder har delvis økonomi og personalansvar (fravær, vikarinntak, oppsigelser og tildelinger).

**Kommunalt lærings- og mestringssenter (1,0 år):** Base for koordinering og bistand til gjennomføring av lærings- og mestringstiltak innen fagområdene helse og omsorg. Målguppen for tiltak er pasienter/innbyggere, pårørende og tjenesteytere. Tjenesten bidrar for eksempel inn i pårørendeskole demens, ulykkesforebyggende arbeid, dagsenter unge demente, bo-kurs for unge hybelboere m.m. Tjenestene er lovfestet i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

### **Enhet barn, unge og familie**

Enhet barn, unge og familie består av flere ulike tjenester. Dette er barneverntjenesten, utekontakten, oppvekstkoordinator / TIBIR – ansvarlig, krisesenter og helsesøstertjenesten. Helsesøstertjenesten består igjen av tjenestene; helsestasjons- og skolehelsetjenesten, svangerskaps- og barselsomsorgstjenester, smittevern og vaksinasjonskontor. Enheten har totalt 35,87 årsverk.

**Barneverntjenesten har totalt 18,70 årsverk:** 12,70 årsverk til saksbehandling (sosialkuratorer) og fagansvarlig, 2 årsverk til administrasjon (enhetsleder og merkantil) og 4 årsverk tiltaksarbeid (miljøterapeuter, miljøarbeider, PMTO-terapeut)

Tjenesten skal "Gi barn og unge rett hjelp til rett tid" og "påse at deres helse og utvikling ikke blir skadelidende, ved at de forblir i hjemmet". Lov om barneverntjenesten gir klare retningslinjer om hvordan tjenesten skal utføre sine arbeidsoppgaver for barn og unge i alderen 0- 23 år som oppholder seg i kommunen. Flere lovendringer i loven har gitt kommunen nye lovpålagte arbeidsoppgaver gjennom barnevernet, samt at saksmengden til barnevernet øker. Gjennomsnitt er mellom 120 – 150 barn og unge er registret i barnevernet. De sist 2 årene har vi hatt 100 % økning av barn og unge som er plassert i fosterhjem, og det er 50 % økning på mottatte bekymringsmeldinger til barnevernet det siste året. Fylkesmannen fører nøye tilsyn og kontroll med barnevernets arbeid, og det rapporteres 6 ganger i året til Fylkesmann fra virksomheten.

Alle saksbehandlerne inngår i helgevaktordning i barnevernet, slik at tjenesten er tilgjengelig og bemannet hver helg. Statens barnevern (BUF-etat) bygger ned tiltak rettet mot barn og unge på kommunalt nivå, og kommune må bygge opp tiltakstillinger i kommune, som kan ivareta målgruppen som har behov for tett oppfølging med et lokalt eller/og hjemmebasert tiltak. Vedtatt lovendring (lov om barn og foreldre) hvor retten kan pålegge barnevernet / kommunen å føre tilsyn i samvær, der retten har besluttet at dette skal gjennomføres. De tilsatte i barnevernet, både i kommunene og staten, har særs krevende oppgaver å løse. Kommunene har en nøkkelrolle i barnevernet. Mange barns velferd er avhengig av at kommunene gjør jobben sin skikkelig. Kommunene skal avdekke omsorgssvikt, følge opp barna og gi rett hjelp til rett tid. Barna vokser opp i et nærmiljø, og det er naturlig at kommunene har et særskilt ansvar. Statlig barnevern skal i større grad enn før støtte kommunenes kvalitetsarbeid gjennom generell rådgivning og veiledning.

Kommunene skal få et større samlet finansieringsansvar knyttet til barnevern enn i dag, og dels at de i større grad skal betale en tilnærmet lik prosentandel av de aktuelle barneverntiltakenes faktiske kostnader. At kommunens betalingsansvar i større grad gjenspeiler kostnadsforskjellene mellom ulike tiltak, vil gi likere økonomiske insentiver mellom forvaltningsnivåene. Økt finansieringsansvar gjør det lettere å se verdien av tidlig innsats overfor utsatte barn og unge. Ved at kommunene skal disponere en større andel av de samlede barnevernmidlene, vil kommunene også få et større økonomisk rom for å utvikle og sette i verk tiltak som forebygger behov for tiltak fra barnevernet

### **Helsesøstertjenesten har totalt 15,67 årsverk:**

9,60 årsverk til helsestasjons- og skolehelsetjenesten og ledende helsesøster  
1 årsverk er knyttet til svangerskaps- og barselomsorgen (jordmor)  
1 årsverk til smittevern og vaksinasjonskontor  
1 årsverket til Skistua mottakssenter for asylsøkere  
1 årsverket til miljøterapeut (Utekontakten)  
1,50 årsverk til administrasjon (enhetsleder og merkantil)  
0,57 årsverk til legetjenesten

Tjenesten skal forebygge sykdom og fremme god fysisk og psykisk helse hos blivende foreldre og barn og ungdom 0-20 år. Dette er et helhetlig lett tilgjengelig lavterskeltilbud.

**Svangerskaps- og barsel omsorgstjenester:** Sikrer mor og barn somatiske helseundersøkelser. Gir den gravide og hennes partner veiledning og helseopplysning som fremmer god helse og forebygger sykdom i svangerskap, fødsel og tidlig barselperiode.

**Helsestasjon 0- 5 år:** Har stort fokus på foreldreveiledning og helseopplysning. Det tilbys somatiske helseundersøkelser. Det gis forebyggende og helsefremmende individuelle konsultasjoner og gruppetilbud. Tilbyr vaksinasjon og veiledning på smittevern.

**Skolehelsetjenester 6 – 20 år:** Har stort fokus på individuell rådgivning og veiledning. Gir helseopplysning i grupper for elever og foreldre. Tilbyr somatiske helseundersøkelser og vaksinasjon. Beskrives som elevenes bedriftshelsetjeneste. Har tverrfaglig samarbeid angående elevenes helse og trivsel.

**Helsestasjon for ungdom:** Sikrer alle ungdommer (også de som ikke går på skolen) et lavterskel helsetilbud. Her får de individuell rådgivning og veiledning. Somatisk helseundersøkelser (også graviditetstesting samt testing av seksuelt overførbare infeksjoner) og oppfølging.

**Forebyggende smittevern- og vaksinasjonskontor:** Målet for smittevernarbeidet er å forebygge og hindre at sykdom sprer seg i befolkningen. Smittevernansvarlig lege har delegert oppgaver til helsesøster herunder:

- Forebygging og kontroll av tuberkulose
- Oppfølging og veiledning i forbindelse med smittsomme sykdommer / epidemier
- Influensavaksinering
- Vaksinasjon i forbindelse med utenlandsreise

Det gis også tilbud om **helsetjenester til asylsøkere som bor på mottak**. Mottakssentre har 200 plasser for asylsøkere. Det er 1 årsverk helsesøster og ca. 10 % legetjenesten knyttet til mottaket i regi av kommunen.

**Utekontakten:** Utekontakten er organisert med 2 årsverk, 1 årsverk fra barnevernet og 1 årsverk fra helsesøstertjenesten. Utekontakten skal bidra i det forebyggende arbeid for barn og unge. De skal gi tilbud om hjemmebaserte, individuelle og / eller gruppe tiltak for målgruppen. Tiltakene som de bidrar med gjøres i samarbeid med helsesøster, barnevern, NAV, skoler m-fl., eller Utekontakten å gjøre det på et selvstendig grunnlag, rettet mot de kommer og er i kontakt med tjenesten. De skal bidra med å fange opp risikoutsatte barn og ungdommer på et så tidlig tidspunkt som mulig, blant annet ved oppsøkende arbeid. Det er lovpålagt at kommunen skal følger nøye med på de forhold som barn og unge i kommunen lever under (jmf barnevernloven og lov om helse- og omsorgstjenester). Utekontakten arrangerer bl. annet årlig en aktivitetsuke (ferietilbud) for barn i alderen 10 – 13 år. Det er klare føringer fra staten om at kommunene må i langt større grad iverksette forebyggende tiltak og bygge opp et eget tilbud som kan bidra til å ivareta barn og unge på et tidligere stadige og nivå, for å forhindre skjevutvikling hos de unge dette måtte gjelde. Statens endringer i lovverket og ansvarsområder, gjøre at Utekontakten resurser og arbeidsoppgaver, må til enhver til evalueres jf. de krav som kommune skal og må bygge opp i tråd med at staten ikke lenger gi tiltaksrettet hjelp på det kommunale nivå.

**Krisesentre:** Består av 1,5 årsverk og ca. 10 frivillige har tilkallingsvakt ved senteret. Senteret er en lovpålagt oppgave (jf. krisesenterloven av 2011). Narvik kommune er vertskommune for Tysfjord, Ballangen, Evenes og Gratangen. Senteret er en ideell organisasjon med eget krisesenterstyre. Krisesenteret har et heldøgns tilbud for kvinner, barn og menn. De frivillige (tilkallingsvakter) utgjør ca. 3,5 årsverk. Krisesenteret er et gratis lavterskeltilbud til alle som utsettes for vold eller trusler om vold i nære relasjoner. Det inkluderer heldøgns telefontjeneste, et trygt botilbud, et tilbud for dag-brukere, tilrettelegging og nødvendig hjelp til å ta kontakt med andre og mer spesialiserte tjenester, og oppfølging i en reetableringsfase. Barn som kommer til senteret sammen med sine foresatte skal tas godt vare på og gis et tilbud på barns premisser. Kvinner og barn har et døgntilbud ved senteret, mens menn vil få et døgntilbud utenfor senteret.

## **Oppvekstkoordinator / TIBIR – ansvarlig: 1 årsverk**

Stillingen er en nyopprettet stilling i tråd med vedtatt Kommunedelplan for oppvekst fra 2014. Det forventes tiltredelse i stillingen i januar 2014. Oppvekstkoordinator / TIBIR-ansvarlig skal blant annet arbeide med:

- Ha ansvar for koordinering av tverrfaglig samarbeid med alle tjenester og etater som arbeider med målgruppen barn og unge i alder 0 – 23 år.
- Delta på møter med aktuelle nettverk for barnehager / skoler, helse, sosial og omsorg, politiske utvalg, for å ha dialog og/eller gi informasjon.
- Ha ansvar for å implementere og vedlikeholde at Narvik kommune arbeider som en TIBIR-kommune (Tidlig Intervensjon for Barn I Risiko).

Dette arbeidet skal gjøres i samarbeid med alle enheter som arbeider med barn og unge. Målsettingen med TIBIR er å forebygge og avhjelpe atferdsproblemer på et tidlig tidspunkt, samt bidra til å utvikle barns positive og prososiale atferd. Skal bidra til å gi ansatte og ledere som arbeider og har ansvar for barn og unge, har en felles forståelse av hvordan atferdsproblemer oppstår og kan avhjelpes. TIBIR og det forebyggende arbeid skal være en helhetlig tiltakskjede der intervensjonene er i overensstemmelse med målgruppens behov og forutsetninger.

## **Sektor utviklingshemmede**

Enheten har 59 brukere med ulikt funksjonsnivå, fra lett utviklingshemming til alvorlig. De har ulikt behov for bistand og hjelp. Brukerne er fordelt på svært mange boliger, noe som er ressurskrevende i forhold til personalressurser. Enheten har bolig i Bjerkvik, Beisfjord og i Narvik. Alle boliger er heldøgnsbemannet. Enheten har 126,15 årsverk som er besatt av 203 ansatte. Sentrale utfordringer som fokus på folkehelse, habilitering og rehabilitering gjelder også denne sektoren. Utviklingstrekk viser at personer som mottar tjenester ikke bor i foreldrehjemmet like lenge som før. Mange flytter i egen bolig før eller ved fylte 18 år. Enheten har ikke plass til flere brukere.

I dag har enheten 59 brukere i alderen 16-75 år. 3 bor i egne leiligheter og får bistand fra boligene og resten bor fordelt i en rekke boliger. Brukerne har individuelt tilpassede dagtilbud. Disse er organisert ved Furugården dagsenter, SmiaVekst, private bedrifter eller ut fra boligen de bor i. Flere har også skoletilbud ved særskilt voksenopplæring. 20 personer har dagtilbud ved Furugården dagsenter.

Sentrale utfordringer er at tjenesten består av flere små boliger med ressurskrevende brukere. Det er satt ned et prosjekt for å vurdere hvordan utfordringer i denne enheten og i Enhet for funksjonshemmede og avlastning barn og unge kan utvikles og samordnes. Prosjektet ferdigstilles til 01.12.13.

### Prosjekt UH-FABU

Med utgangspunkt i en overordnet gjennomgang av UH tjenesten og tjeneste for funksjonshemmede og avlastning barn og unge søker vi å skape hensiktsmessig drift med brukeren i fokus i en forutsigbar og fremtidsrettet tjeneste. Fremtidige muligheter og konsekvenser av brukervalg må synliggjøres. Dessuten må det være økt fokus på å dreie tjenestenes innhold i retning av størst mulig hjelp til selvhjelp samt aktivisering av ressurser rundt brukeren. Inspirasjon hentes blant annet i Kolding (DK) kommunes prosjekt «Fra velfærd til selvværd». Narvik kommune har en forventning om at tjenestene kan drives mer hensiktsmessig, hvis de ses i sammenheng og i et helhetlig og fremtidsrettet perspektiv. Brukerperspektiv må sikres i alle aspekter og den enkeltes egne ressurser må brukes konstruktivt.

Prosjektet ble startet i 2013 og vil løpe inn i budsjettperioden. Det er leid inn en prosjektleder i 2013 og forventes videreført og implementert ved egen hjelp i 2014. Det er nedsatt 4 arbeidsgrupper:

- 1) Boliger og velferdsteknologi;
- 2) Aktivitet, jobb og utdanning;
- 3) Organisering, bemanning og arbeidstid;
- 4) Samhandling med pårørende, frivillige og andre

## Sektor sosial og flyktning

NAV Narvik består av et statlig og et kommunalt tjenesteinnhold som utover minimumsløsningen kan inneholde andre kommunale tjenester basert på inngått samarbeidsavtale mellom stat og kommune. Den statlige delen av NAV Narvik ivaretar oppgaver som følger av nasjonale føringer i Mål- og disponeringsbrev som revideres årlig. Hovedoppgaver er oppfølging av arbeidssøkere og formidling av arbeidskraft, veiledning og informasjon om alle ytelses- og tiltaksordninger i arbeids- og velferdsforvaltningen. Visjonen: «vi gir mennesker muligheter» skal sammen med verdiene tilstede, tydelig og løsningsfokustert være grunnpilaren i vårt møte med mennesker.

Følgende kommunale tjenester inngår i minimumsløsningen:

1. Opplysning, råd og veiledning, herunder økonomisk rådgivning
2. Medvirkning til å skaffe boliger til vanskeligstilte
3. Økonomisk stønad,
4. Midlertidig botilbud,
5. Individuell plan,
6. Kvalifiseringsprogrammet.

I tillegg har NAV Narvik følgende tilleggsoppgaver utover minimumsløsningen (som er avtalt mellom stat og kommune i samarbeids- avtalen):

1. Gjeldsrådgivning,
2. Bosetting og introduksjon av flyktninger.

NAV Narvik har fire delmål for brukere og tjenester som skal fokuseres i 2014:

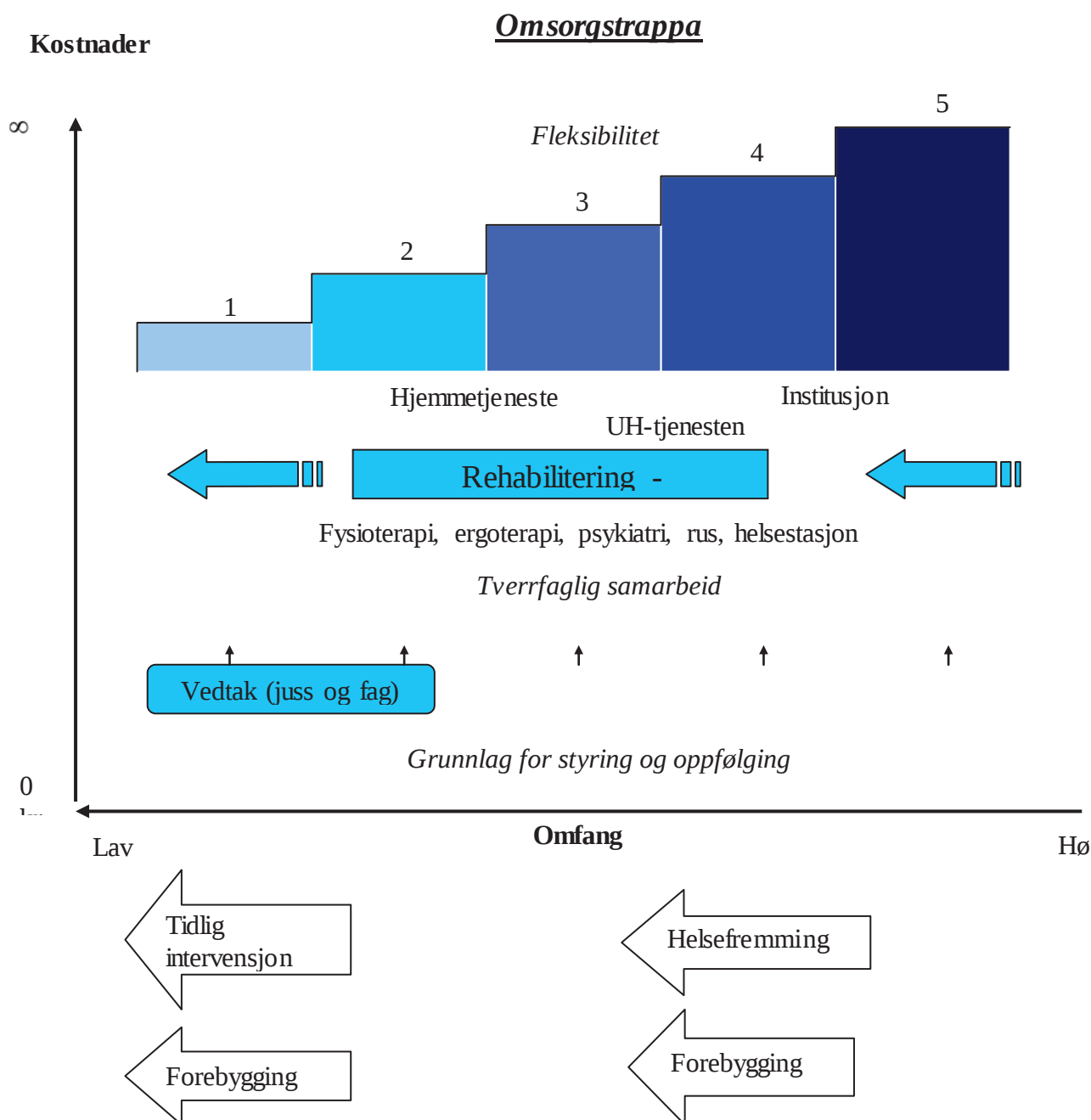
- Alle skal gis mulighet til å komme i arbeid og/eller arbeidsrettet aktivitet
- Alle barn og unge skal kunne delta og utvikle seg.
- Bedre levekårene for vanskeligstilte.
- Bosetting av flyktninger, språkopplæring og deltakere i introduksjonsprogram

NAV Narvik vil i 2014 vektlegge tiltak som skal rettes inn mot følgende prioriterte utfordringer:

- Antallet deltakere på Kvalifiseringsprogrammet skal økes opp til måltall på 25.
- Styrke kapasiteten og det enhetsovergripende samarbeidet om gjeldsrådgivning for å redusere ventelistene for de som sliter med tunge gjeldssaker.
- Styrke og videreutvikle samhandling med kommunens enheter, privat næringsliv og samarbeidspartnere for å bistå brukerne på veien til arbeid.
- Opprettholde og styrke arbeidet for å redusere antall langtids sosialhjelpsmottakere i aldersgruppen 18-24 år.
- Videreutvikle intern samhandling og organisasjon slik at brukere avklares ift. riktig tiltak og riktig ytelse.
- Overordnet fokus på arbeidsrettede tiltak for alle i målgruppene unge, langtidsledige og fremmedspråklige.
- Øke tilgangen på boliger for vanskeligstilte og boliger i varierende størrelser til flyktninger, også utenfor Narvik sentrum,
- Bidra til å redusere antallet elever som faller ut av videregående skole.

## Vedlegg 2 BEON Prinsippet

I 2005 vedtok bystyret at Helse-, omsorgs- og sosialtjenesten skal bygges opp etter LEON-prinsippet i omsorgstrappa (vedtak 170/05). LEON var laveste effektive omsorgsnivå. Dette er begrepet er erstattet med BEON, som er beste effektive omsorgsnivå. Under er en figur som illustrerer prinsippet. Figuren er hentet fra en delrapport «Organisering av HOS 2007».



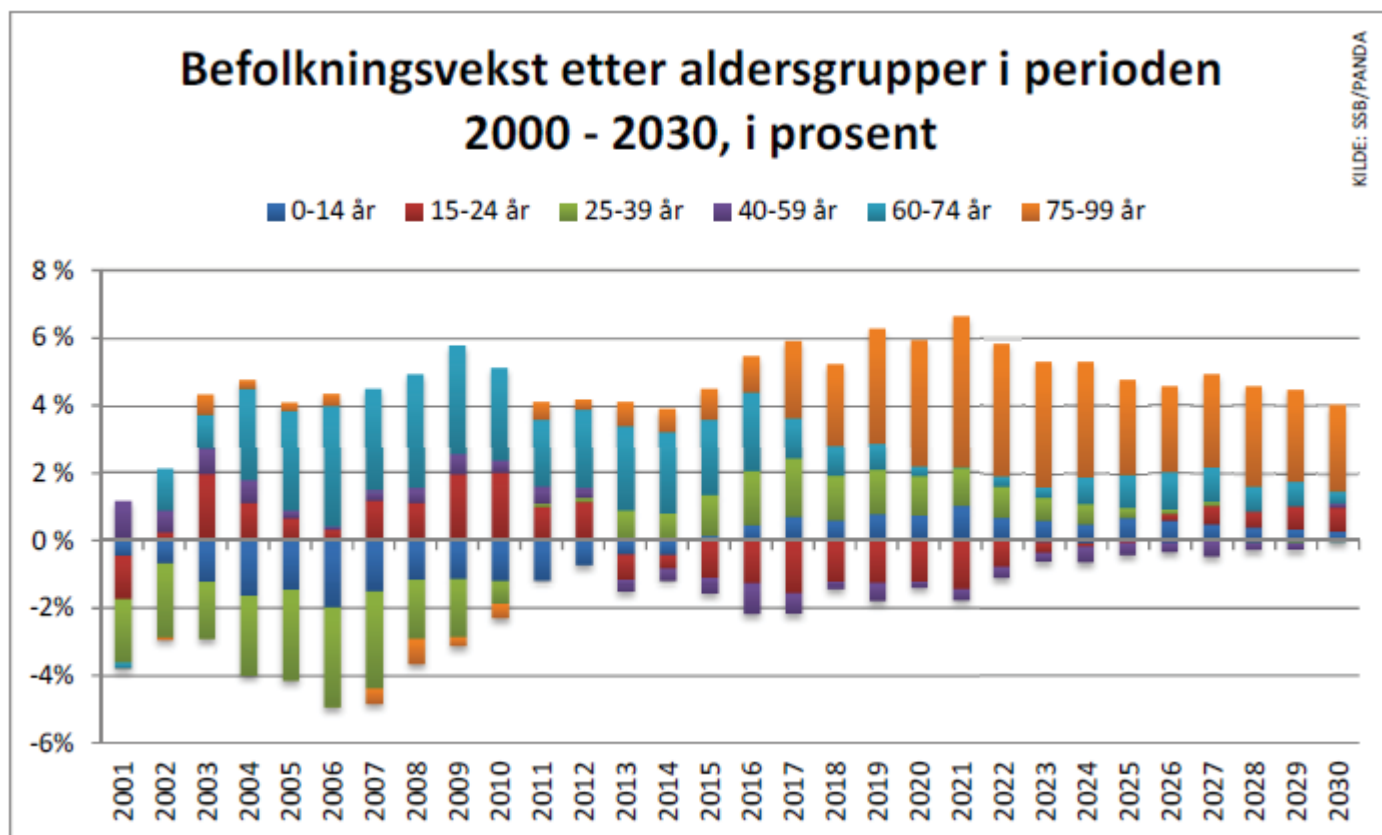
Dette prinsippet skisserer at det er sentralt å gi tjenester så tidlig som mulig og på lavest mulig kostnadsnivå for å unngå at behovene for hjelp blir større enn nødvendig. I enkelte tilfeller og situasjoner er det nødvendig å gi mye tidlig for å øke egenmestringen i ettertid. Levevaner, inkludert kosthold og trivsel, samt levekår har betydning for helsen. Fokus på forebygging og folkehelse er viktig å redusere sykdom, skader og behovet for kommunale tjenester. For brukerne vil fokus på forebygging og folkehelse bety at de selv ivaretar og mestrer egen helse og livssituasjon så lenge som mulig med så lite hjelp som mulig. De som har behov for støtte og hjelp får dette på laveste nivå. På alle nivå i omsorgstrappa er det viktig å stimulere og å fremme brukernes (brukere, pårørende og nettverk) ressurser slik at de forblir mest mulig selvhjelpen og beholder sin verdighet.

## Vedlegg 3 Demografiske tabeller

### Fordeling i alder og område

| Delområde                  | Alder  |        |         |          |          |          |               |
|----------------------------|--------|--------|---------|----------|----------|----------|---------------|
|                            | I alt  | 0-5 år | 6-15 år | 16-19 år | 20-39 år | 40-66 år | 67 år og over |
| 0100 Bjerkvik              | 1 665  | 73     | 206     | 96       | 336      | 648      | 306           |
| 0200 Rombakken             | 498    | 29     | 58      | 25       | 100      | 192      | 94            |
| 0300 Fossestua             | 1 149  | 62     | 114     | 50       | 187      | 443      | 293           |
| 0400 Skistua               | 1 250  | 72     | 145     | 91       | 416      | 449      | 77            |
| 0500 Oskarsborg            | 1 970  | 100    | 139     | 94       | 542      | 646      | 449           |
| 0600 Vassvik/Taraldsvik    | 1 674  | 131    | 203     | 99       | 463      | 610      | 168           |
| 0700 Frydenlund            | 2 929  | 175    | 270     | 149      | 762      | 973      | 600           |
| 0800 Framnes               | 971    | 54     | 85      | 49       | 217      | 398      | 168           |
| 0900 Kleiva                | 169    | 9      | 8       | 9        | 37       | 64       | 42            |
| 1000 Fagernes/Kvitsandøyra | 969    | 88     | 125     | 47       | 259      | 351      | 99            |
| 1100 Beisfjord             | 799    | 81     | 124     | 47       | 207      | 275      | 65            |
| 1200 Ankenes               | 3 027  | 280    | 373     | 158      | 765      | 1 080    | 371           |
| 1300 Håkvik/Vidrek         | 1 042  | 93     | 174     | 63       | 249      | 374      | 89            |
| 1400 Skjomen               | 353    | 21     | 39      | 17       | 53       | 154      | 69            |
| 9900 Uoppgitt delområde    | 44     | 1      | 3       | 0        | 23       | 15       | 2             |
|                            |        |        |         |          |          |          |               |
| Hele kommunen              | 18 509 | 1 269  | 2 066   | 994      | 4 616    | 6 672    | 2 892         |

Befolkningsvekst etter aldersgruppe i perioden 2000 – 2030 i %.



Kilde: Fylkesprognose.no

## Vedlegg 4 Definisjoner

### Annen bolig til pleie og omsorgsformål

- Brukerens egen bolig tilrettelagt for pleie og omsorgsformål
- Tjenester ytes av hjemmetjenesten etter individuelt behov
- Fast tilknyttet bemanning i hele eller deler av døgnet
- Egne boliger for barn og unge, og for voksne med funksjonshemminger
- Legetjenester besørges av fastlege
- Tildeling av bolig vurderes ut fra individuelt behov

### Avdeling for rehabilitering, etterbehandling og observasjon (Narvik REO)

Avdelingen skal bidra til å sikre behandling, observasjon, etterbehandling og rehabilitering før, istedenfor og etter sykehus. Tilbudet drives av kommunen i samarbeid med sykehuset og legevakt.

- Institusjon beregnet på korttidsopphold
- Øyeblikkelig hjelp tilbud for døgnopphold
- Behandlingstilbud før og etter sykehusopphold
- Behandlingsopphold med mål om tilbakeføring til bolig
- Tilbud om rehabilitering og habilitering med mål om høgere egenomsorg, inkludert læring og mestring
- Observasjon, behandling, pleie og omsorg

### Bofellesskap

- Omsorgsbolig etter Husbankens retningslinje
- Brukerens egen bolig tilrettelagt for pleie og omsorgsformål
- Brukeren leier sin boenhet, i tillegg er det fellesareal til bruk for alle beboerne.
- Bolig med helsedøgnsbemanning

**Boligpolitisk handlingsplan** en plan som omhandler boliger og boligtiltak for grupper som har vanskeligheter med å skaffe seg tilfredsstillende bolig, og som skisserer forslag til løsning på boligsosiale utfordringer

**Bruker** er et begrep som benyttet på personer som på grunn av funksjonsnedsettelse, har et særlig behov for tjenester eller tilrettelegging fra en tjenesteleverandør.

**Elektronisk pasientjournal** er elektronisk ført samling eller sammenstilling av nedtegnede/registrerte opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp (Normen).

**Folkehelse.** Med dette menes befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning (Lov om folkehelsearbeid).

**Folkehelsearbeid** skal bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse. Folkehelsearbeid defineres som samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen (Lov om folkehelsearbeid).

**Helsefremmende arbeid** kan defineres som systemrettet arbeid for å fremme positive helsefaktorer eller som "den prosess som gjør folk i bedre stand til å bedre og bevare sin helse" (Forebygging.no; Ottawa-charteret; WHO, 1986 i Helsedirektoratet, 1987). De fem hovedstolpene i charteret er: 1. Å bygge opp en sunn helsepolitikk, 2. Å skape et støttende miljø, 3. Å styrke lokalmiljøets mulighet for handling, 4. Å utvikle personlige ferdigheter og 5. Å tilpasse helsetjenesten.

Helsefremmende arbeid er en prosess som gjør at den enkelte så vel som fellesskapet får mer kontroll over forhold som virker inn på helsa, og som dermed gjør den enkelte i stand til å bedre sin egen helse. (Helsedirektoratet). Med helsefremmende arbeid forstås tiltak som skal bedre forutsetningen for god

helse og god trivsel. Eks. tilrettelegging for friluftsliv og fysisk aktivitet for alle, og veiledning til foreldre for å understøtte foreldreferdigheter.

**Forebygging** er et begrep som kan defineres på ulike måter. Det er en mangetydig og positivt ladet betegnelse for forsøk på å eliminere eller begrense en uønsket utvikling. I noen sammenhenger kan det være fruktbart å bruke en inndeling mellom hhv. primær, sekundær og tertiær forebygging. Denne begrepsmessige tredelingen er definert ut fra hvilken *fase i en problemutviklingsprosess* innsatsen settes inn og i hvilken grad det er mulig å identifisere målgrupper og problem (Caplan 1964, fra Forebygging.no).

**Primærforebygging** sikter mot å forhindre at problem, skade eller sykdom oppstår i befolkningen. Vellykket primærforebyggende innsats vil føre til en reduksjon i antall nye tilfeller (Caplan 1964, fra Forebygging.no).

**Sekundærforebygging** retter seg mot å redusere omfang, alvorlighet eller varighet av et problem når det først har oppstått (Caplan 1964, fra Forebygging.no).

**Tertiærforebygging** henspiller på å redusere problemer som kan oppstå som følge av at en skade, sykdom eller lidelse oppsto. Det vesentlige blir innsats som forhindrer eller letter følgetilstander (Caplan 1964, fra Forebygging.no).

**Folkehelseprofil** skal hjelpe lokale myndigheter til å skaffe seg en oversikt over folkehelsetilstanden i kommunen. Hvordan er helsetilstanden hos innbyggerne i kommunen? Hva bør kommunen gjøre for å forbedre den? (Folkehelseinstituttet.no).

**Forebyggende tjenester** er tjenester med mål om å fremme helse og forebygge sykdom, samt støtte opp under evnen til mestring og ivareta egenomsorg. Eksempelvis:

- Svangerskapsomsorg på helsestasjonen
- Helsestasjon
- Skolehelsetjeneste
- Helsestasjon for ungdom
- Vaksinerings
- Smittevern
- Spesifikke tiltak rettet mot spesielle grupper og enkeltpersoner
- Pedagogisk og psykologisk tjeneste
- Samfunnsmedisin
- Folkehelse
- Miljørettet helsevern

**Frisklivssentral (FLS)** er et kommunalt kompetansesenter for veiledning og oppfølging primært innenfor helseatferdsområdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. Frisklivssentralen har et strukturert henvisnings- og oppfølgingssystem for personer med behov for å endre helseatferd. Sentralen kan i tillegg fungere som en ressurs og et kontaktpunkt for andre helsefremmende tiltak i kommunen. (Helsedirektoratet).

**Habilitering og rehabilitering** er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler og med flere aktører som samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. (Helsedirektoratet).

**Helse** er definert som en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lidelser (WHO.no)

### Hjemmetjeneste

- Behandling, pleie og omsorg i eget hjem
- Praktisk bistand som renhold, ernæring og personlig hygiene
- Tjenesten kan dekke alle døgnets timer og alle årets dager
- Legetjenester inngår ikke i tilbudet (pasient forholder seg til fastlege)

- Tjenester søkes og tildeles etter individuelt behov

**Lavterskeltilbud** kjennetegnes av at de er lett tilgjengelige fysisk, sosialt og kulturelt. Barrierer for deltakelse er bygget ned slik at det blir enklere å delta. Lavterskeltilbud krever ikke henvisning, de er åpne for alle. (Helsedirektoratet)

**Lærings- og mestringssenter (LMS)** er en møteplass for helsepersonell, erfarne brukere, pasienter og deres pårørende. Et LMS arbeider for at pasienter, brukere og pårørende skal få informasjon, kunnskap og bistand til å håndtere langvarig sykdom og helseforandringer. LMS har som mål at brukerne skal få utvidet innsikt om egen situasjon, bli styrket i sin mestring av hverdagen og slippe flest mulig sykehusinnleggelser. (Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring).

### Medisinsk tjeneste

- Individuelle medisinske tjenester
- Fastlegeordningen
- Legevakt
- Legetjeneste i institusjoner

**Miljørettet helsevern** omfatter de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha påvirkning på helsen. Disse omfatter blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer (Lov om folkehelsearbeid).

### Omsorgsbolig

- Brukerens egen bolig, bygd med tilskudd fra Husbanken
- Tilrettelagt bolig for helse og omsorgsformål
- Tjenester ytes av hjemmetjenesten etter individuelt behov
- Legetjenester besørges av fastlege
- Boligen kan ha husmor/husfar tjenester

**Pasient** er en person som får behandling av helsepersonell for psykisk og/eller fysisk sykdom/lidelse eller skade, på sykehus/lege og/eller andre behandlingsinstitusjoner, i kommunal hjemmetjeneste eller i kommunal institusjon. Begrepet bruker og pasient brukes ofte om hverandre.

### Sosialtjeneste

- Hjelp og støtte for å dekke individets behov for arbeid og aktivitet
- Arbeid
- Trygd og pensjon
- Råd og veiledning
- Sosialhjelp

### Sykehjem

- Institusjon beregnet for kort- og langtidsopphold
- Lovregulert boform
- Heldøgns tilbud om medisinsk behandling, helse og omsorg
- Tilbudet er innrettet på en eller flere av følgende oppgaver:
  - avlastning
  - spesielt tilrettelagt opphold for funksjonshemmede
  - skjermet enhet for personer med demens
  - permanent opphold, dagopphold, nattopphold
  - terminalpleie
- Legetjenester følger som en del av tjenesten
- Tjenesten er regulert gjennom lov og forskrift
- Plass i sykehjem søkes og tildeles etter individuelt behov

**Sykepleie** kan defineres som "å hjelpe menneske sykt eller friskt, når vi utfører de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller en fredfull død), noe han eller hun ville gjort uten hjelp dersom han eller hun hadde tilstrekkelig krefter eller vilje og kunnskaper, og å gjøre dette på en slik måte at han eller hun gjenvinner selvstendighet så fort som mulig" (Virginia Henderson). Tjenesten ledes av sykepleiere, men omfatter også andre med annen fagbakgrunn. Sykepleie iverksettes gjennom

omsorg, pleie, helsefremmende og forebyggende arbeid (Sykepleieforbundet.no). Funksjonen fokuserer på å assistere individer, familier og samfunn i å oppnå, gjenoppnå og vedlikeholde normal helse og funksjon. Sykepleiepraksis omfatter blant annet ansvar for sikkerheten og rekonvalesensen til akutt syke eller skadde mennesker, forebyggende helsetiltak, og behandling av livstruende tilstander i mange forskjellige helsesammenhenger.

**Sykdomsforebyggende arbeid** er innsats for å forhindre eller utsette sykdomsforløp (primær forebygging), alternativt forhindre forverring eller videreutvikling av sykdom (sekundær forebygging), alternativt minske følgene sykdommen får for funksjon og livskvalitet (tertiær forebygging). (Helsedirektoratet).

**Omsorgstrappa, beskrivelsen er kopiert fra Harstad:** (Antakelig ville trinn 4 være annerledes beskrevet for Narvik med bofellesskap og at bruker forholder seg til egen lege.)

#### **Trinn 0:**

Samfunnet, familien og enkeltmennesket. Tilfeldig bruk av kommunale tjenestetilbud. Aktive og passive tiltak innen forebygging og tilrettelegging for ivaretagelse av god helse og gode sosiale levekår.

- Helsestasjon og skolehelsetjeneste
- Fastlegetjenester
- Forebyggende tjenester
- Kosthold og fysisk aktivitet
- Brukermedvirkning
- Lærings- og mestringstilbud
- Frivillige og organisasjoner
- Universell utforming
- Dagsenter/aktivitetssenter og kultur
- Familie og sosiale relasjoner

#### **Trinn 1:**

Indirekte tjenester som retter seg mot brukerens omgivelser og struktur. Tjenestemottaker bor i eget hjem. Brukeren forholder seg til egen fastlege.

- Tilrettelegging av bolig
- Tekniske hjelpemidler
- Veiledning og opplæring
- Helsestasjon
- Dagsenter
- Tilrettelagte aktiviteter

#### **Trinn 2:**

Tjeneste som støtter opp under tjenestemottakerens egenomsorg. Tjenester knyttet til praktiske forhold rundt tjenestemottaker. Tjenestemottaker bor i eget hjem. Brukeren forholder seg til egen fastlege.

- Praktisk bistand
- Matombringning
- Trygghetsalarm
- Transporttilbud
- Støttekontakt

#### **Trinn 3:**

Tjenester som ytes direkte mot tjenestemottaker og skal dekke et personlig behov som oppstår i forbindelse med sykdom og andre tilstander. Bistand til å dekke omsorg og medisinske behov. Tjenestemottaker bor i eget hjem, ordinær eller tilrettelagt bolig i bofellesskap. Boligen kan være organisert med personell som yter praktiske tjenester. Brukeren forholder seg til egen fastlege.

- Hjemmesykepleie
- Avlastningstjenester
- Fagteam
- Ergoterapi- og fysioterapi tjenester
- Rehabilitering og habilitering
- Brukerstyrt personlig assistent
- Aktivitetstilbud

- Omsorgsbolig

#### **Trinn 4:**

Tjeneste som dekkes døgntkontinuerlig og skal gi bistand ved store behov for omsorg- og medisinske tjenester. Tjenestemottaker bor i egen tilrettelagt bolig som kan være i et bofellesskap med base for tjenesteyter.

- Kombinasjon av tjenester fra trinn 2 og 3
- Spesielt tilrettelagt omsorgsbolig
- Legetjenester

#### **Trinn 5:**

Tjeneste som dekkes døgntkontinuerlig og skal gi bistand ved omfattende behov for omsorg- og medisinske tjenester. Tjenestemottaker bor i institusjon eller spesielt tilrettelagte bofellesskap.

- Sykehjem
- Spesielt tilrettelagte boliger for spesifikke grupper
- Bolig med heldøgns omsorg og bemanning
- Legetjenester
- Sykepleietjenester
- Praktiske forhold rundt tjenestemottaker
- Aktivitetstilbud

#### **Kopi av notat skrevet av Heidi Johnsen, enhetsleder for barn, unge og familie:**

**Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR)** er et helhetlig program for forebygging og avhjelping av atferdsproblemer hos barn. Målgruppen er barn i alderen 3 – 12 år og deres foreldre. Programmet består av seks ulike intervensjonsmoduler som til sammen representerer en helhetlig innsats for å forebygge og avhjelpe forløpere til eller allerede utviklede atferdsvansker hos barn, samt styrke deres sosiale kompetanse. Man skal kunne gi barn og foreldre rett tilbud og omfang, samt gi ansatte og ledere som arbeider og har ansvar for barn en felles forståelse av hvordan atferdsproblemer oppstår og kan avhjelpes. Alle intervensjonene som inngår i TIBIR gjennomgår forskningsmessige evalueringer for å sikre at tiltakene gir så effektiv hjelp som mulig til barn og familier i målgruppen. Atferdssenteret, underlagt Universitetet i Oslo, har ansvaret for forskningen. LP-modellen i barnehagen / skolen bør knyttes opp mot intervensjon i TIBIR.

TIBIR består av følgende intervensjoner:

- PMTO-terapi: Behandlende foreldreveiledning for familier med barn som har utviklet atferdsvansker
- Foreldrerådgivning: Forebyggende foreldreveiledning for familier som strever i hverdagen
- Konsultasjon: Forebyggende veiledning til ansatte i barnehager og skoler som jobber direkte med barn
- Foreldregrupper: Forebyggende foreldreveiledning i grupper, for familier med barn med begynnende atferdsproblemer
- Kartlegging: Kurs som hjelper fagpersonale å tilpasse tiltak til barn og familier ut fra individuell vurdering
- Sosial ferdighetstrening: Direkte intervensjon til barn som har begynnende eller utviklede atferdsvansker

**Parent Management Training – Oregon (PMTO)** er et individuelt behandlingstiltak for foreldre/foresatte med barn i alderen 4-12 år med alvorlige atferdsproblemer. PMTO er en behandlingsmetode der foreldrene lærer ulike ferdigheter i blant annet mer hensiktsmessig oppdragelsespraksis, ferdigheter i problemløsning, samt å øke barnas mottakelighet for disse ferdighetene. Formålet med PMTO er å stanse, redusere eller forebygge atferdsvansker hos barn ved å endre samspillet mellom foreldre og barn. Intervensjonen tar også sikte på å fremme alminnelige sosiale ferdigheter og øke sosial inkludering blant barna. PMTO-terapeuter som utdannes i metodens fem kjernekomponenter; positiv involvering, oppmuntring, milde, forutsigbare konsekvenser ved uønsket atferd, problemløsning og tilsyn/oppfølgning. Opplæringen foregår gjennom forelesninger og praktiske øvelser over halvannet år. I tillegg får terapeutene veiledning gjennom opplæringsperioden i forhold til tre eller flere øvingsfamilier. PMTO er utviklet i USA og har vært gjenstand for en rekke studier der, men er også evaluert i en norsk studie (Ogden & Hagen, 2008).

**Aggression Replacement Training (ART)** er en gruppebasert strukturert pedagogisk opplæringsmetode som har vist seg å være et effektivt redskap i forebygging, reduksjon og erstatning av aggressiv atferd hos barn og ungdom. I Norge er metoden i rask fremgang og har vært benyttet i barnehage, barneskole, ungdomsskole, barnevernsinstitusjoner, innen psykiatri og i arbeid med personer med Asperger syndrom og autisme. ART retter seg hovedsakelig mot barn og ungdom som står i fare for å utvikle atferdsproblemer (primærforebyggende) og personer som har utviklet atferdsproblemer (sekundærforebygging av videre negativ utvikling). Det har imidlertid vist seg at også barn og ungdom med adekvat atferd kan dra stor nytte av treningen. Hensikten med treningen er å bedre deltakernes evne til å fungere sosialt. ART er et multimodalt program, som betyr at det inneholder komponenter som fokuserer på ulike aspekter ved sosial fungering. Programmets tre hovedkomponenter:

- Sosial ferdighetstrening
- Sinnekontroll trening
- Trening i moralsk resonnering
- SPT – Sosial personepsjonstrening

**Familie-ART** er et program der flere familier samles for å trene inn nye samhandlingsferdigheter.

**International Child Development Program (ICDP)** er et enkelt, helsefremmende og forebyggende program som har som mål å styrke omsorgen og oppveksten for barn og unge. Det retter seg mot omsorgsgivere og skal styrke deres omsorgskompetanse. ICDP-programmet ble utviklet av professor Karsten Hundeide og professor Henning Rye ved Universitetet i Oslo. ICDP-programmet er anerkjent og benyttet av bl.a. UNICEF og WHO. Hensikten er:

- Å påvirke omsorgsgiverens positive opplevelse av barnet, slik at omsorgspersonen kan identifisere seg med og føle med barnet.
- Å hjelpe omsorgsgiveren til å bli bevisst barnets tilstand og behov og tilpasse omsorgen til barnets egne behov og initiativ.
- Å styrke omsorgsgiverens selvtillit.
- Å fremme en sensitiv og uttrykksfull kommunikasjon mellom omsorgsgiveren og barnet, slik at det følelsesmessige forholdet mellom de to blir positivt og utviklende.
- Å fremme et berikende og stimulerende samspill mellom omsorgsgiveren og barnet. Berike dets opplevelse av verden.
- Å utvikle og veilede barnets mestring av de oppgaver som kreves i forhold til andre mennesker og omverdenen.
- Å benytte og aktivere lokal praksisformer i barneoppdragelse og barnekultur gjennom lek, spill, sang og felles aktiviteter.

**LP- modellen i barnehage og skole** har som mål å utvikle gode læringsmiljø for alle elever. Hensikten er å skape læringsmiljø som gir gode betingelser for sosial og skolefaglig læring uavhengig av elevenes forutsetninger. Lærerne samarbeider i lærergrupper etter spesielle prinsipper, og alle lærerne ved skolen deltar. LP-modellen er en strategi for å arbeide med Kunnskapsløftet og støttes økonomisk av Utdanningsdirektoratet. Kommuner inngår en treårig kontrakt på vegne av flere skoler. LP-Modellen omfatter:

- Analyse og refleksjon i et systemperspektiv
- Tiltaksutvikling
- Evaluering

**BUP:** Barn og ungdom psykiatri (2.linje)

**VOP:** Voksen psykiatri (2.linje)

**PPT:** Pedagogisk, psykologisk tjenesten (1.linje kommunalt)

**BUF- etat:** Barn og unges familie etat (statlig organ for barnevern som har ansvar for eks. rekruttering av fosterhjem / barn og ungd. institusjoner og familievernkontor).

## Vedlegg 5 Litteraturliste

«Best sammen» om å øke nærværet i helse- og omsorgssektoren:

[http://www.ks.no/PageFiles/50759/Bestsammen\\_original-1%20kopi.pdf](http://www.ks.no/PageFiles/50759/Bestsammen_original-1%20kopi.pdf)

Folkehelse rapporten 2010. Helsetilstanden i Norge 2010. Folkehelseinstituttet.

<http://www.forebygging.no>

FOR 2003-06-27 nr 792: Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjensten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.

Delrapport vedrørende bystyrevedtak 200/04 og 170/05, Narvik kommune; «Organisering HOS 2007», 2007.

Handlingsplan for eldreomsorgen i Narvik kommune, 2003-2007.

Helse- og omsorgsplan for Harstad kommune, 2012-2025.

Kommunedelplan for oppvekst, Narvik kommune, 2012-2025.

Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Veileder IS-1201.

Helsedirektoratet 2004.

LOV 2011-06-24 nr 30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).

LOV 2011-06-24 nr 29: Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven).

LOV 1999-07-02 nr 63 Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

LOV 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)

Meld.St.16 (2010-2011): Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015.

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

Meld.St.34 (2012-2013): Folkehelsemeldingen

Nasjonale mål og prioriterte områder for 2013. Rundskriv IS-1/2013. Helsedirektoratet.

Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykisk lidelse.

Norm for informasjonssikkerhet, Helsedirektoratet, 2010.

NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg

NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene

NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste

Nøkkeltall for helsesektoren. Rapport 2010. IS-1874. Helsedirektoratet.

Planstrategi for Narvik kommune 2011-2015

Prioriteringer i kommunehelsetjenesten: Rapport, IS-1453. Helsedirektoratet, 2007

Prop.115S: Kommuneproposisjon 2012.

Prosjektrapport, Narvik kommune, Delprosjekt nr 6: Tjenestene i åpen omsorg – nye løsninger, 2011.

Prosjektrapport, Narvik kommune, Demensprosjektet, 2006

Rapport i Helserådet 3/13

Rundskriv Q-16/2013 - Forebyggende innsats for barn og unge  
Satsing på barn og ungdom. Regjeringens mål og innsatsområder i statsbudsjettet 2013. Barne-, likestilling- og inkluderingsdepartementet.  
Skolehelsetjenesten. IS-1798. Helsedirektoratet, 2010.  
Status for samhandlingsreformen, Rapport IS-2026. Helsedirektoratet  
St.meld.nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen  
St.meld.nr. 25 (2005-2006). Mestring, muligheter og mening  
St.meld.nr. 20 (2006-2007). Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller  
St.meld.nr.7 (2008-2009). Et nyskapende og bærekraftig Norge.  
Trygghetspakken – behovskartlegging og erfaringer, InnoMed  
«Ungdata», undersøkelse gjennomført våren 2013  
Veileder for kommunale frisklivsentraler. IS-1896. Helsedirektoratet, 2011.  
Verdighetsgarantien: Forskrift for en verdig eldreomsorg – regjeringen.no