FAUSKE KOMMUNE

Møteinnkalling for Helse- og omsorgsutvalg

Tid: 23.05.2018 kl.: 10:00 - 18:00
Sted: Administrasjonsbygget, Kommunestyresalen

Eventuelle forfall meldes på telefon 75 60 40 20

Varamedlemmer møter etter nærmere avtale.
Vi ber om at sakspapirer ikke kastes etter møte, da møteprotokoll fra møtet kun vil inneholde innstilling og vedtak i sakene.

Merknader til møtet:
Tema: "Gode øyeblikk"

Orienteringer fra rådmannen:
- Hverdagsrehabilitering
- Buen
- Eiaveien
- Status legevaktsamarbeid
- Status Sagatun

SAKSLISTE: - MØTE NR 2/2018

Sak nr.	Sakstittel	
011/18	Godkjenning av møtebok	
012/18	Referatsaker i perioden	
013/18	Kommunedelplan helse, omsorg og sosial 2018 - 2026	
014/18	Pandemiplan for Fauske kommune	
015/18	Etablering av ettervernsteam rus og psykiskhelse	
016/18	Klage på avslag på parkeringstillatelse for forflytningshemmede	Unntatt offentlighet

Fauske, 14.05.18

Ole Tobias Orvin
Utvalgsleder

FAUSKE KOMMUNE

SAKSPAPIR

	JournalpostID: 18/4545 Arkiv sakID.: 18/935	Saksbehandler: Berit Vestvann Johnsen

Sak nr.		Dato
011/18	Helse- og omsorgsutvalg	23.05.2018

Godkjenning av møtebok

Rådmannens forslag til vedtak:

Møtebok nr. 1/2018 godkjennes.

Vedlegg:

07.03.2018	Protokoll - Helse- og omsorgsutvalg - 07.03.2018	1375489

Geir Mikkelsen
rådmann

Møteprotokoll **Fauske Kommune**

Helse- og omsorgsutvalg

Møtedato:	07.03.2018	Fra kl.	10:00	Til behandling: Sakene
Møte nr:	1/2018	Til kl.	13:00	Møtested: Administrasjonsbygget, Kommunestyresalen

TILSTEDE PÅ MØTET:

Medlemmer	**Parti**
Karin Rugås	FL
Kjell Eilertsen	FL
Vera Solbakk	KRF
Ole Tobias Orvin	SV

Varamedlemmer	**Parti**
Finn Audun Andal	AP

Andre:
Berit Vestvann Johnsen
Elisabeth Larsen
Hilde Christine Sørensen
Irene Larssen
Nils-Are Johnsplass
Tonje Helen Normann

Møtenotater:
Det var ingen merknader til innkalling og dagsorden.

Orientering fra rådmannen:

- Buen - Kommunalsjef orienterte.
  Starter snart å bygge. Driftsplanleggingen er fullt i gang. Etter planen skal bygget være ferdig i oktober, drift fra november og innbyggerne inn på slutten av året.
- Nedleggelse av bemanningskontor - Kommunalsjef orienterte.
  Stenges offisielt fredag før påske. Stenger funksjonen, men de ansatte skal sikres arbeid.
- Reiser:
  1. Rekrutteringsmesse i Nederland - Enhetsleder institusjon orienterte.
  2. Ålborg - Så på kommunale tjenester og tildeling av tjenester tidsbegrenset med evaluering om tiltaket fungerte - Kommunalsjef og leder tildelingskontoret orienterte.
- Erfaringer fra tildelingskontoret - Leder tildelingskontoret orienterte.
  Vanskelig plassituasjon - Færre plasser ved nedleggelse av pav. 3 - Krevende i demensomsorgen - Sagatun: Alle 6 plassene er i bruk.

UNDERSKRIFTER:
Vi bekrefter med våre underskrifter at møteboken er ført i samsvar med det som ble bestemt på møtet:

Fauske 14.05.18

Berit Vestvann Johnsen
formannskapssekretær

Ole Tobias Orvin representant representant
utvalgsleder

Protokollen er godkjent av helse- og omsorgsutvalget i møte nr den

Saksliste

Saksnr.	Sakstittel	
001/18	Godkjenning av møtebok	
002/18	Delegerte saker i perioden	
003/18	Referatsaker i perioden	
004/18	Kommunedelplan helse, omsorg og sosial - høring	
005/18	Boligsosial handlingsplan	
006/18	Reviderte kriterier for tildeling av langtidsplass i sykehjem	
007/18	Interkommunalt legevaktsamarbeid - Fauske, Saltdal og Sørfold kommune	
008/18	Inngåelse av reviderte av tjenesteavtaler mellom Nordlandssykehuset og Fauske kommune	
009/18	Oppfølging av ordningen med brukerstyrt personlig assisten (BPA) i Fauske kommune	
010/18	Klage på avslag på parkeringstillatelse for forflytningshemmede	Unntatt offentlighet

001/18: Godkjenning av møtebok

Rådmannens forslag til vedtak:

Møtebok nr. 7/2017 godkjennes.

Helse- og omsorgsutvalg 07.03.2018:

Behandling:
Rådmannens forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

HEOM- 001/18 Vedtak:
Vedtak:

Møtebok nr. 7/2017 godkjennes.

002/18: Delegerte saker i perioden

Rådmannens forslag til vedtak:

Delegerte saker tas til orientering.

Helse- og omsorgsutvalg 07.03.2018:

Behandling:
Det var ingen delegerte vedtak. Saken trekkes.

HEOM- 002/18 Vedtak:
Vedtak:

Saken trekkes.

003/18: Referatsaker i perioden

Rådmannens forslag til vedtak:

Dokumentene tas til orientering.

Helse- og omsorgsutvalg 07.03.2018:

Behandling:
Leder tildellingskontoret orienterte.

Kommunalsjef vil besvare eldrerådets spørsmål angående tannhelsetjeneste.

Rådmannens forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

HEOM- 003/18 Vedtak:
Vedtak:

Dokumentene tas til orientering.

Kommunalsjef vil besvare eldrerådets spørsmål angående tannhelsetjeneste.

004/18: Kommunedelplan helse, omsorg og sosial - høring

Rådmannens forslag til vedtak:

Kommunedelplan for helse, omsorg og sosial legges ut på høring og offentlig ettersyn i 6 uker.

Helse- og omsorgsutvalg 07.03.2018:

Behandling:
Folkehelserådgiver orienterte.

Rådmannens forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

HEOM- 004/18 Vedtak:
Vedtak:

Kommunedelplan for helse, omsorg og sosial legges ut på høring og offentlig ettersyn i 6 uker.

005/18: Boligsosial handlingsplan

Rådmannens forslag til innstilling:

Boligsosial handlingsplan for perioden 2018-2028 vedtas. Planen skal rulleres hvert 4. år.

Boligsosiale utfordringer tas med i boligpolitisk plan som vil bli utarbeidet. Når boligpolitisk plan er utarbeidet og vedtatt av kommunestyret vil boligsosial handlingsplan inngå som en del av den planen

Formannskap 30.01.2018:

Behandling:
Ordfører fremmet følgende utsettelsesforslag:
Saken utsettes og behandles i helse- og omsorgsutvalget først.

Ordførers utsettelsesforslag ble enstemmig vedtatt.

FOR- 007/18 Vedtak:
Vedtak:

Saken utsettes og behandles i helse- og omsorgsutvalget først.

Helse- og omsorgsutvalg 07.03.2018:

Behandling:
Rådmannens forslag til innstilling ble enstemmig vedtatt.

HEOM- 005/18 Vedtak:
Innstilling til formannskapet:

Boligsosial handlingsplan for perioden 2018-2028 vedtas. Planen skal rulleres hvert 4. år.

Boligsosiale utfordringer tas med i boligpolitisk plan som vil bli utarbeidet. Når boligpolitisk plan er utarbeidet og vedtatt av kommunestyret vil boligsosial handlingsplan inngå som en del av den planen.

006/18: Reviderte kriterier for tildeling av langtidsplass i sykehjem

Rådmannens forslag til innstilling:

Revidere kriterier for tildeling av langtidsplass i sykehjem vedtas.
Kriteriene gjelder fra vedtaksdato i kommunestyret.

Helse- og omsorgsutvalg 07.03.2018:

Behandling:
Rådmannens forslag til innstilling ble enstemmig vedtatt.

HEOM- 006/18 Vedtak:
Innstilling til kommunestyret:

Revidere kriterier for tildeling av langtidsplass i sykehjem vedtas.
Kriteriene gjelder fra vedtaksdato i kommunestyret.

007/18: Interkommunalt legevaktsamarbeid - Fauske, Saltdal og Sørfold kommune

Rådmannens forslag til innstilling:

Kommuenstyret godkjenner vedlagte samarbeidsavtale om legevaktsamarbeid med Saltdal kommune og Sørfold kommune.
Samarbeidet organiseres som et vertskommunesamarbeid etter kommuneloven § 28-1.

Helse- og omsorgsutvalg 07.03.2018:

Behandling:
Kjell Eilertsen (FL) stilte spørsmål med egen habilitet. Datter er konst. kommuneoverlege. Eilertsen ble enstemmig erklært habil.

Rådmannens forslag til innstilling ble enstemmig vedtatt.

HEOM- 007/18 Vedtak:
Innstilling til kommunestyret:

Kommuenstyret godkjenner vedlagte samarbeidsavtale om legevaktsamarbeid med Saltdal kommune og Sørfold kommune.
Samarbeidet organiseres som et vertskommunesamarbeid etter kommuneloven § 28-1.

008/18: Inngåelse av reviderte av tjenesteavtaler mellom Nordlandssykehuset og Fauske kommune

Rådmannens forslag til innstilling:

De reviderte Overordnet samarbeidsavtale og tjenesteavtaler anbefales vedtatt.
Rådmann gis myndighet til å godkjenne revisjoner av avtalene dersom det gjelder mindre vesentlige endringer og tilpassing til endring i lov eller forskrift

Helse- og omsorgsutvalg 07.03.2018:

Behandling:
Rådmannens forslag til innstilling ble enstemmig vedtatt.

HEOM- 008/18 Vedtak:
Innstilling til kommunestyret:

De reviderte Overordnet samarbeidsavtale og tjenesteavtaler anbefales vedtatt.
Rådmann gis myndighet til å godkjenne revisjoner av avtalene dersom det gjelder mindre vesentlige endringer og tilpassing til endring i lov eller forskrift.

009/18: Oppfølging av ordningen med brukerstyrt personlig assisten (BPA) i Fauske kommune

Rådmannens forslag til innstilling:

Fauske kommune driver BPA ordningen slik som den organiseres i dag, nærmere bestemt i brukerens egen regi eller kommunal regi.

Helse- og omsorgsutvalg 07.03.2018:

Behandling:

Rådmannens forslag til innstilling ble enstemmig vedtatt.

HEOM- 009/18 Vedtak:
Innstilling til kommunestyret:

Fauske kommune driver BPA ordningen slik som den organiseres i dag, nærmere bestemt i brukerens egen regi eller kommunal regi.

010/18: Klage på avslag på parkeringstillatelse for forflytningshemmede

Rådmannens forslag til vedtak:

Ut fra de faktiske opplysningene i saken tas klagen ikke til følge

Helse- og omsorgsutvalg 07.03.2018:

Behandling:
Rådmannens forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

HEOM- 010/18 Vedtak:
Vedtak:

Ut fra de faktiske opplysningene i saken tas klagen ikke til følge.

FAUSKE KOMMUNE

SAKSPAPIR

	JournalpostID: 18/7353 Arkiv sakID.: 18/935	Saksbehandler: Berit Vestvann Johnsen

Sak nr.		Dato
012/18	Helse- og omsorgsutvalg	23.05.2018

Referatsaker i perioden

Rådmannens forslag til vedtak:

Dokumentene tas til orientering.

1, Erfaringer fra tildelingskontoret februar 2018

2, Erfaringer fra tildelingskontoret mars 2018

3, Erfaringer fra tildelingskontoret april 2018

Geir Mikkelsen
rådmann

FAUSKE KOMMUNE

Erfaring fra tildelings-kontoret Februar 2018

Antall dobbeltrom på langtidsavdelinger pr. 31.01.2018= 1(midlertidig opprettet i januar)
Antall ektefellerom på langtidsavdelinger = 1

Mnd. 2018	Antall utskrivningsklare pas	Utskrivningsklare døgn	Utskrivningsklare pasienter med betaling	Betaling
Januar	62	41	10	**189 502**
Februar	37	34	12	**157 148**
Mars				
April				
Mai				
Juni				
Juli				
August				
September				
Oktober				
November				
Desember				

Januar 18: Økning av antall liggedøgn ses i sammenheng med økt antall utskrivningsklare pasienter. I 2017 var det gjennomsnittlig 42 utskrivningsklare pasienter fra sykehuset pr mnd. I desember 2017 og jan 2018 var det i snitt 16 flere utskrivningsklare pasienter enn snittet for 2017. Dette har ført til økt press på pasientflyten i denne perioden.

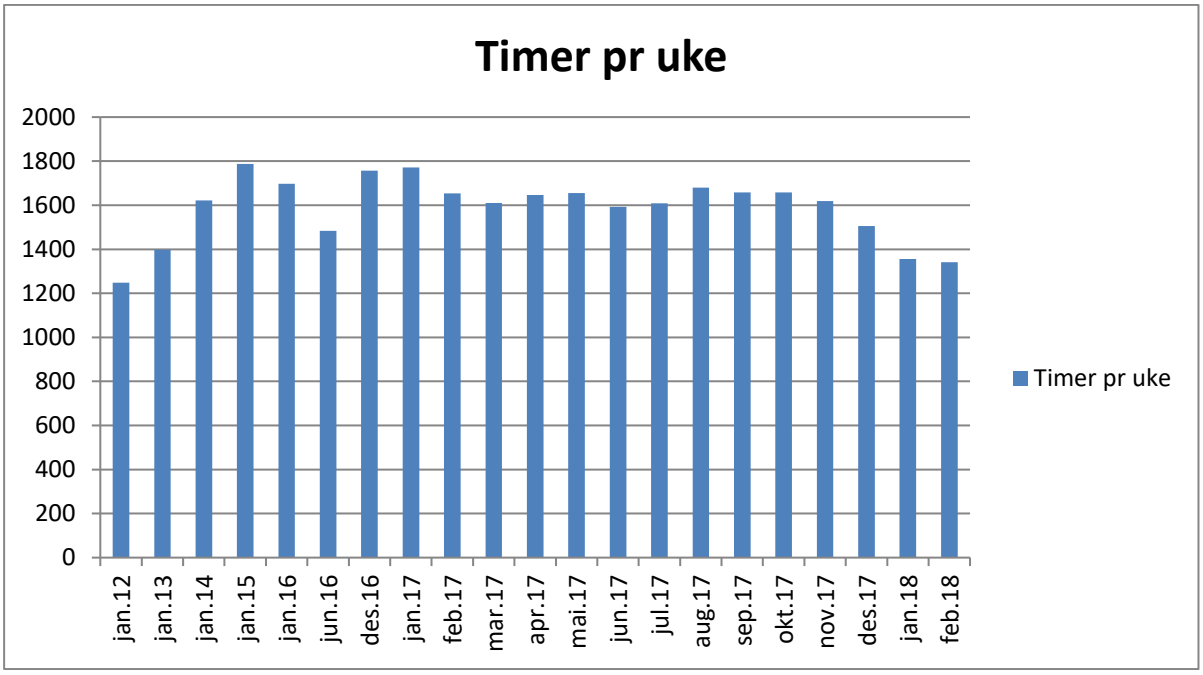
Plass-situasjon pr. 31.02.2018

Nordlandssykehuset- på vent på korttidsplass	**2**
Hjemmeboende- ant søkere korttidsplass	**3**
Hjemmeboende- antall søkere avlastning	**6**
Søkere langtidsplass	**6**
Innvilget langtidsplass, på vent.	**1**
Korttids avdeling- på vent på langtidsplass	**5**

Saksopplysninger plass-tildeling 2018

Langtidsplasser innvilget	7	6										
	Jan	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Des.
Langtidsplasser avslått	2	1										

Tildelte timer i hjemmetjenesten Nordvest, Sentrum øst og Paviljongene
pr. januar 2012: 1247,62 timer pr. uke
pr januar 2013: 1398,29 timer pr. uke
pr. januar 2014: 1621,28 timer pr. uke
pr. januar 2015: 1787,51 timer pr. uke
pr. januar 2016: 1697,74 timer pr uke
pr. 30 juni 2016: 1483,83 timer pr. uke.
pr. 31 desember 2016: 1757,08 timer pr. uke.
pr. 31 januar 2017: 1771,8 timer pr uke.
pr. 28 februar 2017: 1653, 81 timer pr. uke.
pr. 31 mars 2017: 1609,88 timer pr. uke.
pr. 31 juli 2017: 1609,5 timer pr. uke.
pr. 31 august 2017:1679,25 timer pr. uke.
pr. 30 september 2017:1657,52 timer pr. uke.
pr. 31 oktober 2017: 1658,75 timer pr. uke.
pr. 30 november 2017: 1618,43 timer pr. uke.
pr. 31 desember 2017: 1504, timer pr. uke.
pr. 31 januar 2018: 1356,02 timer pr. uke.
pr. 28 februar 2018: 1341,18 timer pr. uke.

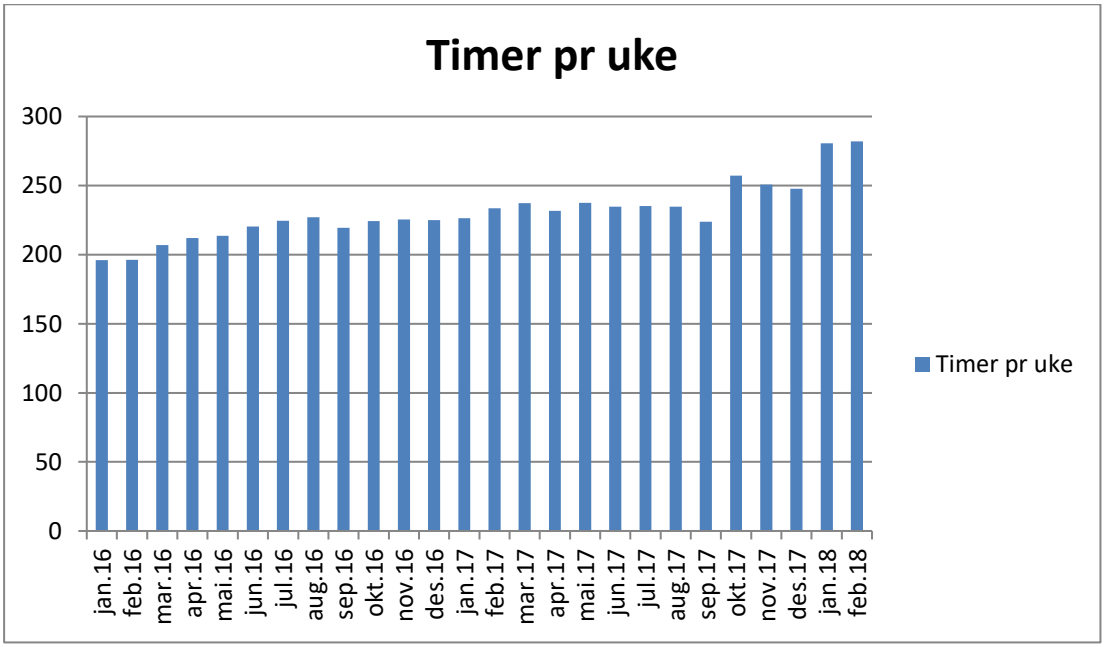


Økning på 257 timer pr. uke fra november 2016 til desember 2016 kan i hovedsak forklares med oppdaterte vedtak på ressurskrevende brukere

Reduksjon på til sammen 262 timer fra november 2017, til januar 2018 kan i hovedsak forklares ut fra av at et høyt antall hjemmeboende med stort tjenestebehov, har hatt behov for høyere omsorgsnivå og blitt flyttet inn på institusjon.

Tildelte timer rus/psykisk helse:

pr. 31 mars 2016: 206,81 timer pr. uke
pr. 30 juni 2016: 220,39 timer pr. uke
pr. 30 september 2016: 219,43 timer pr. uke
pr. 31 desember 2016: 224 timer pr. uke
pr. 31 januar 2017: 226,46 timer pr. uke
pr. 28 februar 2017: 233,63 timer pr.uke
pr. 31 mars 2017: 237,25 timer pr. uke
pr. 31 juli 2017: 235,24 timer pr.uke
pr 31 august 2017: 234,82 timer pr. uke
pr 30 september 2017: 223,82 timer pr. uke
pr 31 oktober 2017: 257.17 timer pr. uke
pr. 30 november 2017: 250,75 timer pr. uke
pr. 31 desember 2017: 247, timer pr. uke
pr. 31 januar 2018: 280,52 timer pr. uke
pr. 28 februar 2018: 282,04 timer pr. uke.



Det har vært en økning på 33 tildelte timer fra desember 2017 til januar 2018.

Tildelingskontoret

FAUSKE KOMMUNE

Erfaring fra tildelings-kontoret Mars 2018

Antall dobbeltrom på langtidsavdelinger pr. 31.03.2018= 1(midlertidig opprettet i januar)
Antall ektefellerom på langtidsavdelinger = 1

Mnd. 2018	Antall utskrivningsklare pas	Utskrivningsklare døgn	Utskrivningsklare pasienter med betaling	Betaling
Januar	62	41	10	**189 502**
Februar	37	34	12	**157 148**
Mars	43	50	11	**237350**
April				
Mai				
Juni				
Juli				
August				
September				
Oktober				
November				
Desember				

Januar 18: Økning av antall liggedøgn ses i sammenheng med økt antall utskrivningsklare pasienter. I 2017 var det gjennomsnittlig 42 utskrivningsklare pasienter fra sykehuset pr mnd. I desember 2017 og jan 2018 var det i snitt 16 flere utskrivningsklare pasienter enn snittet for 2017. Dette har ført til økt press på pasientflyten i denne perioden.

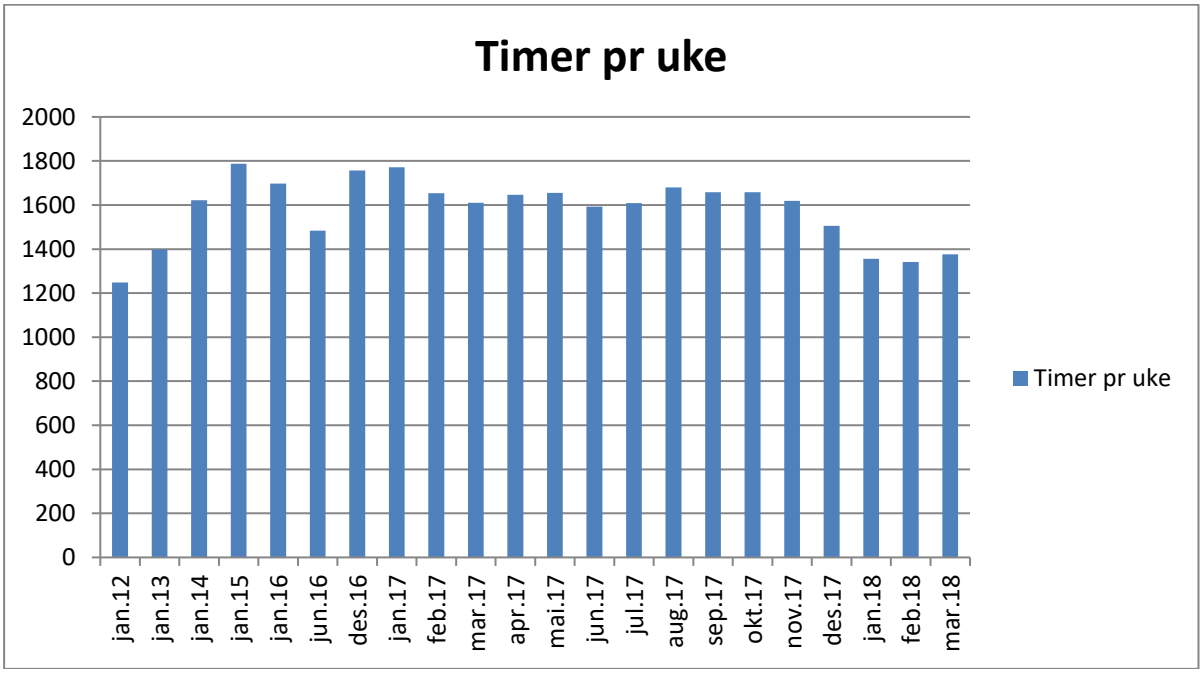
Plass-situasjon pr. 31.03.2018

Nordlandssykehuset- på vent på korttidsplass	**5**
Hjemmeboende- ant søkere korttidsplass	**0**
Hjemmeboende- antall søkere avlastning	**2**
Søkere langtidsplass	**1**
Innvilget langtidsplass, på vent, hjemme	**0**
Korttids avdeling- på vent på langtidsplass	**3**

Saksopplysninger plass-tildeling 2018

Langtidsplasser innvilget	7	6	3									
	Jan	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Des.
Langtidsplasser avslått	2	1	0									

Tildelte timer i hjemmetjenesten Nordvest, Sentrum øst og Paviljongene
pr. januar 2012: 1247,62 timer pr. uke
pr januar 2013: 1398,29 timer pr. uke
pr. januar 2014: 1621,28 timer pr. uke
pr. januar 2015: 1787,51 timer pr. uke
pr. januar 2016: 1697,74 timer pr uke
pr. 30 juni 2016: 1483,83 timer pr. uke.
pr. 31 desember 2016: 1757,08 timer pr. uke.
pr. 31 januar 2017: 1771,8 timer pr uke.
pr. 28 februar 2017: 1653, 81 timer pr. uke.
pr. 31 mars 2017: 1609,88 timer pr. uke.
pr. 31 juli 2017: 1609,5 timer pr. uke.
pr. 31 august 2017:1679,25 timer pr. uke.
pr. 30 september 2017:1657,52 timer pr. uke.
pr. 31 oktober 2017: 1658,75 timer pr. uke.
pr. 30 november 2017: 1618,43 timer pr. uke.
pr. 31 desember 2017: 1504, timer pr. uke.
pr. 31 januar 2018: 1356,02 timer pr. uke.
pr. 28 februar 2018: 1341,18 timer pr. uke.
pr. 31mars 2018: 1375,62 timer pr uke

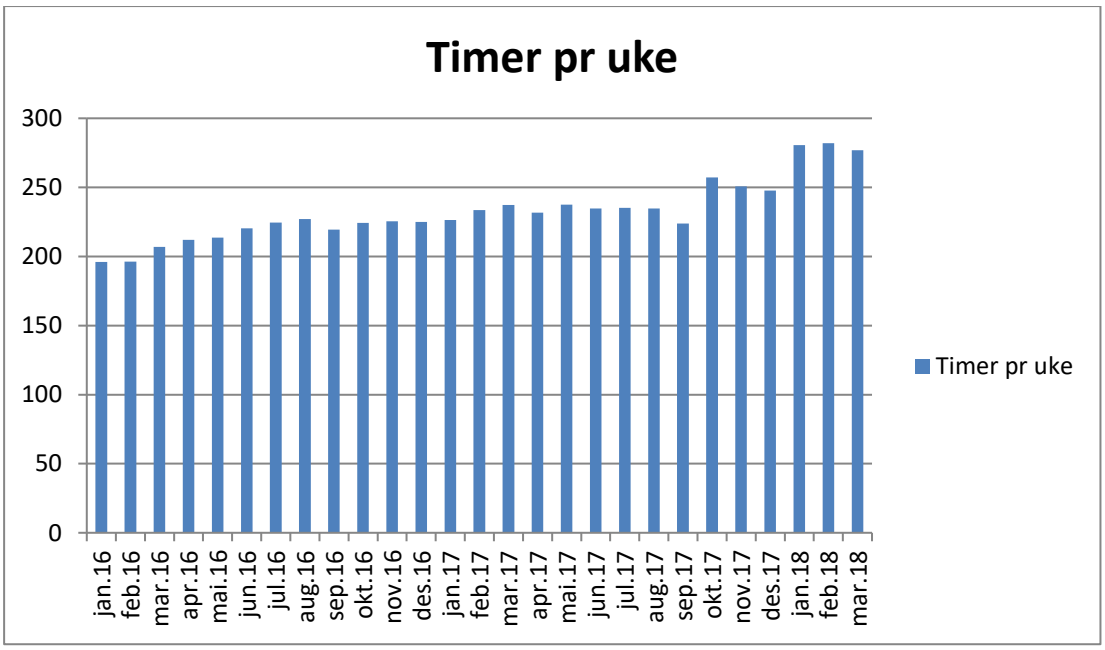


Økning på 257 timer pr. uke fra november 2016 til desember 2016 kan i hovedsak forklares med oppdaterte vedtak på ressurskrevende brukere

Reduksjon på til sammen 262 timer fra november 2017, til januar 2018 kan i hovedsak forklares ut fra av at et høyt antall hjemmeboende med stort tjenestebehov, har hatt behov for høyere omsorgsnivå og blitt flyttet inn på institusjon.

Tildelte timer rus/psykisk helse:

pr. 31 mars 2016: 206,81 timer pr. uke
pr. 30 juni 2016: 220,39 timer pr. uke
pr. 30 september 2016: 219,43 timer pr. uke
pr. 31 desember 2016: 224 timer pr. uke
pr. 31 januar 2017: 226,46 timer pr. uke
pr. 28 februar 2017: 233,63 timer pr.uke
pr. 31 mars 2017: 237,25 timer pr. uke
pr. 31 juli 2017: 235,24 timer pr.uke
pr 31 august 2017: 234,82 timer pr. uke
pr 30 september 2017: 223,82 timer pr. uke
pr 31 oktober 2017: 257.17 timer pr. uke
pr. 30 november 2017: 250,75 timer pr. uke
pr. 31 desember 2017: 247, timer pr. uke
pr. 31 januar 2018: 280,52 timer pr. uke
pr. 28 februar 2018: 282,04 timer pr. uke
pr. 31 mars 2018: 276,87 timer pr. uke



Det har vært en økning på 33 tildelte timer fra desember 2017 til januar 2018.

Tildelingskontoret

FAUSKE KOMMUNE

Erfaringer fra tildelings-kontoret, April 2018

Antall dobbeltrom på langtidsavdelinger pr. 31.03.2018= 0
Antall ektefellerom på langtidsavdelinger = 1

Mnd. 2018	Antall utskrivningsklare pas	Utskrivningsklare døgn	Utskrivningsklare pasienter med betaling	Betaling
Januar	62	41	10	**189 502**
Februar	37	34	12	**157 148**
Mars	43	50	11	**237 350**
April	40	59	9	**280 0073**
Mai				
Juni				
Juli				
August				
September				
Oktober				
November				
Desember				

Januar 18: Økning av antall liggedøgn ses i sammenheng med økt antall utskrivningsklare pasienter. I 2017 var det gjennomsnittlig 42 utskrivningsklare pasienter fra sykehuset pr mnd. I desember 2017 og jan 2018 var det i snitt 16 flere utskrivningsklare pasienter enn snittet for 2017. Dette har ført til økt press på pasientflyten i denne perioden.

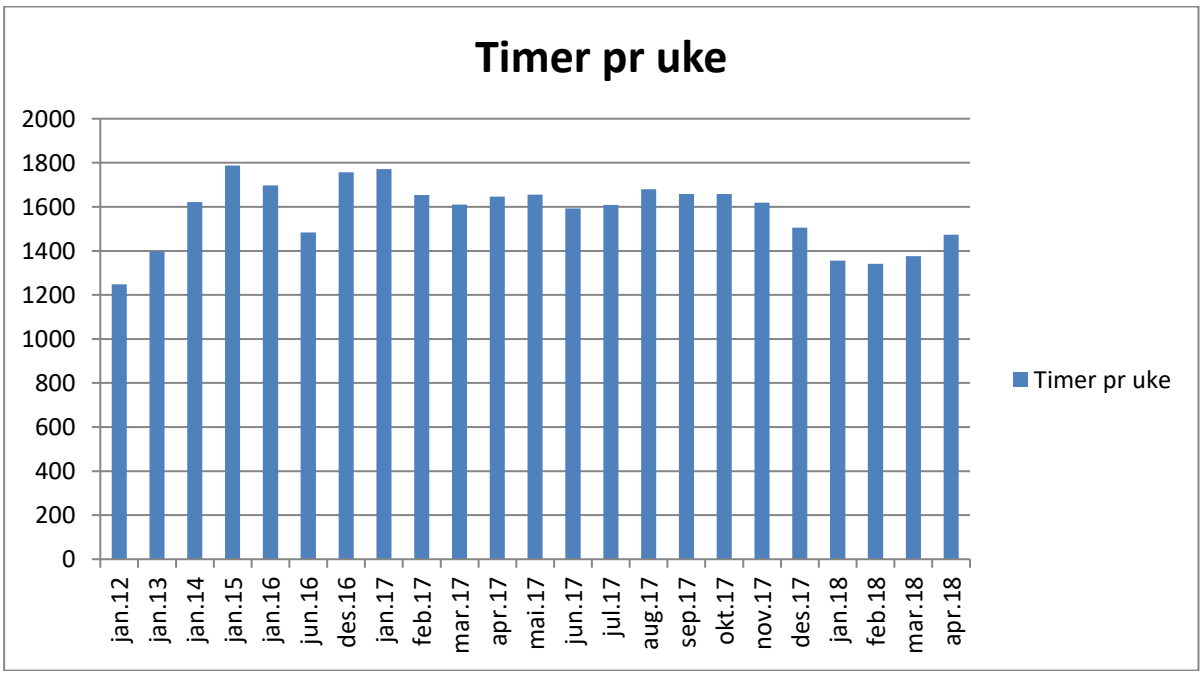
Plass-situasjon pr. 30.04.2018

Nordlandssykehuset- på vent på korttidsplass	**4**
Hjemmeboende- ant søkere korttidsplass	**2**
Hjemmeboende- antall søkere avlastning	**2**
Søkere langtidsplass	**2**
Innvilget langtidsplass, på vent, hjemme	**0**
Korttids avdeling- på vent på langtidsplass	**0**

Saksopplysninger plass-tildeling 2018

Langtidsplasser innvilget	7	6	3	5								
	Jan	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Des.
Langtidsplasser avslått	2	1	0	0								

Tildelte timer i hjemmetjenesten Nordvest, Sentrum øst og Paviljongene
pr. januar 2012: 1247,62 timer pr. uke
pr januar 2013: 1398,29 timer pr. uke
pr. januar 2014: 1621,28 timer pr. uke
pr. januar 2015: 1787,51 timer pr. uke
pr. januar 2016: 1697,74 timer pr uke
pr. 30 juni 2016: 1483,83 timer pr. uke.
pr. 31 desember 2016: 1757,08 timer pr. uke.
pr. 31 januar 2017: 1771,8 timer pr uke.
pr. 28 februar 2017: 1653, 81 timer pr. uke.
pr. 31 mars 2017: 1609,88 timer pr. uke.
pr. 31 juli 2017: 1609,5 timer pr. uke.
pr. 31 august 2017:1679,25 timer pr. uke.
pr. 30 september 2017:1657,52 timer pr. uke.
pr. 31 oktober 2017: 1658,75 timer pr. uke.
pr. 30 november 2017: 1618,43 timer pr. uke.
pr. 31 desember 2017: 1504, timer pr. uke.
pr. 31 januar 2018: 1356,02 timer pr. uke.
pr. 28 februar 2018: 1341,18 timer pr. uke.
pr. 31mars 2018: 1375,62 timer pr uke.
pr 30 april 2018:1473,77 timer pr uke.

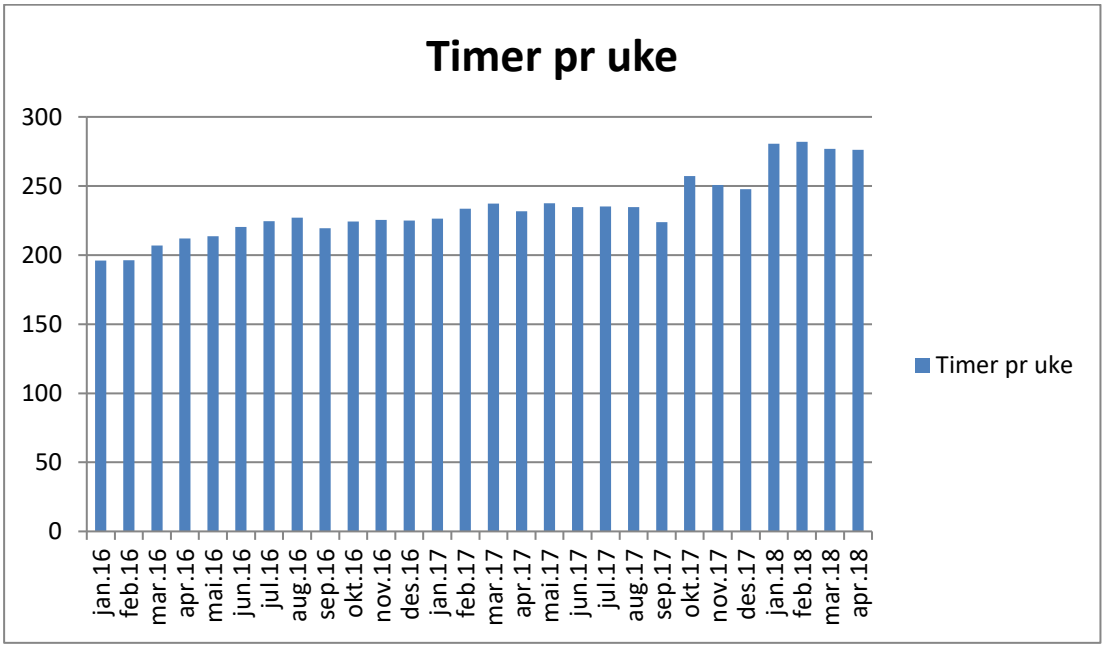


Økning på 257 timer pr. uke fra november 2016 til desember 2016 kan i hovedsak forklares med oppdaterte vedtak på ressurskrevende brukere

Reduksjon på til sammen 262 timer fra november 2017, til januar 2018 kan i hovedsak forklares ut fra av at et høyt antall hjemmeboende med stort tjenestebehov, har hatt behov for høyere omsorgsnivå og blitt flyttet inn på institusjon.

Tildelte timer rus/psykisk helse:

pr. 31 mars 2016: 206,81 timer pr. uke
pr. 30 juni 2016: 220,39 timer pr. uke
pr. 30 september 2016: 219,43 timer pr. uke
pr. 31 desember 2016: 224 timer pr. uke
pr. 31 januar 2017: 226,46 timer pr. uke
pr. 28 februar 2017: 233,63 timer pr.uke
pr. 31 mars 2017: 237,25 timer pr. uke
pr. 31 juli 2017: 235,24 timer pr.uke
pr 31 august 2017: 234,82 timer pr. uke
pr 30 september 2017: 223,82 timer pr. uke
pr 31 oktober 2017: 257.17 timer pr. uke
pr. 30 november 2017: 250,75 timer pr. uke
pr. 31 desember 2017: 247, timer pr. uke
pr. 31 januar 2018: 280,52 timer pr. uke
pr. 28 februar 2018: 282,04 timer pr. uke
pr. 31 mars 2018: 276,87 timer pr. uke
pr. 30.04 2018: 276,2 timer pr. uke



Det har vært en økning på 33 tildelte timer fra desember 2017 til januar 2018.

Tildelingskontoret

FAUSKE KOMMUNE

SAKSPAPIR

	JournalpostID: 18/7021 Arkiv sakID.: 18/719	Saksbehandler: Irene Larssen

Sak nr.		Dato
013/18	Helse- og omsorgsutvalg	23.05.2018
	Kommunestyre	

Kommunedelplan helse, omsorg og sosial 2018 - 2026

Mestring og mulighet - hele livet

Rådmannens forslag til innstilling:

Planen Mestring og muligheter – hele livet, Kommunedelplan for helse-, omsorg og sosial 2018 - 2026 vedtas.

Vedlegg:

08.05.2018	Kommunedelplan helse, omsorg og sosial 2018 - 2026	1380758
08.05.2018	Vedlegg 1. Resultat dialogkafe ansatte helseomsorg (80392)	1380759
08.05.2018	Vedlegg 2. Resultat Dialogkafe ansatte NAV (80393)	1380760
08.05.2018	Vedlegg 3. Invitasjon til innbyggere. Temamøte 1 og 2 (80394)	1380761
08.05.2018	Vedlegg 4. Invitasjon innbyggere. Temamøte 3 og 4 (80395)	1380762
08.05.2018	Vedlegg 5. Presentasjon hverdagsmestring framtiden (80396)	1380763
08.05.2018	Vedlegg 6. Framtidens hjemmebaserte omsorg ved Solrunn Holm (80397)	1380764
08.05.2018	Vedlegg 7. Referat fra folkemøte. Fremtidens hjemmebaserte tjenester (80398)	1380765
08.05.2018	Vedlegg 8. Referat fra folkemøte. Arbeid, ungdom og sosiale tjenster (80399)	1380766
08.05.2018	Vedlegg 9. Folkemøte Fauske 15.06.17 Klaus Amundsen (80405)	1380767
08.05.2018	Vedlegg 10. Foredrag Fauske 15.06.17 Klaus Amundsen (80400)	1380768
08.05.2018	Vedlegg 11 Referat fra folkemøte. Fremtidens demensomsorg (80402)	1380769
08.05.2018	Vedlegg 12. Presentasjon Frivillighet. Verdighetssentret (80403)	1380770
08.05.2018	Vedlegg 13 Folkehelsa i Fauske - oversiktsdokument 2016 (80404)	1380771
08.05.2018	Vedlegg 14. Høringutalelse Råd for Likestilling av funksjonshemmende	1380772
08.05.2018	Vedlegg 15. Høringsutalelse Eldreråd	1380774
08.05.2018	Vedlegg 16. Høringsutalelse Fauske ungdomsråd	1380775

Saksopplysninger:

Kommunestyret vedtok 15.12.2016 ny kommunal planstrategi for Fauske kommune 2017-2026 med revidering av planen «Aktive helse- og omsorgstjenester fram mot 2020». Sosialfeltet var ikke innarbeidet tilstrekkelig på overordnet nivå i noe planverk. For å skape en større helhet er nå sosialfeltet tatt med inn i ny kommunedelplanen for helse, omsorg og sosial.
Planprogrammet for ny kommunedelplanen ble behandlet i helse- og omsorgsutvalget den 20.01.17. Deretter ble det lagt ut på høring og offentlig ettersyn i 6 uker.

I arbeidet med kommunedelplanen ble det valgt å gjennomføre en bred involvering både for ledere, ansatte og innbyggere.Tjenestene i helse-, omsorg og sosial sektoren er i stor grad styrt av lovverk og nasjonale føringer. Kommunedelplanen er utformet innenfor disse rammene.
Kommunedelplanen for helse, omsorg og sosial 2018-2026 har tittel: «Mestring og mulighet – hele

livet». Planen angir de overordnede utfordringer og valg de neste årene.

Helse – og omsorgsutvalget vedtok den 07.03.18 å legge kommunedelplanen ut til høring og offentlig ettersyn i 6 uker. Ved høringsfristens utløp er det kommet inn tre uttalelser til planen. Uttalelsene er fra eldrerådet, rådet for likestilling av funksjonshemmede og ungdomsrådet.

Uttalelsene er gjennomgått av arbeidsgruppen for helse, omsorg og sosialplan i møtet den 02.05.18. Deler av uttalelser fra eldrerådet er tatt med under punkt 5.5 og punkt 5.8. Øvrige uttalelser fra eldrerådet, rådet for likestilling av funksjonshemmede og uttalelser fra ungdomsrådet skal tas med i det videre arbeidet med tiltaksplaner.

Planen mestring og muligheter – hele livet. Kommunedelplan for helse, omsorg og sosial med høringsutalelser behandles i helse- og omsorgsutvalget 23.mai før endelig behandling i kommunestyret.

Geir Mikkelsen
rådmann

MESTRING OG MULIGHET

Kommunedelplan helse, omsorg og sosial 2018 – 2026

FAUSKE KOMMUNE

Folkehelsekommunen der alle trives

Innholdsfortegnelse

1. Sammendrag og avgrensninger 3
2. Bakgrunn og rammer for planen 4
2.1 Forankring og involvering 4
2.2 Kommunale styringsdokumenter 6
2.3 Nasjonale føringer 7
2.4 Velferd for enkeltmennesker og økonomiske rammer 9
2.5 Forventninger 9
3. Status og utviklingstrekk 10
3.1 Befolkningsutvikling 10
3.2 Fremtidig tjeneste og årsverkbehov 11
4. Fra passiv hjelp til aktiv mestring – strategiske perspektiver 12
4.1 Tidlig innsats 13
4.2 Aktiv brukerrolle 13
4.3 Kunnskapsbasert praksis og kvalitet 15
4.4 Innovasjon 15
5. Handlingsdel – mål og veivalg i planperioden 16
5.1 Helsefremmende livsstil 18
5.2 Forebyggende arbeid barn, unge og familier 19
5.3 Psykisk helse og rus 20
5.4 Arbeid og sosial inkludering 21
5.5 Bo trygt med tjenester 22
5.5 Bolig 24
5.6 Velferdsteknologi 26
5.7 Strategisk kompetanseutvikling 27
5.8 Frivillighet 28
6. Oversikt over aktuelle lover og forskrifter 29
7. Vedlegg 30

1. Sammendrag og avgrensninger

Kommunedelplanen angir de overordnede strategiene for hvordan samhandlingsområdet helse-, omsorg og sosial i Fauske kommune skal møte de utfordringene som forventes i de kommende årene. Dette omfatter tjenester som blant annet er forankret i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, lov om sosiale tjenester og lov om folkehelsearbeid.

Sammendrag

Utfordringene helse-, omsorg og sosialtjenestene i kommunen står overfor er mange og sammensatte, og de økonomiske rammene er stramme. Det vil kreve nytenkning og innovative løsninger. Antall eldre i befolkningen vil øke, flere unge får psykiske helseplager, rus er et problem for noen innbyggere. En rekke sykdommer har sammenheng med innbyggernes livsstil. Samhandlingsreformen fører til at kommunen får flere og mer komplekse helse-, omsorg- og sosiale oppgaver innen alle aldersgrupper.

Det er og vil fortsatt være en utfordring for kommunen å rekruttere og beholde personell med riktig kompetanse. I møte med fremtidens utfordringer innen helse, omsorg og sosial blir det nødvendig å gjøre mer enn å utvide eller effektivisere dagens tjenestenivå.

Ressursinnsatsen dreies mot mer helsefremming, forebygging og tidlig innsats for å unngå at enkeltindivider eller grupper får plager som begrenser eller ødelegger for et godt liv. På samme tid må innbyggerne selv være fysisk og sosialt aktive og ta ansvar for egen helse.

Enkeltindividers familie og frivillige nettverk vil være viktige samarbeidspartnere for kommunen i løsning av helse-, omsorg- og sosiale oppgaver. Innbyggernes behov er sammensatte og det er bruk for for et mangfold av bomuligheter for at den enkelte skal kunne leve selvstendig i egen bolig. Det vil være nødvendig med samarbeid mellom kommune og private aktører innen flere områder for å kunne møte den enkeltes behov. Forebyggings- og rehabiliteringsideologi skal prege alle helse-, omsorg og sosiale tjenester. Planen har lagt fire sentrale overordnede strategiske perspektiv til grunn for valg av mål og strategier:

1. **Tidlig innsats. -** Tidlig innsats er handlinger på tidligst mulig tidspunkt.
2. **Aktiv brukerrolle. -** Fremtidens brukere vil ha ønske om å medvirke i enda større grad enn i dag.
3. **Kunnskapsbasert praksis og kvalitet. -** Kunnskap skal prege alle tjenesteområder.
4. **Innovasjon. -** Innovasjon handler om å finne nye og alternative løsninger.

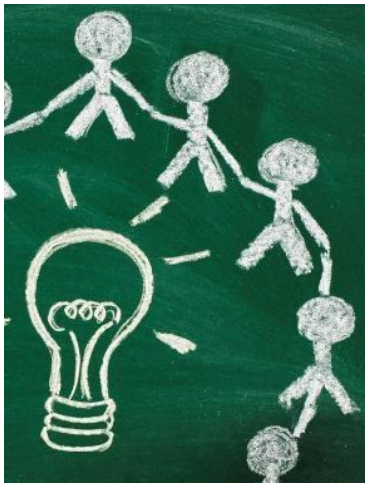
Avgrensninger

Planen beskriver tjenester og aktiviteter innen helse-, omsorg- og sosialområdet på et overordnet nivå. Kommunen har et ansvar for at helseperspektivet tas inn i all planlegging og i alle beslutninger. Hvordan by- og boligområder planlegges, hvordan skole og barnehage drives og tilgang til kulturtilbud for alle grupper er avgjørende for trivsel, aktivitet og sosialt nettverk. Dette er områder som i mindre grad omhandles i denne kommunedelplanen, de behandles hovedsakelig i kommuneplanens samfunnsdel og i andre kommunale planer.

2. Bakgrunn og rammer for planen

2.1 Forankring og involvering

Forankring



Kommunestyret vedtar 15.12.2016 ny kommunal planstrategi for Fauske kommune 2017-2026 med revidering av planen «Aktive helse- og omsorgstjenester fram mot 2020». Sosialfeltet er ikke innarbeidet tilstrekkelig på overordnet nivå i noe planverk. For å skape en større helhet innenfor samhandlingsområdet tas nå sosialfeltet inn i denne nye kommunedelplanen. Kommunedelplanen angir overordnet utfordringer og valg de neste årene.

Planen revideres hvert 4. år. Gjennom kommunens årlige budsjett og 4årige handlingsprogram vil strategiene i planen konkretiseres i mål og tiltak basert på nasjonale føringer og lokale vedtak.

Arbeidsgruppen og intern forankring

I arbeidet med kommunedelplanen ble det valgt å gjennomføre en bred involvering i utarbeidelsen av planen både for ledere, ansatte og innbyggere. Lederne har en avgjørende rolle i endringsarbeid. Eierskap til planen hos ledere og ansatte er viktig for å gjennomføre de veivalgene planen legger opp til.

Arbeidsgruppen består av kommunalsjef for samhandlingsområdet helse, omsorg og sosial, enhetsledere fra helse, NAV, hjemmebaserte tjenester og institusjon, to fagutviklingssykepleiere fra samhandlingsområdet helse-, omsorg- og sosial og folkehelserådgiver. I tillegg er hovedtillitsvalgt og verneombud invitert inn på enkelte møter.

Styringsgruppen er rådmannens ledergruppe.

Helse – og omsorgsutvalget er gitt orientering og anledning til innspill underveis.

Eldrerådet og rådet for likestillling har fått informasjon underveis.

Involvering av ansatte

- Informasjon og drøfting på personalmøter i helse, omsorg og sosial.
- Dialogkafe med HMS grupper innen helse og omsorg. Vedlegg 1.
  Tema:
  1. Sammen med bruker pasient og pårørende.
  2. En faglig sterk helse- og omsorgstjeneste.
  3. Moderne lokaler og boformer.
  4. Den nye hjemmetjenesten.

- Dialogkafe med ansatte sosial. Vedlegg 2.
  Tema:
  1. Hvem er morgendagens brukere av NAV og sosiale tjenester?
  2. Hvordan bør kommunen utvikle sine tjenester for å få flere i arbeid?
  3. Hvordan kan kommunen på best mulig måte forebygge sosiale forskjeller og utenforskap?

Involvering av innbyggere

Innbyggerne i kommunen ble invitert til fire ulike dialogmøter, møtene foregikk i juni og september. Alle kommunestyremedlemmer og vararepresentanter ble spesielt invitert. Møtene ble annosert i Avisa Nordland, Saltenposten og sosiale media. Vedlegg 3. og 4.

Alle fire møter startet med foredrag, deretter var det lagt opp til debatt og innspill til den nye planen. Team:

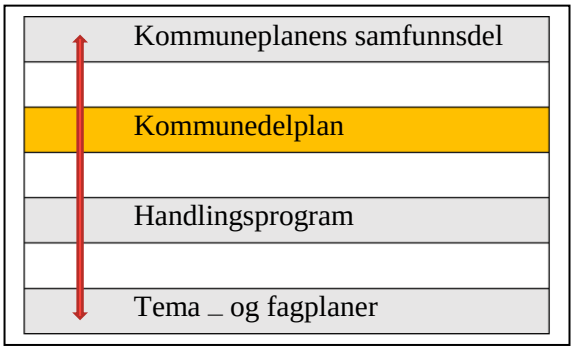
1. Fremtidens hjemmebaserte tjenester. Vedlegg 5, 6 og 7.
2. Fremtidens demensomsorg. Vedlegg 9, 10 og 11.
3. Arbeid, ungdom og sosiale tjenester inn i fremtiden. Vedlegg 8.
4. Frivillighet i fremtidens eldreomsorg. Vedlegg 12.

Eldrerådet og Rådet for likestilling for funksjonshemmende er informert og orientert underveis.

Planen legges ut på offentlig høring med 6 ukers høringsfrist etter møte i helse- og omsorgsutvalget 7. mars.

2.2 Kommunale styringsdokumenter

Kommunedelplan er nivået mellom kommuneplanens samfunnsdel og kommunens handlingsprogram. Kommunedelplanen skal utdype verdier og gi langsiktige mål for samhandlingsområdet. Tema- og fagplaner er planer på fagområder der det gis spesifikke statlige føringer, eller hvor det, av ulike årsaker, er behov for en spesiell innsats. Det vil også være behov for konkrete planer innen spesifikke områder som er nødvendige for å oppfylle kommunedelplanen sine målsettinger.



Kommuneplanens samfunnsdel:
Kommuneplanen 2011-2025 har visjonen;

«*Fauske - folkehelsekommunen der alle trives*» og beskriver hvordan kommunen skal videreutvikles gjennom målbevisst satsing.

Kommuneplanens overordnet mål fram mot år 2025 er;

Sammen skal vi videreutvikle Fauske, Valnesfjord og Sulitjelma til samfunn der det er; god folkehelse, gode tjenester, vekst i næringslivet og vekst i folketall.

Folkehelsa i Fauske
Oversiktsdokument over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer (Folkehelsa i Fauske), ble behandlet av kommunestyret 14.12.2016.[1] Basert på framlagt statistikk for Fauske, lokal fagkunnskap på tvers i organisasjonen samt forskningsbaserte påviste sammenhenger, er det identifisert ulike folkehelseutfordringer i Fauske kommune. Utfordringene er sammensatte og påvirker hverandre gjensidig. Se vedlegg 13.

Andre kommunale planer
Planen «Aktive helse – og omsorgstjenester i Fauske frem mot 2020» erstattes nå av kommunedelplan for Helse, omsorg og sosial 2018-2025. Øvrige planer som berører området helse, omsorg og sosial er økonomiplan, kompetanseplan, alkoholpolitisk plan, boligsosial handlingsplan og samhandlingsplan for oppvekst og kultur.

[1] Folkehelsa i Fauske. Oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer 2016

2.3 Nasjonale føringer

Tjenestene i helse-, omsorg og sosial sektoren er i stor grad styrt av lovverk og nasjonale føringer. Kommunedelplanen er utformet innenfor disse rammene.

Samhandlingsreformen

St. meld nr. 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen (Rett behandling - på rett sted - til rett tid) legger opp til en ny kommunerolle og legger føringer for hvordan kommunene skal tilrettelegge tjenestene til beste for brukerne og samtidig legge til rette for bærekraftig utvikling. Dette utfordrer fremtidens helse- og omsorgstjenester. Samhandlingsreformen ble iverksatt 01.01.12.

Lov om folkehelsearbeid

Loven gjenspeiler de grunnleggende prinsippene for folkehelsearbeid «Helse i alt vi gjør» (*Health in All Policies*) og skal sørge for at kommunene har oversikt over helsetilstanden i befolkningen og faktorer som påvirker helse. Dette skal være grunnlag for all kommunal planlegging.Loven skal sikre at folkehelse prioriteres.

> «Befolkningens helse er blant samfunnets viktigste ressurs. Det er et stort potensiale å fremmme helse og forebygge sykdom og for tidlig død. Det er et samfunnsansvar å bidra til god helse i hele befolkningen. Hvordan vi utvikler samfunnet vårt har stor betydning for helsen til hver og en av oss, og ikke minst for hvordan helsen er fordelt i befolkninge.»

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Loven gjelder for kommunen og private som har avtale med kommunen (hvis ikke annet følger av loven). Loven sier at helse- og omsorgstjenestene skal være forsvarlige, helhetlige, koordinerte, verdige og tilpasset den enkeltes behov.

Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen(sosialtjenesteloven)

Loven har som formål å bedre levekårene for vanskeligstilte og bidra til sosial og økonomisk trygghet. I dette ligger det at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig, fremme overgang til arbeid, sosial inkludering og aktiv deltakelse i samfunnet. Det handler også om å delta til at utsatte barn og unge og deres familier får et helhetlig og samordnet tjenestetilbud og bidra til likeverd, likestilling og forebygge sosiale problemer.

Lov om pasient- og brukerrettigheter

Pasient og bruker har rett til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjenester og tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med disse.

Morgendagens omsorg

Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg omtales som en mulighetsmelding til omsorgsfeltet hvor man leter etter nye måter å løse omsorgsoppgavene på.

Morgendagens omsorg skal først og fremst gi helse- og omsorgstjenestens brukere nye muligheter til å klare seg selv bedre i hverdagen til tross for sykdom, problemer eller funksjonsnedsettelse. Den skal også gi grunnlag for å videreutvikle det faglige arbeidet for de som trenger assistanse.

NAV i en ny tid – for arbeid og aktivitet

Meld.St.33 (2015-2016) NAV *i en ny tid – for arbeid og aktivitet* drøfter strategisk retning for videreutviklingen av arbeids- og velferdsforvaltningen.. NAV-meldingen drøfter tiltak for at flere skal komme i arbeid og hvordan NAV-kontoret skal få større handlingsfrihet til å tilpasse tjenestene til brukernes behov.

Digital agenda for Norge – IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet

Meld.St.27 (2015-2016) Digital agenda for Norge – IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet Meldingen presenterer regjeringens overordnede politikk for hvordan vi kan utnytte IKT til samfunnets beste i forhold til spesielt produktivitet, omstilling og effektivisering.

Regjeringens IKT-politikk har i lys av dette to hovedmålsettinger; en brukerrettet og effektiv offentlig forvaltning og verdiskaping og deltakelse for alle.

2.4 Velferd for enkeltmennesker og økonomiske rammer

Hovedintensjonen i fremtidig omlegging av helse-, omsorg- og sosialtjenestene handler om velferd for enkeltmennesket. Omleggingen skal først og fremst bidra til at brukere av tjenestene gis *"nye muligheter til å klare seg selv bedre i hverdagen til tross for sykdom, problemer eller funksjonsnedsettelse"* (Morgendagens omsorg 2012-2013).

Mulighet for et mer selvstendig liv og mestring av hverdagen er god velferd for enkeltmenneske.

Mulighet for et mer selvstendig liv og mestring av hverdagen er god velferd for enkeltmennesker. Kostnadene i sektoren vil øke kraftig i årene som kommer dersom tjenestene gis på samme måte som i dag. Det må velges retninger for tjenestene som reduserer veksten i kostnadene for å sikre en økonomisk bærekraftig utvikling. Dette danner rammene for planarbeidet. De økonomiske rammene blir betydelig strammere i planperioden. Tilgangen på kvalifisert personell reduseres. Gjennom nytenkning, kvalitetsutvikling og tverrfaglig samarbeid er det et mål å sikre en god faglig og økonomisk bærekraftig tjenesteproduksjon. Tiltak i handlinsdelen kapittel 5.0, må gis økonomikse rammer i kommende budsjetter og økonomiplaner.

2.5 Forventninger

Innbyggere, brukerorganisasjoner og interesseorganisasjoner har forventninger til kommunen. Disse kan strekke seg utover kommunen har plikt til å stille opp med. ansvar for selv.

Det må skapes realistiske forventninger til hva kommunen skal løse og hva hver enkelt av oss må ordne og ta ansvar for selv.

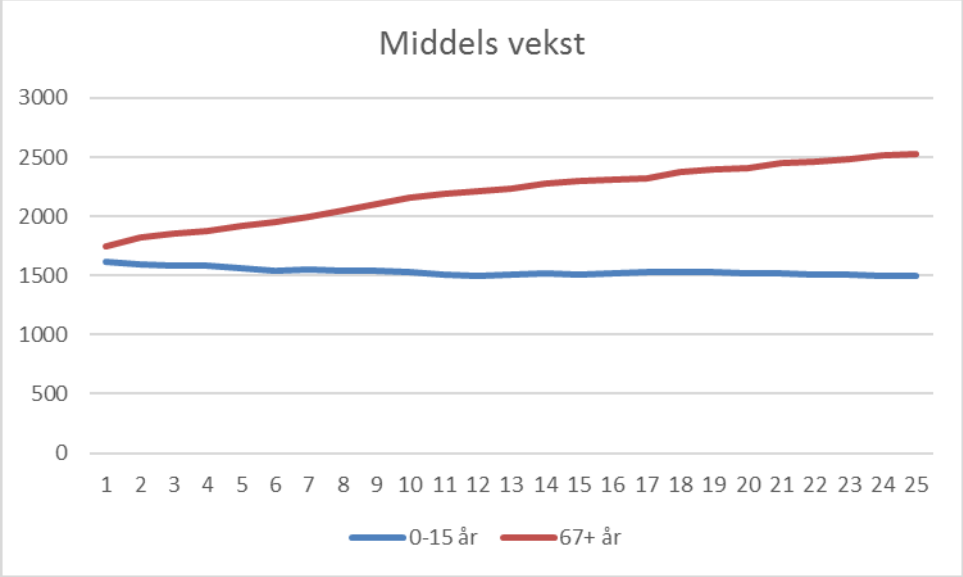
Kommunen har plikt til å sørge for at det gis nødvendig helsehjelp og at tjenestene som ytes skal være forsvarlige.
Det skal legges stor vekt på hva pasienten og brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven. Aktiv deltakelse fra brukere og pårørende i prosesser knyttet til utforming av tjenestetilbudet, individuelle behov, tildelingskriterier og serviceerklæringer danner rammene for hvordan kommunen definerer begrepet nødvendig helsehjelp og vil bidra til å avklare forventninger.

3. Status og utviklingstrekk

3.1 Befolkningsutvikling

Den trenden som har vist seg de siste ti år der andelen 67 år eller eldre øker mest, fortsetter fremover. I løpet av 2015 ble for første gang befolkningsgruppen 67 år eller eldre større enn befolkningsgruppen 0–15 år. I den neste tiårsperioden forventes gruppen 67 år eller eldre å fortsette å vokse sammenlignet med befolkningsgruppen 0–15 år i kommunen.

Figur 1 – Befolkningsutvikling 2016-2040, 0-15 år og 67 år og eldre, middels vekst



Befolkningsutviklingen bør gjenspeiles i utviklingen av tjenestetilbudet til de ulike gruppene i kommunen. Det er to befolkningsgrupper som mottar de største ytelsene av kommunale tjenester. Disse er befolkningsgruppene 0–15 år (barn og unge) og 67 år og eldre (eldreomsorg). Som vi ser av figurene så er befolkningsgruppen 0–15 år relativt stabil i hele perioden 2016–2040, mens befolkningsgruppen over 67 år er økende i hele perioden, uavhengig av hvilket vektscenario som legges til grunn.

Når Fauske kommune i årene som kommer forventes å få flere eldre innbyggere sammenlignet med barn og unge, innebærer det at tjenestebehovet til denne gruppen vil øke. Det vil være helt avgjørende for en bærekraftig økonomi i kommunen at endringer i tjenestetilbudet gjennomføres med god og langsiktig planlegging.

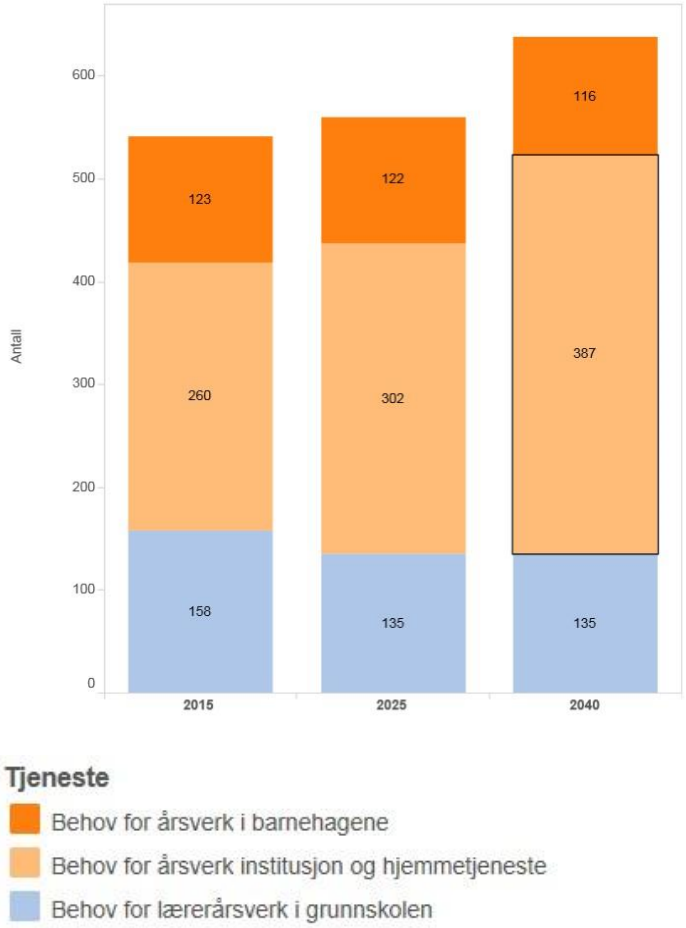
3.2 Fremtidig tjeneste og årsverkbehov

I de neste årene vil det være et økende behov for ansatte innen helse - og omsorgstjenesten i kommunen.

Figuren nedenfor viser nasjonale normer for årsverkbehov i 2015 og frem mort 2040.

Den nasjonale normen viser behov for 260 årsverk i institusjon- og hjemmetjensete i 2015. Fauske kommunen ligger under den nasjonale normen for årsverkbehov. Pr. 31.12.17 er det 193 årsverk i den kommunale institusjon- og hjemmetjeneste.

Figur 2 – Årsverkbehov i Fauske kommune i 2015, 2025 og 2040



4. Fra passiv hjelp til aktiv mestring – strategiske perspektiver

Fremtidens helse-, omsorg- og sosialtjenester bygges opp rundt enkeltindivitets ansvar for egen helse og omsorg. Kommunal tjenester skal støtte opp under og forsterke ansvaret.

Det må være tilrettelagtt for en samfunnsutvikling som styrker innbyggernes og lokalsamfunnets mulighet til å ta ansvar for helse, trivsel og mestring. Dette har på kort og lang sikt stor betydning for folks helse.

Forebygging og tidlig innsats er i dag et viktig prinsipp for all tjenesteutvikling, uavhengig av alder eller målgruppe. Det handler om velferd for enkeltmennesker.

Helse-, omsorg- og sosialetjenester tar utgangspunkt i brukerens egne ressurser. Kommune har allerede innført forebyggende hjemmebesøk, hverdagsmestring, hverdagsrehabilitering og har hukommelsesteam som en del av sitt tjenestetilbud. Disse nye måter å arbeide på vil danne hjørnesteinen i de fremtidige hjemmebaserte tjenester.

Det er avgjørende at kunnskapsbasert praksis og kvalitet og innovasjon preger utviklingen av alle tjenesteområder.

En endring «fra passiv hjelp til aktiv mestring» vil først og fremst kreve omprioritering av ressurser, ikke at ressurser nødvendigvis tilføres tjenesteområdene. I tillegg vil de endringsprosesser planen legger opp til stille store krav til ledelse og kompetanse.

Planen legger fire strategiske perspektiv til grunn for valg av mål og strategier:

1. Tidlig innsats
2. Aktiv brukerrolle
3. Kunnskapsbasert praksis og kvalitet
4. Innvovasjon

4.1 Tidlig innsats

Tidlig innsats er handlinger på tidligst mulig tidspunkt

- for å unngå at et problem oppstår
- når et problem har oppstått/ blitt avdekket

Når et problem er oppstatt eller blitt avdekket er målet å sikre hjelp på et tidlig stadium.

Tidlig innsats handler også om samarbeid mellom tjenester
innad i samhandlingsområdet helse, omsorg og sosial og mellom samhandlingsområdene, og utvikling av tjenester i samarbeid med andre.

Tidlig innsats er en innovativ tilnærming som skal utfordre tilvente måter å tenke og handle på. Tidlig innsats handler også om prioritering.

4.2 Aktiv brukerrolle

Den veksten som ventes i helse-, omsorg og sosialtjenestene de kommende årene, må organiseres slik at den bygger opp under og utløser ressurser hos brukerne selv, deres familie og sosiale nettverk i nærmiljøet, organisasjoner og lokalsamfunnet.

Utfordringene i tiårene som kommer kan ikke overlates til de kommunale helse-, omsorg og sosialtjenestene alene. Innbyggerne må ta det betydelig ansvar.

Brukermedvirkning og brukerstyring
God tjenestekvalitet skapes gjennom dialogen mellom bruker og tjenesteutøver, og medvirkningen innebærer først og fremst at brukerens erfaring benyttes for å kunne gi best mulig hjelp.

Fremtidens brukere vil ha ønske og forventning om å medvirke i enda større grad enn i dag. (*Morgendagens omsorg, 2012-2013*).

Pasienter og brukere har lett tilgang på informasjon og god kunnskap om helsefremmende og forebyggende tiltak, ulike tjenester og fagområder. Det medfører at fremtidens brukere i større grad kan ta ansvar for egen helse og der skjer en overgang fra brukermedvirkning til brukerstyring med reell innflytelse på tjenesten.

Pårørende og familienettverk

Pårørende legger ned et stort antall årsverk i omsorgsarbeid. Dette arbeidet er verdifullt. Pårørende vil være en viktig fremtidig ressurs. Erfaring viser at pårørende og familie ønsker å gjøre en omsorgsinnsats. Den enkelte er avhengig av denne innsatsen, og kommunen må understøtte dette.

Tilrettelegging av forhold som gir pårørende mulighet for å yte denne omsorgen vil prege tjenestetilbudet.

Kommunen må finne gode og systematiske tiltak å samarbeide med pårørende på. Det kan være ulike trygghetsskapende tiltak som dagaktivitetstilbud, avlastningstilbud og pårørendeskoler.

Frivillighet

Folkehelseloven gir kommunene ansvar for å legge til rette for samarbeid med frivillig sektor. Det brede tilbudet av aktiviteter gjør at frivillig sektor utpeker seg som medspillere innen et stort område. Frivillige organisasjoner gjør en stor innsats, og mange av disse driver tjenestetilbud i samarbeid med, eller som supplement til de offentlige tjenestene.

Kommunen har lang tradisjon for samarbeid med frivillige organisasjoner og frivillige personer. Pensjonister vil i større grad enn tidligere utgjør en ressurs i det frivillige arbeidet. All frivillighet vil være viktige samarbeidspartner i fremtiden. De skal supplere og ikke erstatte offentelige tjenester

> De nye folkehelseutfordringene som sosiale helseforskjeller, psykiske plager, fysis inaktivitet og ensomhet krever andre tilnærminger enn tidligere.

Private aktører

Private aktører er viktige samarbeidspartnere for kommunen. De kan være både ideelle (non-profit) og kommersielle aktører. Det er mer vanlig at kommuner og private organisasjoner samarbeider om konkrete prosjekter.

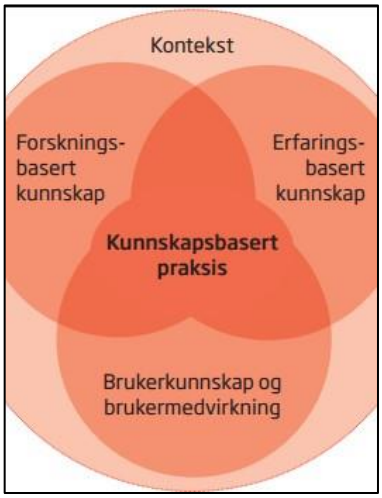
Innenfor området velferdsteknologi, der det er behov for bidrag innen kompetanse, økonomi og praktisk utprøving og erfaring, er det store muligheter for samarbeid med bl.a. private aktører.

Samarbeid med private aktører i planlegging av fremtidige boligtilbud vil være aktuelt.

En ser også en fremvekst av sosialt entreprenørskap. Det etableres virksomheter der hovedmålet er å løse et sosialt eller samfunnsmessige problem på en innovativ måte, som kan skape varige forbedringer.

4.3 Kunnskapsbasert praksis og kvalitet

Det er behov for både økt kompetanse og ny kompetanse innen flere områder. Rekruttering og riktig kompetanse vil være avgjørende for å sikre god kvalitet på fremtidige tjenester.



Kvaliteten på tjenestene kjennetegnes ved at tjenestene oppleves virkningsfulle, trygge, involverer brukerne og gir dem innflytelse. På samme tid må tjenestene være samordnet og preges av kontinuitet, de må også være tilgjengelige og redelig fordelt. Ressursene må utnyttes på en god måte.

Kommunen har de siste årene selv tatt initativ til å få forsket på egen praksis. To studier er publisert av Nordlandsforskning. En studie av Familiemøte og en av TIMS- Fauske.

Kunnskapsbasert praksis og kvalitet skal prege alle tjenesteområder.

4.4 Innovasjon

Innovasjon er et begrep for forandring og betegner noe som er nytt, nyttig og nyttiggjort. Det kan også beskrive en prosess der resultatet ikke er kjent på forhånd. Det nye som utvikles skal ikke bare være nyttig, men det skal også tas i bruk.

> Innovasjon handler om å finne nye løsninger.
>
> Det skal være nytt, nyttig og nyttiggjort.

Innovasjonsarbeidet i helse-, omsorg og sosial må først og fremst foregå i kommunene. Mange av innovasjonsmulighetene oppstår i samarbeid mellom kommuner, kunnskaps- og forskningsmiljøer og private aktører. Innovasjonsarbeidet i kommunene skal bidra til «utvikling og innføring av velferdsteknologi, nye arbeidsmetoder, nye organisasjonsformer og boformer som er tilpasset morgendagen».

Nye og alternative løsninger på fremtidens utfordringer kan for eksempel finnes i vekslingsfelt mellom helse-, omsorg- og sosialtjenestene og spesialisthelsetjenesten, andre kommunale tjenester, familier, frivillige og øvrig lokalsamfunn.

Det er et lederansvar å legge til rette for innovasjonskultur i offentlig sektor. God innovasjonsledelse og kompetanse vil kunne redusere motstand mot nye løsninger og endrede arbeidsrutiner, samt bidra til at de ansatte er med på å utforme nye løsninger. Det er viktig å understreke at god innovasjonsledelse foregår i et samarbeid mellom den politiske og den administrative ledelse. Innovasjon i tjenesteutviklingen vil dermed føre til en forsterkning av lokaldemokaratiet gjennom nye samhandlingsformer mellom innbyggere, politisk ledelse og administrasjon.

5. Handlingsdel – mål og veivalg i planperioden

De fire strategiske perspektivene tidlig innsats, aktiv brukerrolle, kunnskapsbasert praksis og kvalitet og innovasjon skal prege utviklingen innen helse -, omsorg og sosial i kommunen. Denne delen av planen tar opp i seg de strategiske perspektivene når retningene på fremtidige helse- og omsorgstjenester skisseres. Hvilke overornede mål kommunen setter for de enkelte områdene, og hvordan kommunen skal handle for å møte de fremtidige utfordringene vil omtales i denne delen av planen.

Fremtidige helse-, omsorg- og sosiale tjenester må gis på en annen måte enn i dag.

Kommunen har ansvar for å tilrettelegge for mestring av sykdom og nedsatt funksjonsevne, og for å sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig.

Dersom en i fremtiden skal redusere forekomsten av psykiske helseplager, rusproblemer, og livsstilsrelaterte helseplager, må arbeidet starte med småbarnsfamilier, tidlig oppvekst og førskolealder.

Økningen i antall eldre, og spesielt eldre med demenssykdom, er også med og danner grunnlag for veivalg. Kommune legger opp til strategier som skal føre til at en større del av den kommunale innsatsen foregår innen det helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende arbeid.

Figur 3 på neste side illustrerer ”forebyggings- og mestringstrappen” (Ressurssenter for omstilling i kommunene, RO).

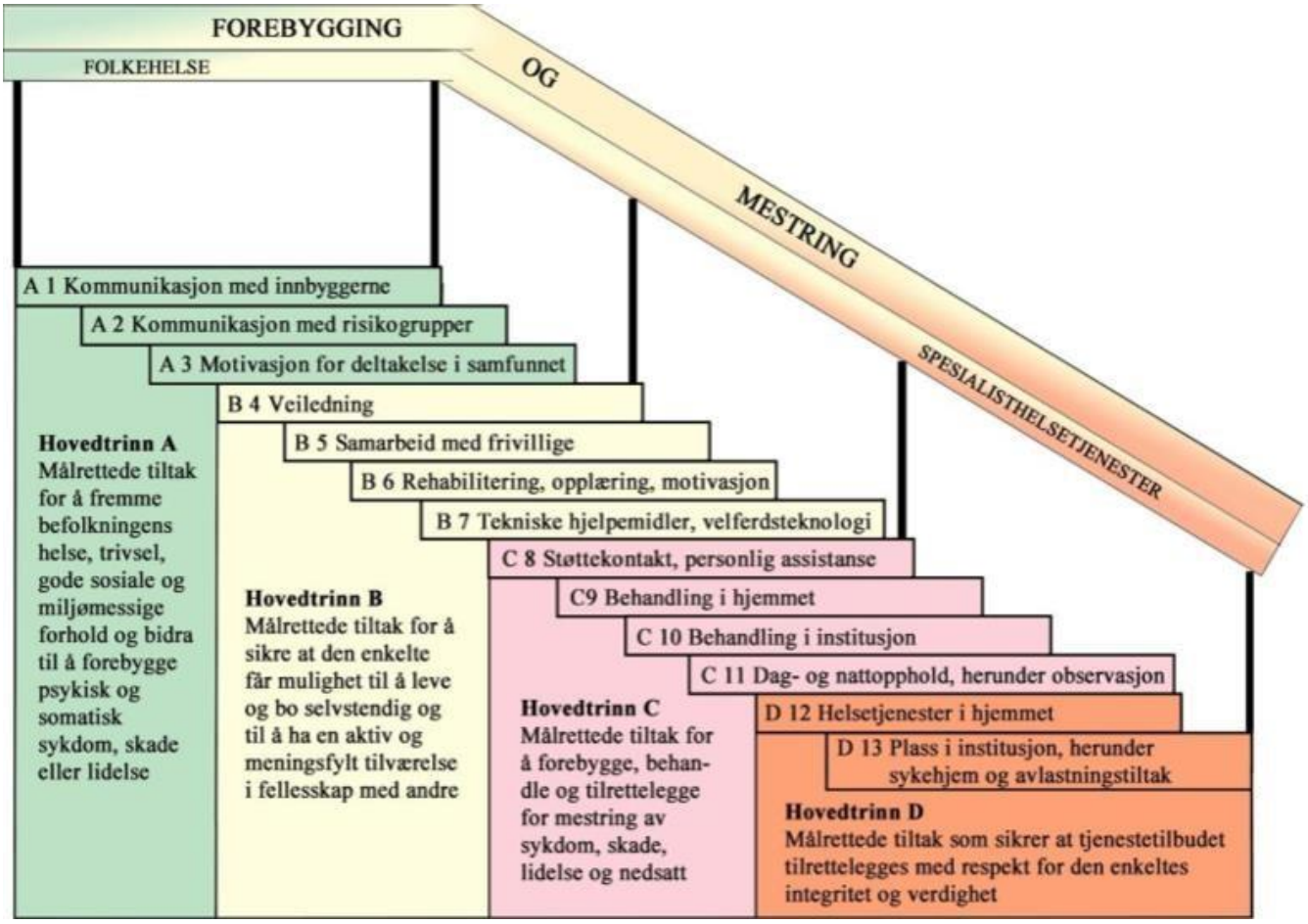
Her vises bl.a. alle tjenestenivå fra det generelle helsefremmende arbeidet rettet mot hele befolkningen, til individuelt utmålte tjenester til mennesker med omfattende tjenestebehov.

Dersom en lykkes med målrettet arbeid på hovedtrinn A, B og C, vil det gi økt velferd gjennom et mer aktivt og selvstendig liv for innbyggerne.

Ressursbruken rettet mot enkelpersoner vil være økende fra hovedtrinn A mot hovedtrinn D.

Fauske kommune legger opp til strategier som skal føre til at en større del av den kommunale innsatsen skyves oppover i ”forebyggings- og mestringstrappen”, mot helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende arbeid.

Figur 3 – Skjematisk fremstilling av forebyggings- og mestringstrappen. Ressurssenter for omstilling i kommunen RO.



I det følgende presentres kommunedelplanens overordnede mål innenfor følgende områder:

5.1 Helsefremmende livsstil.
5.2 Forebyggende arbeid barn, unge og foreldre.
5.3 Psykisk helse og rus.
5.4 Arbeid og sosial inkludering.
5.5 Bo trygt med tjenester.
5.6 Bolig.
5.7 Velferdsteknologi
5.8 Strategisk kompetanseutvikling
5.9 Frivillighet

De fire strategiske perspektiver tidlig innsats, aktiv brukerrolle, kunnskapbasert praksis og kvalitet og innvasjon preger planens mål og hvordan kommunen skal lykkes med arbeidet.

5.1 Helsefremmende livsstil

Mål

- Legger til rette for at alle innbyggere kan være fysisk og sosialt aktive.
- Arbeide målrettet med å gi innbyggerne økt kunnskap om livsstilssykdommer.

Bakgrunn

Helsefremmende livsstil handler om hvordan enkeltmennesket forholder seg til eget levesett i relasjon til eksempelvis kosthold, fysisk aktivitet, røyking, rusmidler og sosiale relasjoner til andre mennesker.

Det er godt dokumentert at fysisk aktivitet har god effekt på mange områder som lettere psykiske helseplager, muskel skjelett m.m. Fysisk aktivitet foregår ofte i grupper og gir mulighet for å bygge sosiale nettverk.

Alle barnehager og skoler i kommunen er sertifisert som helsefremmende. Kommunen har et rikt idretts- og kulturtibud, det er tilrettelagt for turaktiviteter av ulik grad gjennom utbygging av tur- og sykkelstier.

Slik vil Fauske lykkes med arbeidet

- Tjenestene som arbeider med barn unge og familie skal sammen ha en spesiell oppmerksomhet mot det helsefremmende arbeide og legge til rette for gode og helsefremmende tiltak.
- Videreutvikle og styrke samarbeidet med frivilligheten for å stimulere til fysisk og sosial aktivitet.
- Videreutvikle og etablere lærings- og mestringstilbud i egen regi og i samarbeid med andre eksterne samarbeidspartnere.
- Utforming av bomiljø som gjør det lystbetont å utvikle en aktiv livsstil.

5.2 Forebyggende arbeid barn, unge og familier

Mål

- Barn og unge i Fauske skal oppleve å ha god fysisk og psykisk helse

Bakgrunn

Forebyggende arbeid for barn, unge og familier handler om å bidra til å redusere sykdom eller skader, og/eller risikofaktorer som bidrar til sykdom. Bedring av forutsetningene for god helse øker muligheten til å mestre de utfordringer og belastninger barn, unge og familier utsettes for i dagliglivet. Helsekontroll for barn, unge og gravide er en viktig del av det forebyggende arbeidet og kan være med å fange opp bistandsbehov på et tidlig tidspunkt.

Like muligheter til deltakelse for barn unge og familier med helsemessige eller sosiale utfordringer er et annet viktig element for opplevelsen av god fysisk og psykisk helse. Kommunen skal ha lavterskeltilbud som er tilgjengelige for alle barn, unge og familier, og tjenestene skal arbeide for å fremme trivsel og god helse hos barn, unge og familier og styrke barn og unges oppvekstvilkår.

Med gode rutiner for tverrfaglig samarbeid, kan familier med behov lett ledes videre i tjenesteapparatet og dermed få helhetlig og koordinerte tjenester. Tilsvarende kan samhandling mellom tjenestene lett mobiliseres når barn, unge og familier trenger rask og helhetlig hjelp. Jamfør Familiens hus.

Ungdataundersøkelsen i ungdomskolen skal gjennomføres hvert tredje år. Denne undersøkelsen sammen med annet datagrunnlag gir en pekepinn på hvordan ungdom i Fauske har det. Det gir viktig informasjon med tanke på hvordan tjenestene bør arbeide.

Slik vil Fauske lykkes med arbeidet

- Sikre at barn, unge og barnefamilier med sammensatte utfordringer får en helhetlig oppfølging når det kreves samarbeid på tvers av enheter og fagområder.
- Legge til rette for at alle barn og unge skal ha de samme muligheter til deltakelse uavhengig av helsemessige begrensninger, personlig økonomi, eller andre sosiale forhold.
- Foreldrestøttearbeidet skal fortsatt være en bærebjelke i kommunens folkehelsearbeid.
- Bo- og nærmiljø er sentrale aktører i forming av et godt oppvekstmiljø, noe som er av stor betydning for helseutviklingen til barn og unge.

5.3 Psykisk helse og rus

Mål

- Personer med psykiske helseplager og rusproblemer skal være i utdanningsløp, arbeid eller arbeidsrettet aktivitet.
- Personer med psykiske helseplager og rusproblemer har likeverdige, nødvendige og forsvarlige tjenester.

Bakgrunn

Med utgangspunkt i innbyggernes egne ressurser og ønsker om aktivitet og funksjon skal tjenestene legge til rette for mestring av psykiske helseplager og rusproblemer.

Ressursbruken rettes mot forebygging, rehabilitering og aktivering av innbyggerens egne ressurser. Deltagelse i samfunnet gjennom arbeid og annen aktivitet i fellesskap med andre bidrar til å gi mestringsopplevelser. Det fører også i mange tilfeller til at mennesker i større grad klarer seg selv og tar ansvar for egen situasjon, som igjen fører til at de kan leve et selvstendig liv.

Rusrelaterte og psykiske lidelser rammer ofte hele familien. Fokus på barn som pårørende vil ha en forebyggende effekt i forhold til neste generasjons helse, og legge et bedre grunnlag for livsmestring.

Slik vil Fauske lykkes med arbeidet

- Ressursbruken dreies til forebygging, rehabilitering og ettervern
- Økt satsning på arbeids- og arbeidsrettet aktivitet, i samarbeid med NAV og næringslivet
- Etablere og videreutvikle aktivitets og tjenestetilbud i større deler av døgnet i gode og tilpassede lokaler.

5.4 Arbeid og sosial inkludering

Mål

- Flere i arbeid og økt innsats for inkludering av utsatte grupper i befolkningen.
- Personer med utviklingshemming deltar i samfunnet på lik linje med andre, og lever et aktivt liv ut i fra egne forutsetninger.

Bakgrunn

Målet er å bedre levekårene for vanskeligstilte, bidra til sosial og økonomisk trygghet, herunder at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig, og fremme overgang til arbeid, sosial inkludering og aktiv deltakelse i samfunnet.

Det er en prioritert oppgave å bidra til at så mange som mulig kommer i eller beholder arbeid. Arbeid skal være den meningsbærende aktivitet i oppfølging av personer med bistandsbehov.

Slik vil Fauske lykkes med arbeidet

- Etablere og videreutvikle aktivitets, arbeidstrening og arbeidstilbud for innbyggere som faller utenfor det ordinære utdanninsforløp og arbeidsliv.
- Forsterke koordineringen og samordningen av tversektorielle og brukerrelaterte tjenester
- Styrke fattigdomsbekjempelsen spesielt gjennom forebyggende økonomiske tiltak rettet mot unge mennesker og familier

5.5 Bo trygt med tjenester

Mål

- Innbyggere som har behov for helse- og omsorgstjenester skal ha mulighet for å bo lengst mulig i eget hjem med størst mulig grad av selvstendighet
- Sikre trygge og verdige tjenester til innbyggere som har behov for heldøgns helsetjeneste i institusjon eller lignende boformer

Bakgrunn

Behovet for helse- og omsorgstjenester er sterkt økende. Høyere levealder gir økt forekomst av kroniske sykdommer. Tjenestetilbudet må derfor gjenspeile dette . Innbyggerne forventer å kunne motta omfattende og avanserte helse- og omsorgstjenester som fremmer egen mestring og selvstendighet, både i hjemmet og i institusjon.

Bruk av velferdsteknologi vil gi mer trygghet og heve betydelig for innbyggere som mottar tjenester. avanserte helse- og omsorgstjenester krever økt grad av tverrfaglig arbeid, med ny og økt kompetanse.

> Den beste omsorgen handler ikke bare om å hjelpe.det handler også om å sette folk i stand til å klare eg selv.

Helse-, omsorg- og sosialtjenestene skal understøtte at innbyggerne lever et mest mulig selvstendig liv i egen bolig og mestre sin hverdag med økt fokus på rehabilitering/habilitering.

Antall mennesker med demenssykdom vil øke med årene som kommer. Det er av stor betydning at mennesker som utvikler demenssykdom og deres pårørende får god oppfølging i hjemmet. Det er behov for trygge boligtilbud til mennesker med demenssykdom som ikke lenger kan bo i eget hjem. Botilbud kan være heldøgns omsorgsbolig eller plass i institusjon. Erfaring viser at de lokaliteter som kommunen i dag disponerer er svært dårlig tilpasset denne pasientgruppen. Bygningsmassen motiverer til lite aktivitet og bevegelsesfrihet. Det er lite tilgang til terapeutiske ute –og inne områder, og lokalene gir svak utnyttelse av fagressursene. Erfaring fra de siste årene viser at flere med langtkommen demenssykdom stiller økte krav til tjenestetilbudet. Dette gir utfordringer innenfor den faglige tilnærmingen, personalressurser og økonomi.

Slik Fauske lykkes med arbeidet

- Sikre og videreutvikle tilstrekkelig kapasitet, kvalitet og kompetanse i alle deler av tjenesten, herunder:
    - høy andel korttidsplasser med variert tilbud
    - heldøgns omsorgsboliger
    - utvidet dag- og aktivitetstilbud
- Innføre helhetlige pasientforløp med felles forståelse, standarder og verktøy for å sikre koordinerte og tverrfaglige tjenester.
- Kulturendring med fokus på medbestemmelse og ansvar for eget liv.

5.5 Bolig

Mål

- Sentrumsnære boliger som er tilrettelagt med fremtidens velferdsteknologiske løsninger.
- Etablering og ferdigstilling av Helsetunet helse- og boligpark.

Bakgrunn

Kommunen har plikt til å bistå med å skaffe bolig til vanskeligstilte personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet. Boliger som tildeles er boliger som kommunen eier eller har tildelingsrett til. Disse omtales ikke videre i denne planen. Viser til Boligsosial handlingsplan 2017 – 2026

Det skal legges til rette for å oppføre ulike typer boliger både i privat og kommunal regi. Stortingsmelding 29, *Morgendagens omsorg*, anbefaler små boenheter godt tilrettelagt for velferdsteknologi. Boliger med privat areal, fellesareal og eventuelt tjenesteareal er anbefalt som et grunnleggende prinsipp i fremtidige boligløsninger. Disse løsningene kan utvikles i samarbeid med private aktører. Boforhold er speseilt vikitg i forhold til trivsel og tryghet.

Omsorgsboliger kan bygges sammen på en slik måte at de kan brukes som supplement og alternativ til institusjon. Det blir institusjon med boligstandard og omsorgsboliger med institusjonslignende tilbud. Kommunen har institusjonsplasser til mennesker med omfattende behov for tjenester. Den største gruppen som tildeles disse plassene er mennesker med demenssykdom.

Brukergrupper som i fremtiden vil ha et omfattende tjenestebehov, og dermed trenger varig institusjonsplass eller heldøgns omsorgsbolig, vil primært være: personer med demenssykdom, alvorlig syke og døende, personer med alderspsykiatriske lidelser, personer med nevrologiske skader og sykdommer psykisk utviklingshemmende og personer som av ulike årsaker har svært stort funksjonstap.

Nye omsorgsboliger til brukergrupper som i fremtiden vil ha et omfattende tjenestebehov skal primært bygges innenfor Helsetunet område, det vil si flytte Eiaveiprosjektet[2] inn i Helsetunets helse- og boligpark.

Kultur er en del av bærebjelken i samfunnet, og er viktig i alle faser av livet. Det er et behov og ønske om flere møteplasser som samler generasjoner på tvers. Dette kan bidrar til en mere aktiv deltakelse og

[2] Kommunestyresak 148/16 «Evaluering av Eiaveiprosjektet og utredning av plassering».

kunnskapsutveksling mellom de unge og de eldre. At kommunen er med på å legge til rette for et godt kollektivtilbud er viktig for eldres deltakelse og livskvalitet.

Slik vil Fauske lykkes med arbeidet

- I løpet av 2018 starte utredning og planlegging av Helsetunets helse-og boligpark.
- Legge til rette for bygging av flere boliger både i kommunal og privat regi.
- Øke antall korttidsplasser i tilknytning til Helsetunet helse- og boligpark.
- Få på plass møteplasser i lokalsamfunnene, på tvers av generasjoner, med muligheter for et mangfold av aktivitetstilbud, fra de eldste til de yngste.
- Legge til rette for gode transportordninger i hele kommunen.

5.6 Velferdsteknologi

Mål

- Velferdsteknologi skal integreres i tjenestetilbudet i helse- omsorg- og sosialtjenesten.
- Velferdsteknologiske løsniger er med på å skape en tryggere og enklere hverdag både for brukere, pårørende og omsorgspersonell.

Bakgrunn

Når innbyggerne ønsker å bo hjemme lenger, må boligene være egnet for dette. Velferdsteknologi kan bidra til det. Teknologi kan brukes til å løse helt konkrete problemer og dermed møte behov brukerne har. Teknologi vil aldri kunne erstatte nærhet og omsorg, men være et supplement til disse tjenestene.

"Velferdsteknologiske løsninger skal styrke den enkeltes mulighet til å klare seg selv i hverdagen og mestre egen livssituasjon. I dette ligger også økt trygghet for brukerne og deres pårørende.
Velferdsteknologi skal også bidra til innovasjon i helse- og omsorgstjenestene" (REF: HDir – 2012).

Nasjonale styringsdokumenter viser at velferdsteknologi har potensial til å effektivisere tjenester, men i en overgangsfase er det viktig å sette av nok ressurser til å etablere ny praksis. De økonomiske rammene vil virke inn på resultater og måloppnåelse.

Slik vil Fauske lykkes med arbeidet

- Etablere og forsterke samarbeidet med IKT avdelingen og andre kompetansemiljøer.
- Etablere nye og egne ressurser til utvikling, drift og vedlikehold av velferdsteknologiske løsninger.
- Gjennomføre omfattende kompetanseheving for alle ansatte i helse-, omsorg- og sosialtjenesten.
- Benytte prosjekter til å teste ut og vurdere aktuelle velferdsteknologiske løsninger.

5.7 Strategisk kompetanseutvikling

Mål

- Innbyggerne skal sikres gode helse-, omsorg- og sosialtjenester som er forankret i forskning og kunnskapsbasert praksis.

Bakgrunn

Utviklingen av bærekraftige helse-, omsorg og sosialtjenester fordrer kulturell og faglig omstilling. Dette krever endret og høyere kompetanse, nye arbeidsmetoder og nye faglige tilnærminger.

Fagledelse er spesielt viktig for tjenesteutvikling, innovasjon og utnyttelse av ressurser. Samtidig forutsettes det at medarbeidere tar ansvar og kontinuerlig forbedrer egen praksis. Medarbeidere med høy etisk bevissthet og evne til refleksjon vil kunne lære av egne og andres erfaringer og omdanne dette til ny kunnskap og ny praksis.

Rekruttering av tilstrekkelig personell med riktig kompetanse innenfor tjenesteneområdene, vil være avgjørende for å sikre god kvalitet på tjenestene.

Meld. St. 18 (2012-2013) Lange linjer – kunnskap gir muligheter (Forskingsmeldingen) understreker betydningen av å sikre at det forskes på de områdene der behovene er størst, og at resultatene tas i bruk og spres. Det er behov for å styrke forskning og innovasjon i og for de kommunale helse-, omsorg og sosialtjenestene.

To sentrale utfordringer for kommunen som arbeisdgiver er evnen til utvikling og nyskapning, samt tilgang på og forvaltning av egen arbeidskraft.

Slik vil Fauske lykkes med arbeidet

- Kommunen må ha ledere med evne til å motivere og få med seg ansatte i en retning som skaper endring og utvikling. Alle må delta i prosesser for å skape endring.
- Arbeide systematisk med rekruttering av faggrupper og personer med riktig kompetanse.
- Rekruttering av nye medarbeidere med riktig kompetanse.
- Ha et godt samarbeid med partnere om forskning, utdanning og innovasjon.
- Det er et mål at ingen stillinger skal være under 80 %.

5.8 Frivillighet

Mål

- Økt samarbeid og aktivering av frivillige lag, foreninger, familier og enkelpersoner for å skape gode arenaer for aktivitet og sosial samhandling.

Bakgrunn

Samarbeidsplattformen[3] som KS og Frivillighet Norge har utarbeidet skal danne et grunnlag for samspill og samarbeid i frivilligheten.

Lokale lag og foreninger samarbeider med Fauske kommune på en rekke arenaer i dag. Dette samabeidet vil øke i fremtiden. Skal Fauske lykkes med å legge til rette for et rikere og mer aktivt liv for innbyggere som mottar tjenester må vi i økt grad legge til rette for koordinering av tilbudene. Det handler blant annet om å skape samarbeidsarenaer som ivaretar frivillighetens egenverdi.

Frivillig organisasjoner har en viktig funksjon som inkluderende møteplasser og arena for læring og aktivitet. Også for pensjonister er frivillighet en viktig aktivitet. Frivillighet forebygger ensomhet, bidrar til økt selvrespekt, og er en viktig faktor for å skaper gode lokalsamfunn.

Slik vil Fauske lykkes med arbeidet

- Kommunen vil sammen med frivilligheten øke samhandlingen og finne nyskapende arbeidsformer og nye løsninger.
- Etablere frivillighetskoordinatorer med oppgaver knyttet til helse-, omsorg- og sosialfeltet.
- Legge til rette for økt samarbeid mellom de ulike lag/foreninger for å utnytte en samlet kompetanse og kapasitet.

[3] KS og Frivillighet Norge utviklet sammen i 2009 en felles plattform for samhandling mellom offentlig og frivillig sektor. Plattformen ble revidert og videreført i 2013 og 2015

6. Oversikt over aktuelle lover og forskrifter

Lover
Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester 2011

Lov om folkehelsearbeid 2011

Lov om pasient og brukerrettigheter 1999

Lov om helsepersonell 1999

Pasientjournalloven 2014

Forvaltningsloven 1967

Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen 2006 (NAV-loven)

Forskrifter
For 2002-12-15 nr 1456: Forskrift til forvaltningsloven

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

For 2002-12-20 nr 1731: Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten

For 2010-11-12 nr 1426: Forskrift om en verdig eldreomsorg

For 2000-12-21 nr 1385: Forskrift om pasientjournal

For 2011-12-16 nr 1254: Forskrift om rehabilitering og habilitering, individuell plan og koordinator.

For 2011-12-16 nr 1254: Forskrift om kommunale helse- og omsorgsinstitusjoner

For 1988-11-14 nr 932: Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie

For 1988-12-11 nr 1018: Forskrift om disponering av kontantytelser fra folketrygden under opphold i sykehjem og boformer for heldøgns omsorg og pleie

For 2011-12-16 nr 1348: Forskrift om kommunens dekning av utgifter til helse- og omsorgstjenester

For 2011-12-16 nr 1349: Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester

For 1992-12-04 nr 915: Forskrift til lov om sosiale tjenester mv

For 2003-04-03 nr 450: Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Kommunale planer:
- Økonomiplan 2018 - 2021
- Kompetanseplan 2012 - 2020
- Alkoholpolitisk plan 2016 - 2020
- Boligsosial handlingsplan 2017 - 2026
- Samhandlingsplan for oppvekst og kultur 2014 - 2019

7. Vedlegg

Vedlegg 1. Resultat dialogkafe ansatte helse- og sosial

Vedlegg 2. Resultat dialogkafe ansatte NAV

Vedlegg 3. Invitasjon til innbyggere. Temamøte 1 og 2

Vedlegg 4. Invitasjon til innbyggere. Temamøte 3 og 4

Vedlegg 5. Presentasjon. Hverdagsmestring. Ved fysioterapeut Einar Bredesen

Vedlegg 6. Presentasjon. Fremtidens hjemmebaserte tjenester. Ved Solrunn Holm

Vedlegg 7. Referat fra folkemøte. Fremtidens hjemmebaserte tjenester

Vedlegg 8. Referat fra folkemøte. Arbeid, ungdom og sosiale tjenester inn i fremtiden

Vedlegg 9. Presentasjon. Fremtidens demensomsorg ved Klaus Amundsen.

Vedlegg 10. Foredrag. Fremtidens demensomsorg ved Klaus Amundsen.

Vedlegg 11. Referat fra folkemøte. Fremtidens demensomsorg.

Vedlegg 12. Presentasjon fra folkemøte. Om frivillighet. Verdighetssentet.

Vedlegg 13. Folkehelsa i Fauske – oversiktsdokument 2016.

HELSE-, OMSORG- OG SOSIALPLAN 2017-2025

Aktivitet/milepæl	Tid/dato
Planprogram behandles i helse- og omsorgsutvalg	20.01.17
Planprogram er på høring og offentlig ettersyn	6 uker
Planprogram etter høring og offentlig ettersyn behandles i kommunestyret	23.03.17
Orientering om fremdriften helse og omsorgsutvalget	24.05 30.08
Offentlige og politiske temamøtet	Juni /august/september
Behandling av forslag til helse og omsorgsplan i helse- og omsorgsutvalg	15.11
Forslag til kommunedelplan er på høring og offentlig ettersyn	6 uker
Endelig behandling av helse og omsorgsplan i helse- og omsorgsutvalg	Januar 2018
Endelig behandling av helse og omsorgsplan i kommunestyret	Februar/mars 2018

- Orientering om planprogram og prosess på personalmøter helse, omsorg og NAV
- Dialogkafe helse og omsorg 25.april.
- Innspill fra dialogkafe til helse og omsorgsutvalg 24.05.
- Offentlige temamøter juni
- Temamøter høst

DIALOGKAFE 25. APRIL

Innspill til planen fra ansatte i helse og omsorg

5 TEMAOMRÅDER
HVA BETYR DETTE FOR DEG?

1. Sammen med bruker, pasient og pårørende
2. En faglig sterk helse- og omsorgstjeneste
3. Moderne lokaler og boformer
4. Den nye hjemmetjenesten
5. Fornyelse og innovasjon

1. SAMMEN MED BRUKER, PASIENT OG PÅRØRENDE

HVORDAN KAN VI SOM TJENESTEYTERE LEGGE TIL RETTE FOR AT BRUKERNE/PASIENTENE FÅR REELL INNFLYTELSE I EGEN HVERDAG?

- Kommunikasjon med bruker og pårørende
  Eksempel; livshistoriesamtale, startsamtale, faglig veiledning, nettverksbygging
- Se pårørende som ressurs
- Tjeneste tildeles ut fra kartlagt behov
- Fokus på at bruker skal mestre livet sitt
- Varierte avlastningstilbud og aktivitetstilbud til hjemmeboende
- Opprettholde interesser og hobby

FORTSETTELSE
HVORDAN KAN VI SOM TJENESTEYTERE LEGGE TIL RETTE FOR AT BRUKERNE/PASIENTENE FÅR REELL INNFLYTELSE I EGEN HVERDAG? ER DET HINDRINGER I VÅRE SYSTEMER?

- Fastgrodde rutiner og holdninger. Endre tankesett.
- For få frivillige. Utdanning av frivillighetskoordinator.
- Mister tjenestetilbud som Solstua og støttekontakt ved langtidsopphold
- Systemet som tar for få individuelle hensyn, spesielt i forhold til unge brukere

2. EN FAGLIG OG STERK HELSE OG OMSORGSTJENESTE

HVA SKAL TIL FOR Å FÅ EN FAGLIG STERK HELSE – OG OMSORGSTJENESTE ?

- Rekruttere og beholde
- Kompetanseheving
- Internopplæring - bruke egen kompetanse
- Opplæring på sykehuset og i kommunen fra sykehuset
- Hospitering internt og eksternt

FORTSETTELSE

HVA SKAL TIL FOR Å FÅ EN FAGLIG STERK HELSE – OG OMSORGSTJENESTE ?

- Tverrfaglig samarbeid (Interkommunalt)
- Tilstrekkelig ressurser med rett kompetanse
- Rett kompetanse på rett plass
- Velferdsteknologi. Mobil omsorg
- Fast lege med kompetanse ansatt på institusjon

3. MODERNE LOKALER OG BOFORMER

HVEM ER MORGDAGENS BRUKERER OG HVORDAN TILRETTELEGGE BOFORM FOR DE DET GJELDER?

- Unge og eldre personer med rusrelatert adferd og skader
- Psykisk utviklingshemmende
- Demente med utagering
- Flerkulturelle innbyggere
- Yngre brukere med komplekse sykdomsbilde

FORTSETTELSE

HVEM ER MORGDAGENS BRUKERER OG HVORDAN TILRETTELEGGE BOFORM FOR DE DET GJELDER?

- Tidsriktig bygningsmasse
- Samle bygg for å nyttiggjøre fagkompetanse
- Sentrumsnære leiligheter
- Flere leiligheter lokalisert sammen gir mere effektiv drift. Eksempel felles måltider og sosial nettverksbygging
- Benytte velferdsteknologiske løsninger
- Bolig tilrettelagt i forhold til sykdomsstadier

4. DEN NYE HJEMMETJENESTEN

HVA KAN VI SOM TJENESTEN BIDRA MED FOR AT MENNESKER SKAL BO LENGST MULIG I ET EGET HJEM?

- Hverdagsmestring; tidlig innsats med økt fokus på mestring. Hva er viktig for deg?
- Hverdagsrehabilitering
- Teamjobbing - arbeidslag
- Felles måltider vedtak på ernæring
- Tilgjengelighet på ettermiddagstid/helger rus og psykiatri
- Flere avlastnings- og korttidsplasser

FORTSETTELSE

HVA KAN VI SOM TJENESTEN BIDRA MED FOR AT MENNESKER SKAL BO LENGST MULIG I ET EGET HJEM

- Styrking og utvidelse av dagsentertilbudet og støttekontakt
- Forebyggende hjemmebesøk. Helsestasjon til eldre. Informasjon om ulike tiltak gjennom frivillighet og friskliv
- Bevisstgjøre innbyggere om ansvar for egen helse
- Bevisstgjøre personale i forhold til behov for holdningsendring med tanke på utførelsen av tjenesten

FORTSETTELSE

HVA KAN VI SOM TJENESTEN BIDRA MED FOR AT MENNESKER SKAL BO LENGST MULIG I ET EGET HJEM

- Styrking av tjenestetilbudet krever økte ressurser
- Ivareta pårørende for eksempel pårørende skole, demenskafe, avlastning m.m.
- Tidlig tilrettelegging av bolig
- Frivillighet og nettverksbygging
- Bedre samhandling – gode /helhetlig pasientforløp
- Å ta i mot hjelp
- Bedre kollektivtilbud

5. FORNYELSE OG INNOVASJON

HVORDAN KAN FORNYELSE OG INNOVASJON VÆRE MED PÅ Å GI BEDRE TILPASSEDE TJENESTER?

- Face time – og andre sosiale medier. Samtale med pårørende og andre
- APP - bestille private tjenester som for eksempel renhold, handling
- Mobil omsorg kan gi mere tid med bruker og økt kvalitet på tjenesten
- E – lås er tidsbesparende

FORTSETTELSE

HVORDAN KAN FORNYELSE OG INNOVASJON VÆRE MED PÅ Å GI BEDRE TILPASSEDE TJENESTER?

- Trygghet i hverdagen. GPS tracking og diverse alarmer
- Responssenter i samarbeid med nabokommuner. Eller kommunal hjelpetelefon 24/7
- Ulike veldferdsteknogiske hjelpemidler som for eksempel medisindispenser
- Personale frigjøres til andre oppgaver – bruke mere tid til blant annet hverdagsmestring

HVORDAN VIL DU AT FREMTIDENS HELSE OG OMSORG SKAL SE UT ?

Tema 1:

Fremtidens hjemmebaserte omsorg

Onsdag 7. juni kl. 19.00 – 21.00

Innlegg:

- Solrunn G. Holm, utviklingssenter for sykehjem – og hjemmetjenesten i Nordland
- Einar Bredesen, fysioterapeut Fauske kommune

Debatt og innspill til kommunens nye helse -, omsorg- og sosialplan.

Kantina, adm. bygg Fauske kommune

Lett servering

Tema 2:

Fremtidens demensomsorg

Torsdag 15. juni kl. 19.00 – 21.00

Innlegg:

- Klaus Amundsen, Kløveråsen kompetansesenter.
- Mona Hansen, demenskoordinator Fauske kommune

Debatt og innspill til kommunens nye helse -, omsorg- og sosialplan

Kantina, adm. bygg Fauske kommune

Lett servering

// NOTAT

Til: Irene Larsen // Fauske Kommune
Fra: Morten Pedersen //
Dato: 12.06.17

Dialogkafe NAV Fauske

Tilbakemelding etter dialogcafe ved NAV Fauske i forbindelse med forarbeidet til Helse, omsorg og sosialplan.

De ansatte fikk tre spørsmål/tema som skulle drøftes.

A)
Hvem er morgendagens brukere av NAV og sosiale tjenester?
Stikkord: arbeid, bolig, psykisk helse, rus, andre forhold, hvilke utviklingstrekk ser du i Fauske kommune.

B)
Hvordan mener du kommunen bør utvikle sine tjenester for at flere skal komme i arbeid eller aktivitet?
Hva bør vi satse på i fremtiden?
Stikkord: Oppfølgingsmetodikk, kompetanse, samhandling, felles mål osv. Gode ideer…

C)
Hvordan tenker du kommunen på best mulig måte kan forebygge sosiale forskjeller og utenforskap?

Etter gjennomgang av spørsmål ble ansattegruppen og avdelingsledere inndelt i grupper og jobbet i 3 x 15 minutter med spørsmålene før vi hadde en felles gjennomgang.
Tilbakemeldingene fra arbeidet er som følger:

Spørsmål A) Hvem er morgendagens brukere av NAV og sosiale tjenester?

- Ungdom: Rus og psykisk helse, sammensatte utfordringer. Det er store krav i samfunnet og mange har store krav til seg selv. Manglende oppfølging i kommunen i forhold til de som slutter på vgs.

// ARBEIDS- OG VELFERDSETATEN
Postadresse: Pb 204 // 8201 FAUSKE

Besøksadresse: Sjøgt 51 // 8200 FAUSKE
Tel: 55553333 // Faks: 75426501

www.nav.no // nav.fauske@nav.no

- Flyktninger: Klarer ikke å nyttiggjøre seg introduksjonsprogram. Økt fokus på psykisk helse for målgruppen. Vi trenger likemannen som kan være et godt eksempel på at mange lykkes. Arbeidspraksis slik at flyktninger lærer seg språk er helt sentralt.

- Personer med boligproblematikk: økte boligutgifter skaper økt behov for supplering. Boligmarkedet krever ofte gode referanser.

- Arbeidsgivere med behov for arbeidskraft.

- Eldre personer med behov for supplering.

B) Hvordan mener du kommunen bør utvikle sine tjenester for at flere skal komme i arbeid eller aktivitet?

- Kontaktpersoner med større myndighet i forhold til å ta avgjørelser i forhold til arbeidsutprøving.
- Åpne opp for inkludering av flyktninger.
- Satse på «jobbspesialister»
- Kommunen må utvikle sine tjenester innenfor psykisk helse.
- Flere lærlingeplasser.
- Tydeligere overordnet ledelse i forhold til inkludering, tilrettelegging og åpne opp for den enkelte.
- Styrke organisasjonenes tilretteleggingskompetanse.
- Sommerjobb til alle!
- Mål om arbeid bør være et tiltak og tilbud i alle enheter som jobber mot personer som er utenfor arbeidslivet.
- Reaktivere «Sysselsettingskoordinatoren» som var en ordning som tidligere ble benyttet med stor suksess.
- Kartlegge hvilke stillinger som ikke har kompetansekrav i egen organisasjon. Bruke NAV som en rekrutteringstjeneste for disse jobbene.

C) Hvordan tenker du kommunen på best mulig måte kan forebygge sosiale forskjeller og utenforskap?

- Ferieklubb for barn.
- Gratis fritidsaktiviteter.
- Lavterskel fritidsaktiviteter – alle aldre (eldre også).
- Tilby flere med behov for arbeidstrening praksisplasser.
- Tilbud til mennesker i aktiv rus. – Mange ønsker en arbeidsaktivitet.
- Mange unge uføre mangler i dag et arbeid/aktivitetstilbud.
- Bedre informasjon om hvilke muligheter som finnes for aktiviteter/deltakelse/utstyrssentral m.m.
- Boligpriser: Høye husleier fører til at mange trenger supplering.

- Eiendomsskatt slår hardt ut for de med lave inntekter.
- Opplæring i skolen om økonomi. NAV inn i skolen??
- Reduserte barnehagebetalinger.
- Mat i skole og barnehager. Sikrer flere et godt kosthold og kunnskap om hva et variert kosthold er og hvordan det påvirker helsa.
- Gratis kulturskole for å inkludere flere.
- Sommerjobb til alle skoleungdommer.

Si din mening!

Hvordan vil du at fremtidens helse og omsorg skal se ut?

Vi ønsker innspill til arbeidet med
helse-, omsorg- og sosialplan

Møte 1

Tema:

Fremtidens hjemmebaserte omsorg

Onsdag 7. juni kl. 19.00 – 21.00

Innlegg:

- Solrunn G. Holm, Utviklingssenter for sykehjem- og hjemmetjenester i Nordland.

- Einar Bredesen, fysioterapeut, Fauske kommune

Debatt og innspill til kommunens nye helse, omsorg- og sosialplan.

Hvor: Kantina, adm.bygg Fauske kommune

Lett servering

Møte 2

Tema:

Fremtidens demensomsorg

Torsdag 15. juni kl. 19.00 – 21.00

Innlegg:

- Klaus Amundsen, Kløveråsen kompetansesenter.

- Mona Hansen, demenskoordinator Fauske kommune

Debatt og innspill til kommunens nye helse-, omsorg- og sosialplan

Hvor: Kantina, adm.bygg Fauske kommune

Lett servering.

Velkommen

FAUSKE KOMMUNE

=olkehelsekommunen der alle trives

Si din mening!

Hvordan vil du at fremtidens helse-, omsorg og sosialplan skal se ut?

Vi ønsker innspill til arbeidet med
helse-, omsorg- og sosialplan

Møte 3

Tema:

Arbeid, ungdom og sosiale tjenester inn i fremtiden.

Onsdag 6. september
19.00 – 21.00

Innlegg ved NAV og kommunal helsetjeneste.

Debatt og innspill til kommunens nye helse, omsorg- og sosialplan.

Hvor: Kafeen på Helsetunet.

Lett servering

Møte 4

Tema:

Frivillighet i fremtidens eldreomsorg.

Onsdag 13.september
19.00 – 21.00

Rådgiver Beate Magerholm Verdighetsentret.

Debatt og innspill til kommunens nye helse-, omsorg- og sosialplan

Hvor: Biblioteket. Fauske kommune

Lett servering.

Velkommen

FAUSKE KOMMUNE

Folkehelsekommunen der alle trives

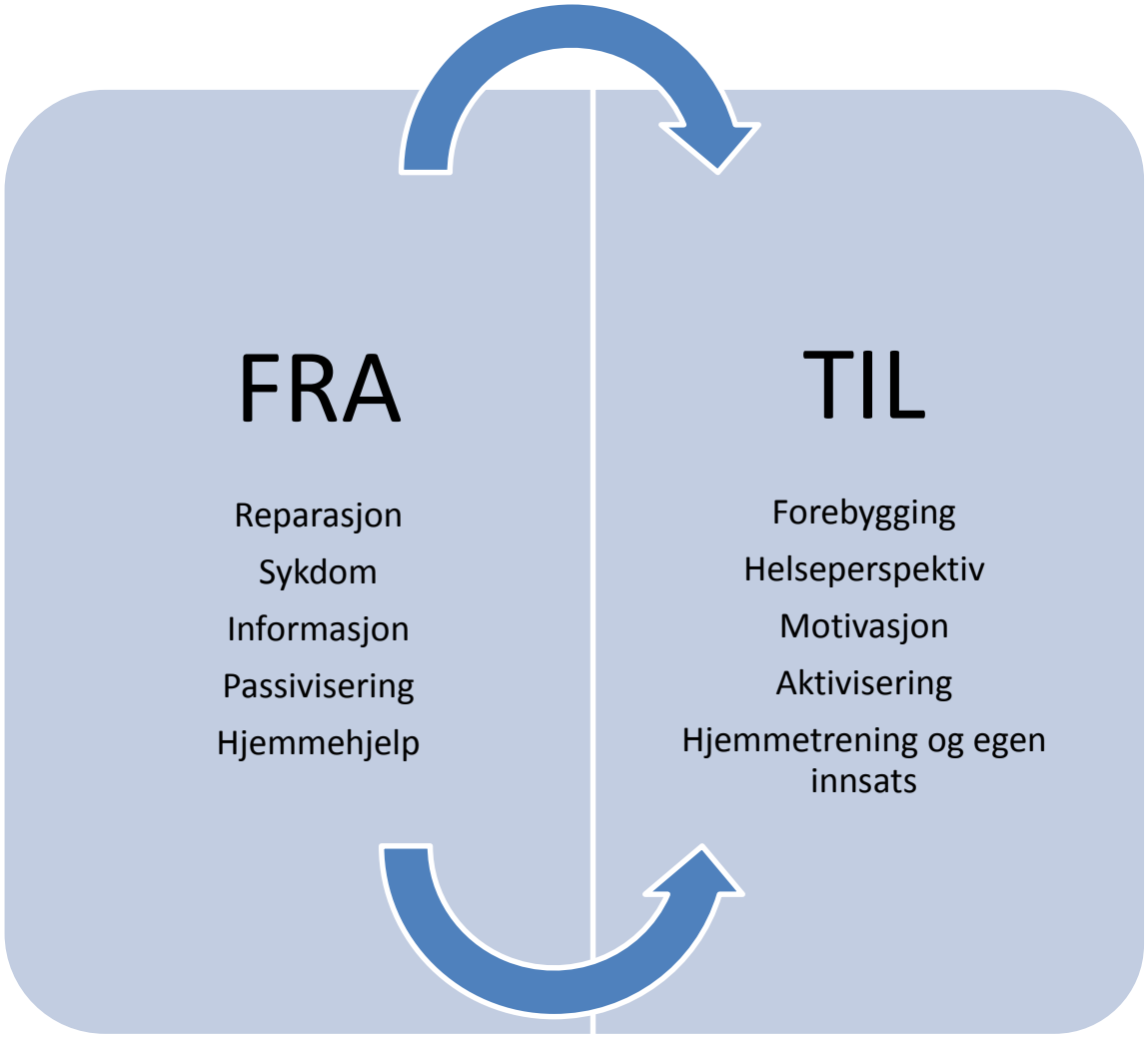
HVERDAGSREHABILITERING
FAUSKE KOMMUNE

BEST MULIG, LENGST MULIG I EGET LIV!

HVA ØNSKER VI Å OPPNÅ?

- Brukers ressurser og mål blir i større grad enn tidligere førende for tjenesten.
- At hverdagsmestring etableres og implementeres som en grunnleggende tankesett for ansatte i helse og omsorgstjenesten i Fauske kommune.
- Bedre samhandling og ressursbruk i kommunen

INNEBÆRER ENDRET FOKUS OG TANKESETT



HVERDAGSMESTRING

- Et forebyggende og rehabiliterende tankesett som vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen uansett funksjonsnivå.

- Brukerstyring og vektlegging av den enkeltes resurser og deltakelse står sentralt.

Hverdagsmestring
Nøkkelboksfella!
Bare lås deg inn du!
Tilbudsfella!
Jo, du kan få hjelp til å smøre frokosten og kveldsmaten og å handle inn maten og å varme middagen i microovn og.....
Smørefella!
Postkassefella!
Ryggvaskfella!
Microfella!
I dag har jeg lyst til å lage karbonader til middag!
Værsågod, da er brødisuppa varm!

Mestring gir muligheter!

HVA ER HVERDAGSREHABILITERING?

- Forebygging og rehabilitering mens brukeren bor i eget hjem.
- Tar utgangspunkt i brukerens ønsker for aktivitet i egen hverdag.
- Målstyrt, tidsavgrenset og tverrfaglig rehabilitering skal sikre at brukeren oppnår økt funksjon og deltakelse, bor hjemme med verdighet og mestrer de hverdagslige oppgavene selv.
- Kan forebygge fall i funksjon, der tidlig intervensjon er et suksesskriterium.

HVORFOR HVERDAGSREHABILITERING

- Brukerperspektiv:
- Den enkelte får mulighet til å leve å bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i felleskap med andre.

- Samfunnsperspektiv:
- Fram mot 2050 vil Norge få en betydelig økning av antall eldre. Flere eldre betyr at det blir flere som er syke, som må leve med kroniske helseproblemer, og som har behov for helse- og velferdstjenester.

MÅLGRUPPEN

Personer som får problemer med å ivareta daglige aktiviteter de **nylig** har mestret på grunn av funksjonsnedsettelse og/ eller et fall.

Personer som *har* hjemmetjenester og er i risiko for ytterligere funksjonssvikt og mer personhjelp.
Kan være brukere med enkle tjenester som:

- Multidose
- Elastiske strømper
- Dusj
- Middagsoppvarming

Inklusjonskriterier:

*Brukere uten tjenester som søker tjenester for første gang
*Brukere som har tjenester fra før, som har hatt funksjonsfall eller har behov for økte tjenester
*Brukere som søker hjelpemidler for første gang
*Motivasjon

Eksklusjonskriterier:

*Demens – betydelig mental /kognitiv svikt
*Alvorlig rus
*Alvorlige psykiatriske lidelser eller plager
*Progredierende lidelser som primærårsak til funksjonsfall
Brukere med langt kommet degenerativ sykdom eller i terminfase

UTFORDRINGER

De eldre selv…

- ..tror ikke de kan forvente annet med alderdommen
- ..Har sviktende tro på at de selv kan gjøre noe for å bedre helsen sin

Samfunnet (vi andre)…

- ..har liten tro på forbedringspotensialet hos den eldre
- ..opptrer hjelpende istedenfor å se etter hva som fortsatt kan trenes på
- *«Anna er jo så gammel så hun trenger jo hjelp»*

Eller…

- *«det går raskere slik»*

UTFORDRINGER

- TID….
  (ha fokus på at på sikt brukes tid på en annen måte…)

- Informasjonsflyten/ opplæringen
  « alle gjør likt»

- Etiske dilemmaer mellom hva fagfolk mener er faglig riktig, og hva brukerne selv ønsker å mestre.

- Samarbeid/ forståelse fra pårørende
  (svært viktig med god informasjon…hvorfor har vi fokus på dette…)

HVORDAN SER VI FOR OSS FAUSKEMODELLEN?

- To parallelle forløp.

  - Hverdagsmestringstankesettet implementeres i den allerede etablerte hjemmetjenesten.
  - Etablere vurderings/mestringsteam.

- fysioterapeut
- ergoterapeut
- hjemmetrener – sykepleier
- hjemmetrener - helsefagarbeider

Gamle Olga fylte 100 år, og ordføreren kom med blomster og vin.

-- Olga det er utrolig at du klarer deg selv. Hva med hjemmehjelp et par ganger i uka? Tenk over det Olga og ring meg!

Olga tenkte noen dager, så ringte hun!

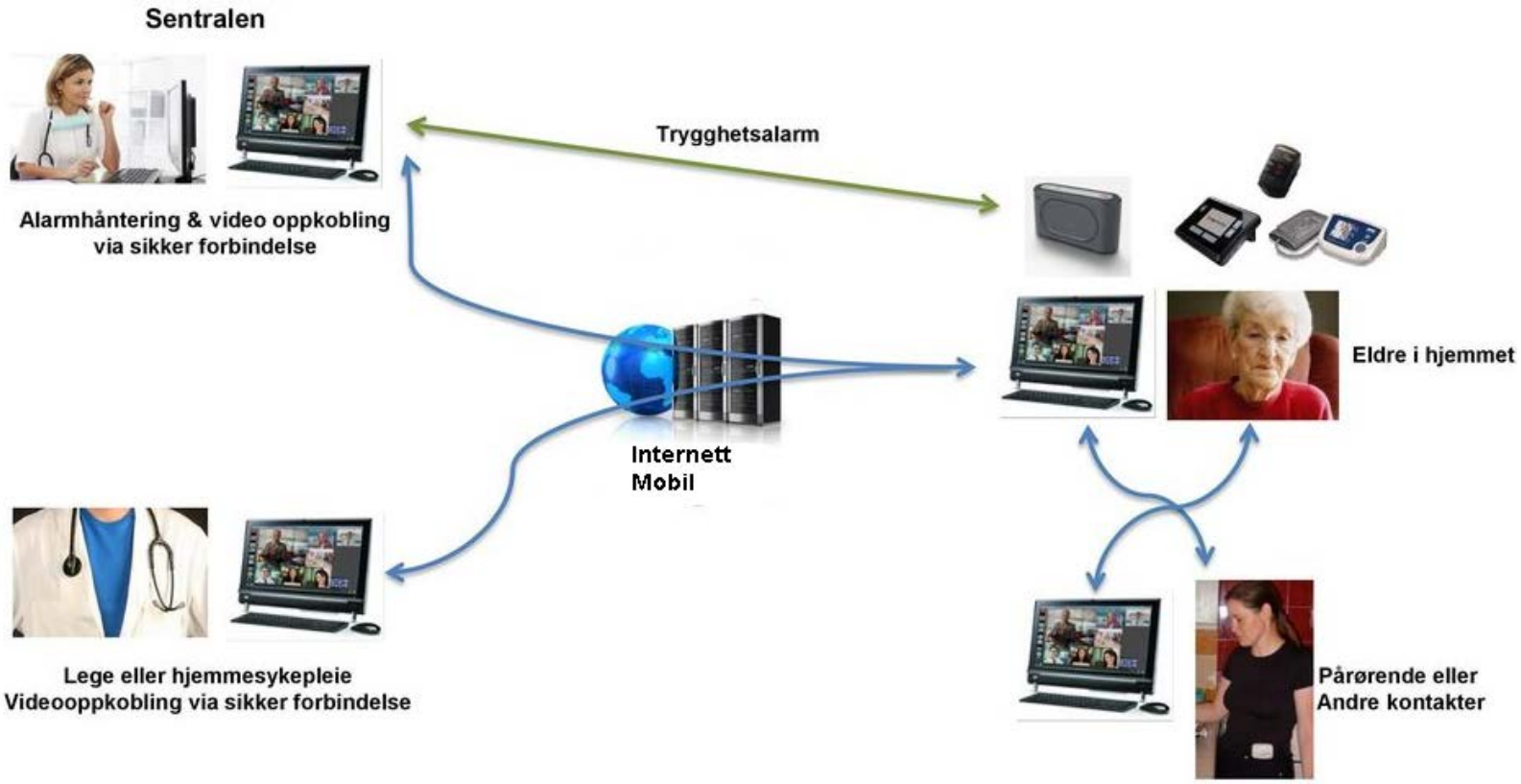
-- Det der med hjemmehjelp er helt greit det. Men det må ikke være lengre unna, enn at jeg kan bruke sykkelen.

«Omsorgskrisen skapes ikke av eldrebølgen.
Den skapes av forestillingen om at omsorg ikke kan gjøres annerledes enn i dag.»

(Kåre Hagen, Arendalskonferansen 2011)

Takk for oppmerksomheten!

Framtidens hjemmebaserte omsorg



Foredrag

Solrun G. Holm

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester
Nordland

Offentlige forventninger og føringer

- Ny kvalitetsreform for eldreomsorgen: «Leve hele livet».
- Brukermedvirkning
- Helhetlige pasient- og brukerforløp.
- Velferdsteknologi
  - "Velferdsteknologiske løsninger skal styrke den enkeltes mulighet til å klare seg selv i hverdagen og mestre egen livssituasjon. I dette ligger også økt trygghet for brukerne og deres pårørende. Velferdsteknologi skal også bidra til innovasjon i helse- og omsorgstjenestene" (REF: HDir – 2012).

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester Nordland

Begreper

- E-helse er en samlebetegnelse som omhandler forbedringer av kvalitet, sikkerhet og effektivitet innen helsevesenet ved bruk av informasjonsteknologi (eks. el. Pasientjournal (EPJ).
- Helseteknologier er alle tiltak som kan anvendes for å diagnostisere, behandle eller forhindre sykdom, samt tiltak innen rehabilitering og langtidspleie
- Mobil-helse omhandler all bruk av mobilteknologi og håndholdte enheter til helseformål.
- Velferdsteknologi er teknologiske løsninger som er rettet mot opprettholdelse av fri og uavhengig livsstil for den aldrende befolkningen.
- Omsorgsteknologi er IT-løsninger som understøtter medisinsk behandling og pleie der pasient og helsepersonell kan dele informasjon på en sikker måte.
- E-Helse, omsorgsteknologi og velferdsteknologi har overlappende betydning og brukes om hverandre

Forventninger til bruk av teknologi

- Steg 1 – frigjør kapasitet
- Steg 2 –Ta i bruk nye verktøy
  - Digitalt tilsyn
  - Digital kontroll
- Steg 3: Brukere - selvbetjening
- Steg 4 – Egenomsorg utenom hjelpeapparatet
  - Hverdagsmestring

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester
Nordland

Hverdagsrehabilitering

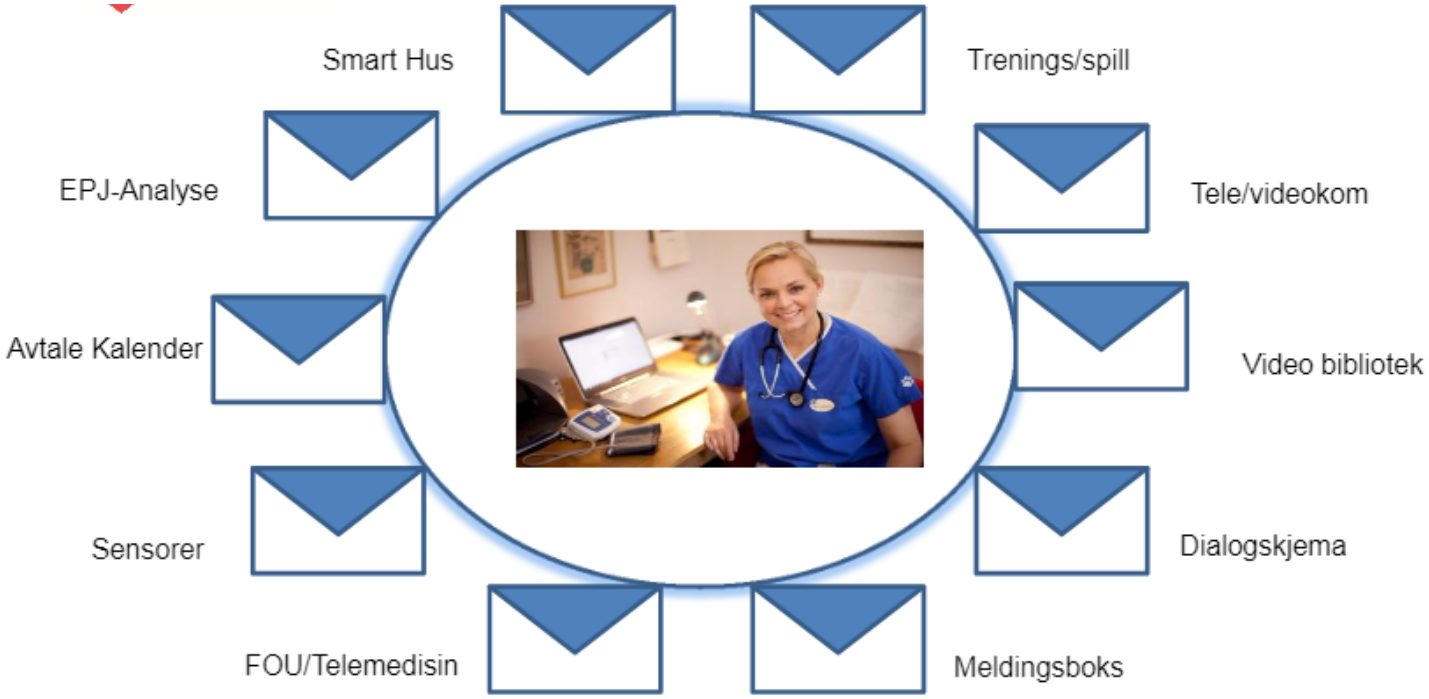
- Hverdagsrehabilitering er forebygging og rehabilitering mens den det gjelder bor hjemme. Hverdagsrehabilitering starter med spørsmålet: *Hva er viktige aktiviteter for deg nå?*

- Hverdagsrehabilitering skiller seg fra ordinære pleie- og omsorgstjenester, ved at pleie eller praktisk bistand ikke gis før den det gjelder har fått en vurdering av sitt rehabiliteringspotensiale. Den enkeltes hverdagsmestring vektlegges før passive eller kompenserende tilbud.

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester
Nordland

Utfordringer - Tjenesteinovasjon krever nye arbeidsverktøy

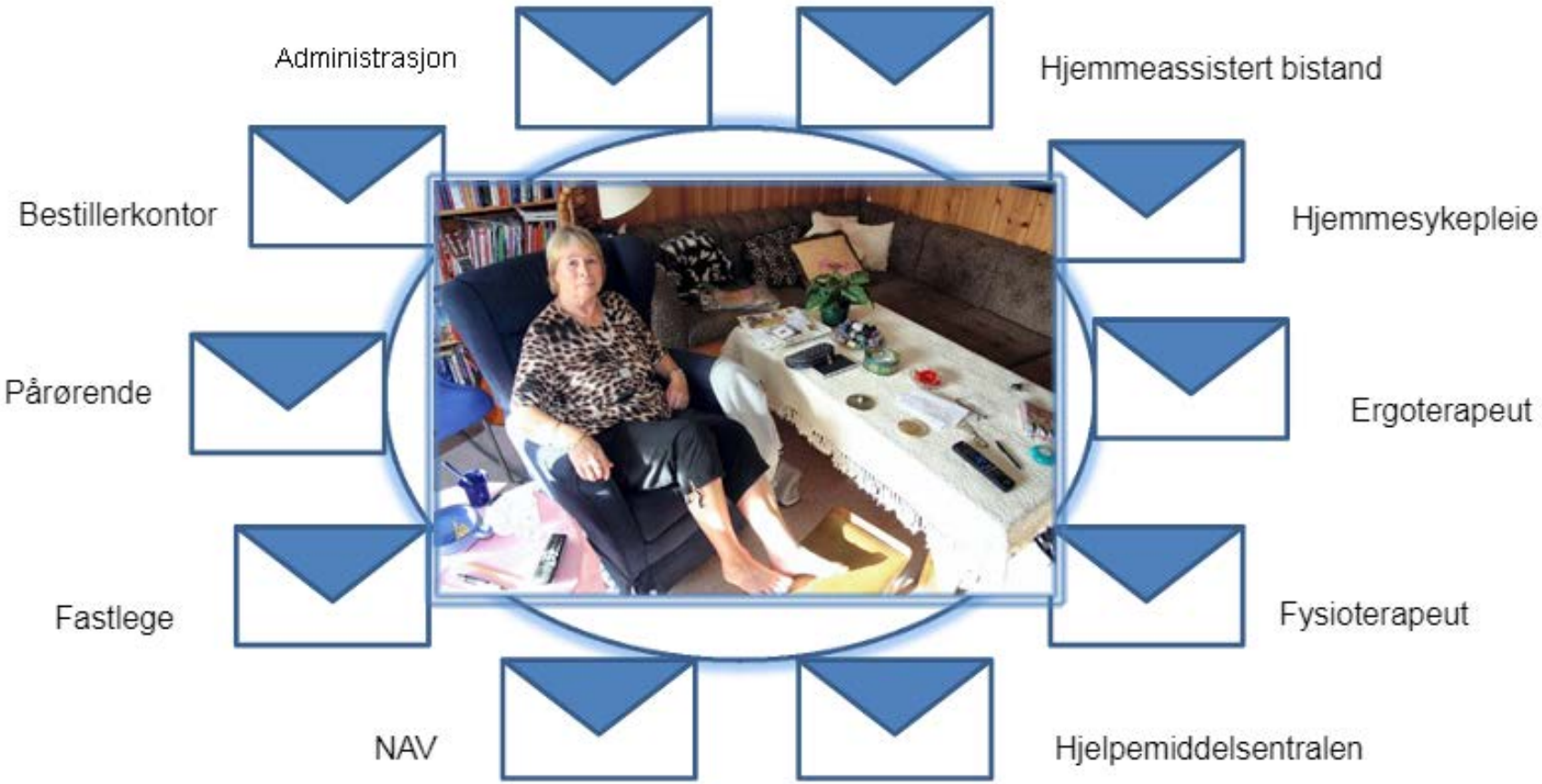
Høy teknologisk nyvinning
Høy grad av tjenesteinnovasjon



Radikal innovasjon =
Ny teknologi + nye arbeidsformer

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester
Nordland

Viktige aktører i tjenesteproduksjonen



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Nordland

Vår nye samtalepartner, Pepper

- Gjenkjenner andres følelser og agererer deretter..
- Gjenkjenner ord, kan snakke til deg, lytte til deg.
- Pepper kan trøste deg…!?
- Lesebrett på brystet hvor du kan gi og få informasjon fra ham.

Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Nordland

Hvilke verdier må vi skape mer av?

- Selvhjelp – flere kan klare seg selv
- Empowerment – mer reell bruker- og pasientinnflytelse hos den enkelte
- Verdighet – på måter vi selv ønsker
- Kostnadseffektive løsninger – bo lengst mulig hjemme
- Mer samfunnsøkonomisk bruk av «de varme hendene»
- Mobilisere nettverk – utløse uutnyttede ressurser
- Attraktive og innovative arbeidsplasser med fleksible karrieremuligheter gir høyere status i helsetjenesten (?)

Takk for oppmerksomheten!

Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Nordland

Referat fra folkemøte om fremtidens hjemmebaserte tjenester

Onsdag den 07.juni 2017

25 fremmøtte. Politikere, ansatte og øvrige innbyggere.

Innlegg fra Solrunn G Holm. Leder utviklingssenter for sykehjem og hjemmebaserte tjenester

- Om offentlige forventninger og føringer til teknologibruk. Robotteknologi kommer

Innlegg fra Einar Bredesen. Fysioterapeut Fauske kommune

- Om Hjemmetrening og hverdagsmestring.

Debatt

- Det blir for upersonlig med bruk av teknologi
- Folk må ta ansvar for seg selv og delta i frivillig arbeid, være aktive noe som gir tilhørighet og sosial aksept
- Bekymring for den teknologiske utviklingen. Denne kan ikke erstatte personlig kontakt. Kan føre til isolasjon og depresjon og bli et stort problem.
- Psykisk helse må inkluderes i hverdagsmestring dette må inn i planen. Viktig å få opp møteplasser der en kan treffe andre.
- Skremmende med teknologi.
- Mange flere oppgaver gjøres i dag i hjemmetjenesten, oppgaver som tidligere ble håndtert i sykehuset
- Viktig at folk får bo hjemme gå i trapper og være i aktivitet
- Få på plass flere avlastningtilbud – mange ektefeller har store omsorgsoppgaver i hjemmet
- Eldrebølgen er ikke negativt .. må ses på som en ressurss
- Positivt med hjemmebesøk til 75+
- Det er mangel på sykehjemsplasser i dag – kan teknologi være med på å redusere sykehjemsplasser ?
- Menneskelig kontakt og sosialt samvær betyr mye
- Politikere må tenke på mindre og fleksible boenheter
- Kommunen har for lite fokus på psykisk helse hos eldre. Psykisk helse kan forveksles med demnes dette må komme frem i planen
- Ønskelig med vaktmestertjeneste til hjemmeboende
- Vi må bruke tid på våre pårørende
- Robot kan ikke erstatte av ei varm hånd. Eldre må få komme sammen og spise sunne gode måltider.
- Ønske om utvidlese av sentrumsbussen, at den også går opp i bygda i Valnesfjord.
- Økt dagsentertulbud til hjemmeboende eldre
- Kommunen skal bygge institusjonsplasser demensboliger og Fleksibygg
- Vi må bare venne oss til alt det gode som kommer ut av ny teknologi Veldig positivt med E - lås

Referat:

Irene Larssen

Referat fra folkemøte om arbeid, ungdom og sosiale tjenester i fremtiden

Torsdag 6. september 2017

10 fremmøtte. Politikere, ansatte og øvrige innbyggere.

Innlegg fra Morten Pedersen. Nav Fauske

Innlegg fra Margrethe Stokland. Kommunal rus- og psykisk helsetjeneste

Debatt

- Store utfordringer
- Sammenheng mellom psykisk helse og arbeid
- Ingen i min barnehage skal være «drop out» i videregående skole
- Andre yrkesgrupper inn i skolen
- Tar for lang tid før ungdommer får hjelp, behov for et Pakkeforløp; sette inn resursser tidlig til den det gjelder. Tidlig allerede i ungdomsskole.
- For mye byråkrati
- Enklere tilgang til arbeids praksis for ungdom som ikke går på skole
- Samarbeide på tvers NAV – oppfølgingstjenseten – kommunal rus/psykiatri – skolehelstjeneste
- Langsiktig arbeid – starte tidlig – utvikle samarbeidet i familiesentret (Familienes Hus) og NAV, skole
- Koordinere arbeidet med barnefattigdom
- Viktig med meningsbærende arbeidsaktivitet for ungdom
- Samhandling med arbeidsgiver er viktig
- Mere praktisk læring. For mange krav om teori.
- Miljøtjeneste rettet mot ungdom - samarbeid skole og NAV
- Enklere tilgang til bolig for ungdom
- Gi ungdom en sjanse
- Sommerjobbgaranti for ungdom mellom 16 – 19 år
- Foreldre må se barna – det må snakkes om forebygging
- Robuste foreldre = robuste barn

Referat Irene Larssen

Folkemøte Fauske

15. Juni 2017

NKS Kløveråsen as

er et kompetansesenter for demens i Nordland. Vi skal bistå kommunene i fylket med spesialisttjenester innenfor demensomsorgen.

- Alderspsykiatrisk poliklinikk / hukommelsesklinikk med ambulant virksomhet.
- Utredningsavdeling

Antall ansatte: 33 med ulik kompetanse og erfaringsbakgrunn.

Om demens

- Mange årsaker
  - Alzheimer
  - Vaskulær
  - Lewylegeme
  - Frontotemporal
  - Parkinson med demens
  - Mange flere (mer enn 100 differensialdiagnoser)

Forekomst

- Demografisk utvikling
  - Vi blir flere som blir eldre
  - Økt risiko for demens ved økt alder
- 80 % på sykehjem
- Over 40 % av de over 70 som får hjemmetjenester
- Sannsynlig et lavt anslag (mørketall)

Framskriving av folkemengden og forekomst av demens

			2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040	Demens-forekomst	2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
1841 Fauske	Menn	65-69 år	264	344	299	308	296	322	314	0,8	2	3	2	2	2	3	3
		70-74 år	201	229	315	275	285	277	300	2,0	4	5	6	6	6	6	6
		75-79 år	134	157	197	275	244	255	250	6,0	8	9	12	17	15	15	15
		80-84 år	100	95	119	153	218	198	209	13,7	14	13	16	21	30	27	29
		85-89 år	52	59	58	72	98	142	132	28,4	15	17	16	20	28	40	37
		90 år og eldre	11	22	29	28	38	50	74	41,2	5	9	12	12	16	21	30
		80+ menn	163	176	206	253	354	390	415	Sum	47	56	65	77	96	111	120
	Kvinner	65-69 år	266	335	294	326	289	324	273	1,0	3	3	3	3	3	3	3
		70-74 år	195	239	316	278	310	275	310	2,1	4	5	7	6	7	6	7
		75-79 år	157	167	221	291	259	291	259	6,2	10	10	14	18	16	18	16
		80-84 år	164	131	141	188	252	228	256	19,3	32	25	27	36	49	44	49
		85-89 år	95	110	91	102	141	193	178	32,7	31	36	30	33	46	63	58
		90 år og eldre	81	73	76	69	74	99	142	40,6	33	30	31	28	30	40	58
		80+ kvinner	340	314	308	359	467	520	576	Sum	112	110	111	125	150	174	191
	Total 80+		**503**	**490**	**514**	**612**	**821**	**910**	**991**	**Totalt**	**159**	**165**	**176**	**202**	**246**	**286**	**311**

Tabellene er hentet fra SSB-Statistikkbanken januar 2012 og bygger på middeltallene MMMM (middels vekst etc.)
Forekomsttallene for demens baseres på Rotterdamstudien, Ott et al. 1995.

		2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040		2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
Begge kjønn	65-69 år	530	679	593	634	585	646	587		5	6	5	6	5	6	5
	70-74 år	396	468	631	553	595	552	610		8	10	13	11	12	11	13
	75-79 år	291	324	418	566	503	546	509		18	20	26	35	31	33	31
	80-84 år	264	226	260	341	470	426	465		45	38	44	57	79	71	78
	85-89 år	147	169	149	174	239	335	310		46	53	46	54	74	103	96
	90 år og eldre	92	95	105	97	112	149	216		37	39	43	40	46	61	88
									Sum	**159**	**165**	**176**	**202**	**246**	**286**	**311**
Totalbefolkning		9533	9565	9591	9602	9584	9490	9335								

Kompetanse

- Virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester skal sørge for at ansatte gis den opplæring, videreutdanning og etterutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid faglig forsvarlig.

Personsentrert omsorg og behandling

- I praktisk personsentrert omsorg og behandling er individuell tilpasning sentralt. Tiltak som iverksettes skal være tilpasset personens interesser, behov og ressurser og justeres på bakgrunn av endringer som følge av demensutviklingen.

Hukommelsesteam/koordinator

- Da tjenestene gitt av helse- og omsorgspersonell skal være helhetlige og koordinerte bør kommunen organisere deler av tjenestene som hukommelsesteam / koordinator.

Betydningen av tidlig utredning og korrekt diagnose

- Utredning og diagnostikk er en forutsetning for å yte effektiv helsehjelp til en pasient med mistanke om demens.
- Det er primærlege (fastlege/sykehjemslege) som har ansvaret for at utredning blir tilbudt pasienten til rett tid
- Basisutredning ved mistanke om demens bør vanligvis utføres av pasientens primærlege (fastlege eller sykehjemslege). Utredningen bør foregå i samarbeid med personell fra helse- og omsorgstjenesten, gjerne hukommelsesteam/koordinator, med kompetanse om demens.

Videre oppfølging ved primærlege

- Primærlegen bør følge opp pasientens demenssykdom minst hver 6.-12. måned, og oftere ved behov
- Hukommelsesteam/koordinator bør ha hovedansvar for oppfølging i hjemmet for personer med demens og deres pårørende etter at demensdiagnosen er stilt, uavhengig om pasienten mottar hjemmetjenester eller ei.

Spesialisthelsetjenesten

- Aktuell spesialisthelsetjeneste bør utrede personer med mistanke om demens i følgende tilfeller:
  - personer med kompliserte/atypiske tilfeller av kognitiv svikt
  - yngre personer under 65 år (kun veiledende aldersgrense), se kapittel "Grupper som kan ha særlige behov"
  - personer med utviklingshemning, se kapittel "Grupper som kan ha særlige behov"

Spesialisthelsetjenesten

- personer med minoritetsbakgrunn der språk, utdanningsnivå og eventuelt kultur er en barriere i utredningen.
- personer med samisk kulturbakgrunn der språk, utdanningsnivå og eventuelt kultur er en barriere i utredningen.
- personer med alvorlige atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens
- andre særlig kompliserte tilfeller.

Miljørettede tiltak og aktiviteter

- Gjennom bruk av personsentrert omsorg og behandling legges det til rette for at personer med demens så langt som mulig skal kunne opprettholde sin personlige autonomi gjennom demensforløpet.

Aktiviteter

- Virksomheten skal legge til rette for at personer med demens kan være fysisk aktive i minst 30 minutter hver dag.
- Virksomheten skal legge til rette for psykososiale aktiviteter som tar utgangspunkt i personen med demens sine egne interesser og funksjonsnivå. Aktivitetene formuleres i personens tiltaksplan, som evalueres og tilpasses regelmessig.

Aktiviteter

- Virksomheten skal tilby miljømessige og psykososiale tiltak basert på personsentrert omsorg og behandling som førstevalg ved forekomst av atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD). Legemiddelbehandling bør først forsøkes ved alvorlig symptombelastning der psykososiale tiltak ikke er tilstrekkelig, eller dersom det foreligger en akutt risiko for skade, se anbefaling om legemiddelbehandling ved APSD.

- Kommunen bør tilby tilrettelagt og tilpasset dagaktivitetstilbud til personer med demens. Dagaktivitetstilbudet bør inneholde både sosiale, kognitive og fysiske aktiviteter.

Velferdsteknologi

- Kommunen bør vurdere om velferdsteknologi kan tilrettelegge for at personen med demens kan bo lengre hjemme i trygge omgivelser og samtidig mestre egen livssituasjon med sykdom og redusert helse. Velferdsteknologi bør også vurderes i situasjoner hvor pårørende og omsorgspersoner har behov for avlastning.

Botilbud

- Kommunen skal ha botilbud som er utformet slik at personer med demens med behov for heldøgns omsorgstjenester får tilpassede omgivelser som gir mulighet for struktur, aktivitet, stimulering og kognitiv støtte. Botilbudene skal også legges til rette for pårørendes besøk og deltakelse.

Pårørende

- Pårørende til personer med demens er ofte en sentral ressurs i vedkommende sitt liv, både når det gjelder praktisk, følelsesmessig og sosial støtte.
- Det er primært kommunen som har ansvaret for oppfølging av pårørende til personer med demens.

Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang

- Målet med en legemiddelgjennomgang er å sikre at den enkelte pasient oppnår god effekt av legemidlene samtidig som risiko for uheldige virkninger minimaliseres og håndteres.
- Fastlegen skal i følge fastlegeforskriften §25 vurdere å gjennomføre legemiddelgjennomganger for pasienter som bruker fire legemidler eller mer, eller når dette ansees nødvendig.

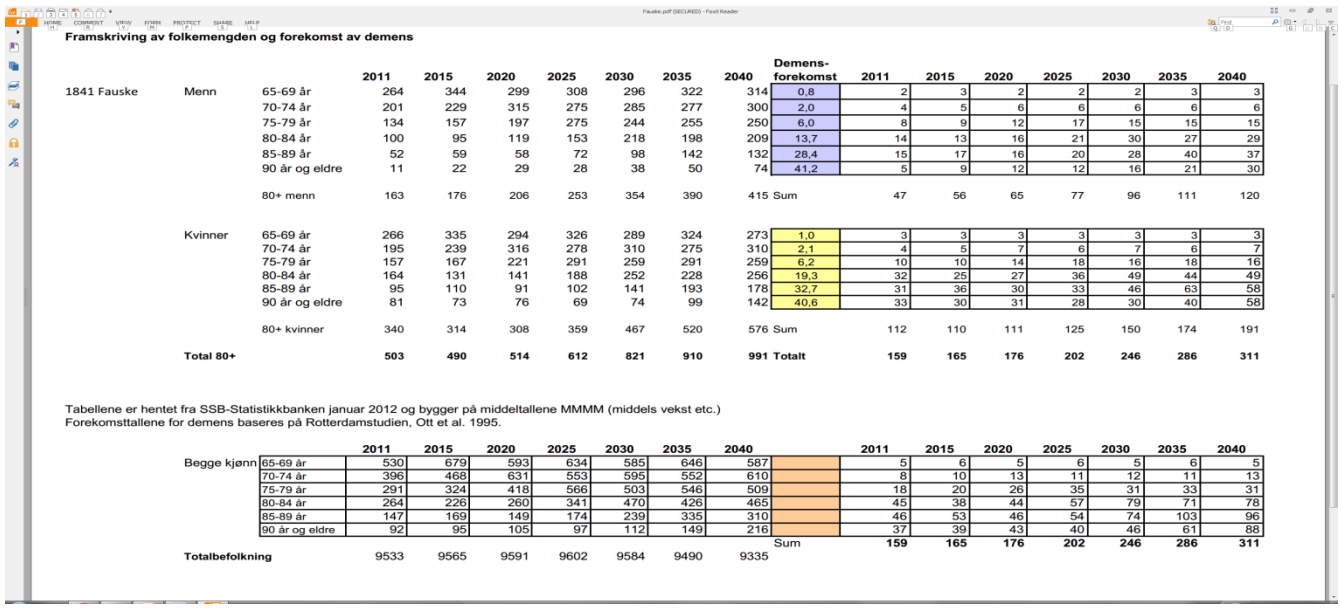
Om demens

Det fins mange årsaker til demens og hyppigst er Alzheimers sykdom, en degenerativ hjernesykdom som over tid alltid fører til demens. Alzheimers demens oppfattes gjerne som prototypen på demens. Om lag 60 % av alle personer med demens har denne sykdommen. Andre hyppige årsaker til demens er cerebrovaskulær sykdom som fører til hjerneslag, både store og små, synlige og «usynlige», men langt fra alle med hjerneslag får demens. Om lag 15 % til 20 % har en slik form av demens som kalles vaskulær demens. Demens med lewylegemer forekommer hos om lag 10 % til 15 % av alle med demens, mens frontotemporal demens med sine ulike varianter (atferds- og språkvariant) forekommer hos om lag 5 %. Pasienter med andre degenerative hjernesykdommer kan også utvikle demens, slik som ved Parkinsons sykdom og multippel sklerose.

Utredning og diagnostikk er en forutsetning for å yte effektiv helsehjelp til en pasient med mistanke om demens. Utredning må alltid baseres på frivillighet, bortsett fra tilfeller der pasienten mangler samtykkekompetanse og motsetter seg helsehjelp. Oppfatningen om hva som er rett tid for å utrede og diagnostisere demens varierer hos pasienter, pårørende og helsepersonell. Både erfaringer fra fagmiljø og tilbakemeldinger fra pårørende tilsier at bekymringer om kognitiv svikt lett bagatelliseres av helsepersonell og at utredning og diagnostisering av demens i mange tilfelle skjer for sent i sykdomsforløpet. Det kan skyldes at mange fortsatt har en oppfatning om at forløpet av demens ikke kan påvirkes eller behandles.

Forekomst av demens

En økning av antall eldre vil medføre at flere får demens, fordi forekomsten av demens øker med alderen. Det finnes ingen nasjonale studier som kan brukes til å gi et presist estimat for forekomsten av demens i Norge. Ved å bruke data fra studier i andre europeiske land, har Alzheimer Europe kommet fram til at forekomsten av demens i Norge var ca. 77 000



Framskriving av folkemengden og forekomst av demens

			2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040	Demens-forekomst	2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
1841 Fauske	Menn	65-69 år	264	344	299	308	296	322	314	0,8	2	3	2	2	2	3	3
		70-74 år	201	229	315	275	285	277	300	2,0	4	5	6	6	6	6	6
		75-79 år	134	157	197	275	244	255	250	6,0	8	9	12	17	15	15	15
		80-84 år	100	95	119	153	218	198	209	13,7	14	13	16	21	30	27	29
		85-89 år	52	59	58	72	98	142	132	28,4	15	17	16	20	28	40	37
		90 år og eldre	11	22	29	28	38	50	74	41,2	5	9	12	12	16	21	30
		80+ menn	163	176	206	253	354	390	415	Sum	47	56	65	77	96	111	120
	Kvinner	65-69 år	266	335	294	326	289	324	273	1,0	3	3	3	3	3	3	3
		70-74 år	195	239	316	278	310	275	310	2,1	4	5	7	6	7	6	7
		75-79 år	157	167	221	291	259	291	259	6,2	10	10	14	18	16	18	16
		80-84 år	164	131	141	188	252	228	256	19,3	32	25	27	36	49	44	49
		85-89 år	95	110	91	102	141	193	178	32,7	31	36	30	33	46	63	58
		90 år og eldre	81	73	76	69	74	99	142	40,6	33	30	31	28	30	40	58
		80+ kvinner	340	314	308	359	467	520	576	Sum	112	110	111	125	150	174	191
	Total 80+		**503**	**490**	**514**	**612**	**821**	**910**	**991**	**Totalt**	**159**	**165**	**176**	**202**	**246**	**286**	**311**

Tabellene er hentet fra SSB-Statistikkbanken januar 2012 og bygger på middeltallene MMMM (middels vekst etc.)
Forekomsttallene for demens baseres på Rotterdamstudien, Ott et al. 1995.

		2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040		2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
Begge kjønn	65-69 år	530	679	593	634	585	646	587		5	6	5	6	5	6	5
	70-74 år	396	468	631	553	595	552	610		8	10	13	11	12	11	13
	75-79 år	291	324	418	566	503	546	509		18	20	26	35	31	33	31
	80-84 år	264	226	260	341	470	426	465		45	38	44	57	79	71	78
	85-89 år	147	169	149	174	239	335	310		46	53	46	54	74	103	96
	90 år og eldre	92	95	105	97	112	149	216		37	39	43	40	46	61	88
									Sum	**159**	**165**	**176**	**202**	**246**	**286**	**311**
Totalbefolkning		9533	9565	9591	9602	9584	9490	9335								

personer i 2012. En betydelig andel av personer med demenssykdommer er ikke diagnostisert. Dette gjør at estimatet trolig er for lavt.

Demenssykdom er ofte kombinert med andre diagnoser og funksjonsnedsettelser. Imidlertid har eldre i dag bedre helse enn tidligere og flere studier indikerer at andelen med demens i ulike aldersgrupper er i ferd med å synke. Men siden det blir flere eldre de neste 10-årene vil antallet med demens likevel øke betydelig.

I Norge er det gode estimater for forekomsten av demens i sykehjem og blant hjemmeboende tjenestemottakere. I overkant av 80 % av de som har langtidsplass i sykehjem har demenssykdom, og over 40 % av dem som er over 70 år og får hjemmetjenester har demens. Ved å slå sammen disse tallene kan det anslås at det er om lag 71 000 personer med demens blant hjemmeboende tjenestemottakere og sykehjemsbeboere.

Det er beregnet at en person med demens gjennomsnittlig koster det norske samfunnet 362 800 kroner per år. Det innebærer at de totale helse- og omsorgskostnadene knyttet til demens er på ca. 28 milliarder kroner pr år.

Forskerne er dessverre ennå langt fra å utvikle en behandling som kan kurere demens. Dersom det skulle lykkes å utvikle en kurerende behandling vil det ha stor betydning for den enkelte og for helse- og omsorgstjenestene. Kurativ behandling er derfor et viktig forskningsfelt. Men siden kurerende behandling trolig ligger langt fram i tid er det også viktig å forske på tiltak som kan bidra til å utsette eller forsinke sykdomsutviklingen og å minske konsekvensene av demenssykdom.

Ettersom forekomsten av demens øker med alderen vil det av demografiske årsaker bli en fordobling av personer med demens fram mot år 2040. Dette vil sette sterkt preg på de kommunale helse- og omsorgstjenestene når det gjelder kapasitet, kompetanse og faglig tilnærming, fysisk utforming og arkitektur samt samspill med pårørende og frivillige, men også i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten.

Personer med kognitiv svikt/demens er en særlig sårbar gruppe og kan ha vansker med å håndtere sin egen situasjon og sykdommer, og dermed ha behov for ekstra oppfølging og tilrettelegging. Helse- og omsorgspersonell bør være oppmerksomme på at multisyke personer har høyere risiko for depresjon og angst. I tillegg har pårørende høyere risiko for stressbelastning.

Med høyere alder øker risikoen for multisykdom og dermed også antall legemidler som brukes. Dette øker sjansen for feil og unødvendig bruk samt uheldige kombinasjoner av legemidler. Eldre er særlig sårbare for bivirkninger og andre legemiddelrelaterte problemer. Grundig medisinsk utredning, legemiddelgjennomganger, oppdaterte legemiddellister og

god oppfølging av eldre pasienter med flere sykdommer er en forutsetning for å kunne redusere omfang av bivirkninger og andre legemiddelrelaterte problemer.

På grunn av den høye forekomsten av samsykelighet hos personer med demens må helse- og omsorgspersonell som arbeider med denne pasientgruppen også ha kompetanse innen aldersmedisin, lindrende behandling, de vanligste nevrologiske tilstander i tillegg til demenssykdommer. God informasjonsflyt mellom legevakt, fastleger, sykehjemsleger og personalet i hjemmetjenesten/sykehjemstjenesten er nødvendig.

Kompetanse

Virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester skal sørge for at ansatte gis den opplæring, videreutdanning og etterutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid faglig forsvarlig.

Kompetanse på demens innebærer blant annet gode kunnskaper om demenssykdommer, kommunikasjon, kartleggingsverktøy, ernæring, lindrende behandling, miljørettede og psykososiale tiltak og aktiviteter, legemiddelbehandling samt etikk og lovhjemler for bruk av tvang. I tillegg er det nødvendig med god kjennskap til relevante tilbud i egen kommune for å kunne sette inn tiltak i tråd med sykdomsutviklingen til personer med demens samt pårørende.

Personsentrert omsorg og behandling

I praktisk personsentrert omsorg og behandling er individuell tilpasning sentralt. Tiltak som iverksettes skal være tilpasset personens interesser, behov og ressurser og justeres på bakgrunn av endringer som følge av demensutviklingen. I personsentrert omsorg og behandling er det vesentlig at omsorgspersonene bestreber seg på å forstå de opplevelsene som personen med demens har, gjennom innlevelse og empati. Atferd i form av uro, agitasjon eller apati må vurderes som uttrykk for behov som ikke er ivaretatt, forsøk på å kommunisere frustrasjon, ubehag, smerte eller som reaksjoner på uheldige eller uønskete stimuli fra omgivelsene.

Personsentrert omsorg og behandling i praksis innebærer at tjenesteapparatet har:

- En ledelse med kunnskap om personsentrert omsorg og behandling og som formidler dette verdigrunnlaget gjennom virksomhetens visjon og løpende prioriteringer og avgjørelser.
- En organisasjonsstruktur hvor det legges til rette for dialog med og medvirkning fra tjenestemottakere og pårørende.
- Et personale med nødvendig kompetanse, kommunikative og relasjonelle ferdigheter samt engasjement i arbeidet.
- Personalet må utøve sin praksis i tråd med gjeldene faglige og etiske normer.

- Et system for det løpende forbedringsarbeidet basert på personsentrert omsorg og behandling som gir seg utslag i behovsdekning, brukertilfredshet, opplevelse av medvirkning og trivsel.

Hukommelsesteam/koordinator
Da tjenestene gitt av helse- og omsorgspersonell skal være helhetlige og koordinerte bør kommunen organisere deler av tjenestene som hukommelsesteam/koordinator.

- Hukommelsesteam/koordinator bør bistå fastlege i utredning av personer med mistanke om demens og ha et hovedansvar for å sikre at oppfølging i hjemmet tilbys etter at demensdiagnose er satt. I hvert enkelt utredningstilfelle må fastlege og hukommelsesteam/koordinator avklare definerte arbeidsoppgaver seg i mellom.
- Kommunen skal tilby koordinator til personer med demens som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Om tjenestemottaker ønsker det, skal en individuell plan utarbeides. Personer med demens uten behov for hjelp fra flere instanser over tid, og deres pårørende, bør også få tilbud om en fast koordinator med kompetanse om demens. Koordinatoren kan være en del av et hukommelsesteam og bør følge personen og pårørende fra utredning/diagnostisering og videre gjennom sykdomsforløpet til eventuell overgang til heldøgns omsorg.

Betydningen av tidlig utredning og korrekt diagnose
Utredning og diagnostikk er en forutsetning for å yte effektiv helsehjelp til en pasient med mistanke om demens. Utredning må alltid baseres på frivillighet, bortsett fra tilfeller der pasienten mangler samtykkekompetanse og motsetter seg helsehjelp. Oppfatningen om hva som er rett tid for å utrede og diagnostisere demens varierer hos pasienter, pårørende og helsepersonell. Både erfaringer fra fagmiljø og tilbakemeldinger fra pårørende tilsier at bekymringer om kognitiv svikt lett bagatelliseres av helsepersonell, og at utredning og diagnostisering av demens i mange tilfelle skjer for sent i sykdomsforløpet. Selv om ikke demens kan kureres vil forløpet kunne påvirkes positivt gjennom tilpassede tiltak og oppfølging.

Det er primærlege (fastlege/sykehjemslege) som har ansvaret for at utredning blir tilbudt pasienten til rett tid. Enten i forbindelse med at pasient oppsøker sin primærlege med bekymring for egen kognitive fungering, eller at primærlege i andre konsultasjoner observerer kognitive symptomer som gir mistanke om demenssykdom, og dermed tilbyr/motiverer personen til utredning. Annet helse- og omsorgspersonell som er i regelmessig kontakt med en pasient/bruker, for eksempel hjemmesykepleie, bør være oppmerksomme på endringer i tenkning og/eller dagliglivets funksjon som kan gi mistanke om demenssykdom. De bør i slike tilfeller informere hukommelsesteam/koordinator, eller pasientens primærlege, om sin bekymring etter samtykke fra pasient.

Betydningen av god samhandling i helse- og omsorgstjenesten

Systematisk organisert samarbeid mellom primærlege, øvrig kommunalt helse- og omsorgspersonell og spesialisthelsetjeneste er en forutsetning for å kunne støtte og ivareta personer med demens og deres pårørende. Slik legges grunnlaget for at personer med demens kan bli utredet, får informasjon om diagnosen og mulighet for behandling og oppfølging. Målsetningen må være å legge til rette for at personer med demens skal kunne bo i egen bolig så lenge som det er praktisk mulig, og at de der gis mulighet for tilrettelagt fungering og mestring.

Basisutredning av personer ved mistanke om demens

Basisutredning ved mistanke om demens bør vanligvis utføres av pasientens primærlege (fastlege eller sykehjemslege)[1,2]. Utredningen bør foregå i samarbeid med personell fra helse- og omsorgstjenesten, gjerne hukommelsesteam/koordinator, med kompetanse om demens.

Videre oppfølging ved primærlege

Primærlegen bør følge opp pasientens demenssykdom minst hver 6.-12. måned, og oftere ved behov. Det kan være hensiktsmessig at en pårørende, hukommelsesteam/koordinator eller en fast kontakt i hjemmetjenesten er med ved konsultasjoner dersom pasienten ønsker det.

En gang i året, eller oftere ved behov, bør det gjennomføres:

- Somatisk undersøkelse
- *Vurdering av kognitiv funksjon (Mini Mental Status Evaluering MMSE-NR2, bruk nytt oppgavesett ved re-test samt Norsk Revidert Klokketest)*
- *Vurdering av APSD*
- *Vurdering av sikkerhet i hjemmet/bolig*
- *Vurdering av pårørendes stressbelastning*

To ganger i året, eller oftere ved behov, bør det gjøres:

- *ADL-vurdering*

Hukommelsesteam/koordinator og hjemmebaserte tjenester

Ved mistanke om demens er det hensiktsmessig at hukommelsesteam/koordinator gjennomfører kartlegging av henholdsvis pasient og pårørende, etter avtale med primærlege. Kartleggingen bør omfatte vurdering av kognitiv funksjon, ADL-funksjon,

sikkerhet i bolig, psykisk funksjon og pårørendes belastning[1].

Hukommelsesteam/koordinator bør ha hovedansvar for oppfølging i hjemmet for personer med demens og deres pårørende etter at demensdiagnosen er stilt, uavhengig om pasienten mottar hjemmetjenester eller ei. Der personen med demens mottar hjemmetjenester bør det etableres samarbeid mellom hukommelsesteam/koordinator og hjemmetjenesten[2].

1. Primærlege er ansvarlig for å igangsette utredning av mulig demenssykdom. Etter avtale med primærlegen kan hukommelsesteam/koordinator utføre kartlegging av pasient og pårørende. Anbefalt kartleggingsverktøy finnes på nettsidene til Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

2. Det er nødvendig at hukommelsesteam/koordinator i samarbeid med de hjemmebaserte tjenestene tilstreber at personer med demens i størst mulig grad møter fast personale for å sikre stabilitet og kontinuitet.

Vurdering og innføring av tiltak etter en individuell kartlegging av personen med demens sine ressurser og behov, formuleres i personens tiltaksplan som evalueres og tilpasses regelmessig til eventuell overgang til heldøgnsomsorg.

Ved mistanke om demens hos en sykehjemsbeboer er det sykehjemslege, i samarbeid med annet helse- og omsorgspersonell ved sykehjemmet, som skal foreta utredningen. Det bør samles inn informasjon fra beboeren og eventuelt pårørende. Informasjon om pasientens helsetilstand før innleggelsen i sykehjemmet, via journaler og epikriser, skal inngå i dette.

For demensutredning i sykehjem har Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse utviklet et eget kartleggingsverktøy til bruk for helsepersonell og sykehjemsleger, som anbefales brukt.

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 at helsehjelp bare kan gis med pasientens samtykke. Innhenting av informasjon om pasienten fra pårørende krever slikt samtykke fra pasient, så fremt pasienten ikke er vurdert til å mangle samtykkekompetanse, se kapittel "Aktuelt lovverk".

Spesialisthelsetjenesten

Aktuell spesialisthelsetjeneste bør utrede personer med mistanke om demens i følgende tilfeller:

- personer med kompliserte/atypiske tilfeller av kognitiv svikt
- yngre personer under 65 år (kun veiledende aldersgrense), se kapittel "Grupper som kan ha særlige behov"

- personer med utviklingshemning, se kapittel "Grupper som kan ha særlige behov"
- personer med minoritetsbakgrunn der språk, utdanningsnivå og eventuelt kultur er en barriere i utredningen, se kapittel "Grupper som kan ha særlige behov"
- personer med samisk kulturbakgrunn der språk, utdanningsnivå og eventuelt kultur er en barriere i utredningen, se kapittel "Grupper som kan ha særlige behov"
- personer med alvorlige atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens
- andre særlig kompliserte tilfeller (for eksempel ved kompliserte komorbide somatiske og/eller psykiske lidelser og/eller nettverksproblemer samt juridiske og/eller etiske konflikter)

Utredning ved mistanke om demens skal som regel utføres av pasientens primærlege (fastlege eller sykehjemslege). Unntakene er de overnevnte tilfellene der aktuell spesialisthelsetjeneste bør foreta utredningen. Uavhengig av dette har spesialisthelsetjenesten et veiledningsansvar for å støtte primærhelsetjenesten (primærlege/hukommelsesteam/koordinator) i utredning og oppfølging av personer med mistanke om demens, ved behov.

Miljørettede tiltak og aktiviteter

Gjennom bruk av personsentrert omsorg og behandling legges det til rette for at personer med demens så langt som mulig skal kunne opprettholde sin personlige autonomi gjennom demensforløpet. Selv om nivået av selvbestemmelse vil reduseres må det tilstrebes å finne løsninger som ivaretar personer med demens sine muligheter for å utøve ønskede aktiviteter. Pårørende, sosiale nettverk, frivillige og helse- og omsorgssektoren er sentrale aktører for at de psykososiale behovene til personer med demens i størst mulig grad kan ivaretas.

Personer med demens er en spesielt sårbar gruppe, og anbefalingene om psykososial oppfølging forutsetter at basale behov er møtt. Faktorer som matlyst, søvn, uro, stemningsleie, smerter med mer kan påvirkes positivt gjennom individrettede psykososiale og fysiske aktiviteter i dagliglivet.

- Virksomheten skal legge til rette for at personer med demens kan være fysisk aktive i minst 30 minutter hver dag.

- Virksomheten skal legge til rette for psykososiale aktiviteter som tar utgangspunkt i personen med demens sine egne interesser og funksjonsnivå. Aktivitetene formuleres i personens tiltaksplan, som evalueres og tilpasses regelmessig.
- Virksomheten skal tilby miljømessige og psykososiale tiltak basert på personsentrert omsorg og behandling som førstevalg ved forekomst av atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD). Legemiddelbehandling bør først forsøkes ved alvorlig symptombelastning der psykososiale tiltak ikke er tilstrekkelig, eller dersom det foreligger en akutt risiko for skade, se anbefaling om legemiddelbehandling ved APSD.
- Kommunen bør tilby tilrettelagt og tilpasset dagaktivitetstilbud til personer med demens. Dagaktivitetstilbudet bør inneholde både sosiale, kognitive og fysiske aktiviteter.

  Aktivitetene som tilbys skal bidra til å ivareta deltakerens funksjoner i dagliglivet, fremme livskvalitet og å bidra til å forebygge/redusere isolasjon og ensomhetsfølelse. I tillegg vil dagaktivitetstilbudet kunne innebære avlastning og støtte til pårørende. Helse- og omsorgstjenesteloven fastsetter en plikt for kommunene til å tilby et dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens, gjeldende fra 1. januar 2020.

Velferdsteknologi

Kommunen bør vurdere om velferdsteknologi kan tilrettelegge for at personen med demens kan bo lengre hjemme i trygge omgivelser og samtidig mestre egen livssituasjon med sykdom og redusert helse. Velferdsteknologi bør også vurderes i situasjoner hvor pårørende og omsorgspersoner har behov for avlastning.

Dette innebærer blant annet:

- Vurdering av teknologiens nytteverdi ut ifra den enkeltes og pårørendes ønske og behov.
- Kartlegging av den enkeltes og pårørendes evne og mulighet til å lære seg å ta teknologien i bruk.
- Sikre gode rutiner for oppfølging fra pårørende, andre omsorgspersoner og/eller helsepersonell.
- I tilfeller med manglende samtykkekompetanse må teknologiens nytteverdi vurderes opp mot andre alternativ.
- Vurdere å tilpasse innbyggers bolig i en tidlig fase av sykdomsutviklingen, ut ifra boligens mulighetsrom, innbyggers ressurser og helsetilstand, preferanser, vaner og rutiner. Slike velferdsteknologiske tilpasninger i kan være belysning, sensorteknologi

og/eller fargekontraster som kan fremheve viktig informasjon og lette orientering i boligen og lignende.

Kartlegginger og vurderinger kan gjerne gjennomføres av hukommelsesteam/koordinator i kommunehelsetjenesten, eller av helse- og omsorgspersonell i spesialisthelsetjenesten når dette er relevant

Botilbud

Kommunen skal ha botilbud som er utformet slik at personer med demens med behov for heldøgns omsorgstjenester får tilpassede omgivelser som gir mulighet for struktur, aktivitet, stimulering og kognitiv støtte. Botilbudene skal også legges til rette for pårørendes besøk og deltakelse.

Pårørende

Pårørende til personer med demens er ofte en sentral ressurs i vedkommende sitt liv, både når det gjelder praktisk, følelsesmessig og sosial støtte. Pårørendes risiko for belastning knyttet til omsorgsrollen er velkjent. Belastning hos pårørende kan ha alvorlige konsekvenser for pårørendes egen helse, i deres rolle som omsorgsgiver og som samarbeidspartner med kommunens helse- og omsorgstjeneste. Utøver av oppfølgende tiltak må inneha kompetanse knyttet til pårørendes situasjon, risikofaktorer knyttet til belastning og pårørendes reaksjoner i deres livssituasjon.

Det er primært kommunen som har ansvaret for oppfølging av pårørende til personer med demens. For pårørende til personer med demens som utredes i spesialisthelsetjenesten må den aktuelle spesialisthelsetjenesten tilby nødvendig oppfølging til disse.

- Kommunen og/eller spesialisthelsetjenesten skal sørge for nødvendig informasjon, oppfølging og avlastning (sistnevnte kun kommunens ansvar) for pårørende til personer med demens gjennom hele sykdomsforløpet. En kombinasjon av ulike tiltak bør tilbys, iverksettes og evalueres etter en individuell kartlegging og vurdering av pårørendes ønsker, ressurser og behov.

- Kommunen og/eller spesialisthelsetjenesten skal sikre at nærmeste pårørende tilbys informasjon og medvirkningsmuligheter sammen med personen med demens før avgjørelser om helsehjelp/tiltak fattes dersom personen selv ikke har samtykkekompetanse.

- Kommunen og/eller spesialisthelsetjenesten skal sikre at det tilbys spesielt tilrettelagt informasjon til mindreårige barn av foreldre med demens.

- Kommunen skal sikre at pårørende tilbys informasjon om aktuelle kommunale tjenester og aktuelt regelverk, herunder økonomiske rettigheter.

- Helsepersonells samarbeid med pårørende bør bygge på:

- kunnskap og erfaring med å møte familier i krise
- anerkjennelse av pårørendes kompetanse og erfaring
- forståelse av ulike behov mellom ulike familier og innad i familier
- kunnskap om faktorer som er av betydning for pårørendes opplevelse av mestring og risiko for belastning:
    - hos pårørende selv
    - hos personen med demens
    - i relasjonen mellom dem

kompetanse om hvilke fysiske, psykiske, sosiale og økonomiske konsekvenser pårørendebelastning kan gi

kunnskap om kommunikasjon med personer med demens

Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang

En legemiddelgjennomgang er en systematisk fremgangsmåte for å kvalitetssikre den enkelte pasients legemiddelbruk, for å ivareta effekt og sikkerhet. Legemiddelgjennomganger skal baseres på en samstemt legemiddelliste fra aktuelle behandlingsnivå, samt relevante kliniske opplysninger.

Selve legemiddelgjennomgangen kan gjøres av behandlende lege alene eller i tverrfaglige team der behandlende lege er en del av teamet. Legen er ansvarlig for den endelige beslutning om videre legemiddelbehandling for pasienten.

Målet med en legemiddelgjennomgang er å sikre at den enkelte pasient oppnår god effekt av legemidlene samtidig som risiko for uheldige virkninger minimaliseres og håndteres. Med en systematisk gjennomgang av legemiddelbruken vil rekvireringen kunne endres, enten ved at legemidler seponeres, dosen justeres, eller at nye legemidler forskrives for ytterligere å forbedre legemiddelbehandlingen. Den mest vanlige endringen ved legemiddelgjennomganger, særlig for eldre, er at legemidler ikke lengre anses som nødvendige og blir seponert

Behandlende lege er ansvarlig for den endelige legemiddelrekvireringen og beslutningene som fattes om legemiddelbehandling av pasienten.

Fastlegen skal i følge fastlegeforskriften §25 vurdere å gjennomføre legemiddelgjennomganger for pasienter som bruker fire legemidler eller mer, eller når dette

ansees nødvendig. Før det gjennomføres legemiddelgjennomgang må det være foretatt legemiddelsamstemming

Referat fra folkemøte om fremtidens demensomsorg

Torsdag den 15.juni 2017

26 fremmøtte. Politikere, ansatte og øvrige innbyggere.

Innlegg fra Klaus Amundsen. Kløveråsen kompetansesenter

- Tenke lurt rigge helsebygg innen pleie og omsorg som om at alle er demente. Bygg for demente kan alle personer bo i.

Innlegg fra Mona Hansen. Demenskoordinator Fauske kommune

-

Debatt

Se faglige retningeslinjer og Ny faglig veileder for demensomsorgen – Helsedirektoratet.

1. Personer med demens som har pårørende. Disse bor lengre hjemme og pårørende opplever en lettelse når den demente endelig får plass. Pårørden kan i enkelte tilfeller oppleve det vanskelig å gi slipp, de har levd sammen i et langt liv. Også økonomisk grunner.
2. Det oppleves av påreørende at det er en kamp om plassene og en kamp om tilstrekkelsige resursser. Pårørende mener at det må gjøres noe med deltidskulturen. Norsk sykepleierforbud se sak deltidstilling. Folk bør få økt stillingsstørrelse noe som gir mere stabilitet. Økte kompetanse.
3. Når pasienter kommer inn på avlastning første gang er de så syk at en ikke forstår hvordan pårørende har klart å ha de hjemme.
4. Parkeringsplass som uteområde –
5. Partnere til de som får plass er så svært ærekjær, det er belastende å ha den demente hjemme, for enklete besøker de sine så mye på institusjon at det oså blir en belastning for dem.
6. Bygningsmasse ikke er tilrettelagt og av den grunn så har de på skjermet avdeling ikke mulighet til å sette i gang miljøtiltak som skal være utprøvd før medisinering.
7. Eiaveien – befaring egentlig ikke landet hvor en skal bygge opp demensomsorgen. Fleksibygg noe usikkert for fremtiden – hvordan kan disse omgjøres. Politikken trenger mere klarer bestilling.
8. Yngre personer med demens der ektefelle er i jobb. Dagtilbud utover 9-14 utvidet dagtilbud ettermiddag iog mulighet til å kvile seg.
9. Folk blir lokket til å bo hjemme på grunn av velferdsteknologi
10. Folk og behov er veldig individuelt. Hadde kommunen hatt et ettermiddag /kveldstilbud ville det avlaste hjemmetjenesten.
11. Lettere demente kan bo i omsorgsbolig med heldøgns omsorg. Hjemmel om tvang.
12. Bygge ut hjemmetjenesten. Bygge opp kompetanse og forstå å samtale med de hjemmeboende dement.
13. Politikere velger stådig nye veier å gå skaper usikkerhet …
14. Når det skal bygges skal alle fagfolk tas med og arkitekten må ståsutenfor. Fagfolk vet hvordan rommet til demente skal se ut.
15. Utreningen av Eiaveien var gjort.
16. Utadgering i avdelingen er meget resusskrevende

Verdighetsenteret
OMSORG FOR GAMLE

Frivillighet i omsorg
- Hvordan tilrettelegge for et godt samarbeid?

Fauske, september 2017

ved Beate Magerholm, Verdighetsenteret

Verdighetsenteret

Ideell stiftelse
Nasjonalt kompetansesenter

Tverrfaglig fokus i møtepunktet mellom:

Omsorg ved livets slutt (Palliative care)
Eldreomsorg
Demensomsorg
Frivillig innsats – eldreomsorg

Tilbyr tre nasjonale videreutdanninger, seminarer og konferanser samt faglige Publikasjoner og utviklingsprosjekter

Verdighetsenteret
OMSORG FOR GAMLE

Avdeling:
Frivillighet og kultur

Hovedmål:
Å være faglig foregangsaktør innen feltet og bidra til bærekraftig forankring av frivillighet i eldreomsorg

Arbeidsområder:
Utdanning og opplæring
Forskning og fagutvikling
Opinionsdannelse
Rådgivning og veiledning

Verdighetsenteret
OMSORG FOR GAMLE

Verdighetsenteret ønsker å bidra til å gi sårbare gamle maksimal mulighet til helse, autonomi, omsorg og livskvalitet – med særlig fokus på den voksende gruppen demenspasienter

Verdighetsenteret
OMSORG FOR GAMLE

Stortingsmeldingen «Morgendagens omsorg»

Økt satsing på opplæring av frivillighetskoordinatorer i regi av Verdighetsenteret.

Frivillighetskoordinatorer kan bidra til å mobilisere, organisere og koordinere frivillighetsarbeidet.

DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 29
(2012–2013)
Melding til Stortinget

Morgendagens omsorg

Verdighetsenteret
OMSORG FOR GAMLE

Verdighetsenteret skal utvikle og spre tverrfaglig utdanningsprogram for koordinering av frivillig innsats i kommunene.

Verdighetsenteret
OMSORG FOR GAMLE

Også i Demensplan 2020 trekkes styrket samarbeid med frivillig sektor frem som en av flere strategier.

Verdighetsenteret
OMSORG FOR GAMLE

Frivillige som viktige samarbeidspartnere

- ✓ Et «levende» omsorgstilbud
- ✓ Sosialt nettverk
- ✓ Helse og livskvalitet
- ✓ Møte mellom mennesker

Verdighetsenteret
OMSORG FOR GAMLE

Vi ser at gjestene våre og de frivillige kommer veldig godt overens. Jeg husker en gang da det ble snakk om en måneformørkelse som hadde skjedd på 50-tallet en gang. Frivillige og gjester mimret i vei. Vi medarbeiderne som var født på 70-tallet hadde ingenting å stille opp med. ***(Camilla Dragseth Berg, Teamleder, Villa Fredrikke aktivitetshus)***

Verdighetsenteret
OMSORG FOR GAMLE

«For beboerne betyr samarbeideidet med de frivillige at de får muligheten til å fortsette livet mest mulig likt det livet de hadde før de fikk et hjelpebehov» ***(Lena Nilsen, Frivillighetskontakt, Filten, Hamborgstrøm)***

Verdighetsenteret
OMSORG FOR GAMLE

Frivillighetstjenesten skaper relasjoner og opplevelser som minner om dem man hadde da man var «med i verden»

Beboer på sykehjem

Hva kjennetegner et godt samarbeid?

✓ De frivillige møtes på en god måte

✓ Ansatte opplever at frivillige gir avlastning og glede i arbeidshverdagen

✓ De frivillige ses som en ressurs

✓ Gjensidig tillit

✓ God oppgaveavklaring

✓ Aktiviteter planlegges og utføres sammen – et godt team

✓ Gi og ta forhold

Verdighetsenteret
OMSORG FOR GAMLE

Samarbeidet med de frivillige er helt fantastisk. Det er viktig at vi er et team, og det er vi her. Å ha frivillige på arbeidsplassen gir nye muligheter. Jeg har merket en enorm endring etter at vi startet samarbeid med frivillige her for to år siden. Det gjør at vi for eksempel kan realisere en velværesalong ***(Helsefagarbeider, Filten, Drammen kommune)***

Verdighetsenteret
OMSORG FOR GAMLE

Suksesskriterier for samarbeid med frivillige

- ✓ Frivillige skal ikke erstatte lovpålagte oppgaver
- ✓ Frivillige er ikke billig arbeidskraft
- ✓ Frivillige kan ikke settes til oppgaver de ikke ønsker å gjøre
- ✓ Frivillighetstjenesten må være forankret i alle ledd
- ✓ Frivillige og ansatte må ha kunnskap om hverandre

DRAMMEN
SANITETS-
FORENING

Utfordringer for samarbeidet

✓ Taushetsplikten – frykt for samarbeid

✓ Uklarhet rundt grenseoppgangene og rolleavklaring – profesjonsstrid

✓ Uenighet om hvordan frivillige skal bidra – manglede intern frivillighetspolitikk

✓ Frivillige er utrygge i frivilligrollen

✓ Dårlig informasjonsflyt – manglende forankring

Verdighetsenteret
OMSORG FOR GAMLE

Hva kjennetegner problemer i samarbeidet?

- ✓De frivillige opplever å ikke bli godt møtt
- ✓ Uklare forventninger til hva frivillige skal gjøre
- ✓ Frivillige blir satt til oppgaver som ansatte skulle ha gjort
- ✓ De frivillige opplever at de er i veien…

… og det gjør de ansatte også

Verdighetsenteret
OMSORG FOR GAMLE

Behov for å sette samarbeid med frivillige i system

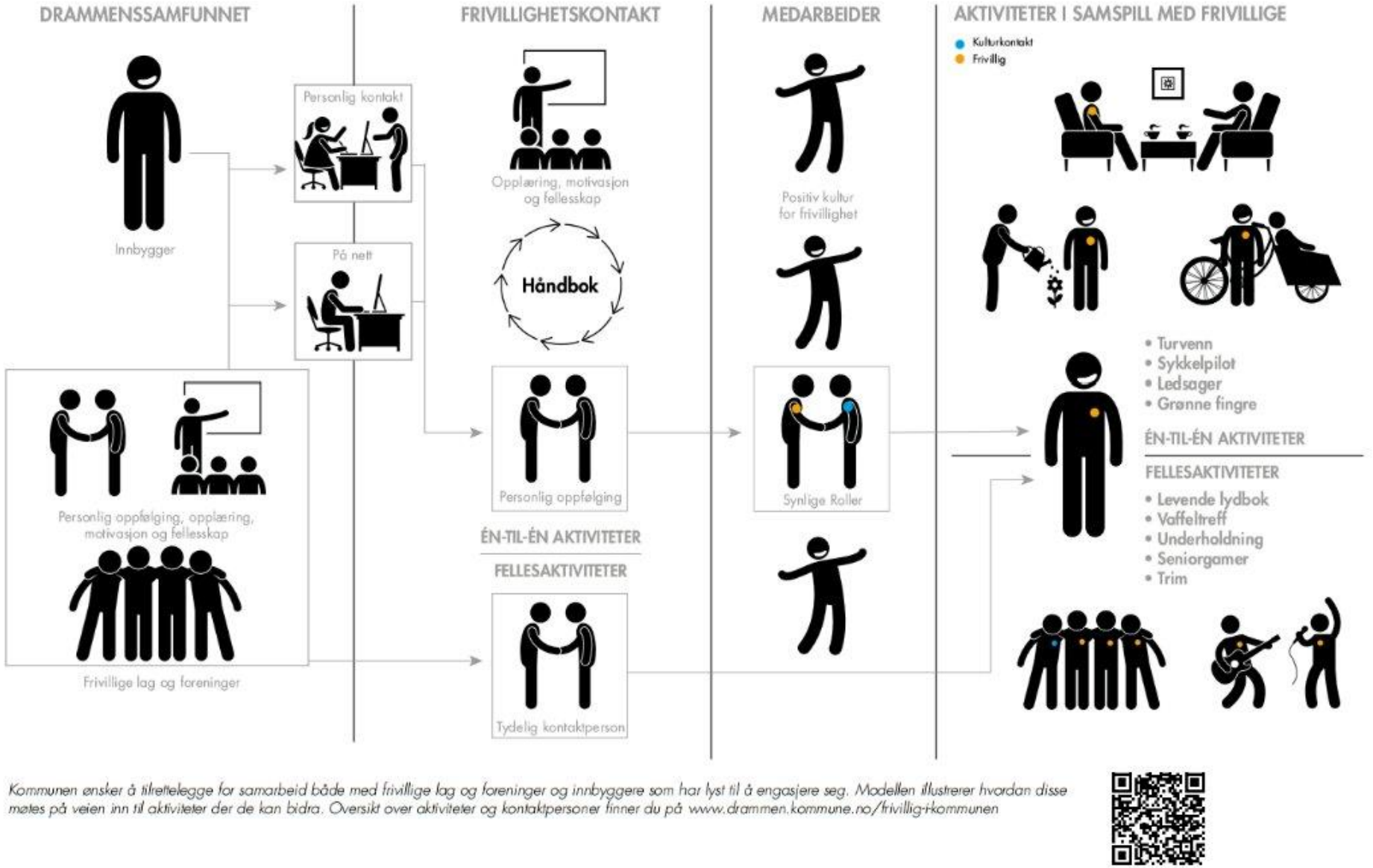
- ✓ Samarbeidskultur – forankring hos ledelse og ansatte
- ✓ Profesjonsstrid – tydelig rolleavklaring
- ✓ Trygghet – kunnskap til både frivillige og ansatte
- ✓ Overførbarhet
  – mindre avhengig av enkeltpersoner
- ✓ Kontinuitet og god folkehelse

Verdighetsenteret
OMSORG FOR GAMLE

Koordinatoren har en helt sentral rolle i arbeidet med å skape en god kultur for frivillighet.

(Herrestad, Lundereng, Øhrn)

Erfaringer fra Drammen kommune



Kommunen ønsker å tilrettelegge for samarbeid både med frivillige lag og foreninger og innbyggere som har lyst til å engasjere seg. Modellen illustrerer hvordan disse møtes på veien inn til aktiviteter der de kan bidra. Oversikt over aktiviteter og kontaktpersoner finner du på www.drammen.kommune.no/frivillig-i-kommunen

Verdighetsenteret
OMSORG FOR GAMLE

Mål:

Utvikling og implementering av ny modell for samspill mellom Drammen kommunes helse- sosial og omsorgstjeneste og frivillig sektor, som styrker alle parter.

Visjon:

Å skape en god samarbeidskultur mellom medarbeidere og frivillige som vil legge til rette for en aktiv hverdag og økt livskvalitet for innbyggerne som mottar tjenester fra kommunen, og også for den enkelte frivillige.

Verdighetsenteret
OMSORG FOR GAMLE

Hvordan skal den enkelte frivillige forholde seg og hvordan skal arbeidet med frivillige organiseres. Det var spørsmål vi trengte svar ***(Anniken Blichfeldt Muren, Helsesjef Drammen kommune)***

Verdighetsenteret
OMSORG FOR GAMLE

Modellen

1. **Nettverkskoordinator – frivillighet**: har ansvar for implementering og videreutvikling av modellen samt koordinering av frivillighetskontaktene

2. **Frivillighetskontakter i virksomhetene**: har ansvar for å følge opp de frivillige lokalt i virksomheten

3. **Forum for Frivillighetskontakter**: er en faglig møteplass for frivillighetskontaktene

4. **Digital håndbok for frivillighetskontakter**: er frivillighetskontaktenes arbeidsverktøy

5. **Introduksjonskurs og kompetansetiltak for frivillige**: skal motivere, gi trygghet og skape fellesskap

6. **Kulturbygging i virksomhetene**: er tiltak for å skape en god kultur for samarbeid med frivillige i virksomhetene

7. **Frivillighet på tvers**: er forum som samarbeider om å finne gode løsninger på oppgaver knyttet til frivillighet på tvers av kommunens ulike sektorer

Verdighetsenteret
OMSORG FOR GAMLE

- Styrke kommunens kompetanse på samhandling med frivillig sektor innen HSO
- Veileder for frivillighetskontakter i virksomhetene og ledere
- Kontaktperson for frivillige organisasjoner
- Implementering, oppfølging og videreutvikling av modellen
- Ansvar for forum for frivillighetskontakter, og introduksjonskurs for frivillige
- Ansvar for digital håndbok for frivillighetskontakter
- HSO 's representant i Frivillighet på tvers og bindeledd til frivillighetskoordinator på Rådhuset
- Stilling ved Helsetjenesten. Anbefalt stillingsstørrelse 60% +

1.

Nettverkskoordinator, frivillighet –

Veilederen med overblikket

Verdighetsenteret
OMSORG FOR GAMLE

- Kartlegger frivillighet i nærmiljøet
- Knytter frivillige lag og foreninger til aktiviteter lokalt i virksomheten
- Tilrettelegger møteplasser for de frivillige i virksomheten
- Opplæring og oppfølging av frivillige internt i virksomheten, individuelt eller i gruppe
- Bidrar under introduksjonskurs for frivillige
- Brobygger mellom frivillige, medarbeidere og tjenestemottakere
- Arbeider med å bygge en god kultur for samarbeid med frivillige lokalt i virksomheten
- Anbefalt stillingsstørrelse: 40% +

2.

Frivillighetskontakter i virksomhetene –

Brobyggere på arbeids-plassen

Verdighetsenteret
OMSORG FOR GAMLE

«Gjennom mange års samarbeid med flere av byens institusjoner ser vi at der vi har kontaktperson/er på stedet har det frivillige arbeidet fungert godt og det har ofte vart over tid. Noe som gir positive effekter både for de frivillige og for institusjonene. Der det ikke har vært kontaktperson/ mottakerapparat opplever vi at det ofte blir større «gjennomtrekk» av frivillige.»

(Irene Sand Sørsdahl, Leder, Drammen Friviligsentral)

Hovedinngang

Verdighetsenteret
OMSORG FOR GAMLE

- Halvdagsmøte 2 ganger per halvår
- Faglig påfyll og erfaringsutveksling
- Tilrettelegger for lik praksis på tvers av virksomhetene
- Faglig nettverk for frivillighetskontaktene
- Kompetanseheving og motivasjon

3.

Forum for frivillig-hetskontakter –

En faglig møteplass

Verdighetsenteret
OMSORG FOR GAMLE

I utgangspunktet kan jobben min være ensom, og da er det kjempeviktig med et nettverk. ***(Wenche Mondal, Frivillighetskontakt, Fjell)***

Verdighetsenteret
OMSORG FOR GAMLE

Det å ha et forum som dette har hjulpet meg i gang med å innlede samarbeid med frivillige, og jeg har fått veksle erfaringer med de andre når det gjelder å starte opp aktiviteter. Det er nyttig å høre hvor langt de andre er i sine prosjekter og hva som fungerer og ikke fungerer så godt. Det er fint med en samarbeidsgruppe som jobber mot de samme målene og å få informasjon av Nettverkskoordinator som leder gruppen om videre arbeid i frivillighet er meget nyttig. ***(Ellen Hagen, Frivillighetskontakt, Åskollen)***

Verdighetsenteret
OMSORG FOR GAMLE

- Utviklet i samarbeid med frivillighetskontaktene
- Råd og inspirasjon fra innledning til avslutning av samarbeidet
- Maler til utskrift
- Undervisningsmateriell
- Tilrettelegger for lik praksis på tvers av virksomhetene

4.

Digital håndbok –

Frivillighetskontaktenes arbeidsverktøy

Verdighetsenteret
OMSORG FOR GAMLE

Digital håndbok, frivillighetskontaktenes arbeidsverktøy

Verdighetsenteret
OMSORG FOR GAMLE

5.

Introduksjonskurs og kompetanseheving for frivillige –

Å trygge den frivillige i rollen som frivillig

- Felles introduksjonskurs – spisset opplæring lokalt i virksomheten
- Sikrer god opplæring for alle frivillige
- Felles praksis på tvers av virksomhetene
- Trygger frivillige i møte med en sårbar gruppe
- Skal støtte den frivillige til å sette egne grenser
- De frivillige kan bygge nettverk
- Gir de frivillige en oversikt over frivillig innsats i HSO

Verdighetsenteret
OMSORG FOR GAMLE

Dette var svært matnyttige temaer som ga meg inspirasjon til å fortsette som frivillig

- Deltaker på introduksjonskurs for frivillige

Verdighetsenteret
OMSORG FOR GAMLE

6.

Kulturbygging i virksomhetene –

Tilrettelegger for det gode samarbeidet

- Ledelse og medarbeidere må involveres
- God informasjonsflyt og oversikt over aktiviteter
- Synliggjøring av frivillighetskontakt og deres rolle
- Samarbeid med frivillige fast punkt på avdelingsmøter
- Informasjon om frivillighetsarbeidet på kurs/fagdager
- Ordning med rullerende kulturkontakt/dagens kontaktperson for de frivillige

Verdighetsenteret
OMSORG FOR GAMLE

✓Det er ikke bare viktig med introduksjonskurs for frivillige
- ansatte må også ha innføring i frivillighetskulturen

✓ Det blir lettere for ansatte å tenke de frivillige inn i samarbeid

✓ De ansatte blir trygge på å samarbeide med frivillige

✓ Motvirker rollekonflikt og profesjonsstrid

✓ Legger til rette for et godt mottaksapparat for frivillige

✓ Kunnskap engasjerer!

Verdighetsenteret
OMSORG FOR GAMLE

Verdighetsenteret
OMSORG FOR GAMLE

7.

Frivillighet på tvers –

Samarbeid på tvers av sektorene

- Forum som legger til rette for et tverrsektorielt samarbeid om oppgaver knyttet til kommunens samarbeid med frivillig sektor
- Skal kunne koordinere tilbud og lage felles arenaer hvor frivillighets-spørsmål kan tas opp
- Skaper en felles forståelse for den frivillige innsatsen i hele kommunen
- Ledes av Frivillighetskoordinator på rådhuset

Verdighetsenteret
OMSORG FOR GAMLE

Suksesskriterier

- ✓ Frivillighetssatsningen er forankret i alle nivåer
- ✓ Nettverkskoordinator – frivillighet med kompetanse innen frivillighet og god kjennskap til kommunen
- ✓ Frivillighetskontakter synliggjøres, og får avsatt en prosent av sin stilling til arbeid med frivillighet i virksomheten. Funksjonsbeskrivelsen blir en del av stillingsinstruksen.
- ✓ Medarbeidere og frivillige har kunnskap om hverandres ståsted.
- ✓ Avklaring av kommunens ansvar i forhold til frivillige, forsikring, taushetsplikt og grenseavklaring i forhold til oppgaver i samråd med kommuneadvokat.

Verdighetsenteret
OMSORG FOR GAMLE

Forankring innebærer en synliggjøring av ansvar i alle ledd

Rådmann
God forankring

Helsetjenesten
Koordinering i HSO

Ledere i virksomhetene
Tilrettelegge for frivillighetskontakt
Viktig forbilde, kulturbygger

FRIVILLIGHETSKOORDINATOR RÅDHUS

- Følge opp frivillighetspolitisk plattform og politiske saker
- Koordinere på tvers av sektor
- Representant i forhold til frivillig sektor
- Bygge interne og eksterne nettverk
- Støtte linjeledelse
- Overblikk, kunnskap om frivillighet
- Nettsider

NETTVERKSKOORDINATOR FRIVILLIGHET

- Veilede frivillighetskontakter
- Koordinere introduksjonskurs for frivillige
- Styrke kompetanse på samhandling med frivillig sektor
- Implementering og oppfølgning av modell og rutiner
- Representant i forum for Frivillighet på tvers

FRIVILLIGHETSKONTAKT

- Knytte frivillige til aktiviteter
- Kontaktperson for frivillige i virksomheten
- Opplæring lokalt
- Bidra til introduksjonskurs for frivillige
- Brobygger mellom medarbeidere og frivillige
- Kulturbygger
- Oppdatere virksomhetens facebook-profil ift frivillige

MEDARBEIDERE

- Samarbeide med frivillige
- Være «dagens kontakt» for frivillige, og sørge for å ønske velkommen og takke for innsatsen
- Økt kunnskap om frivillighet

«Frivillighet på tvers»

Forum for Frivillighets-kontakter i HSO

Verdighetsenteret
OMSORG FOR GAMLE

Takk for oppmerksomheten!

Har du noen spørsmål? Ta gjerne kontakt!

Beate Magerholm, Rådgiver Verdighetsenteret

E-post: bm@verdighetsenteret.no

Telefon: 988 54 020

Folkehelsa i Fauske

- Oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer

FAUSKE KOMMUNE

Folkehelsekommunen der alle trives

Innhold

1. Bakgrunn og lovgrunnlag 3

2. Kilder og statistikk 4

3. Identifiserte folkehelseområder 5

4. Befolkning 12

4.1 Befolkningssammensetning 12

4.2 Befolkningsframskriving 13

4.3. Etnisitet 15

5. Oppvekst - og levekårsforhold 16

5.1 Inntekt og økonomi 16

5.1.1 Lavinntekt 16

5.1.2 Inntektsulikhet 18

5.2 Arbeid 19

5.2.1 Sykefravær 20

5.2.2 Nedsatt arbeidsevne 21

5.2.3 Uføretrygd 22

5.2.4 Sosialhjelp 23

5.3 Næring 24

5.4 Boligforhold 25

5.5 Barnehage 25

5.6 Grunnskole 27

5.7 Utdanning 31

5.8 Tjenester tilknyttet oppvekst 34

5.9 TIMS – tidlig innsats målrettet samhandling 37

5.10 Foreldrestøtte 37

5.11 Vårres unga, vårres fremtid 38

5.12 Sosialt miljø 39

5.12.1 Kultur, fritidstilbud og frivillig innsats 39

5.12.2 Trivsel 42

5.12.3 Mobbing 44

5.12.4 Risikoatferd, vold og kriminalitet 46

5.12.5 Psykisk helse barn og unge 48

5.13 Fysisk miljø 51

5.13.1 Offentlig bygninger og uteområder 51

5.13.2 Trafikksikkerhet 52
5.13.3 Samferdsel og kommunikasjon 53
5.13.4 Natur og naturterreng 53
5.13.5 Universell utforming 54
5.14 Biologisk og kjemisk miljø 54
5.14.1 Drikkevannskvalitet 54
5.14.2 Utslipp av klimagasser og forurensning 55
5.14.3 Radon 56
6. Helserelatert atferd 57
6.1 Levealder og fødselsvekt 57
6.2 Fysisk aktivitet og naturopplevelser 58
6.2.1 Barn og unge 60
6.2.2 Voksne 62
6.3 Kosthold og tannhelse 63
6.4 Kroppsvekt 67
6.5 Tobakk og rus 68
7. Helsetilstand 73
7.1 Hjerte – karsykdommer 73
7.2 Diabetes 77
7.3 Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og astma 78
7.4 Smerter 80
7.5 Muskel- og skjelettlidelser 81
7.6 Kreft 83
7.7 Smittsomme sykdommer 84
7.8 Psykisk lidelser og rusrelaterte lidelser 85
7.9 Skader og ulykker 88
8. Helse og omsorg 89
8.1 Aktiv aldring 89
8.2 Velferdsteknologi og innovasjon 91
8.3 Hjemmebaserte tjenester 92
8.3 Fauske sykehjem 93

1. Bakgrunn og lovgrunnlag

Oversiktsdokumentet for Fauske kommune er et dokument som beskriver helsetilstanden til innbyggerne i kommunen, samt gir en oversikt over faktorer som påvirker helsetilstanden. Oversiktsdokumentet skal brukes som kunnskapsgrunnlag i arbeidet med kommunal planstrategi og i arbeidet med øvrige planer, strategier og tiltak.

Samhandlingsreformen innebærer at kommunene har fått større innflytelse over de samlede helsetjenestene. Reformen er en retningsreform for folkehelse og en helsereform som innebærer at kommunene overtar et større ansvar for helse- og omsorgstjenester til innbyggerne.

Bakgrunnen for reformen er at det i årene som kommer vil bli flere mennesker med kroniske sykdommer, antall eldre vil øke, veksten i helseutgiftene må bremses og det er nødvendig å tenke mer helhetlig når det gjelder tjenestetilbudet. Det er en ambisjon at kommunen skal sørge for en helhetlig tenkning, mer helsefremming og forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging, slik at helhetlige klientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå.

Lov om Folkehelsearbeidet (folkehelseloven) trådte i kraft 01.01.12. Formålet med loven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevne 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.

Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte. Loven skal legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid.

Kommunen har ansvar for folkehelsearbeidet, deriblant ansvar for oversikt over helsetilstanden i befolkningen.

Kommunen skal etter Folkehelseloven § 5 ha en skriftlig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Oversikten skal identifisere folkehelseutfordringene i kommunen, herunder vurdere konsekvenser og årsaksforhold.

Plikten til å ha oversikt er videre forankret i smittevernloven, forskrift om miljørettet helsevern, forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten og forskrift om oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer (folkehelseforskriften).

Oversikten skal baseres på:

- *Opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig etter § 20 og § 25 i folkehelseloven*
- *Kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene, jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3*
- *Kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse*

Forskrift om oversikt over folkehelsen presiserer i § 3 at kommunens og fylkeskommunens oversikt skal omfatte opplysninger om og vurderinger av:

a) Befolkningssammensetning

b) Oppvekst- og levekårsforhold

c) Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

d) Skader og ulykker

e) Helserelatert adferd

f) Helsetilstand

2. Kilder og statistikk

Statistikk og helseoversikter kan ha stor nytteverdi i folkehelsearbeidet, men det er også knyttet store utfordringer til bruk av statistikk og tolkningen av den. Statistikken gir ofte et grunnlag for undring og spørsmål – heller enn fasitsvar og løsninger.

I arbeidet med å finne oversikt over helsetilstanden i Fauske er det brukt ulike statistikker, analyser og data. Tallmateriale skal hjelpe en å se tendenser og hvilken retning utviklingen har. Statistisk materiale kan inneholde feilkilder og noen ganger kan små avvik gi store utslag og dermed skape et feil inntrykk. Det har derfor også vært viktig å sjekke tilgjengelig statistikk opp mot lokal kunnskap.

Statistikk, tabeller og informasjon er hentet fra - eller basert på – tall og opplysninger fra:

- Kommunehelsa. Folkehelseinstituttet (FHI)
- Norgeshelsa (FHI)
- Folkehelseprofil for Fauske kommune. (FHI)
- Skoleporten. Utdanningsdirektoratet.
- SSB – Statistikkbanken
- NAV Fauske
- Helse- og miljøtilsyn Salten IKS
- Ungdata (NOVA). Undersøkelse i 8, 9 og 10 klasser, Fauske kommune 2013 og 2016.
- KOSTRA
- Innhenting av informasjon og data fra ulike tjenesteområder i Fauske kommune
- Energi – og klimaplan for Fauske kommune 2011-2014
- Kommuneplanens samfunnsdel 2012 – 2015
- Samhandlingsplan for oppvekst og kultur 2014 – 2019
- Kommunedelplan for fysisk aktivitet og friluftsliv 2015 – 2018
- Kommuneplanens nye arealdel 2016, ute til høring.
- Nordlandsforskning.
- Samtaler med Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk indre Salten. (BUPiS)
- Samtaler med Fauske lensmannskontor
- Samtaler med Fauske videregående skole

3. Identifiserte folkehelseområder

Når sentrale og lokale folkehelseområder er identifisert, forutsettes det at kommunen vurderer hvilke konsekvenser dette har for folkehelsa. En særlig oppmerksomhet når det gjelder utviklingstrekk over tid, reflekterer behovet for den samlede systematisk og langsiktige folkehelseinnsatsen lokalt. Årsaksforhold må analyseres og vurderes, og er en viktig del av dette arbeidet.

Folkehelseinstituttet understreker også betydningen av å vurdere forhold hvor kommunen kommer bedre ut sammenlignet med landsnivået på ulike indikatorer. Dette fordi landsnivået ikke nødvendigvis representerer et ønsket nivå i befolkningen.

Helseforskjeller er et produkt av forskjeller i ressurser, levekår og muligheter, og forskjellene skapes i oppvekstmiljø, arbeidsliv, fritid og lignende. De mest effektive tiltakene mot sosial ulikhet retter seg mot hele befolkningen, i form av tiltak som bidrar til sosial utjevning. Dette bør kombineres med mer målrettede tiltak ovenfor de mest utsatte gruppene.

Folkehelselovens § 4 lovfester prinsippet «helse i alt vi gjør». Her understrekes det at kommunen skal fremme folkehelse innenfor hele virksomhetsområdet, og med hjelp av de virkemidler kommunen er tillagt og rår over.

I oversiktsdokumentet er det fra kapittel 4 til og med kapittel 8 presentert og gjort rede for relevant folkehelsestatistikk for Fauske kommune. Materialet er kvalitetssikret og supplert med lokal kunnskap på tvers i organisasjonen. Dette i tråd med Lov om Folkehelse § 4 tredje ledd, og merknadene til § 3 i forskrift om oversikt over folkehelsen. Det er videre søkt å gjøre delvis rede for sannsynlige årsakssammenhenger. Dette er ikke uttømmende og eksakt viten, på noen områder må vi de nærmeste årene gjøre et dypdykk for å hente ut mer kunnskap om lokale årsakssammenhenger. Det kan være aktuelt med både konkrete brukerundersøkelser og forskning i denne sammenhengen. Det vil være viktig å slutte opp rundt undersøkelser som kan gi oss nødvendig lokal kunnskap, som det for eksempel gjøres med ungdataundersøkelsen i skolen.

Basert på framlagt statistikk for Fauske, lokal fagkunnskap på tvers i organisasjonen samt forskningsbaserte påviste sammenhenger, er det identifisert folkehelseutfordringer på ulike områder. Utfordringene er sammensatte og påvirker hverandre gjensidig. Med bakgrunn i det som er beskrevet ønsker en på nåværende tidspunkt å peke på 8 ulike områder.

8 områder som prioriteres i folkehelsearbeidet i kommende planperiode:

1. **Sosiale ulikheter i helse**

Alle faktorer som påvirker helsa, og som er sosialt ulikt fordelt i befolkningen, bidrar til å opprettholde sosiale ulikheter i helse. Sosiale ulikheter i helse vil si at en ser systematiske helseforskjeller som følger inntekt og utdanningslengde. Forskjellene er uavhengig av kjønn og alder, og gjelder blant annet forventet levealder, ulike sykdommer og levevaner som kosthold og røyking. Når helseforskjeller skal utjevnes, må en ha hele befolkningen i tankene.

Oversiktsdokumentet viser en økning av lavinntektshusholdninger i kommunen, og en økning fra 2013 til 2016 av elever som sier at de har dårligere råd. I 2013 var det ca. 11% av barn 0 -17 år lever i husholdninger med lav inntekt. Dokumentet viser også at frafall i videregående skole har sammenheng med foreldrenes utdanningsnivå.

Årsakene til sosiale ulikheter i helse er sammensatte og det finnes ingen entydige svar på hvordan denne utfordringen skal møtes. Gjennom innsats fra alle samhandlingsområder og enheter vil

folkehelselovens mål om å redusere sosiale helseforskjeller omsettes til kommunale styringsdokumenter og forpliktende handling. Kommunen har gjennom skole, barnehage, kultur og helsesøstertjeneste et ansvar for å gi barn lik tilgang på de helsefremmende faktorene, og kan bidra med utjevning gjennom læring, mestring, trivsel og levevaner. Et godt gjennomført tiltak kan samlet sett gi en betydelig folkehelsegevinst fordi det når frem til mange. Det kan være tiltak som gratis skolefruktordning, tilskudd til kontingenter, utlån av utstyr og lignende kan gjøre det lettere for alle barn å delta på aktiviteter uavhengig av familiens ressurser. At kommunen har gratis leie for lag og foreninger, som ivaretar barn og unge, er av stor betydning. Samtidig har enhetene en unik mulighet til å bidra med å styrke foreldrerollen og utjevne foreldrenes forutsetninger for å gi barn en helsefremmende oppvekst. Kommunen har gjennom en felles «Samhandlingsplan for oppvekst og kultur 2014-2019» lagt strategier for arbeidet, et arbeid som bør følges tett opp de neste årene. Nøkkelen til å redusere helseforskjeller ligger ikke i noen få enkelttiltak, men i en samlet innsats.

2. Foreldre

Gjennom ungdataundersøkelsen 2016 melder Fauske-ungdommen at de stort sett er fornøyd med foreldrene sine. Statistikken viser at de fleste foreldrene gir barn gode, helsefremmende og sunne oppvekstvillkår, og de unge er i mindre grad enn tidligere i opposisjon til sine foreldre. Samtidig kan det se ut til at en andel foreldre har manglende bevissthet knyttet til forhold og faktorer som påvirker barnas oppvekst, skolehverdag og fremtidig helse.
Årsakssammenhengene til at en del foreldre sliter med foreldrerollen kan nok antas være sammensatte. Generelt kan man si at det gjennom de siste 20 – 30 år har skjedd betydelige samfunnsendringer, og at familien som institusjon har endret karakter. Endringene i familier gjelder både størrelse, sammensetning, organisering og oppgaver. Nye familie- og samlivsformer innebærer at mange barn og foreldre får mer sammensatte og vekslende familieerfaringer, noe som kan være krevende både for foreldre og barn. Delt omsorg innebærer for mange en konfliktfylt hverdag, og konflikter kan påvirke både barnehagehverdagen, skolehverdagen og barns helse negativt.

Foreldre har det største ansvaret for barn og unges helse, de er med på å bidra til barnas skolehverdag og for kvaliteten på opplæringen. Fauske har innført mobilfrie skoler fra skoleåret 2016, foreldre som gruppe har bidratt til å få innført ordningen.

Av ungdataundersøkelsen fremkommer det at spesielt jenter spiser sjeldnere frokost og lunsj enn gutter. Kostholdsvanene er spesielt viktig og dårlige vaner oppleves som en utfordring for læring. Frokost er viktig for å opprettholde stabilt blodsukker og hindre at kroppen blir slapp og sliten. En del elever er for lite fysisk aktive, har for dårlige fysiske ferdigheter, mangler grunnleggende friluftsferdigheter, og er ikke nok fysisk robuste. Det er også elever som ikke har med passende klær til uteaktivitet. Elever som ikke møter uthvilt til skolestart er en utfordring både for dem selv og for lærere, problemet øker med økende klassetrinn. Det viser seg at på en del skoler i kommunen er det et unødvendig høyt antall elever som blir kjørt til/fra skolen.

Kommunen arbeider aktivt for å skape helsefremmende skoler med god kvalitet, og trenger en foreldregenerasjon som er bevisst på faktorer som fremmer barns helse. Kommunen møter foreldrene gjennom helsesøstertjenesten, helse- og sosiale tjenester, barnehage, skole, kultur- og fritidstilbud, og har en unik mulighet til å påvirke denne utviklingen i en positiv retning. Kommunen har de siste årene hatt en bevisst strategisk satsing på foreldrestøtte, og det anbefales at satsingen videreføres i årene fremover.

3. Utdanning

Forskning viser at barnehagen kan bidra til å motvirke frafall i videregående opplæring. Mye tyder på at barnehager med høy kvalitet stimulerer viktige ferdigheter før skolestart, blant annet matematikk, språk, sosial kompetanse og selvregulering. Ferdigheter som er viktig å ha for at barn skal kunne tilpasse seg faglig og sosialt på skolen. Barnehagen har betydning særlig for barn fra familier med lav sosioøkonomisk status og innvandrerbakgrunn. I tillegg vet en at barnehagen kan være en viktig arena for utjevning av sosiale helseforskjeller.

Statistikk for Fauske viser at andel 5. og 8. klassinger har lavere mestringsnivå i regne- og leseferdigheter enn landet for øvrig. Tendensene har over flere år vært at når elevene kommer fra småtrinn og over på mellomtrinn (5. klasse) har antallet som ligger på dårligste mestringsnivå vært for høyt i forhold til de vi sammenligner oss med, men når de samme elevene kommer i 8. og 9. klasse (nasjonale prøver der også) har denne forskjellen vært mindre. Årsaken til dette fenomenet er ikke klarlagt.

Fauske kommune har pr. 2016 en skolestruktur med seks grunnskoler og en privatskole. Tre av grunnskolene er 1. – 10. skoler og ligger i kommunens tre sentre, Valnesfjord, Fauske sentrum og Sulitjelma. I tillegg har kommunen tre 1. – 4. skoler i Fauske sentrum fordelt på bydelene Erikstad, Hauan og Finneid. Privatskolen er en 1. – 10. skole lokalisert på Kvitblik.

Kommunen har de senere år satset mye på bygging av nye skoleanlegg, og ny skole i Sulitjelma (1. – 10) og på Vestmyra (1. – 10.) er allerede tatt i bruk. Ny skole i Valnesfjord (1. – 10.) er planlagt og bevilget penger til oppstart høsten 2016. I tillegg er det investert betydelige beløp i oppgradering, utbygging og modernisering av Finneid skole (1. – 4.).

Elevtettheten pr. lærer er lavere for Fauske enn for Nordland eller nasjonalt nivå. Det betyr færre elever pr. lærer i gjennomsnitt. Fauskes høye andel av spesialundervisning frem til i år har derimot vært en medvirkende årsak til at dette ikke har vært det reelle bildet ute i det enkelte klasserom. Mye menneskelige ressurser har gått med til å dekke enkeltelevers krav til ene- eller gruppeundervisning, og den reelle tettheten for ordinær undervisning har dermed vært høyere. Altså flere elever pr. lærer i ordinær undervisning. Kommunen har den senere tid hatt nedgang i spesialundervisning, og nærmer det som er nasjonalt nivå. Dette er et resultat av bevisst strategivalg.

Det er færre elever i Fauske som opplever mobbing enn i Nordland og i landet for øvrig. På samme tid viser også statistikken at det er ungdommer som opplever ukentlig plaging, trusler eller utfrysing av andre unge på skolen eller i fritida. Sammenhengen mellom mobbing og helseplager understreker at det er viktig å forebygge mobbing i skolen. Det er dessuten viktig å følge med på statistikk over andelen som har vært utsatt for mobbing for å si noe om hvordan iverksatte tiltak fungerer, og for å kunne drive lokalt kvalitetsforbedringsarbeid. Økt trivsel er et sentralt mål for folkehelsearbeidet, det er positivt at elever i Fauskeskolen trives bedre nå enn tidligere. Trivsel på skolen er en av en rekke faktorer som påvirker elevenes motivasjon for å lære, og dermed deres evne til å mestre de utfordringene skolehverdagen gir.

Det er viktig å være klar over at det er sammenheng mellom foreldrenes utdanningsnivå og frafall i videregående skole. I Fauske har frafallet gått ned de siste årene der foreldre har videregående skole eller universitets-/høyskoleutdannelse, mens frafallet har steget der foreldre kun har grunnskoleutdanning. I tillegg ligger Fauske noe lavere enn Nordland og landet for øvrig når det gjelder høyeste utdanningsnivå.

Gode faglige ferdigheter i grunnskolen øker sjansen for at eleven klarer å gjennomføre videregående skole. Arbeidet med å redusere frafall i videregående skole bør derfor starte i grunnskolen. Det er flere faktorer i grunnskolen som kan virke negativt på frafallstatistikken:

- høy andel elever med svak motivasjon for læring
- mange elever mener det er for mye teori og for lite praktisk læring

- skolerelatert stress suppleres med press som følge av en samfunnsutvikling preget av mye informasjon, sosiale medier etc.
- høy andel sliter psykisk
- høyt frafall i videregående skole starter gjerne som «mentalt frafall» i grunnskolen
- økt skille i elevenes sosiale bakgrunn

Utdanning og mulighet for å mestre og å utvikle sine evner er grunnleggende viktig for den enkelte og for samfunnet. Forsking over tid viser at utdanning og utdanningsnivå utgjør en betydelig påvirkningsfaktor for helsetilstanden og fordelinga av helseutfordringer i ei befolkning.

4. Psykisk helse

Ungdataundersøkelsen for kommunen i 2013 og 2016 viser at jenter har i ganske mye større grad enn gutter utfordringer knyttet til den psykiske helsen. Folkehelseprofilen 2016 viser at kommunen har flere personer (0-74 år), som bruker primærhelsetjenesten når det gleder psykiske symptomer/lidelser enn både landet for øvrig og Nordland fylke.

Årsaksforholdene til økende psykisk uhelse i befolkningen er svært sammensatte. Familiene har gjennom de siste 20-30 år endret seg, samtidig som det også har skjedd betydelige samfunnsendringer. Dagens samfunn speiler en befolkning som må forholde seg til økte krav og konkurranse, store mengder informasjon, sosiale medier, samt økte muligheter og valg. Summen av belastninger kan over tid bli for stor for mange.

> *«Det er stor bekymring knyttet til forekomst av psykiske plager og lidelser i befolkningen og konsekvenser av dette. Det er behov for å utvikle psykiske helseperspektiver i folkehelsearbeidet for å redusere de faktorer som øker risiko for psykiske plager og lidelser. Det er like viktig å fremme de faktorer som bidrar til mestring, trivsel og livskvalitet i befolkningen».*[1]

Kommunen har et ansvar og bør ha en hovedstrategi for å fremme psykisk helse og trivsel ved å legge til rette for mestring og deltakelse på livets mange arenaer, enten det dreier seg om barnehage, skole, arbeidsliv, de eldre år eller nærmiljø. Det å stå utenfor skole, arbeids- og samfunnsliv gir dårlige kår for helse og trivsel.

Fauske ungdomsråd vil sette psykisk helse på dagsorden og er et prioritert område for dem.

> *«Med større oppmerksomhet rundt prestasjonskulturens påvirkning på psykisk helse og selvforståelse, vil vi både bedre forstå hvor sårbare og presset de unge er, og med det lettere justere og slakke på forventningene. Vi kan også gi dem verktøyene de trenger for å trives med seg selv som den de er, forstå og takle at livet svinger og å bli mer robuste til å håndtere valgene de utsettes for.»* [2]

Andelen eldre vil øke i årene fremover, vi vet at eldre oftere opplever ensomhet. Fokus på kommunens langsiktige folkehelsearbeid kombinert med tiltak for å fremme fysisk og sosial aktivitet blant eldre er viktige innsatsområder for å bidra til en frisk eldrebefolkning. I kommunen rus – og psykisk helsetjeneste foreligger det en usikkerhet i hva samhandlingsreformen vil kreve av kommunen innen området psykisk helse i de neste årene.

[1] Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet. Helsedirektoratet. IS-2263

[2] Dagens ungdom bekymring og prestasjon. Kronikk 2016. Nordlandsforskning

5. Levevaner

I Fauske er overvekt/fedme et noe større problem enn i landet som helhet, dette vurdert etter menn med KMI (kroppsmasseindeks)>25. Folkehelseprofilen 2016 viser at 28% av menn fra Fauske, målt ved sesjon har overvekt/fedme, landsgjennomsnittet var på samme tid 21%. Overvekt i et folkehelseperspektiv henger sammen med manglende daglig fysisks aktivitet og ugunstig kosthold. I følge Helsedirektoratet er fysisk aktivitet redusert i Norge, dette gir økt risiko for en rekke sykdommer. Resultat fra ungdataundersøkelsen viser at 21% av barn og unge i kommunen er fysisk inaktive mot 13% på landsbasis. Hverdagen for disse er stort sett preget av mye sittestilling, lite aktivitet og bevegelse.

Overvekt og fedme gir økt risiko for type 2 diabetes, hjerte- og karsykdommer, høyt blodtrykk, slitasjegikt i knær og hofter og enkelte kreftsykdommer. Overvekt og fedme kan også ha psykiske helsekonsekvenser. En del av dette konsekvensbildet vises på lokal statistikk. Ettersom erfaringer viser at det er vanskelig å behandle overvekt og fedme, spesielt for barn, må utfordringene forebygges i større grad. Kommunen har muligheter til å legge til rette for en helsefremmende hverdag, som på sikt både fremmer og utjevner helse mellom de ulike sosioøkonomiske gruppene i befolkningen.

En del personer med funksjonsnedsettelse og / eller utviklingshemming, og andre utsatte grupper i samfunnet har livsstilproblemer knyttet til overvekt/fedme. Personer med funksjonsnedsettelse og / eller utviklingshemming er generelt en utsatt gruppe og kan ha dårligere helse enn den øvrige befolkningen. Det understreker viktigheten av å legge til rette for en helsefremmende livsstil for denne gruppen. Et av satsingsområdene for helsesøstertjenesten, skole og barnehage er å skape helsefremmende barnehager og skoler. Det er også hos disse tjenestene iverksatt strategier for å påvirke og styrke foreldrene sine forutsetninger for å gi barna god fremtidig helse gjennom sunne levevaner. Tiltak som legger til rette for å aktivisere de minst aktive er viktig, noe som gjøres ved etablering av lett tilgjengelige lavterskeltilbud, blant annet merking av turstier, opprettelse av nye turstier og markedsføring av muligheter som finnes. Det handler også om å ivareta tilbud til særskilte grupper gjennom Frisklivssentralen, og opprettholde/fornye utstyrssentralen samt tilrettelegging av grøntområder i kombinasjon med gang- og sykkelveier.

6. Integrering

Innvandrergrupper vil ofte kunne møte sosiale og økonomiske utfordringer og vanskeligheter uavhengig av årsakene til migrasjon. Å sikre innvandrere gode boligforhold, god språkopplæring, mulighet til å delta i utdanning/arbeid, mulighet for kulturell utfoldelse samt sikre de minste barna barnehageplass vil være god integreringspolitikk på kommunenivå. Dette vil kreve et sterkere fokus og et sterkere samarbeid på tvers av de enketer som møter innvandrere gjennom ulike tjenester. For 2016 og 2017 foreligger det vedtak om bosetting av 48 flyktninger inklusiv familiegjenforeninger. Et viktig tiltak er effektivisering av norskopplæringen for bosatte flyktninger. At flyktninger får praksisplasser og kommer seg ut i arbeid gir økonomisk gevinst både for flyktningene og kommunen.

På bakgrunn av den alvorlige flyktningstrømmen ble det i 2015 etablert 3 flyktningmottak i Fauske kommune på kort tid. To mottak for enslige mindreårige flyktninger og ett ordinært mottak i Sulitjelma. Mottaket i Sulitjelma blir nedlagt høst 2016, og et av mottakene for mindreårige er vedtatt nedlagt første halvdel 2017. Opprettelse av mottak har ført til en rekke utfordringer for det kommunale tjenesteapparatet. Å skaffe til veies nødvendig kompetanse hos helsepersonell og blant ansatte ved mottakene har vært utfordrende. Flyktningehelseteamet bidrar til å tilrettelegge for helsehjelp til flyktninger, ha oversikt over de tilgjengelige ressurser, håndtere helsefaglige spørsmål rundt flyktningsituasjonen, gi råd i enkeltsaker samt fungere som en kommunikasjonskanal inn til helsetjenesten for mottakene. Flyktningsituasjonen har ført til en økning av menneskelige ressurser innenfor en rekke kommunale tjenester.

7. Aktiv aldring

Aktiv aldring er å kunne mestre hverdagen og klare seg selv, ved hjelp av egne ressurser, velferdsteknologi og tilrettelagte tjenester fra kommunen. Aktiv aldring øker livskvaliteten, og et langt liv skal være et godt liv. Hvordan kan kommunen legge til rette for at et voksende antall eldre skal bli mest mulig selvhjulpne og ha et aktivt liv med god livskvalitet? Svaret for kommunen er nye og kreative løsninger.

De fleste mennesker ønsker å klare seg selv uten innblanding fra noe hjelpeapparat. Likevel er det en mental snuoperasjon for mange eldre mennesker selv å gjøre hverdagsaktiviteter som andre tidligere har gjort, og som ofte blir «bjørnetjenester». Daglige aktiviteter som å støvsuge, vaske kjøkkengulvet og gjøre innkjøp er viktig for å holde kroppen i funksjon. Å holde kroppen i form er bra for selvfølelsen. Tiltak satt i verk i andre kommuner med hjemmetrenere viser at det er flere eldre som kan klare daglige gjøremål selv, slik at de mestrer hverdagen og kan delta aktivt i samfunnet. Et viktig tiltak er å få på plass hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring. Det er i forslag til budsjett 2017 foreslått implementering av hverdagsmestring i samarbeid med ergo- og fysioterapitjenesten og skolering av personell til «hjemmetrenere».

Det er også viktig å oppdage sykdom og funksjonssvikt tidlig for å komme i gang med tiltak og rehabilitering. Det er i tråd med samhandlingsreformen som har hovedfokus på forebygging.

Bruk av velferdsteknologi kan være et viktig bidrag for å styrke den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for nedsatt funksjonsevne. Eksempler på teknologi kan være kommunikasjonsutstyr for å holde kontakt med venner og familie eller interaktivt treningssystem som hjelper folk å trene hjemme.

8. Folkehelsearbeidet på tvers - *folkehelsekommunen der alle trives.*

I Fauske kommune er folkehelsearbeidet nedfelt og forankret i kommuneplanens samfunnsdel og i noen underliggende planer. Enkelte områder i kommunen er kommet lengre enn andre områder når det gelder forankring og iverksetting av tiltak.

Folkehelseutfordringene som kommunen er satt til å løse er komplekse og utfordrende med sammensatte årsaker, og ingen samhandlingsområder, enheter eller avdelinger sitter alene på løsningene. Kommunene er inndelt i samhandlingsområder og enheter med egne oppgaver og budsjett. Folkehelsearbeidet utfordrer således kommunens tradisjonelle styringsmekanismer der enhetene har størst oppmerksomhet på egen måloppnåelse om økonomisk balanse, og mindre oppmerksomhet på de samfunnsutfordringer som krever innsats på tvers av samhandlingsområdene. Det er derfor ekstra viktig i årene fremover å ha spesielt fokus på folkehelsearbeidet i kommunen.

«Befolkningens helse er blant samfunnets viktigste ressurs. Det er et stort potensiale å fremme helse og forebygge sykdom og for tidlig død. Det er et samfunnsansvar å bidra til god helse i hele befolkningen. Hvordan vi utvikler samfunnet vårt har stor betydning for helsen til hver og en av oss, og ikke minst for hvordan helsen er fordelt i befolkningen.»[3]

Det kommunale folkehelsearbeidet er bestemt i Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) av 01.01.12.

[3] Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven), Prop. 90L (2010-2011)

Kapittel 1. Innledende bestemmelser

§ 1. *Formål*

Formålet med denne loven er å 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. Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte. Loven skal legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid.

Kapittel 2. Kommunens ansvar

§ 4. *Kommunens ansvar for folkehelsearbeidet*

Kommunen skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og 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. Kommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting. Kommunen skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre myndigheter og virksomheter. Medvirkning skal skje blant annet gjennom råd, uttalelser, samarbeid og deltagelse i planlegging. Kommunen skal legge til rette for samarbeid med frivillig sektor.

§ 5. *Oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer i kommunen*

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

a) opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig etter §§ 20 og 25,

b) kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 og

c) kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse.

Oversikten skal være skriftlig og identifisere folkehelseutfordringene i kommunen, herunder vurdere konsekvenser og årsaksforhold. Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller. Departementet kan gi nærmere forskrifter om krav til kommunens oversikt.

§ 6. *Mål og planlegging*

Oversikten etter § 5 annet ledd skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi. En drøfting av kommunens folkehelseutfordringer bør inngå i strategien, jf. plan- og bygningsloven § 10-1. Kommunen skal i sitt arbeid med kommuneplaner etter plan- og bygningsloven kapittel 11 fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet til å møte de utfordringer kommunen står overfor med utgangspunkt i oversikten etter § 5 annet ledd.

§ 8. *Folkehelsetiltak*

Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer, jf. § 5. Dette kan blant annet omfatte tiltak 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. Kommunen skal gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom.[4]

[4] Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven), Prop. 90L (2010-2011)

4. Befolkning

Befolkningens sammensetning og utvikling danner grunnlaget for den kommunale planlegging av kommunens langsiktige behov. Befolkningens sammensetning omfatter statistikk som antall innbyggere, alders- og kjønnsfordeling, sivilstatus, etnisitet, flyttemønster m.m.

4.1 Befolkningssammensetning

Med befolkningssammensetning menes grunnlagsdata om befolkningen som kan omfatte folketall etter kjønn og alder, antall fødte og døde, flyttemønster, andelen personer med innvandrerbakgrunn, framtidig befolkningsutvikling osv. Denne typen informasjon er viktig i vurderingen av annen type informasjon på folkehelsefeltet, men kan også være en del av utfordringsbildet i seg selv.

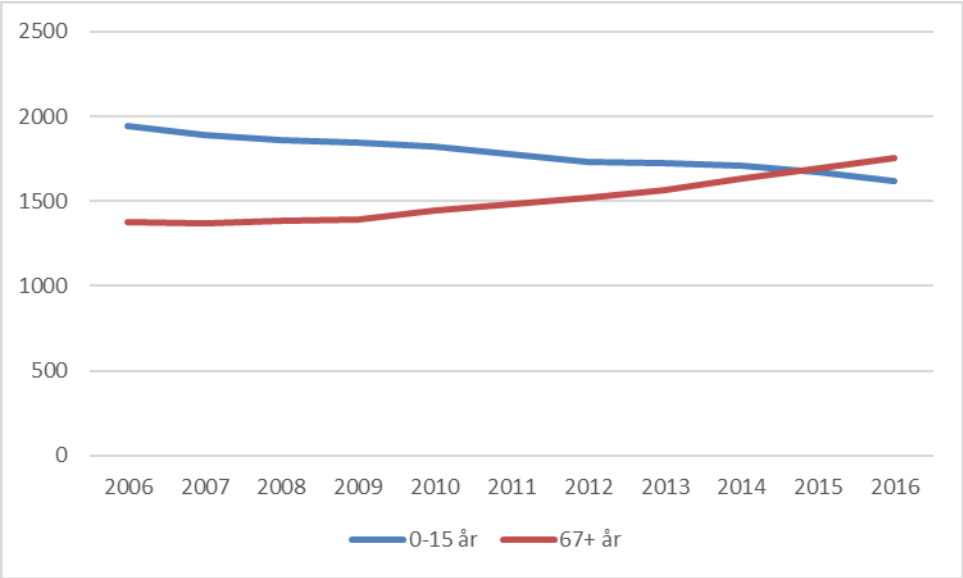
Befolkningstallene er hentet fra Statistisk sentralbyrå (SSB). Ved inngangen til 2016 var det 9604 innbyggere i Fauske kommune. Dette er 53 færre personer enn i 2006. For de ti siste årene kan vi se en klar trend til at andelen barn og unge faller sammenlignet med gruppen 67 år eller eldre, jf. figur 1.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
0-5 år	635	599	604	600	588	572	556	560	557	544	513
6-15 år	1308	1289	1253	1244	1235	1204	1175	1165	1150	1131	1105
16-19 år	484	520	557	541	575	541	542	523	517	520	510
20-66 år	5750	5688	5679	5697	5710	5734	5719	5700	5698	5729	5725
67-79 år	897	893	903	907	945	979	1010	1057	1142	1211	1264
80-89 år	409	409	413	416	414	411	417	412	393	389	395
90+ år	68	67	71	72	85	92	94	96	99	98	92
Sum	9551	9465	9480	9477	9552	9533	9513	9513	9556	9622	9604

Tabell 1. Befolkningsutvikling 2006-2016

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2006-2016
0-5 år	4	-36	5	-4	-12	-16	-16	4	-3	-13	-31	-122
6-15 år	11	-19	-36	-9	-9	-31	-29	-10	-15	-19	-26	-203
16-19 år	-7	36	37	-16	34	-34	1	-19	-6	3	-10	26
20-66 år	-27	-62	-9	18	13	24	-15	-19	-2	31	-4	-25
67-79 år	18	-4	10	4	38	34	31	47	85	69	53	367
80-89 år	-5	0	4	3	-2	-3	6	-5	-19	-4	6	-14
90+ år	8	-1	4	1	13	7	2	2	3	-1	-6	24
Sum	2	-86	15	-3	75	-19	-20	0	43	66	-18	53

Tabell 2. Endringer i befolkning 2006-2016



Figur 1. Befolkning 2006-2016 for aldersgruppene 0-15 år og 67 år eller eldre

4.2 Befolkningsframskriving

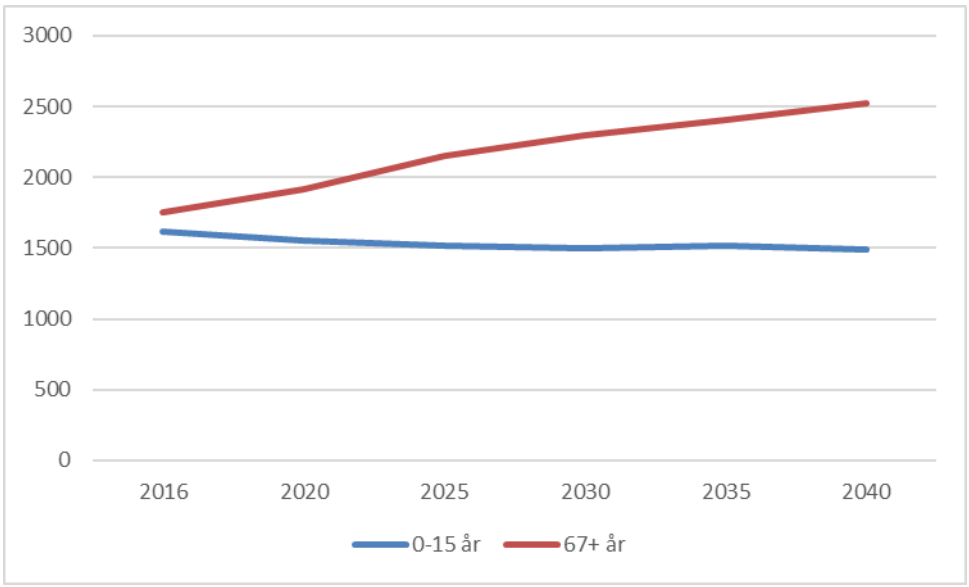
Befolkningsframskrivinger kan tjene mange formål og fungere som et nyttig verktøy for planlegging i kommunene. Det kan for eksempel danne grunnlag for planlegging av framtidige behov i hver enkelt kommune med bakgrunn i framtidig befolkningsstørrelse. *Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank.* http://khs.fhi.no

SSBs befolkningsprognose har ulike alternativer i forhold til fruktbarhet, levealder, innenlands flytting og netto innvandring. Det vil være betydelige geografiske forskjeller i befolkningsveksten fremover, da det har vært en sentralisering av befolkning over lang tid. Det skyldes det innenlandske flyttemønsteret, hvor strømmen først og fremst går til storbyområdene. I prognosene for befolkningsutviklingen i Fauske kommune frem til 2040 er SSBs hovedalternativ lagt til grunn, den såkalte "Middels-modellen".

	2016	2017	2018	2019	2020	2025	2030	2035	2040
0-5 år	513	503	513	525	520	553	544	538	527
6-15 år	1105	1085	1067	1051	1034	967	956	977	964
16-19 år	510	540	516	486	487	439	413	399	414
20-66 år	5725	5664	5669	5677	5651	5483	5371	5254	5118
67-79 år	1264	1322	1340	1353	1392	1510	1456	1483	1503
80-89 år	395	405	406	413	410	536	718	756	776
90+ år	92	87	98	102	111	103	121	165	239
Sum	9604	9606	9609	9607	9605	9591	9579	9572	9541
Endring		2	3	-2	-2	-14	-12	-7	-31

Tabell 3. Prognose befolkning 2016-2020, 2025, 2030, 2035 og 2040

I SSBs prognoser frem mot 2026 forventes det en svak nedgang i innbyggertallet totalt i Fauske kommune. Den trenden vi har sett de siste ti år der andelen 67 år eller eldre øker mest, fortsetter frem mot 2026. I løpet av 2015 ble for første gang befolkningsgruppen 67 år eller eldre større enn befolkningsgruppen 0-15 år. I den neste tiårsperioden forventes gruppen 67 år eller eldre å fortsette å vokse sammenlignet med alle de øvrige befolkningsgruppene i kommunen. Dette er illustrert i figuren nedenfor.



Figur 2. Forventet befolkningsutvikling 2016-2040 for aldersgruppene 0-15 år og 67 år eller eldre i Fauske kommune

Befolkningsutviklingen bør gjenspeiles i utviklingen av tjenestetilbudet til de ulike gruppene i kommunen. Det er tre befolkningsgrupper som mottar de største ytelsene av kommunale tjenester. Befolkningsgruppen 0-5 år er stabil i hele perioden 2016-2040, mens gruppen 6-15 år har en svak nedgang frem mot 2040. Når det gjelder befolkningsgruppen over 67 år er den økende i hele perioden. Når Fauske kommune i årene som kommer forventes å få flere eldre innbyggere, innebærer det at tjenestebehovet til denne gruppen vil øke. Det vil være helt avgjørende for en bærekraftig økonomi i kommunen at endringer i tjenestetilbudet gjennomføres med god og langsiktig planlegging.

Prognosen viser også en nedgang i antall innbyggere i befolkningsgruppen 16-66 år. Denne gruppen mottar mindre kommunale ytelser, men det er denne gruppen som betaler skatt. Fauske kommune har lav skatteinngang i dag, og med denne befolkningsutviklingen vil den sannsynligvis ikke øke.

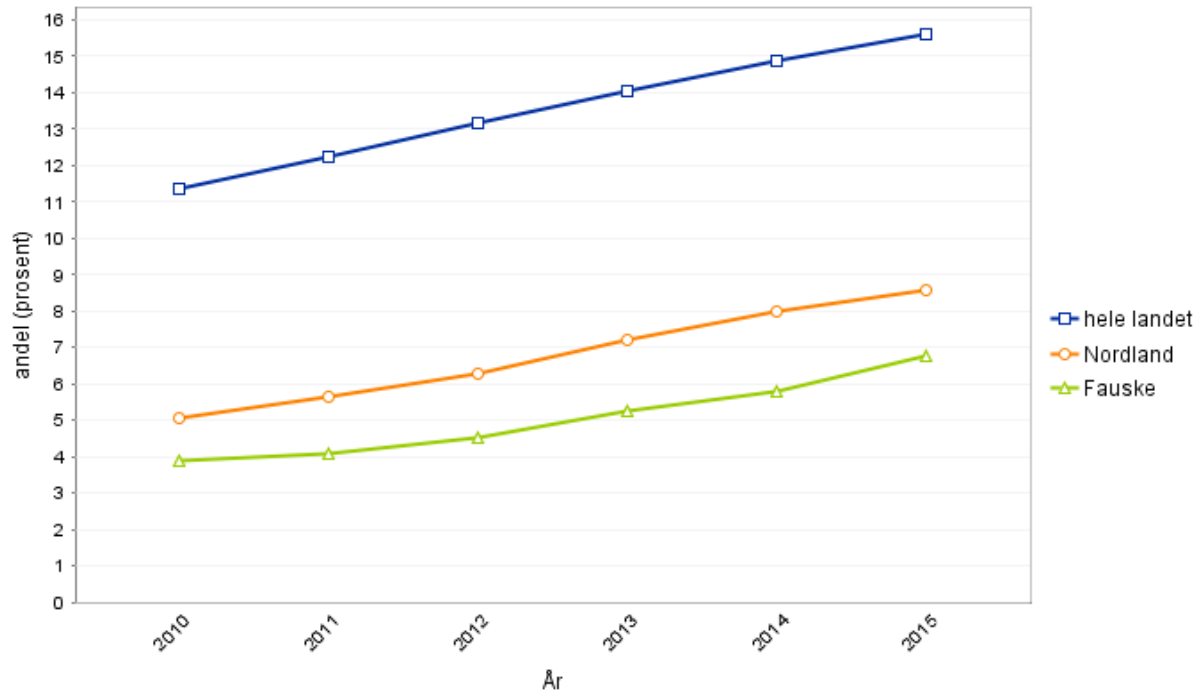
I tillegg til skatteinngangen, er befolkningsutviklingen og dens sammensetning den viktigste forutsetningen for beregning av fremtidige rammeoverføringer fra staten. Overføringen av rammetilskudd forutsetter en tilpasning av tjenestetilbudet i tråd med endringer i befolkningen.

4.3. Etnisitet

Det er store helsemessige forskjeller mellom grupper av innvandrere og mellom innvandrere og etnisk norske. Forskjellene omfatter både fysisk og psykisk helse i tillegg til helseatferd. Kommunal kompetanse om helse blant flyktninger og innvandrere er en forutsetning for å lykkes med helsefremmende og forebyggende arbeid. Tiltak som reduserer språkproblemer og letter integreringen er viktig folkehelsearbeid. *Kilde: Folkehelseinstituttet*

Det har vært en gradvis økning i andel innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i Fauske kommune i de siste årene. I 2010 ble det bosatt 12 personer, mens i 2014 ble det bosatt 33 personer, inkludert 9 familiegjenforente. I 2015 tilsvarte innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre 6.2 % av innbyggerne (sammenliknet med 3.6 % i 2009). Andelen i Fauske er lav sammenliknet med gjennomsnitt i Nordlandsfylke (7.9 %) og hele landet for øvrig (12.2 %). For 2016 og 2017 er det vedtatt bosetting av 48 flyktninger inklusiv familiegjenforente.

Høst 2015 ble det åpnet 3 nye mottak i Fauske kommune. To mottak for enslige mindreårige flyktninger; Brygga EM mottak med plass for 50 mindreårige og Nord- norsk mottakssenter A/S avdeling Røvika EM med plass for 40 mindreårige og Sulitjelma mottakssenter med 190 plasser. Sistnevnte er bestemt nedlagt fra i løpet av siste halvdel 2016. Brygga EM er bestemt nedlagt fra tidlig 2017. Enslige mindreårige flyktninger har afghansk bakgrunn, mens flyktninger i Sulitjelma er i hovedsak syrere.



Figur 3. Andel personer med to utenlands fødte foreldre og fire utenlands fødte besteforeldreregistrert bosatt i Norge per 1. januar hvert år, i prosent av befolkningen. Asylsøkere og personer på korttidsopphold i Norge er ikke med. Kilde: Folkehelseinstitutt, kommunehelsa statistikkbank. http://khs.fhi.no

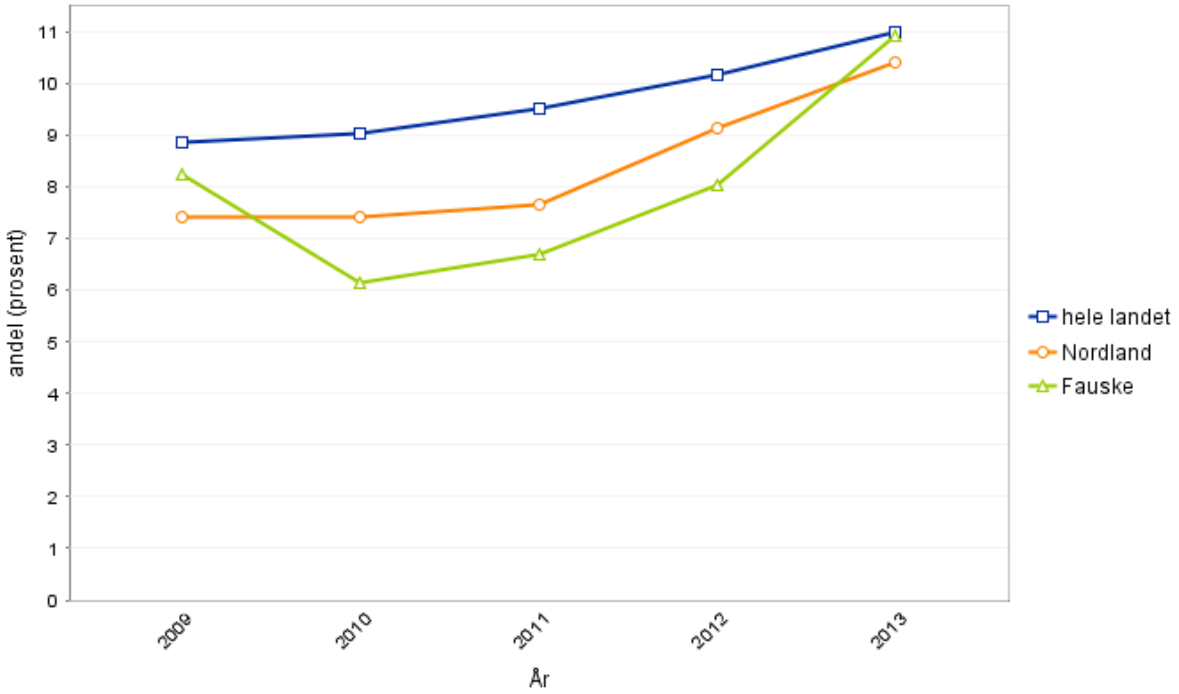
5. Oppvekst - og levekårsforhold

Oppvekst og levekår omhandler økonomiske vilkår, bo- og arbeidsforhold samt utdanningsforhold. Levekår kan defineres og forstås som den enkeltes tilgang til ulike ressurser. Levekår påvirker helse, og hvordan helsen fordeles i befolkninga. Gjennom å legge til rette for en god oppvekst legges grunnlaget for en god helse på individnivå. Å planlegge for, og satse på barn og ungdom og deres behov, er myndighetenes mulighet for å utjevne sosiale ulikheter i helse i befolkingen. Gode oppvekstmiljøer, velferdsordninger og tjenester som fanger opp risikoutsatte familier - og barn, er derfor avgjørende lokale investeringer for å fremme en framtidig god folkehelse, og redusere sosial ulikhet i helse. Arbeidsplasser, et inkluderende arbeidsliv og inntektssikring for den voksne befolkningen inngår sammen med bolig og boforhold derfor også som vesentlige bakenforliggende faktorer som har betydning for folkehelsa.

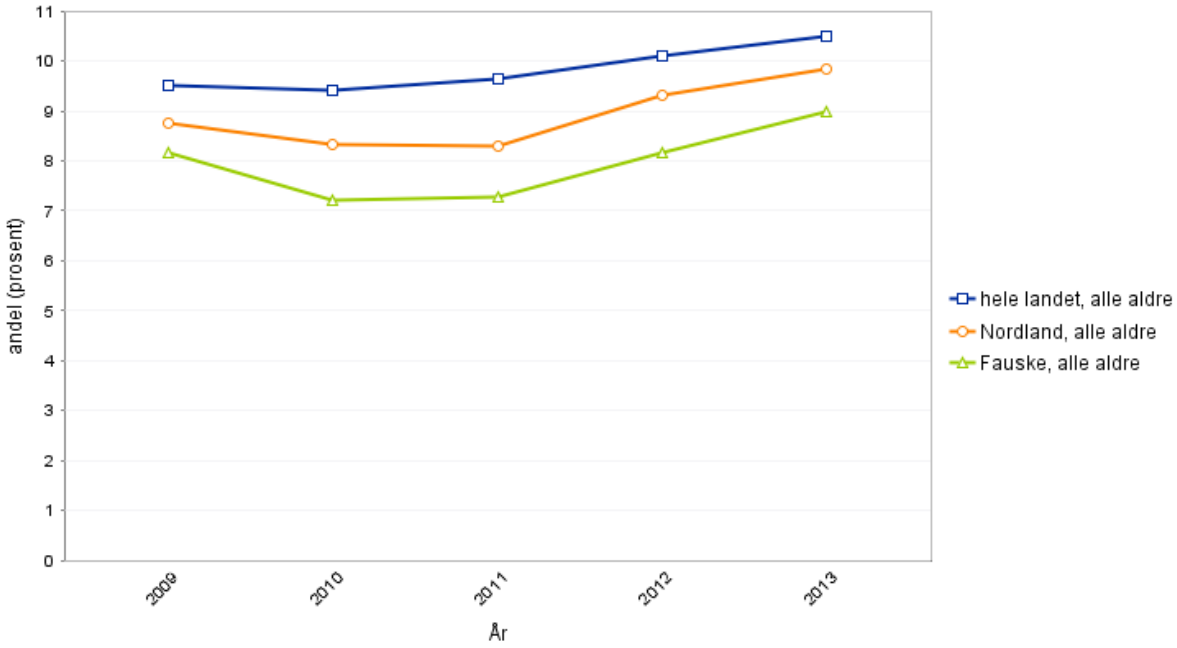
5.1 Inntekt og økonomi

Forskning har vist at det er en sammenheng mellom inntektsnivå og helsetilstand. Lav inntekt øker sannsynligheten for dårlig selvopplevd helse, sykdom og for tidlig død. *Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank.* http://khs.fhi.no

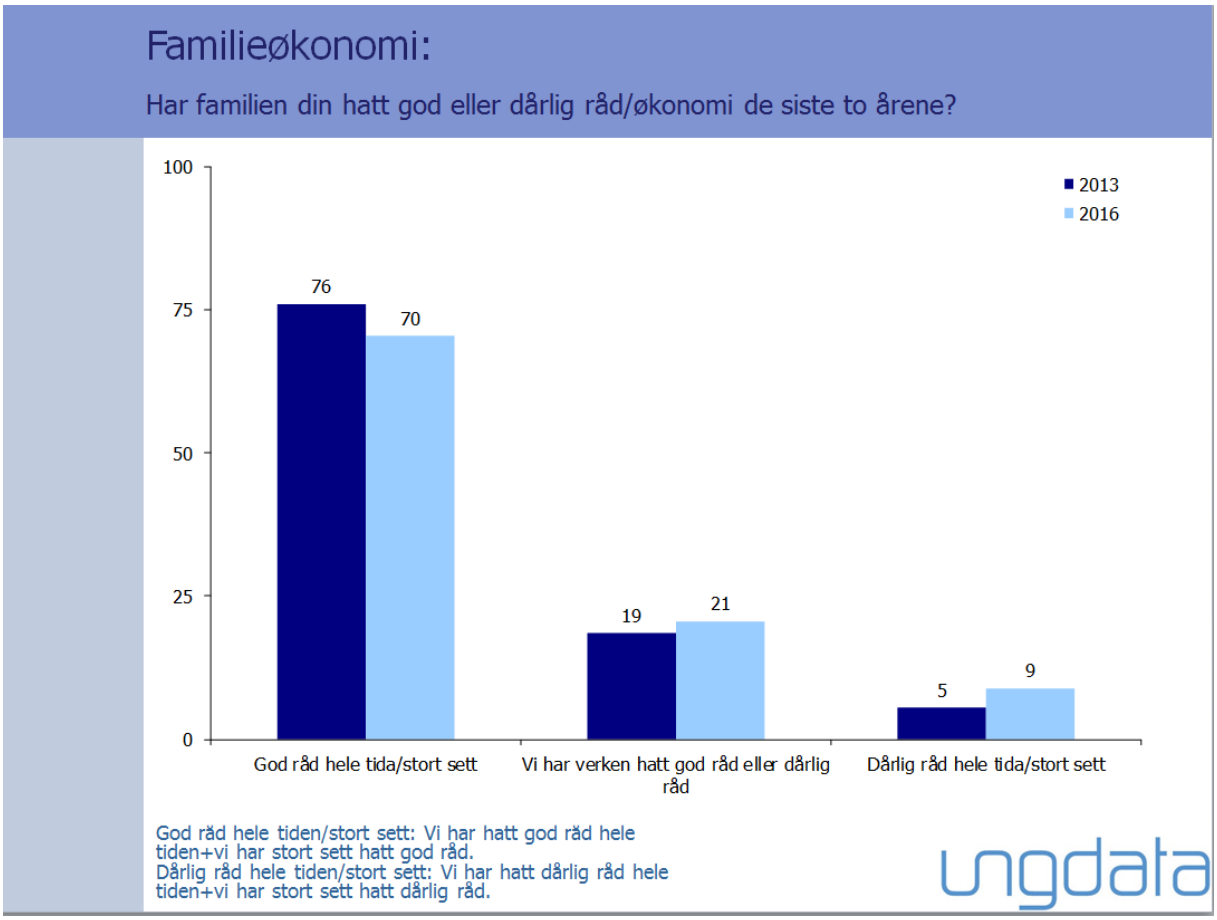
5.1.1 Lavinntekt



Figur 4. Lavinntekt (husholdninger) (B) – EU60, 0-17 år, andel (prosent). Barnefamilier. Personer i husholdninger med inntekt under henholdsvis 50 % og 60 % av nasjonal medianinntekt.



Figur 5. Lavinntekt (husholdninger) (B) – EU60, andel (prosent). Alle.
Personer i husholdninger med inntekt under henholdsvis 50 % og 60 % av nasjonal medianinntekt.



Figur 6. Ungdata undersøkelse om Familieøkonomi, Fauske kommune 2013 og 2016.

Figur 4 viser at det i 2010 var omentrent 6 % av barna i alderen 0-17 år i Fauske som bodde i husholdninger med lav inntekt[5], kommunen hadde færre lavinntektshusholdninger i forhold til både Nordland og landet for øvrig. Fra 2012 til 2013 har det vært en betydelig økning fra omentrent 8 % til 11 %, og Fauske var i 2013 over nivået for fylket.

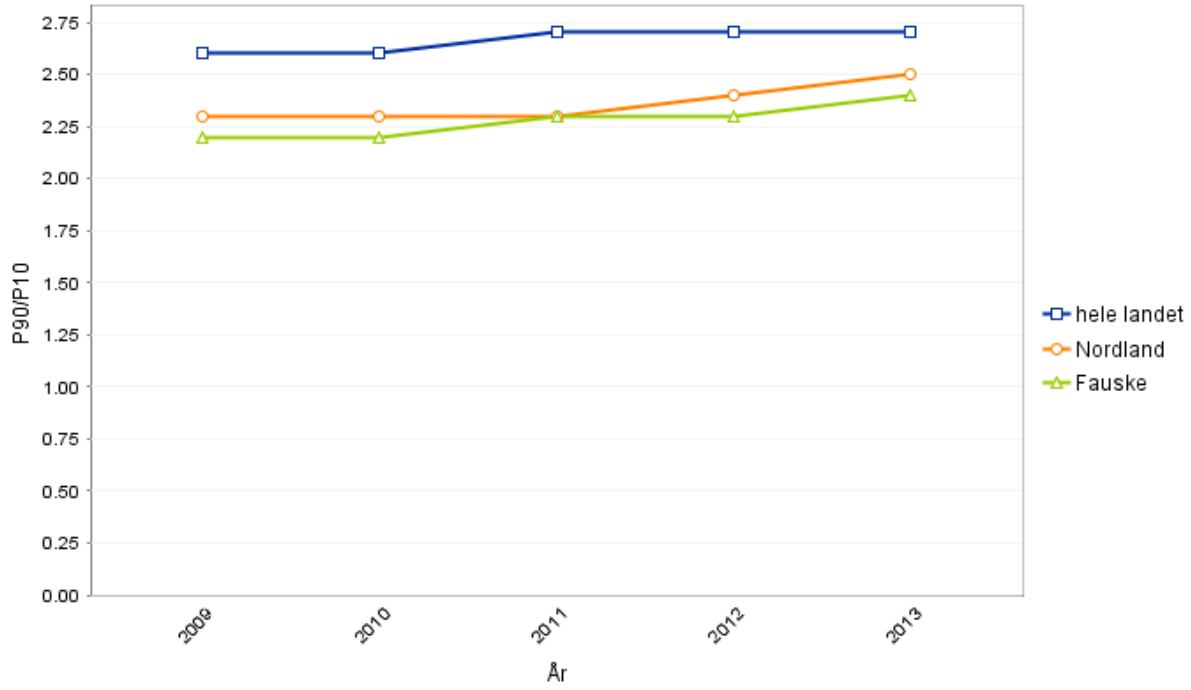
Figur 5 viser at hvis en ser på hele befolkningen samlet i Fauske kommune, var det i 2013 færre husholdninger med lav inntekt sammenlignet med fylket og landet for øvrig. I 2013 var det 36 % av innbyggerne i Fauske som hadde en samlet inntekt lik eller over 750 000 kr. 12 % av innbyggerne hadde en samlet inntekt på under 250 000 (Kilde SSB, tabell 07183).

Figur 6 viser at det er en økning i elever som svarer at de har dårlig råd hele tida/ stor sett.

5.1.2 Inntektsulikhet

Likhet i fordelingen av økonomiske ressurser påvirker antakelig andre samfunnsmessige forhold positivt. Man kan anta at stor økonomisk ulikhet i et samfunn kan lede til økt kriminalitet, kulturelle forskjeller og politiske konflikter mellom ulike grupper i samfunnet. Stor inntektsulikhet i en kommune kan være en pekepinn på at det også er store sosiale helseforskjeller i kommunen. De siste 30 årene har alle inntektsgrupper i landet fått bedre helse, men helsegevinsten har vært størst for personer med lang utdanning og høy inntekt. For eksempel har denne gruppen høyere forventet levealder enn personer med kortere utdanning og lavere inntekt. Særlig de siste ti årene har helseforskjellene økt, det gjelder både fysisk og psykisk helse, og både barn og voksne. Utjevning av sosiale helseforskjeller er en viktig målsetting i folkehelsearbeidet.
Kilde: NOU 2009: 10. Fordelingsutvalget: Finansdepartementet 2009.

[5] Lav inntekt er definert som 60 % av nasjonal median inntekt, noe som tilsvarer kr. 278 700 etter skatt i 2013.



Figur 7. Inntektsulikhet beskrevet med P90/P10 og Gini-koeffisienten [6] P90/P10 er forholdet mellom inntekten til den personen som befinner seg på 90-prosentilen og den som befinner seg på 10-prosentilen. Dette er altså inntekten til den som har den 90 % høyeste inntekten i befolkningen sammenlignet med den som har den 10 % laveste inntekten. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. http://khs.fhi.no

Figur 7 viser at det er noe mindre inntektsulikhet i befolkningen i Fauske kommune enn i Nordland og landet for øvrig.

5.2 Arbeid

Arbeidsledige antas å være en utsatt gruppe, både økonomisk, helsemessig og sosialt. *Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. http://khs.fhi.no*

Å ha tilgang til et arbeid oppleves for de aller fleste som et viktig gode. På arbeidsarenaen får vi brukt våre ressurser i en meningsfull sammenheng, det gir oss sosialt fellesskap og det gjør oss i stand til å forsørge oss selv. Å delta i- og være en del av et arbeidsfellesskap har betydning for opplevelse av mening og livskvalitet. Forskning viser at hos grupper som står utenfor arbeidslivet over tid, er det en høyere risiko for å utvikle sykdom og sykdomsrelaterte helseproblemer. Det å ha tilgang til arbeidsmarkedet og være en del av et arbeidsfellesskap er derfor ansett å være en viktig helsefremmende faktor i seg selv.

[6] Gini - koeffisienten (inntektsulikhetsmål) som vises varierer mellom 0, som vil si at det ikke er inntektsforskjeller, og 1, som vil si at en person eier all inntekt eller formue i en kommune. Gini-koeffisienten blir sterkt påvirket av ekstremverdier, for eksempel hvis få personer har svært høy inntekt. Den må tolkes med varsomhet.

Tabell 4	Arbeidsledighet i Fauske kommune sammenliknet med andre kommuner i Nordland i 2015, i prosent															
Nordland	**2015**												**2016**			
	Jan	**Feb***	**Mar***	**Apr***	**Mai***	**Jun***	**Jul***	**Aug***	**Sep***	**Okt***	**Nov***	**Des***	**Jan***	**Feb***	**Mar***	**Apr***
I alt Nordland	3	3	2,7	2,7	2,5	2,6	2,9	2,9	2,6	2,7	2,6	2,7	3,0	2,9	2,7	2,4
1804 Bodø	2,5	2,5	2,4	2,4	2,2	2,3	2,6	2,5	2,1	2,1	2,3	2,2	2,5	2,4	2,4	2,4
1805 Narvik	3,1	3,3	2,9	3,0	2,8	2,8	3,0	2,9	2,6	2,7	2,6	2,8	3,0	3,1	3,2	2,9
1833 Rana	2,1	2,0	2,2	2,2	2,1	2,2	2,5	2,7	2,2	2,1	2,2	2,2	2,6	2,5	2,4	2,3
1839 Beiarn	2,1	1,7	1,8	1,4	1,1	0,0	0,6	0,6	1,2	2,1	1,3	1,3	1,7	1,7	2,1	1,3
1840 Saltdal	3,3	2,7	2,6	2,7	2,2	2,1	2,7	2,8	2,4	3,2	3,0	2,9	4,1	3,9	3,7	3,3
1841 Fauske	**2,9**	**2,8**	**2,7**	**2,9**	**2,4**	**2,6**	**2,9**	**3,1**	**2,8**	**3,0**	**2,7**	**3,0**	**3,4**	**2,9**	**2,5**	**2,4**
1845 Sørfold	3,1	3,0	3,2	2,9	2,0	2,3	2,9	2,6	3,5	3,3	2,5	3,2	3,8	3,5	3,8	3,1
1848 Steigen	2,6	3,0	3,2	3,2	2,6	2,1	2,6	2,0	2,1	2,3	1,9	2,2	3,0	3,1	2,7	2,2
1849 Hamarøy	2,1	2,0	1,2	1,1	1,3	1,1	1,6	1,8	1,6	1,1	2,5	4,2	3,2	3,1	3,3	2,6
Kilde: NAV																

Tabell 4. Arbeidsledigheten i Fauske har over tid lagt stabilt i underkant av 3 %. Ledigheten i Fauske er i stor samsvarende med gjennomsnittlig ledighet i Nordland fylke. NAV har klare indikasjoner på at arbeidsgivere innenfor flere bransjer har utfordringer med å få dekt sine behov for kvalifisert arbeidskraft.

5.2.1 Sykefravær

Tabell 5	Legemeldt sykefravær pr 4. kvartal for perioden 2010-2014					
	2010	2011	2012	2013	2014	Endringsprosent
Nordland	6.7	6.3	6.3	6.2	6.2	0.5
Bodø	6.1	5.8	5.8	5.7	5.6	-2.1
Narvik	8.5	8.2	8.3	7.6	7.6	0.4
Rana	7.2	6.4	6.6	6.2	6.3	2.6
Beiarn	5.4	5.9	3.6	4.1	3.8	-6.7
Saltdal	5.3	4.8	5.8	6.3	5.8	-8
Fauske	6.5	6.5	6.8	6.9	6.8	-1.4
Sørfold	5.8	6.8	5.3	6.4	5.8	-8.5
Steigen	4.5	4.9	5.5	5.4	5.1	-4.8
Hamarøy	6.4	4.8	6.1	3.2	5.1	58.4
Kilde: NAV, Fauske kommune						

Tabell 5. Tabell viser legemeldt sykefravær pr 4. kvartal. for perioden 2010 til 2014. Sykefraværet i virksomheter registrert i Fauske viser noe høyere sykefravær enn i kommuner i nærområdet. Legemeldt sykefravær ligger noe høyere i Fauske enn gjennomsnittet for Nordland fylke. Legemeldt sykefravær utgjør 15367 tapte dagsverk for virksomheter i Fauske. Egenmeldt sykefravær kommer i tillegg.

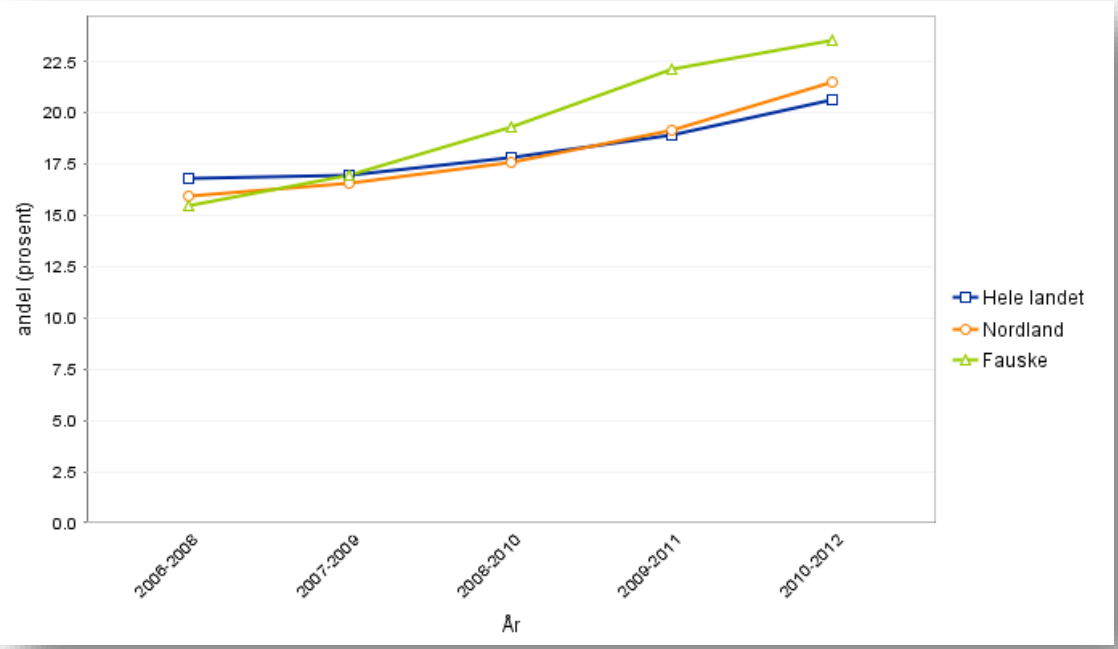
Tabell 6 **1841 Fauske**	**Sykefraværsprosent etter alder**					
4. kvartal	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**Endring**
Alder 16-19 år	**3**	**0,5**	**1,4**	**2,1**	**3,1**	**49**
Alder 20-29 år	**5,4**	**5**	**5,6**	**6,3**	**4,3**	**-31,7**
Alder 30-39 år	**7**	**6,7**	**7,8**	**6,5**	**6,4**	**-2,4**
Alder 40-49 år	**6**	**6,5**	**6,1**	**7,4**	**7,2**	**-2,9**
Alder 50-59 år	**7,1**	**6,6**	**7,6**	**7,2**	**7,8**	**8,5**
Alder 60-69 år	**7,8**	**8,9**	**8,2**	**7,8**	**8,9**	**14,2**

Tabell 6. Viser at legemeldt sykefraværet øker noe med alder, selv om det er variasjoner fra år til år mellom aldersintervallene.

5.2.2 Nedsatt arbeidsevne

Gradering av sykemeldinger anses som hensiktsmessig for å opprettholde kontakten med arbeidsplassen for igjen å hindre at man faller utenfor arbeidslivet. For den enkeltes helse antas det å være ugunstig med langvarige passive trygdeytelser. I behandling av for eksempel hjerneslag, hjertelidelser og muskel- og skjelettlidelser legges det nå større vekt på aktivitet og tidlig opptrening enn tidligere.
Samtidig kan det ikke sees bort i fra at det å komme for tidlig tilbake i jobb også kan utgjøre en helserisiko på sikt. Bruk av graderte sykemeldinger kan også føre til en såkalt ”innlåsningseffekt” som innebærer at innsatsen for å komme tilbake i full jobb reduseres og at terskelen for å få sykemelding senkes.
Kilde: Arbeid og velferd nr 3. 2011: Gradert sykemelding - omfang, utvikling og bruk (NAV).

Bruk av graderte sykemeldinger bør ses i sammenheng med andel langtidssykemeldinger. Det kan være slik at graderte sykemeldinger blir benyttet der friskmelding kunne vært aktuelt, og bruk av graderte sykemeldinger kan dermed øke det totale sykefraværet. *Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. http://khs.fhi.no*



Figur 7. Andel graderte sykemeldinger i prosent av alle sykemeldinger i løpet av året, alder 16-69 år. 2003-2005 til 2010-2012 (3 års glidende gjennomsnitt). Dataene hentet fra Arbeids- og velferdsetaten (NAV). Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. http://khs.fhi.no

5.2.3 Uføretrygd

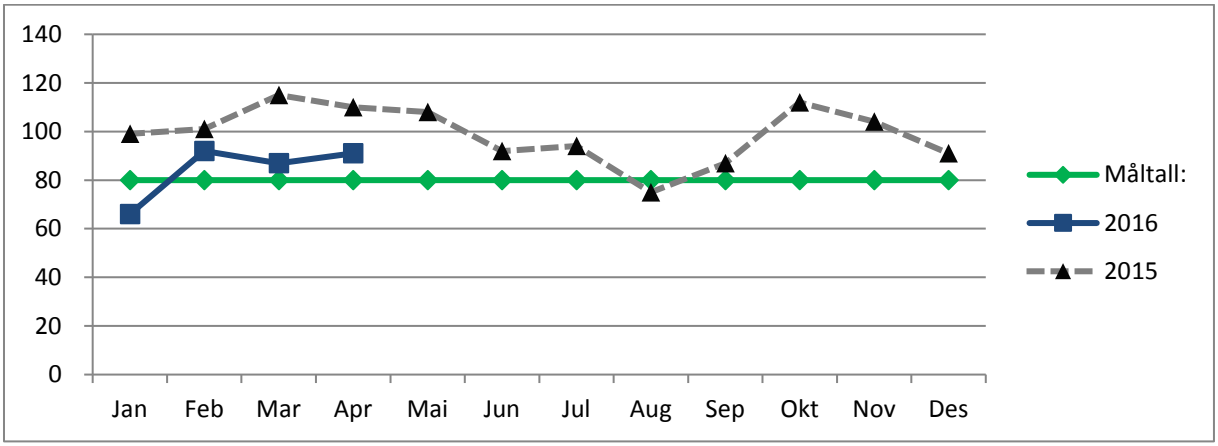
Gruppen som mottar uføreytelser er en utsatt gruppe helsemessig (fysisk og psykisk) og materielt. Hvor mange som mottar uføreytelser er en indikator på helsetilstand, men må ses i sammenheng med næringslivet, utdanningsnivået og jobbtilbudet i kommunen.
Grupper som står utenfor arbeidsliv og skole har oftere dårligere psykisk helse og mer usunne levevaner enn de som er i arbeid. De siste ti årene har andelen som får sykmelding og uføretrygd vært høyere i Norge enn i andre OECD-land. Økte helseproblemer i befolkningen kan ikke forklare dette. Årsakene til sykefravær og uførepensjon er vanskelige å fastslå. Ofte er de sammensatte, og forhold som usikker arbeidssituasjon, nedbemanninger og livsstilsfaktorer kan påvirke sykefraværet og andelen som søker om uføreytelser. *Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. http://khs.fhi.no*

Tabell 7	Antall uføretrygdede i prosent av befolkningen 18-67 år		
	30.06.13	30.06.14	30.06.15
Nordland	12,7	12,4	12,4
1804 Bodø	8,1	8,3	8,6
1805 Narvik	15	14,2	13,9
1833 Rana	13,5	12,9	12,8
1839 Beiarn	18,2	17,7	17,6
1840 Saltdal	14,2	14,2	14,9
1841 Fauske	12,3	12,1	12,5
1845 Sørfold	13,4	11,4	11,1
1848 Steigen	15,5	14,4	14,1

Tabell 7. Pr 30.06.15 er 12,5 % av befolkningen mellom 18 og 67 år i Fauske kommune uføretrygdet. Kommunen har et uførenivå som er på nivå med gjennomsnittet i fylket for øvrig. Kilde: NAV Fauske

5.2.4 Sosialhjelp

Antallet mottakere av sosialhjelp som livsopphold og supplering utgjør ca. 1 % av den totale befolkningen i kommunen. I aldersgruppen 15 – 24 år var det ifølge tall fra 2015[7] 1247 personer. Av denne gruppen hadde 87 personer søkt om økonomisk bistand. Det betyr at 6,98 % av personer i målgruppen har mottatt økonomisk sosialhjelp i 2015. For aldersgruppen 25 – 65 år var det i følge tall fra 2015[8] 4849 personer. Av denne gruppen hadde 226 personer søkt om økonomisk bistand. Det betyr at 4,66 % av personene i denne målgruppen har mottatt økonomisk sosialhjelp.



Tabell 8. viser antallet personer som månedlig mottar sosialhjelp (supplering og livsopphold) for perioden 2015 – til april 2016.

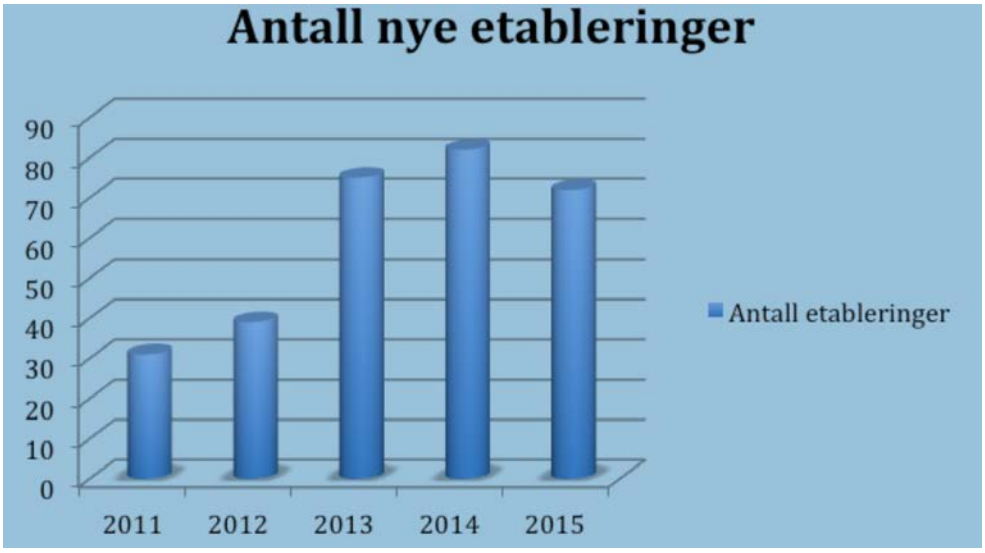
[7] Kommunehelsa statistikkbank – http:/khs.fhi.no
[8] Kommunehelsa statistikkbank – http:/khs.fhi.no

5.3 Næring

Fauna KF er et kommunalt foretak etablert i 2005, eid i sin helhet av Fauske kommune. Foretaket er kommunens høringsinstans i næringsspørsmål, og har ansvaret for næringsutvikling. Som nærings- og stedsutviklingsorgan skal Fauna være en pådriver og sparringspartner i næringsspørsmål. Gjennom førstelinjetjenesten tilbyr Fauna profesjonell ledelse og kompetanse til gründere og etablerte aktører. Strategi- og handlingsplanen er foretakets styringsverktøy for selskapets aktivitet.

Prosjektene i Fauna er av både lokal, regional og nasjonal karakter. Arbeidet foregår i samarbeid med næringslivet, nyetablerere, fylket, ulike departement, forskningsmiljø, kunnskapsparker, frivillige, kommunen samt andre aktører i regionen, og bidrar til felles samling om satsinger i utviklingsprosjekter som er viktig for kommunen som helhet. Det gode samarbeidet som strekker seg utover kommunegrensene, gjør Fauna til en synlig utviklingsaktør i regionen. Selskapet har pr. 01.10.16 4 ansatte. Fauna skal:

- Bidra til vekst og økt sysselsetting i eksisterende og nye virksomheter ved aktiv stimulering og næringsvennlig tilrettelegging
- Bidra til økt folketall ved stedsutvikling og aktiv profilering av muligheter i folkehelsekommunen Fauske.



Tabell 9. Viser antall nye etableringer Fauske. Kilde: Fauna KF, Fauske

5.4 Boligforhold

En trygg og stabil bosituasjon skaper økt trivsel og velvære. Fravær av støy og forurensning og tilgang til rekreasjonsområder, har positive helseeffekter. Det samme gjelder godt inneklima og tilstrekkelig med plass. Det er flere forhold ved boligens fysiske utforming og beskaffenhet som kan påvirke helsen vår. Sosiale og demografiske forhold ved det å bo vil også påvirke helse og trivsel. Om du eier eller leier bolig, opplever stadige utskiftninger i nabolaget, sammensetningen og grad av kontakt med naboer. Alt dette påvirker trivsel, trygghet og den generelle helsen.

Fauske eiendom KF gjennomfører utbyggingsprosjekter, foretar løpende drift og vedlikehold av kommunens samlende bygningsmasse på ca. 52000 m2, inkludert vaktmester og renholdstjeneste. I tillegg kommer 6000 m2 noe som utgjør 232 disponible boenheter i form av selveide, borettslagsleiligheter og innleide boenheter. For innleide boliger er det stor variasjon på leieperiode, m2 pris og avtalegrunnlag. Fauske eiendom KF har innført kostnadsdekkende husleie, noe som gjør at kvaliteten på boenhetene er god.

Resultat av kartlegging med boligsosial arbeid, 2015/16 viser at behovet for flere tilrettelagte boliger er tydelig, slik det er nå bor det mange personer i boliger som ikke er egnet ut fra deres funksjonsnivå. Arbeidet med planen viser også at det er hensiktsmessig å se på mulighetene for en felles samhandlingsplattform for boligsosialt arbeid i kommunen slik at medarbeidere i ulike enheter med sammenfallende oppgaver vet om hverandre.

300 husstander i Fauske kommune fikk bostøtte i 2013, noe som er en jevn nedgang fra 364 i 2010. For å få bostøtte må husstanden være definert som vanskeligstilt. *Kilde: Husbanken Statistikkbank.* Nedgangen skyldes nok ikke behovet, men innstramminger i regelverket for tildeling. Flere fikk avslag i 2015. Av disse er det flere som henvender seg til NAV, noe er en trend i flere kommuner. I tillegg får prioriterte grupper startlån fra kommunen. Gruppene det gjelder er de som er vanskeligstilte på boligmarkedet og har langvarige boligetableringsproblemer.

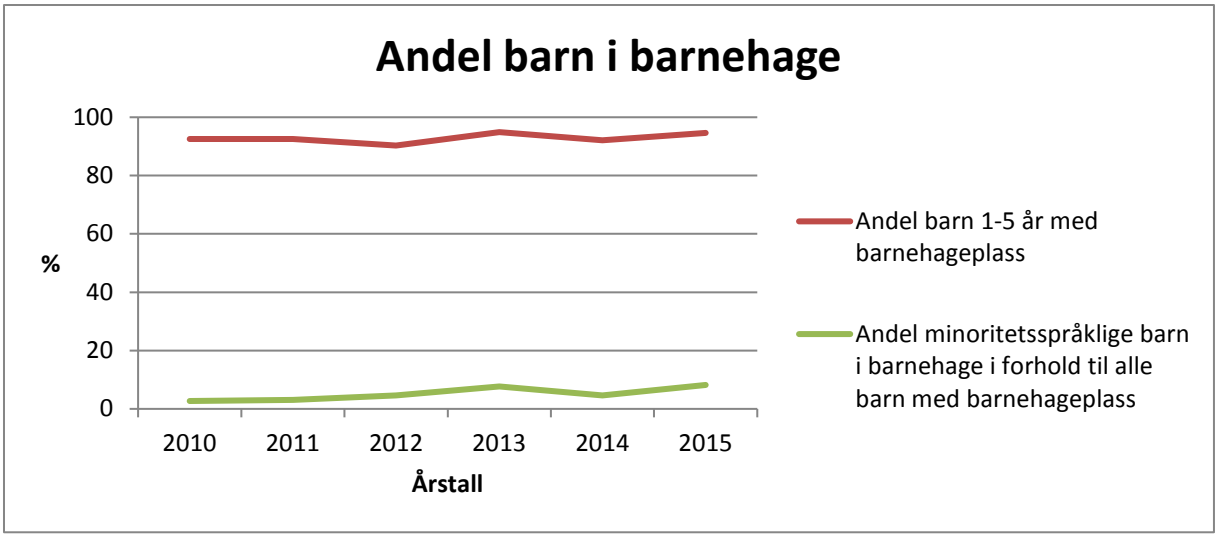
5.5 Barnehage

Barnehagene er, som skolen, en sentral og viktig folkehelsearena. En arena for integrering og inkludering, lære språk- og kommunikasjon, sosial læring og utvikling. Tilgang til gode barnehagetilbud vil kunne kompensere for både mangelfull stimulering i hjemmet, bidra til sosial utjevning og legge til rette for sunne levevaner i oppveksten.

Barnehagene i Fauske følger opp «Anbefalte kriterier for helsefremmende barnehager »[9]. God helse er viktig for barns utvikling og evne til mestring. Barnehagene er en viktig arena for god helseutvikling. Kriteriene vil også gjøre arbeidet mer forpliktende og resultatorientert og de vil forenkle evaluering og måling av fremgang og resultater.

Fauske kommune har i 2016 5 kommunale og 5 ikke-kommunale barnehager. Kommunen tilbyr full barnehagedekning for barn med rett til barnehageplass. Driften bygger på felles verdigrunnlag og rutiner i kommunale og ikke-kommunale barnehager. Alle barn skal gis like muligheter for en trygg og god oppvekst, og barnehagen skal videreutvikle et tett og godt samarbeid med hjemmet. Barnehagen skal ivareta barnas og foreldrenes behov for et godt tilbud preget av omsorg, lek, læring og danning. Kommunen har hovedopptak en gang i året, og barnehagene følger gjeldene bemanningsnorm.

[9] Helsefremmende barnehager. Anbefalte kriterier og veileder. Nordland Fylkeskommune, 2014.



Figur 8. Viser at i 2015 gikk 94,6 % av barna i aldersgruppen 1-5 år i barnehage. Av disse er 8,2 % minoritetsspråklige. (SSB)

Pr. april 2016 er det 17 barn med et annet morsmål enn norsk i barnehagene i Fauske. Statistiske tall viser at 40 % av innvandrerbarna i kommunen ikke går i barnehage, dette er til en viss grad bekymringsfullt når en vet at barnehagen har stor betydning særlig for barn fra familier med lav sosioøkonomisk status og innvandrerbakgrunn. I tillegg vet en at barnehagen kan være en viktig arena for utjevning av sosiale helseforskjeller.

For barnehagene er de største utfordringene å ha nok tid til å jobbe med begrepsinnlæring til innvandrerbarna, samt å få en god dialog og forståelse blant de foresatte om norske normer og kultur. Kvaliteten i barnehagen er vesentlig, og følgende er viktig for kvaliteten:

- Relasjonen mellom voksen og barn
- Innholdet i det pedagogiske tilbudet
- Utdanningsnivået blant personalet
- Antall barn per voksen
- Stabilitet i personalet

Barnehager og helsestasjoner kan fange opp og hjelpe barn som viser tegn til ulike psykiske plager, språk- eller atferdsproblemer. Å sette inn hjelpetiltak tidlig gir bedre mulighet for å unngå senere psykiske vansker og uheldig utvikling. Barnehager og helsestasjoner er også viktige for å veilede foreldre og eventuelt henvise familien videre.

I dag gjennomføres det oppstartsamtaler med foresatte av alle nye barn som skal starte i barnehage. Oppstartsamtalen er et ledd i kommunens satsing på tidlig innsats, blant annet for å komme tidlig på banen til foresatte som kan ha behov for hjelp fra støttetjenestene.

Det gjennomføres tverrfaglige team i alle barnehager i kommunen der støttetjenestene er representert. Dette for å sikre at barn får tidlig og riktig hjelp ut fra behov.

En rapport som nylig er publisert (Early Childhood Education and Care) viser til at barnehagen kan bidra til å motvirke frafall i videregående opplæring. Mye tyder på at barnehager med høy kvalitet stimulerer viktige ferdigheter før skolestart, blant annet matematikk, språk, sosial kompetanse og selvregulering. Dette vet vi er viktige ferdigheter for at barn skal kunne tilpasse seg faglig og sosialt på skolen. Ulike studier som er referert i rapporten, har funnet effekt av barnehager med høy kvalitet som vedvarer alt fra 6 til 22 år.

5.6 Grunnskole

Grunnskolen er ved siden av barnehagene den viktigste folkehelsearenaen. Skolen har ansvar for å legge til rette for rutiner som både fremmer god læring og god helse. Grunnskolens betydning i samfunnet for å redusere sosial ulikhet og dermed bidra til å redusere helseforskjeller i befolkninga er udiskutabel.

Grunnskolen i Fauske arbeider med å følge opp «Anbefalte kriterier for helsefremmende grunnskoler».[10] Intensjonen med kriteriene er å kunne systematisere og strukturere det helsefremmende arbeid i skolen på en bedre måte. Kriteriene vil også gjøre arbeidet mer forpliktende og resultatorientert og de vil forenkle evaluering og måling av fremgang og resultater. En helsefremmende skole er definert av Verdens Helseorganisasjon (WHO) som en skole som på en strukturert og systematisk måte utvikler og iverksetter en plan for helse, trivsel og læring. Arbeidet må omfatte alle elever og alle som hører til på skolen.

Fauske har en desentralisert skolestruktur med 6 grunnskoler og en friskole.

Skole	**Elevtall**
Erikstad skole (1-4)	66
Hauan skole (1-4)	60
Finneid skole (1-4)	79
Vestmyra skole (1-10)	604
Sulitjelma skole (1- 10)	66 (utfasing av ca. 30 flyktninger i løpet av høst 2016)
Valnesfjord skole (1-10)	202
Nordlys Fauske friskole (1-10)	14

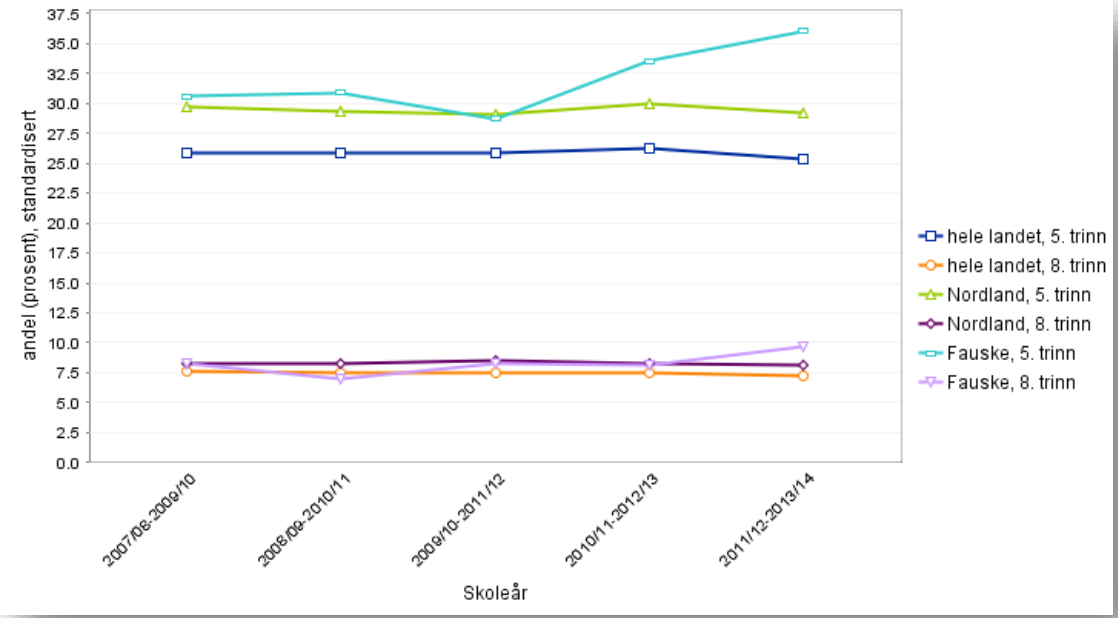
Tabell 10. Elevtall pr. 01.10.2016 Kilde: Fauske kommune.

Det samlede elevtallet i Fauske er betydelig redusert de siste årene. Siden 2000/01 er nedgangen på 181 elever. Prognoser frem til 2020 viser at nedgangen vil fortsette. I skoleåret 2015/16 er det 1080 elever i grunnskolen, innen få år viser prognosen at elevtallet vil stabilisere seg på 1050 (Nordlys Fauske friskole er ikke medregnet i tallene). Det er en desentralisert skolestruktur med både mindre og større enheter.

[10] Helsefremmende grunnskoler. Anbefalte kriterier og veileder. Nordland Fylkeskommune, 2014.

Leseferdighet på laveste mestringsnivå, 5. og 8. trinn

En av skolens aller viktigste oppgaver er å hjelpe elevene til å bli gode lesere. Å kunne lese er en verdi i seg selv, for opplevelse, engasjement og identifikasjon. Det er også et nødvendig grunnlag for læring i de fleste fag. *Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank.* *http://khs.fhi.no*

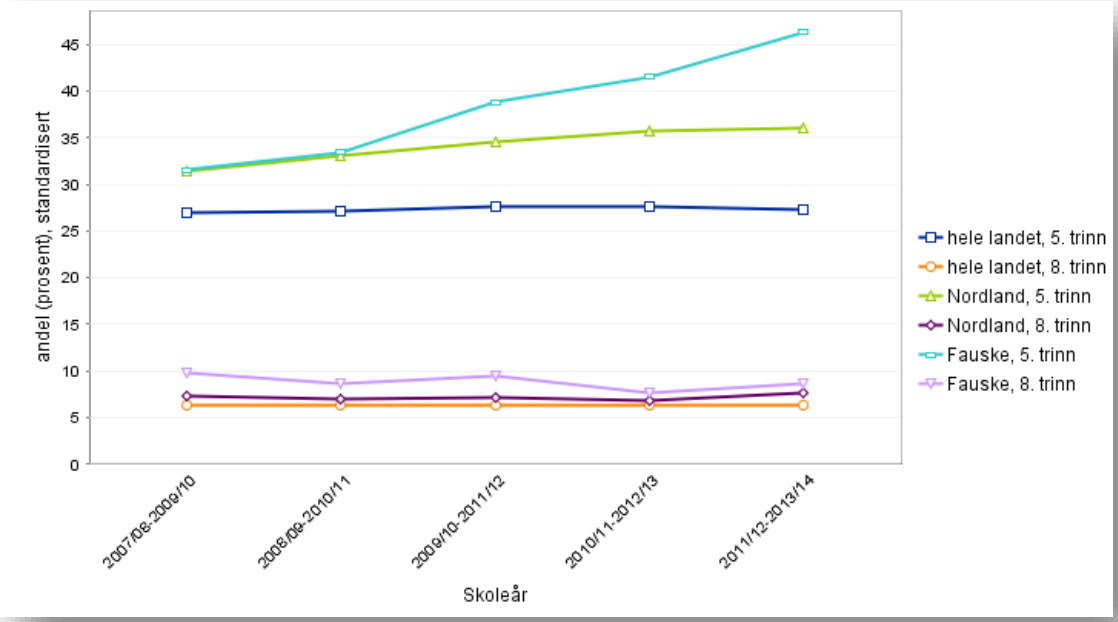


Figur 9. Andel 5. og 8. klassinger som har laveste mestringsnivå i lesing, i prosent av alle 5./8.klassinger som tok nasjonale prøver. Kommunens tall omfatter elever som går på skole i kommunen. Statistikken viser 3-års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder). Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. http://khs.fhi.no

Tendensene har vært klare over mange år. Andel av 5. og 8. klassinger i Nordland har lavere mestringsnivå i lesing enn landet for øvrig, og Fauske har stort sett ligget på nivå med Nordland. Siste målinger antyder negativ utvikling hvor Fauske nå ligger på et lavere mestringsnivå enn Nordland. På 8. trinn er resultatene nærmere nivå Nordland enn på 5. trinn. Grunnleggende leseopplæring har vært et fokusområde over flere år. Skolene har jobbet ulikt med dette og fått varierende resultater. De 2 siste årene har en bredt sammensatt gruppe fra skole (rektorer og leseveiledere) og PPT jobbet med utfordringen, noe som har endt opp med en felles plan for språk og leseopplæring i Fauske kommune. Det er også de siste årene utdannet flere leseveiledere som har fokus på lesingens betydning i alle fag, og at alle lærere skal drive leseopplæring. Fauskeskolen er også deltagere i den nasjonale satsingen «Ungdomstrinn i utvikling» hvor klasseledelse og lesing er hovedsatsingsområdene.

Regneferdighet på laveste mestringsnivå, 5. og 8. trinn

Regning er en basisferdighet som er viktig videre i utdanningsløpet og arbeidslivet. *Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. http://khs.fhi.no*



Figur 10. Andel 5. og 8. klassinger som har laveste mestringsnivå i regning, i prosent av alle 5./8.klassinger som tok nasjonale prøver. Kommunens tall omfatter elever som går på skole i kommunen. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder). Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. http://khs.fhi.no

I følge figur 10 fremkommer noe av den samme tendensen som i figur 9 Andel 5. og 8. klassinger i Nordland har lavere mestringsnivå i regneferdigheter enn landet for øvrig, og for Fauske viser resultatene for 5. trinn at vi ligger noe lavere enn Nordland. På 8. trinn er vi nærmere de gjennomsnittlige resultatene for landet og fylke, mens vi på 5. trinn beveger oss i uønsket retning. Tendensene her har over flere år vært at når elevene kommer fra småtrinn og over på mellomtrinn (5. klasse) har antallet som ligger på dårligste mestringsnivå vært for høyt i forhold til de vi sammenligner oss med, men når de samme elevene kommer i 8. og 9. klasse (nasjonale prøver der også) har denne forskjellen vært mindre. Skolene i Fauske har ikke hatt spesielle prosjekter knyttet opp til regning som ferdighet de siste årene, med unntak av et Newtonrom som skal bidra til variasjon og økt interesse for faget som helhet.

Ressursinnsats og prioritering

Tala seier noko om ressursinnsats og prioritering i grunnopplæringa både frå kommunane og private skolar.

Indikator og nøkkeltall	Fauske kommune	Nordland fylke	Nasjonalt
Årsverk for undervisningspersonale	124,8	3 051,7	57 611,5
Antall elever per årsverk til undervisning	9,7	10,2	12,2
Antall assistentårsverk i undervisningen	17	482	8 417
Antall elever per assistentårsverk i undervisningen	62,6	58,3	74,1
Antall assistentårsverk per hundre lærerårsverk	14,0	15,8	14,6
Lærertetthet 1.–7. trinn	10,8	11,1	13,3
Lærertetthet 8.–10. trinn	11,0	11,6	14,0
Lærertetthet i ordinær undervisning	14,4	14,2	16,8
Andel årstimer til undervisning gitt av undervisningspersonale med godkjent utdanning	95,0	94,7	96,0
Lærertimer som gis til undervisning	79 875	1 956 505	36 443 736
Undervisningstimer totalt per elev	73	70	58

Fauske kommune, Grunnskole, Undervisningspersonell, Alle eierformer, 2015–2016, Alle trinn, Begge kjønn

Tabell 11 Undervisningspersonell.

Tabell 11 viser at lærertettheten på 1. – 7. trinn og 8. – 10. trinn er høyere enn for Nordland og nasjonalt nivå (lavere verdi = høyere tetthet). Ser man så på tallene for lærertetthet i ordinær undervisning er tettheten lavere enn for Nordland, men fortsatt litt høyere enn for Nasjonalt nivå. Dette skyldes at Fauske har hatt en relativt stor andel spesialundervisning, og derfor knyttes mange årsverk opp mot akkurat denne undervisningen. Dette gir færre årsverk til fordeling på ordinær undervisning og lavere tetthet for denne.

Årstall	Prosent av elever med spesialundervisning i Fauske skolen.
2011-2012	18,1 %
2012-2013	16,0 %
2013.2014	14,8 %
2014-2015	13,9 %
2015-2016	8,3 %

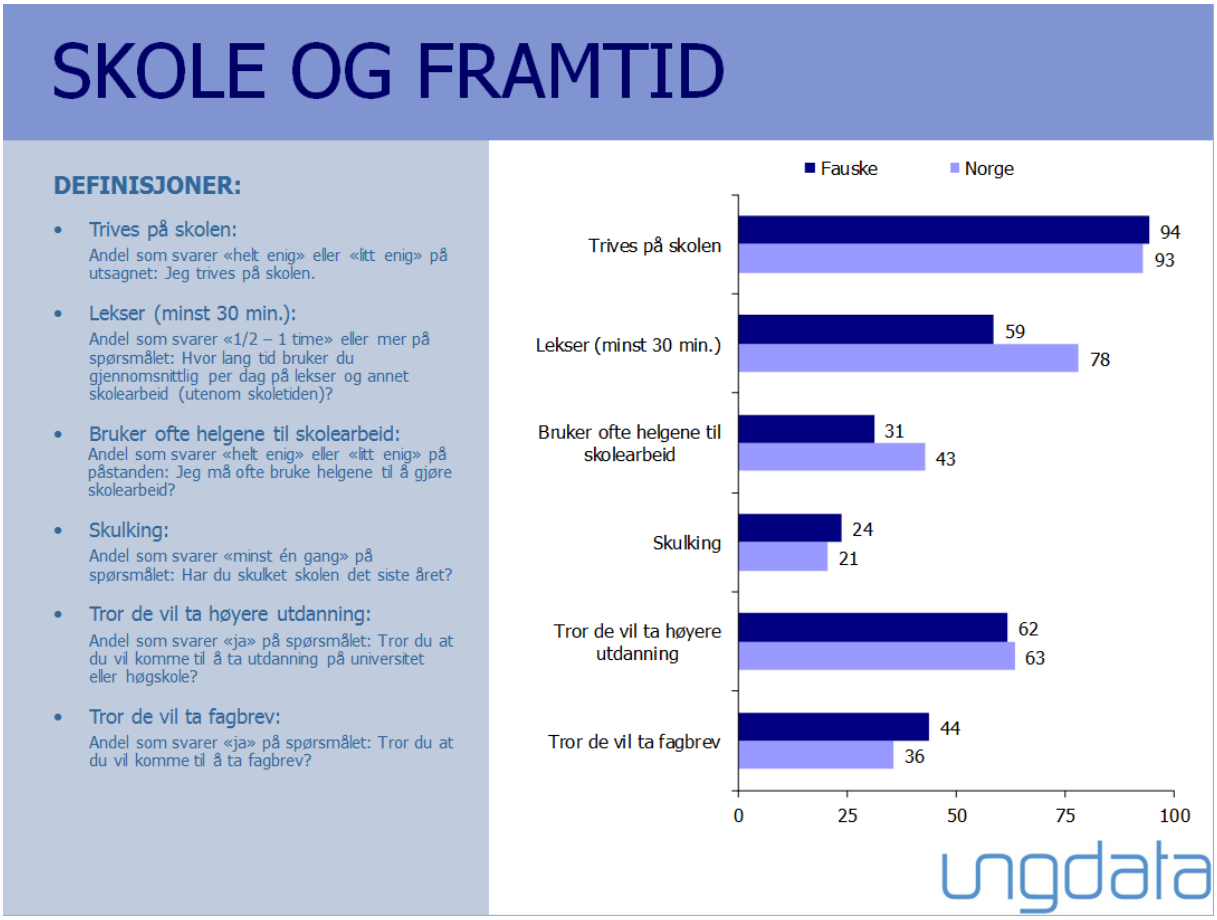
Tabell 12. Kilde: Grunnskolens informasjonssystem (GSI)

Det har vært jobbet mye med å få ned andelen elever med spesialundervisning i Fauske de siste årene, og denne jobben har gitt resultater. Flere skal ha individuelt tilpasset opplæring, og ikke spesialundervisning. Dette vil igjen kunne endre balansen mellom assistenter og lærere i form av flere pedagoger pr. elev og færre assistenter samt gi økt lærertetthet også i ordinær undervisning.

Fauske skolen nærmere seg etter hvert et nasjonalt nivå når det gjelder spesialundervisning. Nedgangen gjelder antall elever som mottar denne type hjelp (etter enkeltvedtak) og ikke nødvendigvis nedgang i antall timer for de som har behov for dette og innvilget rett til spesialundervisning. Resten får individuelt tilpasset opplæring etter behov, slik som alle elever har krav på (men ikke etter enkeltvedtak).

5.7 Utdanning

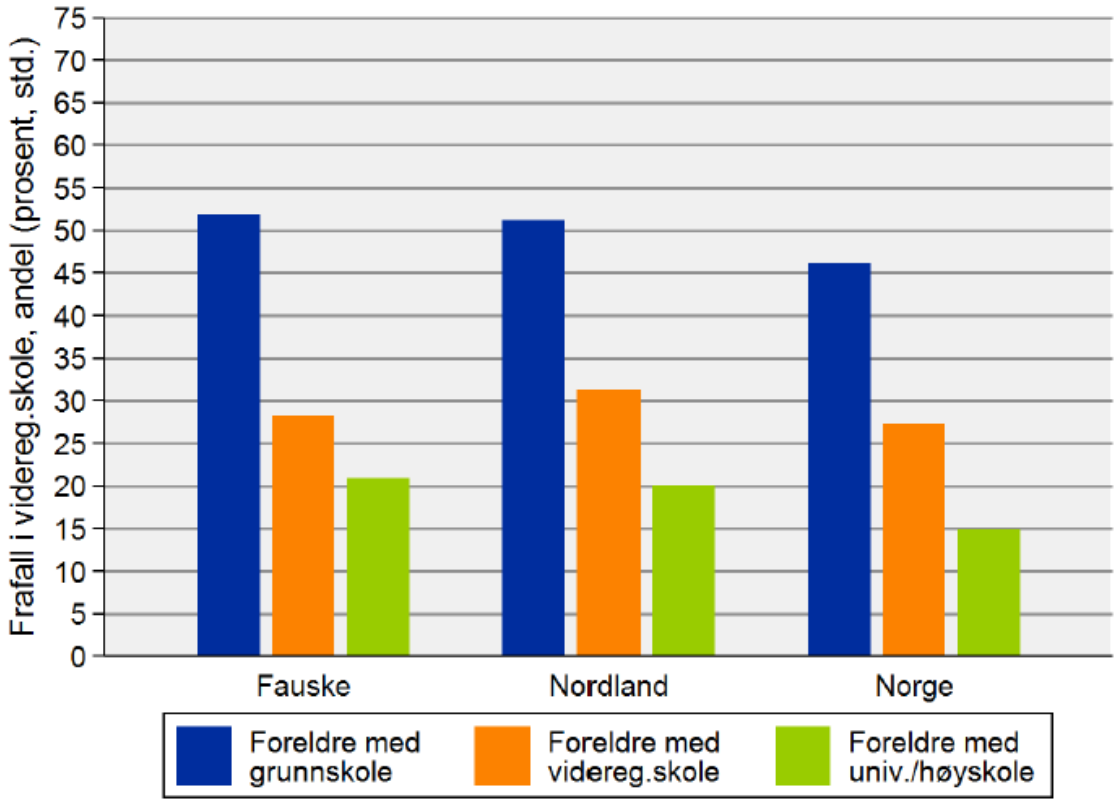
Det er veldokumenterte sammenhenger mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse. Personer som ikke har fullført videregående utdanning antas å være vel så utsatt for levekårs- og helseproblemer som de som har valgt å ikke ta mer utdanning etter fullført ungdomsskole.
Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. http://khs.fhi.no



Figur 11. Spørsmål om skole og fremtid. Andelen i prosent ved ungdomsskolene i Fauske sammenlignet med gjennomsnittet for landet som helhet. Kilde Ungdata Fauske, 2016

Figur 11 viser sammenligningstall mellom landsgjennomsnittet og hva ungdom fra Fauske svarer på ung data undersøkelsen i 2016. Ved sammenligning av tall fra ung data undersøkelsen i 2013, ser en at skulking har gått ned med 9 % og det er en liten økning av ungdommer som sier at de kommer til å ta høyere utdanning. 94 % av ungdommene sier at de trives på skolen, noe som er uforandret fra 2013.

Frafall i videregående skole



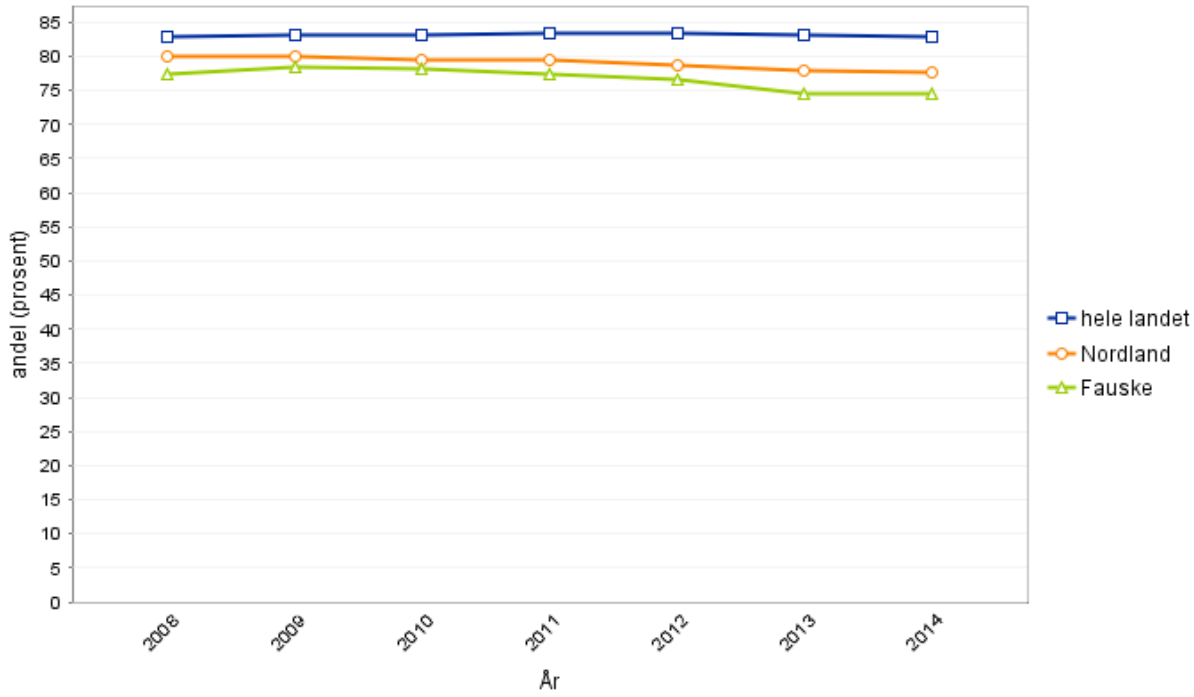
Figur 12. Andel elever som har sluttet på / ikke bestått videregående opplæring, status fem år etter påbegynt opplæring, etter foreldrenes utdanning (2012-2014). Kilde: Folkehelseinstituttet

Figur 12 viser frafall i videregående skole fordelt etter foreldrenes utdanningsnivå. Det er sammenheng mellom foreldrenes utdanningsnivå og frafall i videregående skole. I Fauske har frafallet gått betydelig ned fra 2011-2013 til 2012-2014 der foreldre har videregående skole eller universitets/høyskoleutdannelse, mens frafallet har steget der foreldre kun har grunnskoleutdanning. I vurdering av disse tallen er det viktig å være oppmerksom på at det også er forskjell i frafall mellom elever på yrkesfag og elever på studieforberedende fag, med høyere frafall blant yrkesfagelevene.

Videregående skole i Fauske kommune har stort fokus på frafall og skolene er rimelig fornøyd med de siste statistikker som omhandler frafall. Tall fra 2015/16 viser 89% bestått på studieforberedende fag mens 75% på yrkesfag. Skolen kommer tidlig på banen når det gjelder å hjelpe og følge opp elever. Karrieresentret ved skolen kartlegger kompetanse i omkringliggende kommunene, og legger til rette for at ansatte i bedrifter skal få tatt fagbrev. Dette er et viktig arbeid i utjevning av sosiale helseforskjeller.

Høyeste fullførte utdanningsnivå

Det er veldokumenterte sammenhenger mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse.
Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. http://khs.fhi.no



Figur 13. Andel personer med et gitt utdanningsnivå som høyeste fullførte utdanning i prosent av alle med oppgitt utdanningsnivå. Årlige tall. Data er hentet fra Statistikk sentralbyrås Nasjonale utdanningsdatabase (NUDB). Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. [http://khs.fhi.no .](http://khs.fhi.no)

Figur 13 viser at Fauske ligger noe lavere enn Nordland og landet for øvrig når det gjelder høyeste utdanningsnivå. Utdanning og mulighet for å mestre og å utvikle sine evner er grunnleggende viktig for den enkelte og for samfunnet. Forsking over tid viser at utdanning og utdanningsnivå utgjør en betydelig påvirkningsfaktor for helsetilstanden og fordelinga av helseutfordringer i ei befolkning.

5.8 Tjenester tilknyttet oppvekst

Øvrige tjenester i oppvekst, utenom kultur, er samlet i Barne- og familieenheten. Kommunen har som mål å om å samle disse tjenestene i et felles bygg; «Familiens hus». [11] Tjenestene det omhandler er kort beskrevet fra 5.8.1 til og med 5.8.5.

Familiesentret

Familiesentret er en møteplass for voksne og barn, og er et lavterskeltilbud som skal ivareta psykisk og fysisk helse hos gravide, barn og ungdom 0 til 20 år. Barne- og ungdomsbefolkningen (0-17 år) utgjorde ifølge SSB (2014) 20,2 % av Fauskes befolkning. Ved Familiesentret arbeider jordmor, helsesøstre som ivaretar helsestasjonsoppgaver, oppgaver innen skolehelsetjenesten og flyktningetjenesten, psykiatrisk sykepleier, familieveiledere og foreldrestøttekoordinator.

	2014	2015
Fødsel tall	72	81
Hjemmebesøk Nyfødte	69	87
2 års kontroll	99	102
4 års kontroll	107	111

Tabell 12. Kilde: Familiesentret

Vaksinasjonsdekningstallene for 2015 i kommunen: Difteri: 99%, Stivkrampe: 99%, Kikhoste: 99%, Poliomyelitt 99: HIB-infeksjon: 99: Meslinger 99%, Kusma 99%, Røde hunder 99% og Pneumokokk sykdom: 97%, vaksinasjonsdekningen er høyere enn landsgjennomsnittet.

Pr. i dag er det 55 barn fra 0 til 20 år som har tilbud om IP via Familiesenteret.

Flyktningehelsesøster samarbeider tett med flyktningetjenesten og voksenpedagogisk senter. Alle flyktninger tilbys helsekartlegging ut fra Helsedirektoratets veileder. Barn og unge ivaretas på de arenaer som er naturlig for dem ut fra sin alder som helsestasjon og skolehelsetjenesten. Integreringsperspektivet er meget viktig for at alle barn skal ha et likeverdig tilbud.

Det er tilgjengelig skolehelsesøster for alle skolene i kommunen. Det gis tilbud til alle familier og barn/ungdom i grunnskolen og i videregående skolen om individuelle oppfølging, vaksinering, veiing/måling, og undervisning i ulike tema alt etter hvilket års-trinn elevene befinner seg på. I ungdomsskolen og videregående skole er helsesøster tilgjengelig gjennom «åpen dør funksjon». Helsestasjon for ungdom er bemannet med lege og helsesøster en ettermiddag i uken.

Sitat fra oppsummering brukers erfaringer med svangerskapsomsorgen i kommunen:

> *«Alle brukerne som svarte på undersøkelsen var svært godt fornøyd med svangerskapsomsorgen i Fauske. Jordmødrene fikk gjennomgående veldig høye skårer. De fleste av brukerne (73 %) foretrekker å gå til svangerskapskontroll hos jordmor, og de resterende 27 % foretrekker å kombinere jordmor og fastlege. Brukerne er godt fornøyd med informasjonen de får og kompetansen til de ansatte.»* [12]

Sitat fra oppsummering foreldre/foresattes erfaringer med helsestasjonstjenesten i kommune:

> *«Nesten alle brukerne som svarte på undersøkelsen var svært godt fornøyd med helsestasjonstjenesten. Helsesøstrene fikk alt i alt høye skårer på både formidling av informasjon og måten de møter brukerne på. Nesten alle familiene fikk tilbud om hjemmebesøk av helsesøster etter fødselen og alle tok imot*

[11] Viser til: «Samhandlingsplan for oppvekst og kultur 2014 -2019»

[12] Brukers erfaringer med svangerskapsomsorgen i Fauske kommune, 2015. Regionalt kunnskapssenter for barne- og unge, Nord (RBUP). Universitetet i Tromsø.

tilbudet, bortsett fra tre personer. Av de som tok imot tilbudet var nesten alle ganske eller svært fornøyd med besøket.» [13]

På oppdrag fra Fauske kommune har Nordlandsforskning presentert en studie av familiemøte i Fauske kommune – «Å snakke med, ikke til eller om»[14] Sitat fra studien:

> «*Familiemøte ble opprettet både for å sikre at hjelpeapparatet kommer tidlig inn der det er behov for det og for å få fortgang i det å hjelpe familien. Det er en grunn til å anta at tilbudet om familiemøter kan gi en lavere terskel for å søke hjelp for familier som opplever problemer*».

Den forskningsbaserte informasjon som kommer fra helsedirektoratet og andre kilder danner bakteppet for den prioriteringen som gjøres i Familiesentret.

Pedagogisk Psykologisk Tjeneste (PPT)

PP-tjenesten sine oppgaver er hjemlet i opplæringslovens § 5-6: "Pedagogisk-psykologisk tjeneste Tjenesten skal hjelpe skolen i arbeidet med kompetanseutvikling og organisasjonsutvikling for å legge opplæringa bedre til rette for elever med særlige behov. Den pedagogisk-psykologiske tjenesten skal sørge for at det blir utarbeidet sakkyndig vurdering der loven krever det. Departementet kan gi forskrifter om de andre oppgavene til tjenesten." PPT har ansvar for sakkyndighetsarbeid, kompetanseheving og organisasjonsutvikling. PPT deltar i diverse samarbeidsmøter og annet tverrfaglig arbeid.

PPT tilbyr hjelp til barn og unge med særskilte behov, sakkyndig vurdering, veiledning og kompetanseheving og organisasjonsutvikling i forhold til barn med spesielle behov. PPT har registreringer utfra forskjellige definerte vansker. Helt siden 2004 og fram til nå, har det vært to grupper som har skilt seg ut med flest registrerte. Dette er gjeldende for alle kommunene i indre Salten. Innenfor førskolealder handler det om språk/kommunikasjon og psykososiale forhold. Tilsvarende finner vi lese-skrivevansker og psykososiale forhold når det gjelder flest registrerte vansker i grunnskolealder.

Årstall	Antall nye henvisninger fra Fauske kommune	Totalt antall aktive saker fra Fauske kommune	Totalt antall aktive saker fra alle samarbeidskommunene
2013-2014	84	404	788
2014-2015	75	247	490
2015-2016	85	218	442

Tabell 13. Kilde: Pedagogisk Psykologisk Tjenesten, Fauske

I august 2014 ble PPT Indre Salten omorganisert til Nye PPT Indre Salten etter en vertskommunemodell, der Fauske kommune er eier av tjenesten. Samarbeidskommunene er Beiarn, Saltdal, Steigen og Sørfold.

[13] Foreldre/foresattes erfaringer med helsestasjonstjenesten i Fauske kommune, 2015. Regionalt kunnskapssenter for barne- og unge, Nord (RBUP). Universitetet i Tromsø.

[14] En studie av Familiemøte. Å snakke med, ikke til eller om. Nordlandsforskning, 2015.

Barneverntjeneste

Barneverntjenesten har som formål å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse eller utvikling, får rett hjelp til rett tid, og bidra til at barn og unge får en trygg oppvekst.

Hvem kan få hjelp:

- foreldre som er bekymret for sitt barn, og opplever at de trenger hjelp
- barn som ikke får dekket sine grunnleggende behov for omsorg, trygghet, mat og stell
- barn som blir utsatt for fysisk/psykiske mishandling eller seksuelle overgrep
- foreldre som har rusproblemer eller psykiske vansker som påvirker omsorgen for barn
- barn som ruser seg eller begår alvorlig kriminalitet

Antall nye meldinger til barneverntjenesten har hatt en økning de siste to årene.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016(tom juni)
Nye meld:	105	102	108	105	99	114	137	106

Tabell 14. Kilde: Barneverntjenesten, Fauske.

Det er ingen klar formening om årsaken til økningen. Meldinger vedrørende barn og unge som bor i mottak utgjør til eksempel bare en liten andel av økningen. Fra 2010 er det en gradvis økning i antall meldinger og barnevern saker som omhandler vold i nære relasjoner. Dette har igjen gitt seg utslag i at barneverntjenesten jevnlig, i motsetning til tidligere, anmelder slike forhold til politiet. Årsakene til utviklingstendenser i barneverntjenesten kan være svært sammensatte. Det er grunn til å tro at økningen i antall meldinger og tiltak som omfatter vold i nære relasjoner har sammenheng med sentrale myndigheters føringer og lovendringer de senere år. Politiets og hjelpeapparatets kompetanse og gjennomføringsevne har blitt styrket, samtidig som at kunnskapsnivået hos folk flest er høyere enn tidligere.

Kommune har nå 32 barn og unge som bor i fosterhjem, mens ingen er plassert i institusjon. Det totale antall barn plassert utenfor hjemmet har vært høyere tidligere. Antall barn med hjelpetiltak i hjemmet ligger for tiden på omentrent 50-60 barn.

Flyktningetjeneste

Fra åttitallet frem til 2014 hadde Fauske kommune hvert fjerde år fornyet sitt vedtak om mottak av 18 flyktninger per år pluss familiegjenforeninger. I 2014 ble det fattet vedtak om mottak av 25 flyktninger per år pluss familiegjenforeninger. Sammen med familiegjenforeninger ble det for 2015 totalt bosatt 53 flyktninger. For 2016 og 2017 foreligger det et vedtak om bosetting av 48 flyktninger pr. år inklusiv familiegjenforeninger. I 2016 har tjenesten blitt utvidet med en programrådgiver og en miljøarbeider. Antall ansatte utgjør pr. i dag 8 fulle stillinger.

Tjenesten omfatter bo-veiledning, praktisk bistand etter behov, introduksjonsprogram/kvalifisering i samarbeid med Voksenpedagogisk senter og NAV, tilrettelegge for en god integrering i lokalsamfunnet, bistand i asylsaker, søknad om familiegjenforening og eventuell frivillig tilbakevending, administrere tolke- og oversetter tjenester.

5.9 TIMS – tidlig innsats målrettet samhandling

T I M S - Fauske er Fauske kommunes samhandlingsmodell for tidlig innsats omkring barn. Modellen er et resultat av regjeringens satsing (Modellkommuneforsøket 2007-2014) på barn fra 0-6 år av psykisk syke og rus misbrukende foreldre. Hensikten med prosjektet var å finne gode modeller for helhetlig og systematisk oppfølging av barn i denne gruppen.

I Fauske kommune er det besluttet at samhandlingsmodellen skal gjelde for alle barn - uavhengig av utfordring og problematikk, og utover alderen 0-6 år. Hensikten med T I M S - modellen er å oppdage tidligere, forebygge, og evt. sette i verk tiltak. T I M S - Fauske er et samlebegrep for ulike elementer som inngår i en og samme modell. Ett element i modellen er TIMS-teamet; et tverrfaglig, ambulant ressursteam som skal bistå foreldre og ansatte ved behov. Teamet er et lavterskeltilbud og består av ulik fagkompetanse hentet fra barne- og familieenheten og enhet skole. Teamet fungerer som tverrfaglig team i Fauske-barnehagene.

Fra høsten 2016 er Nordlandsforskning i gang med forskning på TIMS-modellen.

5.10 Foreldrestøtte

Forskning viser at foreldre er de personer som har størst betydning for sine barn og for deres oppvekst. Det er i familien det legges grunnlag for primære oppdragelses- og danningsprosesser. Dette er med på å gjøre foreldre til kommunens viktigste ressurs i arbeidet med å fremme barn og unges helse og utvikling.

Tanken bak foreldrestøttesatsingen i Fauske, hvor foreldrestøtte skal tilbys til alle foreldre med barn i alderen 0 -20 år, handler om å fremme barns helse gjennom å øke foreldrenes kunnskap og kompetanse om barns helse og utvikling. Jo bedre foreldre håndterer sin rolle og sitt ansvar som foreldre, jo bedre (vekst-/livs-) vilkår gis barnet. Foreldrestøtte som begrep omfavner all aktivitet som kan knyttes til å øke denne kompetansen, enten hos foreldre direkte, eller hos foreldrestøtteaktører (ansatte i oppvekstsektoren, m.fl.).

Av normalfamiliegruppen, som utgjør 90 % av befolkningen, viser forskning at 10 % utvikler alvorlig normbrytende atferd (Sundell & Forster, 2005). Når det kommer til familier i risikogruppen så regnes det at 25 % utvikler alvorlig normbrytende atferd, og hele 40 % av problemgruppen. Likevel er det i normalgruppen dette utgjør flest tilfeller. Fordelt på 100 familier vil det, statistisk sett, være 12 barn som utvikler normbrytende atferd. Av disse kommer 9 fra normalgruppen. En liten innsats rettet mot mange vil dermed ha større effekt enn stor innsats rettet mot få.

Foreldrestøttetiltak i Fauske skal finnes som helsefremmende og forebyggende tiltak, og som hjelpetiltak. Satsingen skal føre til økt kompetanse også hos kommunens ansatte, så vel som hos frivillig sektor. Foreldrestøttearbeidet er politisk og administrativt forankret gjennom kommunens folkehelsearbeid og gjennom diverse politiske vedtak og dokumenter; «Fra programnotat til handling», «Samhandlingsplan for oppvekst og kultur 2014 - 2019».

5.11 Vårres unga, vårres fremtid

Fylkesmannens satsing på vårres unga –vårres fremtid har gjort seg ulike utslag i de forskjellige kommunene. I Fauske kommune ble det gjennom et grundig kartleggingsarbeid i 2012 bekreftet et behov for en mer helhetlig strategi for å sikre trygge oppvekstsvilkår for "våre unger". Gjennom prosjektet fikk kommunen på plass ny samhandlingsplan for oppvekst og kultur. Denne ble politisk forankret i februar 2014, og gjelder for alle enheter og tjenester innenfor barnehage, skole, barn- og familie, samt kultur.

Samhandlingsplanen legger vekt på foreldres som ressurs, og på viktigheten av godt samarbeid mellom kommune og hjem. Tidlig innsats, foreldrestøtte, folkehelse og samhandling er sentrale begrep i planen. Kommunen skal arbeide aktiv med disse prioriteringene, og de skal komme innbyggerne til gode. Samhandlingsplanen er rullert høsten 2016.

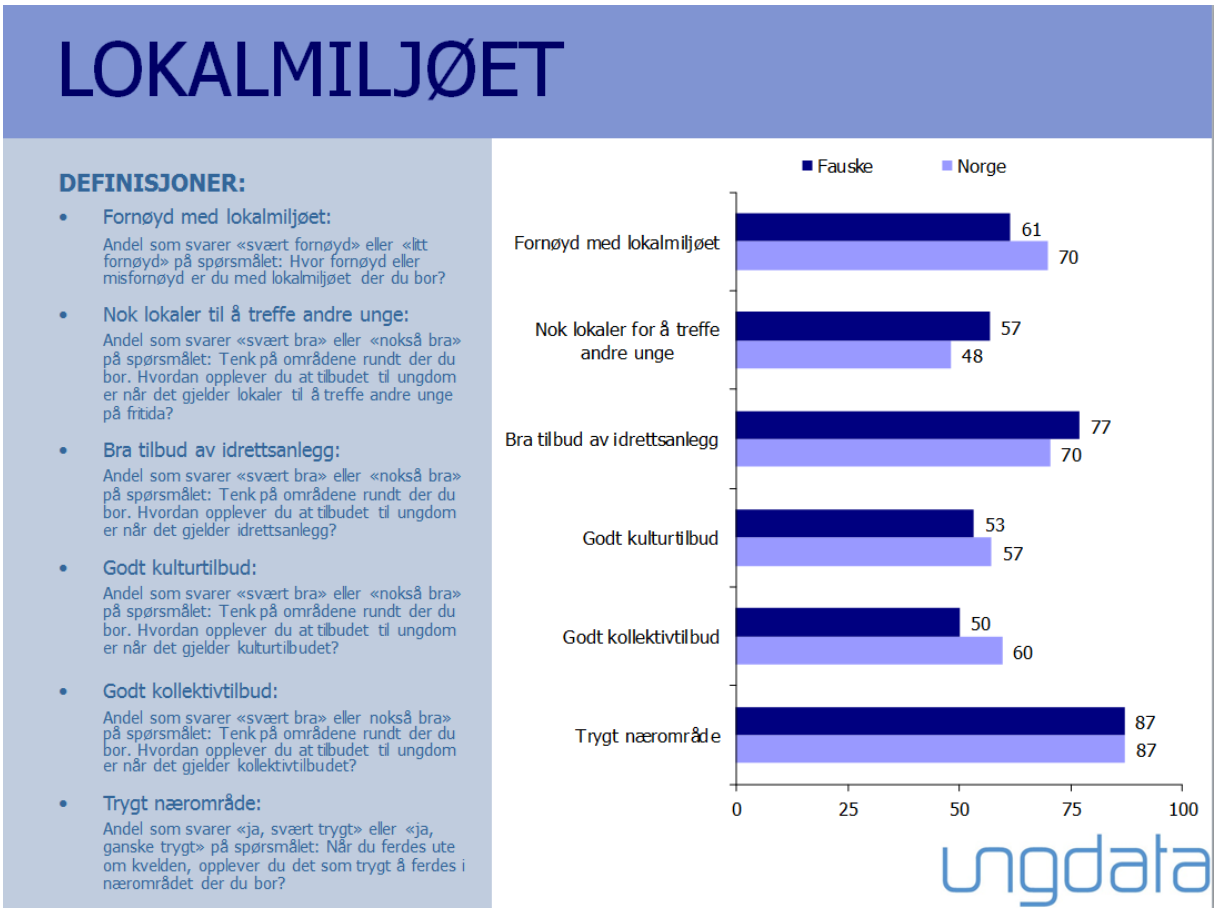
Det ble fortatt et nytt kartleggingsarbeid i 2014 om hvordan kommunen forholder seg til FNs Barnekonvensjon. FNs barnekonvensjon ble i 2003 tatt inn i norsk lov. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet rapporterer hvert 5. år til FN hvordan loven følges opp i Norge.

Konsekvensen av 2014-kartleggingen har ført til økt satsing på medvirkning fra barn og unge. Som følge av dette er ungdomsrådet løftet frem og er mer synlig gjennom deltakelse på ulike arenaer, som for eksempel kommunestyret og andre lovpålagte utvalg. Ungdomsrådet har skoleåret 2015/16 gjennomført «Agenda Day» på ungdomsskolene i kommunen. Høsten 2016 er det gjennomført «Agenda Day» med fokus på ungdataundersøkelsen.

5.12 Sosialt miljø

Trygge uteområder og uformelle møteplasser som frister til opphold og sosial kontakt, kan øke følelsen av tilhørighet i nærmiljøet. Eksempler på møteplasser er ulike former for aktivitetsarenaer for barn/unge og eldre, kultur- og samfunnshus, parker, turstier og lekeplasser.

5.12.1 Kultur, fritidstilbud og frivillig innsats



Figur 14. Spørsmål om lokalmiljøet. Andelen i prosent ved ungdomsskolene i Fauske sammenlignet med gjennomsnittet for landet som helhet. Kilde Ungdata Fauske.

61 % av elevene ungdomsskolen svarer «svært fornøyd» eller «litt fornøyd» på spørsmålet: Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med lokalmiljøet der du bor? Dette er en økning på 10 % fra 2013, men fremdeles under gjennomsnittet for landet (70 %).

Kulturtilbud

Tabell 10	Kulturtjenesten i Fauske kommune				
	Bibliotek[1]	Fauskebadet[2]	Fritidsklubber[3]	Kulturskolen[4]	Kino[5]
2014	52 002	10 467	118	197	15 674
2015	42 248	12 174	138	196	17 172
Prosentvis endring	-18.7	16.3	16.9	-0.5	9.9

[1] *Totalt utlån*
[2] *Publikumbesøk offentlig bad + badebursdag*
[3] *Gjennomsnittlig ukentlig besøk*
[4] *Elevtall ved årsskiftet*
[5] *Totalt antall publikumbesøk inklusive bursdagskino, SFO-tilbud og videregående skole*

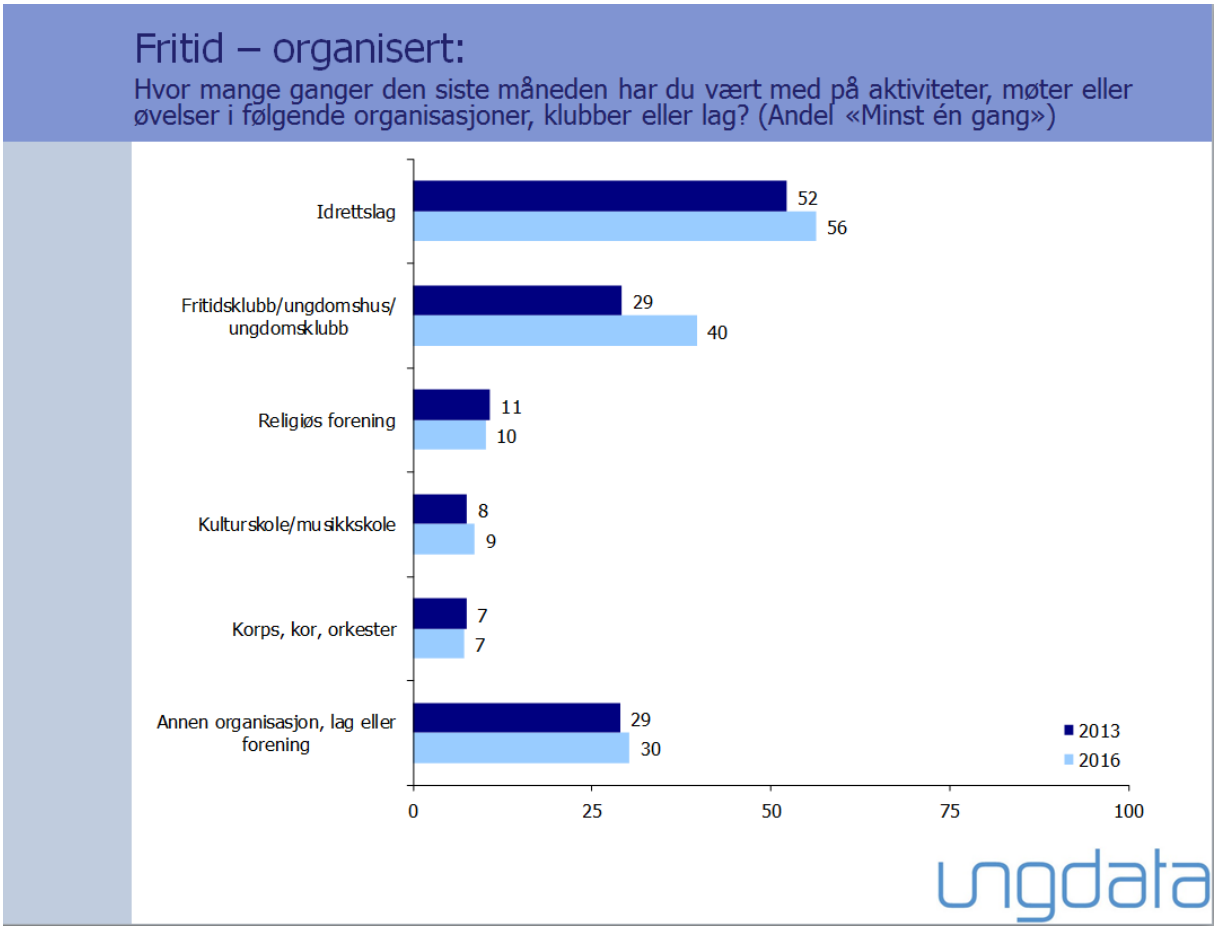
Tabell 16. Viser at den kommunale kulturtjenesten har stort sett hatt økning i publikumsbesøk og tjenestetilbud i 2015

Frivillig innsats

Frivillighet er svært viktig for det lokale kulturlivet og er en stor ressurs. Lag og foreninger viser stor dugnadsånd for Fauske samfunnet. Fauske kommune tilrettelegger godt for svært mange aktiviteter, ofte i godt samarbeid med lag og foreninger.
Fauske frivilligsentral, som har vært i drift siden 1996, bidrar med å koordinere det frivillige arbeidet. Sentralen har to hovedsatsingsområder: forebyggende arbeid, særlig rettet mot barn og unge og støtte til samarbeidende lag og foreninger i kommunen.

Fritidstilbud – lag og foreninger

Medlemskap i en fritidsorganisasjon kan være en indikator på deltakelse i lokalsamfunnet. Ved å delta i organisasjoner kan man danne seg et nettverk som igjen kan virke positivt på psykisk helse. *Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank.* http://khs.fhi.no



Figur 15. Spørsmål om fritid - organisert. Andelen i prosent ved ungdomsskolene i Fauske sammenlignet med tall fra 2013. Kilde Ungdata Fauske, 2016

Lag og foreninger tilbyr et meget variert aktivitetstilbud til kommunens innbyggere. Under idrettsregistreringen i 2014 viste det seg at 3461 medlemmer tilknyttet Fauske idrettsråd fordelt på 26 lag. Hovedvekten på medlemmer er mellom 6-19 år.

Av figur 14 kommer det frem at 77 % av ungdommene syns de har et bra tilbud om idrettsanlegg, figur 15 viser at 56 % er medlem i idrettslag en liten økning fra 2013. Den største økningen innen organisert fritid er fra 29 % til 40 %, og økningen er i bruk av ungdomsklubber.

På spørsmål inn uorganisert fritid vises en økning på 12 % som sier at de oppholder seg med venner på gatekjøkken, kiosk, bensinstasjon, kjøpesenter.

Kommunen legger til rette for at lag og foreninger skal være vertskap for arrangement, både av lokal, regional, nasjonal og internasjonal karakter.

Valgdeltakelse

Valgdeltakelse, måling av innbyggernes bruk av stemmeretten, er ett mål på engasjement og samfunnsdeltakelse i befolkningen lokalt og nasjonalt.

	Fauske	Nordland	Norge
Valg 2011	65,2 %	63,4 %	64,2 %
Valg 2015	63,5 %	59,9 %	60,0 %

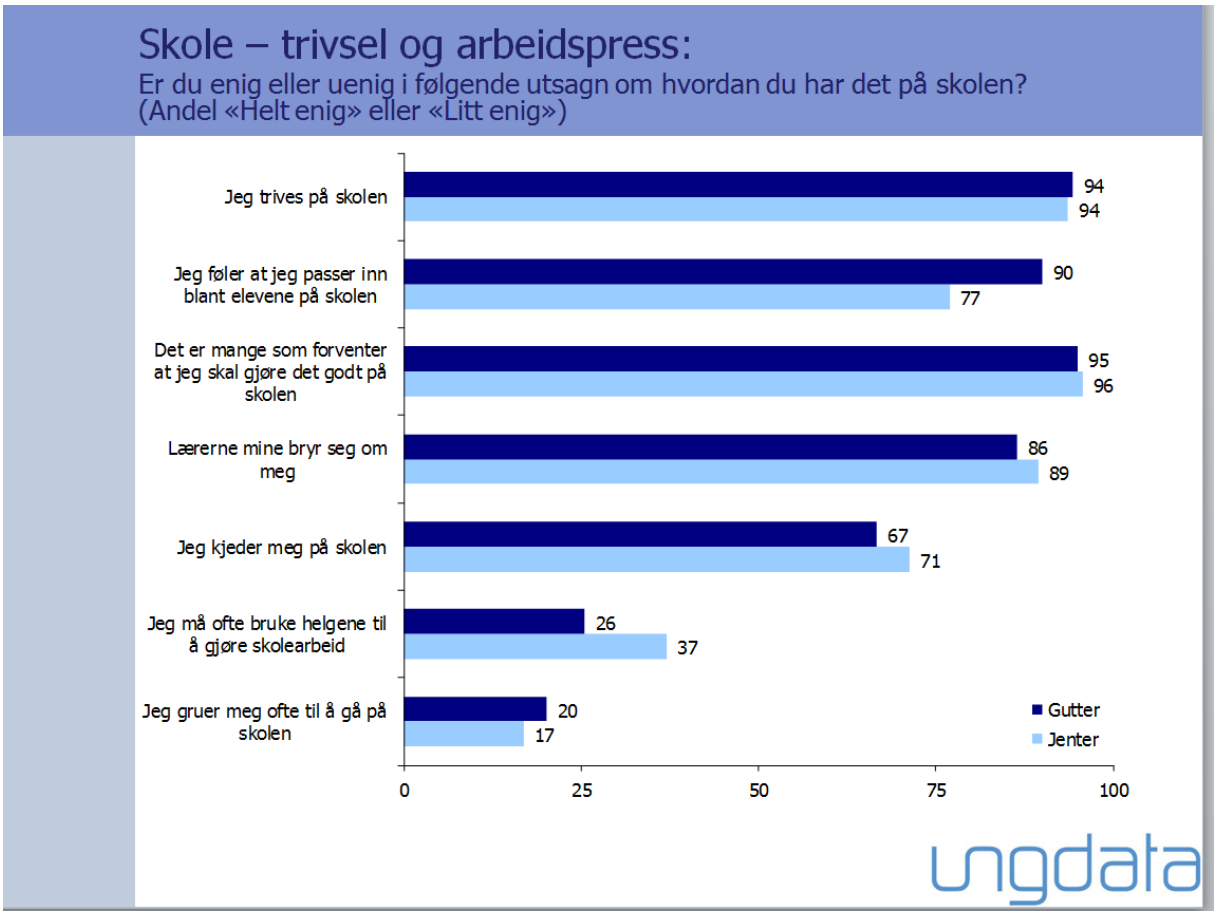
Tabell 17. Kilde valgresultat.no

5.12.2 Trivsel

Økt trivsel er et sentralt mål for folkehelsearbeidet. For barn og unge er skolen en svært viktig sosial arena. Trivsel på skolen er en av en rekke faktorer som påvirker elevenes motivasjon for å lære, og dermed deres evne til å mestre de utfordringene skolehverdagen gir (Øia 2011). Trivsel kan på lengre sikt ha betydning for frafallet blant elever i den videregående skolen, hvor hull i kunnskapsgrunnlaget fra ungdomsskolen er en viktig medvirkende årsak til frafall. Videre kan skoletrivsel knyttes til livstilfredshet, spesielt for jenter (Danielsen m.fl, 2009). *Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank.* http://khs.fhi.no

Skoleår	2006/07-2010/11	2007/08-2011/12	2008/09-2013/14	2009/10-2014/15*	2010/11-2015/16
Geografi					
hele landet	83,0	83,6	84,5	85,1	85,3
Nordland	78,8	79,6	79,9	81,1	81,6
Fauske	75,0	75,7	77,0	79,7	82,1

Tabell 18: Andel elever som trives godt på skolen i prosent av alle som svarte på undersøkelsen. Kommunens tall omfatter elever som går på skole i kommunen. Statistikken viser 5 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 5-årsperioder). Data fra Elevundersøkelsen som gjennomføres årlig i 7. og 10. klasse. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. http://khs.fhi.no



Figur 16. Spørsmål om trivsel og arbeidspress på skole. Andelen i prosent ved ungdomsskolene i Fauske sammenligning mellom kjønn. Kilde Ungdata Fauske, 2016

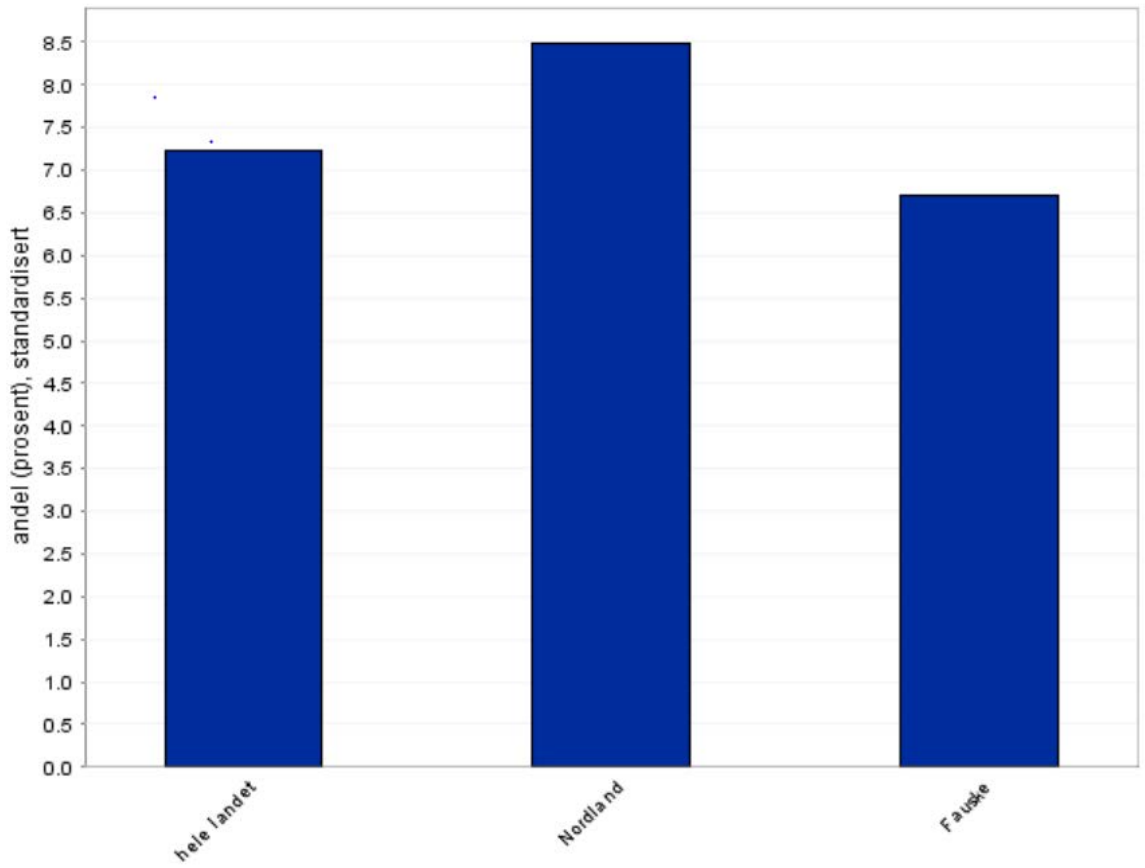
Tabell 18 viser at elever (7. og 10. klasse) i Fauske trives bedre på skolen i 2015/2016 enn de gjorde 9 år tidligere. Denne forskjellen ses ikke i landet for øvrig.

Fra figur 16 kommer det frem at 94 % av elever i 8., 9. og 10. klasse sier at de trives på skolen, det gjelder for alle de 3. klassetrinnene mest av alt trives 10. klassinger med 96 %, mens landsgjennomsnittet er 93 % for alle klasser.

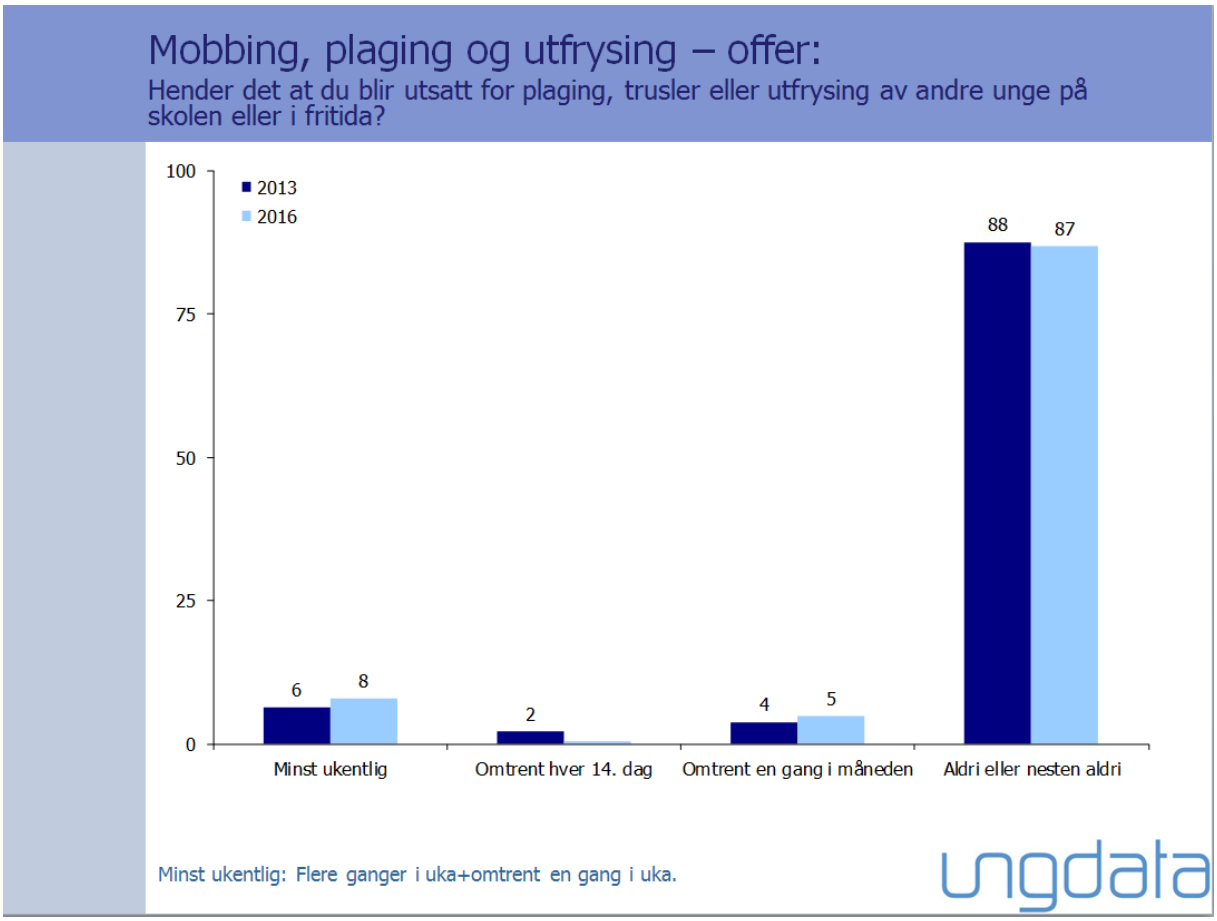
Det fremkommer av ungdatamaterialet at 20 % av guttene gruer seg ofte til å gå på skolen og og 17 % av jentene sier det samme, det er flest i 9. og 10. klasse som gruer seg. En forholdvis stor prosent (ca.70 %) av både jenter og gutter i ungdomsskolen sier at de kjeder seg på skolen, færrest som kjeder seg i 8.klasse. Jenter bruker mere tid på lekser i helgene enn gutter. Hele 95 % av jenter og gutter sier at det er mange som forventer at de skal gjøre det godt på skolen.

5.12.3 Mobbing

Mobbing er en vesentlig individuell risikofaktor for psykiske lidelser (Fosse 2006). Barn som mobbes har opptil sju ganger høyere risiko for psykiske plager som engstelse, depresjon, ensomhet og rastløshet, enn barn som ikke mobbes. Blant barn og unge som mobbes er også kroppslige helseplager som hodepine, ryggsmerter, "vondt i magen" og svimmelhet, dobbelt så vanlig som blant andre barn. Jo oftere et barn blir mobbet jo større er risikoen for helseplager (Nordhagen 2005).
Sammenhengen mellom mobbing og helseplager understreker at det er viktig å forebygge mobbing i skolen. Det er dessuten viktig å følge med på statistikk over andelen som har vært utsatt for mobbing for å si om hvordan iverksatte tiltak fungerer, og for å kunne drive lokalt kvalitetsforbedringsarbeid. *Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank.* *http://khs.fhi.no*



Figur 17: Andel elever i 7. og 10. trinn i grunnskolen som har opplevd mobbing de siste månedene i prosent av alle elever som deltok i undersøkelsen. Kommunens tall omfatter elever som går på skole i kommunen. Statistikken viser 5 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 5-årsperioder). Data fra Elevundersøkelsen som gjennomføres årlig i 7. og 10. klasse. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. http://khs.fhi.no

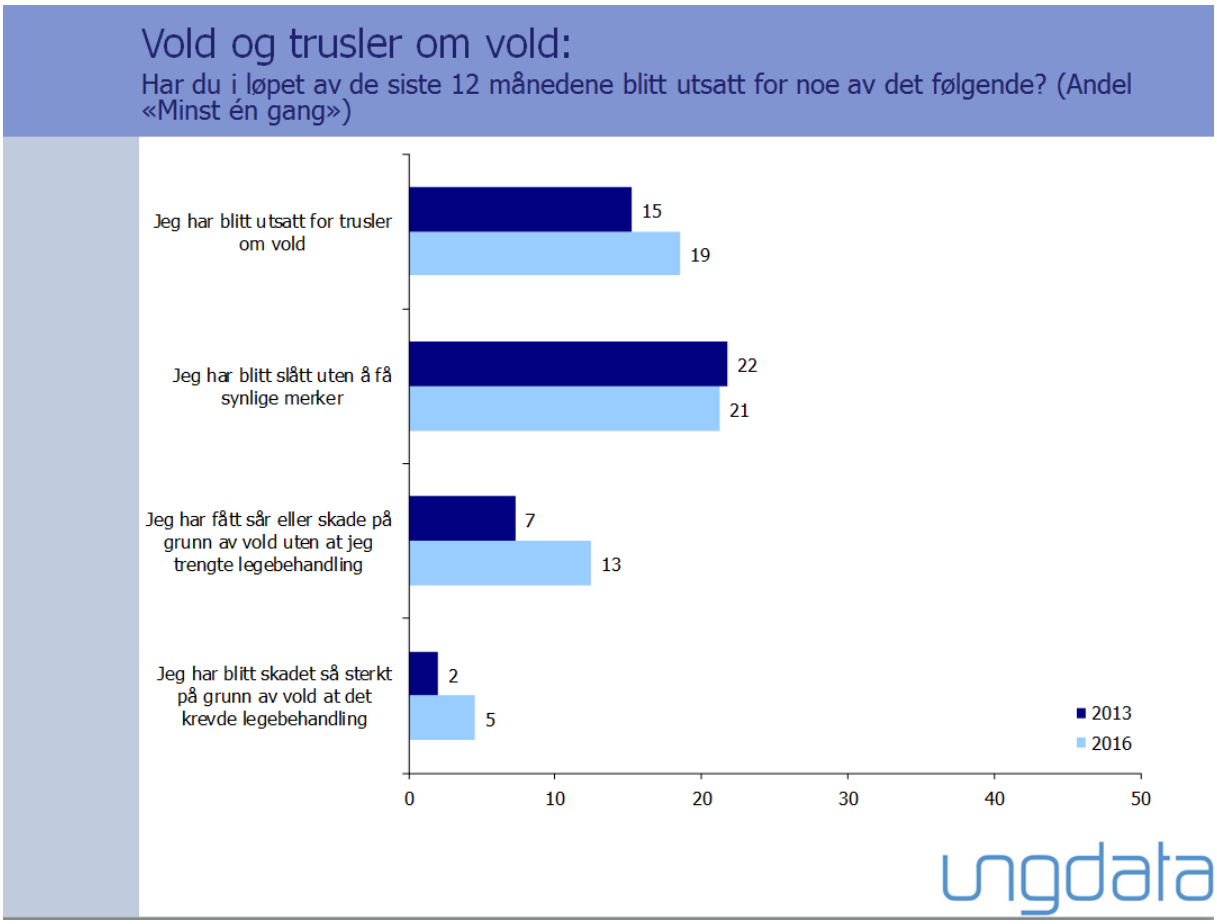


Figur 18. Spørsmål om mobbing, plaging og utfrysing – offer. Andelen i prosent ved ungdomsskolene i Fauske sammenlignet med tall fra 2013. Kilde Ungdata Fauske, 2016

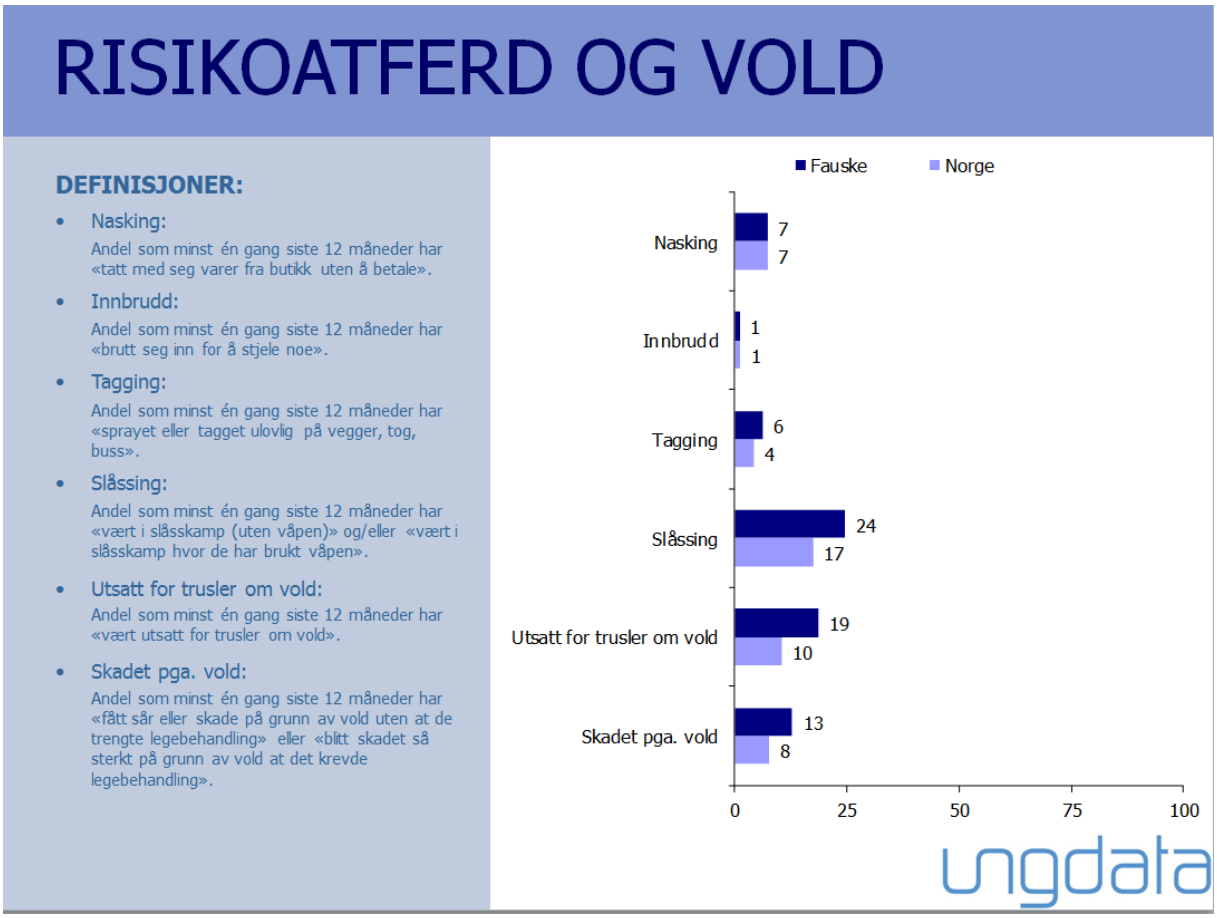
Figur 18 viser at det er et lavere antall elever som opplever mobbing i Fauske kommune enn i Nordland og i landet for øvrig. Samtidig viser ungdataundersøkelsen at kommunen har en økning fra 6 til 8 % fra 2013 til 2016 av ungdommer som opplever ukentlig plaging, trusler eller utfrysing av andre unge på skolen eller i fritida.

Skolene i Fauske følger nasjonale retningslinjer og Olweus-modellen for ivaretakelse når det har skjedd uønsket adferd knyttet til mobbing. Det ses også på opprettelse av et eget beredskapsteam knyttet til TIMS-teamet for bistand i alvorlige mobbesaker. For tiden utprøves også ulike forskningsbaserte trivselsprogram, som supplement til antimobbearbeidet.

5.12.4 Risikoatferd, vold og kriminalitet

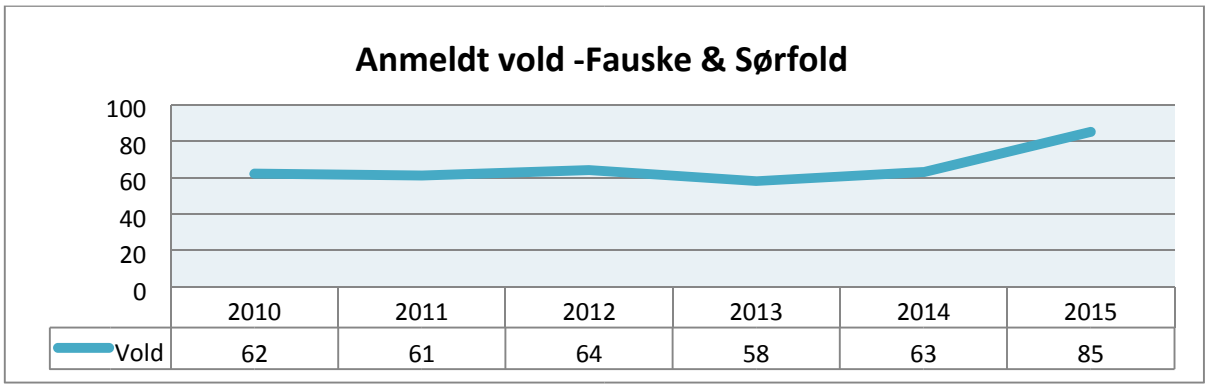


Figur 19. Spørsmål om vold og trusler om vold. Andelen i prosent ved ungdomsskolene i Fauske sammenlignet med tall fra 2013. Kilde Ungdata Fauske, 2016



Figur 20. Spørsmål om risikoatferd og vold. Andelen i prosent ved ungdomsskolene i Fauske sammenlignet med gjennomsnittet for landet som helhet. Kilde Ungdata Fauske, 2016

Figur 19 sier at det har vært en økning av vold og trusler om vold fra 2013 til 2016. Figur 20 viser svarer at det er en høyere andel ungdommer på Fauske som er utsatt for trusler om vold enn landet for øvrig. I tillegg er det mere slåssing og flere som er skadet på grunn av vold enn landsgjennomsnittet.

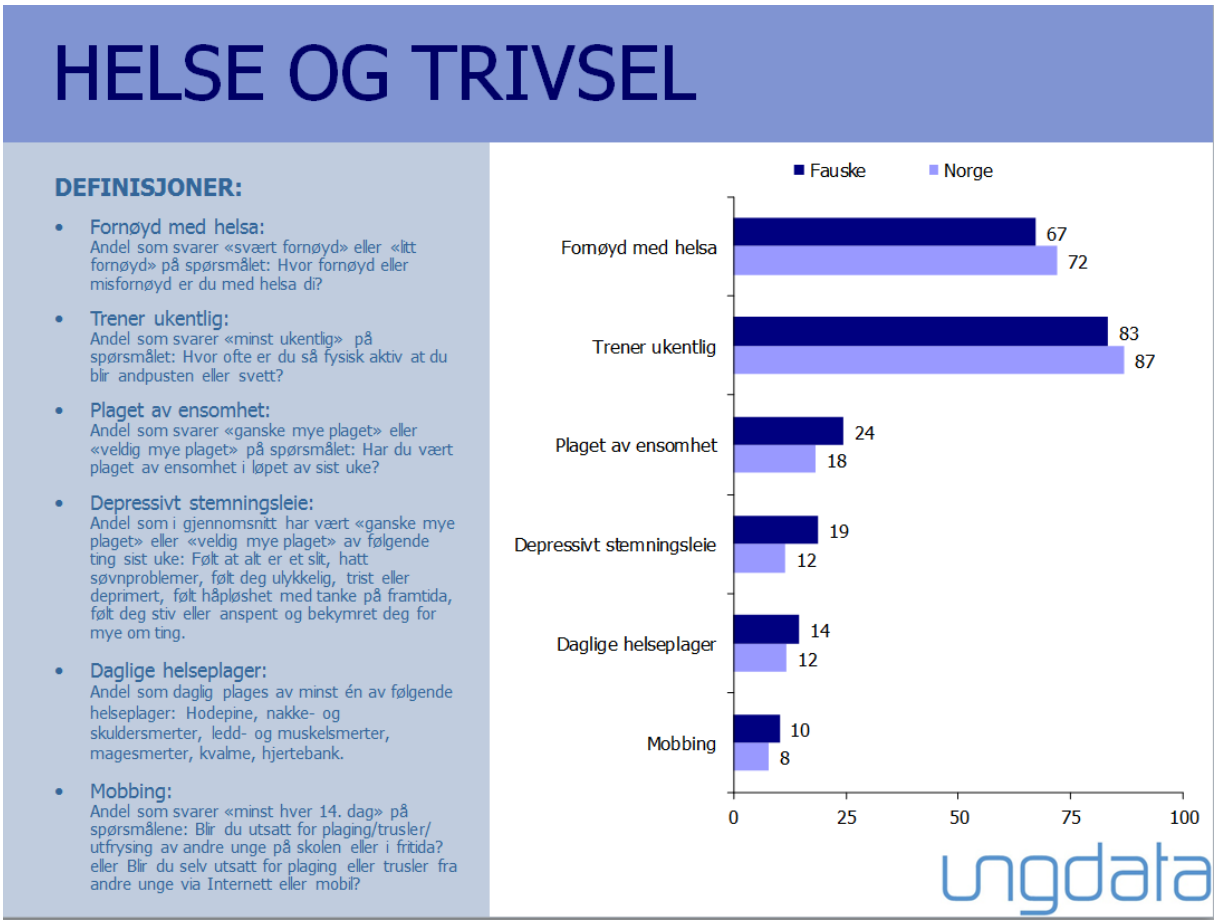


Figur 21. Kilde: PAL for STRASAK

Politiet har registrert en økning på 35 % i anmeldt vold på Fauske og Sørfold i 2015, sammenlignet med 2014. Dette skiller seg ut fra en nokså stabil utvikling i perioden 2010-2014. Økningen gjelder spesielt trusler og legemssaker, med henholdsvis 55 % og 17 % økning fra 2014.Dette er en økning som ses både i Nordland og i hele landet. Politiet gir uttrykk for at øvrige etater har fått en lavere terskel for å koble på politiet i disse saker. Politiet har fokus på den utviklingen som vi kan se antydning til i Fauske.

5.12.5 Psykisk helse barn og unge

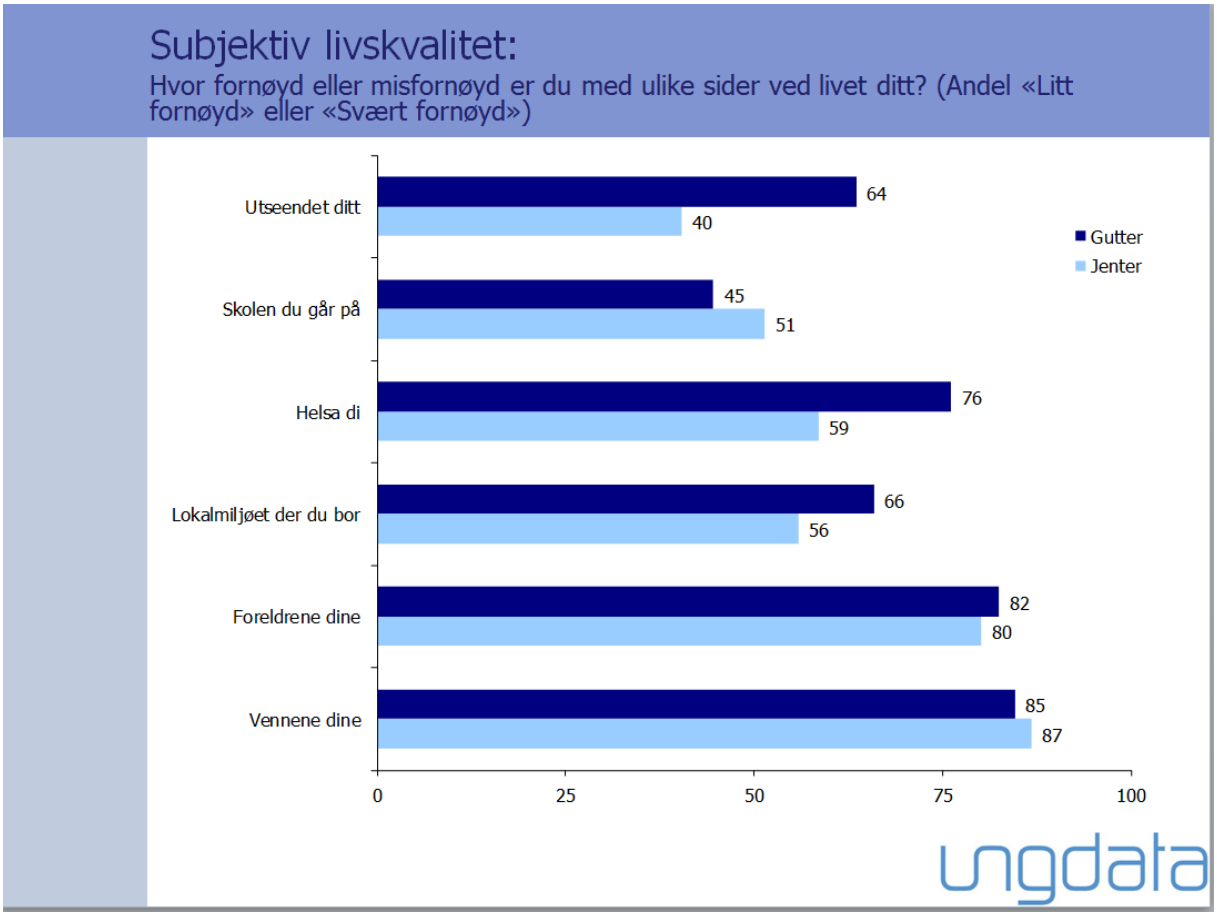
Ensomhet er det motsatte av god sosial støtte. God sosial støtte innebærer at en får kjærlighet og omsorg, blir aktet og verdsatt, og at en tilhører et sosialt nettverk og et fellesskap med gjensidige forpliktelser. Manglende sosial støtte øker faren for både fysiske og psykiske lidelser.
Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. http://khs.fhi.no



Figur 22. Spørsmål om helse og trivsel. Andelen i prosent ved ungdomsskolene i Fauske sammenlignet med gjennomsnittet for landet som helhet. Kilde Ungdata Fauske, 2016

Det var en høyere andel av ungdomsskoleelever i Fauske som oppgir å ha psykiske plager enn eller i landet (Ungdata Fauske 2016). Flere ungdommer oppgir at de er plaget av ensomhet enn ellers i landet og flere ungdommer oppgir at de den siste uken har «følt at alt er et slit», «hatt søvnproblemer», «følt seg ulykkelig, trist eller depprimert», «følt håpløshet med tanke på fremtia og «følt seg stiv eller anspent og bekymret for deg for nye ting». På spørsmål om elevene bli utsatt for plager/trusler/utfrysning av andre unge på skolen, i fritiden, via internett eller mobil, er det 10 % av de unge som svarer at de har opplevd det, mot 8 % på landsbasis.

Figur 22 viser at 19 % av ungdommene svarer at de har depressivt stemningsleie, tallet er uforandret fra 2013 og det er litt høyre enn landsgjennomsnittet. Ungdataundersøkelsen viser også at jenter oppgir i høyere grad enn gutter at de benytter seg av helsetjenesten, det gjelder både helsesøster, lege, psykolog eller psykiater. Jenter oppgir at de har et høyere bruk av smertestillende medikamenter enn gutter, og at de har jevnt over mere fysiske helseplager enn gutter, plager som hodepine, mage – og leddsmerter.



Figur 23. Spørsmål om subjektiv livskvalitet. Andelen i prosent ved ungdomsskolene i Fauske sammenligning mellom jenter og gutter. Kilde Ungdata Fauske, 2016

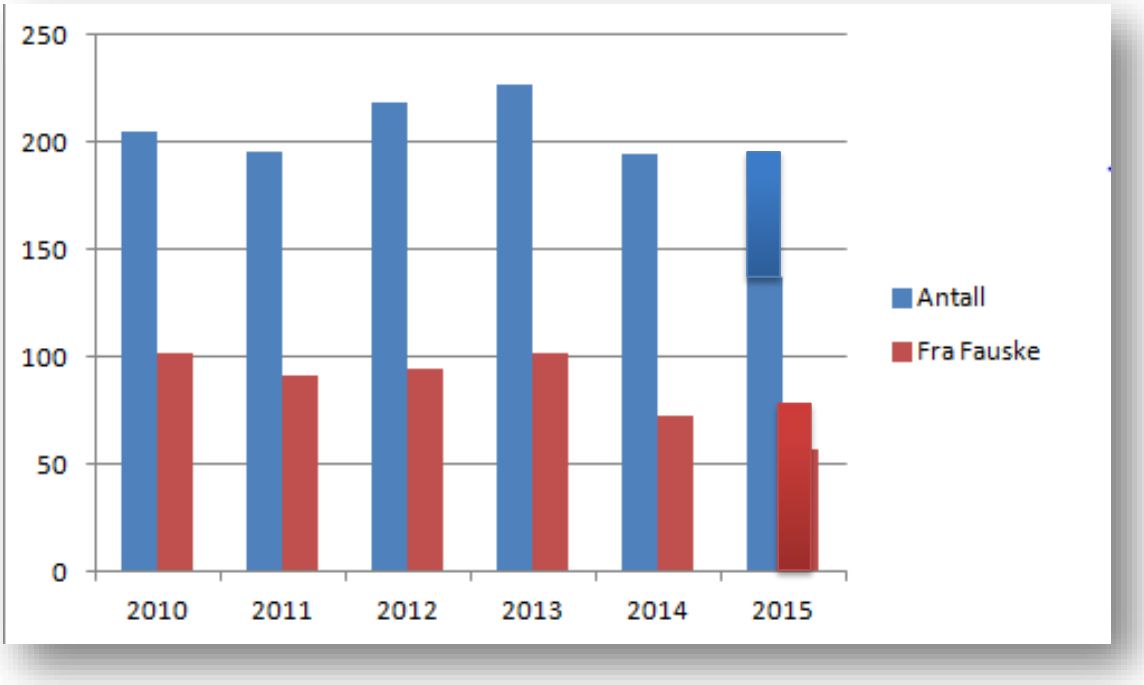
Trivsel handler til dels om hvor fornøyd eller misfornøyd en er med livet sitt. Av figur 17 fremkommer det at gutter generelt sett er mere fornøyd med livet enn jenter.

> «*Det er absolutt grunn til å være bekymret, både over at prestasjon er blitt en så sentral del av den enkeltes unges livsprosjekt og fordi det er vi selv- som samfunn- som har lagt rammene for det. For samtidig som vi ønsker at de unge skal ha ambisjoner og målsettinger om å ha god helse, en framtidig arbeidslivstilknytning og økonomisk trygghet, så bidrar det manglede generasjonsskillet til å gjøre voksensamfunnet nærsynt. Vi mister evnen til å reflektere over og vurdere disse forholdene og konsekvensene av dem med tilstrekkelig sunn, kritisk og nødvendig distanse.»*[15]

[15] Dagens ungdom bekymring og prestasjon. Kronikk 2016. Nordlandsforskning

Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i Indre Salten (BUPiS)

BUPiS gir behandlingstilbud til barn og ungdom (18 år) og deres foreldre. Tilbudet omfatter undersøkelser, utredninger, råd og veiledning og behandling. BUPiS dekker kommunene Beiarn, Steigen, Saltdal, Fauske og Sørfold.



Figur 24. Viser antall mottatte henvisninger BUP indre Salten. Kilde: BUP-Indre Salten.

Figur 24 viser en nedgang i antall henvisninger fra Fauske kommune fra 2013 til 2014, og en liten oppgang i 2015.

Fauske kommune samarbeider med BUP i konkrete enkeltsaker og utviklingsarbeid. Familiemøte er et tiltak som er utviklet i et nært samarbeid mellom BUPiS og Fauske kommune. Familiemøte er familiens møte med kommunale tjenester og BUP. Familiemøte betyr at tjenestene sammen med familien avklarer hvem som er med videre, og sammen planlegger videre oppfølging, utredning og behandling. Familien unngår unødvendig venting og hjelpeapparatet gjør bedre beslutninger. Familiemøtet er forsket på av Nordlandsforskning på oppdrag av Fauske kommune. Denne formen for samhandling med familien er ansett som positivt.

5.13 Fysisk miljø

Gjennom utforming av det fysiske miljøet kan kommunen legge til rette for fysisk aktivitet og sosial kontakt mellom mennesker. Ved å planlegge fysiske omgivelser med tanke på helsefremming kan en bidra til bedre fysisk og psykisk helse i befolkningen. Det er lettere å være fysisk aktiv dersom nærmiljøet er trygt og innbyr til aktivitet.

5.13.1 Offentlig bygninger og uteområder

Miljørettet helsevern i barnehager og skoler skal sikre det fysiske og psykososiale «arbeidsmiljøet» til barn. Det er krav om godkjenning av barnehager og skoler i medhold av forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler § 6. I første omgang gjelder dette godkjenning av byggeplaner-plangodkjenning. Når bygget er tatt i bruk er det behov for en driftsgodkjenning.

Godkjenningsmyndigheten er lagt til kommunestyret. Kommunestyret i Fauske vedtok 13.12.11, i sak KOM-048/11, å delegere begrenset vedtaksmyndighet til Helse- og Miljøtilsyn Salten IKS fra 01.01.12. For å sikre at medisinsk faglige hensyn er godt nok ivaretatt i IKS sine vurderinger, er saksbehandlingen utføres i samråd med kommunelege i Fauske.

Barnehager i Fauske kommune

Navn			Besøksadresse	Postnr	Godkjent dato	Kommentarfelt	Sist besøkt	Sist tilsyn
Fauske idrettsbarnehage	1	P	Tareveien 7	8201	13.07.2011		2015	2015
Kvitre barnehage	1	P	Kvitblik	8200	01.06.2007		2014	2014
Lyngheia barnehage avd. Lyngveien	1	P	Lyngveien 4	8200	30.06.2009		2015	2015
Lyngheia barnehage avd. Tinkeliheia	1	P	Tinkeliheia 1	8200	24.09.2007		2014	2014
Medås gårdsbarnehage	1	P	Medås	8200	30.05.2012		2015	2015
Stemland gårdsbarnehage	1	P	Stemland	8215	19.08.2010		2015	2015
Erikstad barnehage	1		Tareveien 5	8200	27.06.2014		2014	2014
Hauan barnehage	1		Bærlyngveien 10	8200	31.05.2012		2015	2015
Sulitjelma barnehage	1		Sandnes 6	8230	09.01.2003		2013	2013
Valnesfjord barnehage	1		Løkås	8215	24.07.2013		2013	2013
Valnesfjord barnehage avd. Kosmo	1		Kosmo	8215	07.11.2002		2013	2013
Vestmyra barnehage	1		Tiurveien 2	8200	09.01.2003		2013	2013

P = Privat barnehage

Tabell 19. Kilde Helse- og miljøtilsynet Salten IKS

Skoler i Fauske komunne

Navn			Besøksadresse	Postnr	Godkjent dato	Kommentarfelt	Sist besøkt	Sist tilsyn
Fauske videregående skole	1	P	Gymnasvn 5	8200	13.04.2015		2015	2015
Nordlys kristen grunnskole	3	P	Kvitblik	8201		1 av 10 avvik gjenstår. TM-vedtak frist: 31.12.2016	2014	2014
Erikstad skole	1		Tarevn 5	8200	04.06.2012		2012	2012
Hauan skole	1		Grendeveien 1	8200	09.01.2003		2010	2010
Valnesfjord skole	1		Løkås	8215	07.11.2002		2014	2014
Finneid skole	2		Tinkeliheia 3	8201	30.12.2002	Ombygging, utvidelse og renovering plangodkjent	2014	2014
Vestmyra skolesenter	2		Gymnasvn 12	8200		Plangodkjent 01.06.2015	2014	2014
Sulitjelma skole	3		Sandnes	8230	09.01.2003	Driftsgodkjenningsprossessen er påbegynt	2016	2016

P = Privat skole/ikke-kommunal

Tabell 20. Kilde Helse- og miljøtilsynet Salten IKS

5.13.2 Trafikksikkerhet

Fauske kommune har over flere år vært en del av Salten Regionråds Sykkel-løft.
Regionrådet går enda lenger og har lansert et eget programområde som heter «Sykkel i Salten» - som både er en turistsatsing, men også et virkemiddel for at lokalbefolkningen skal kunne benytte sykkel mer til/fra jobb og skole, og som rekreasjon. Kommunen har trafikksikkerhetsplan som er basert på systemtenkning i trafikksikkerhetsarbeidet i hele kommunens organisasjon. Planen rulleres jevnlig. Handlingsprogrammet for fysiske trafikksikkerhetstiltak rulleres årlig. Ved neste rullering bør kommunen ta steget helt ut og utarbeide plan som tilfredsstiller kriteriene for trafikksikker kommune.

Omlegging av skolestrukturen i Fauske sentrum gir ny trafikksituasjon og nye trafikkmessige utfordringer. Prosjektgruppa for trafikksikker skolevei har i samarbeid med konsulentfirmaet Norconsult utarbeidet rapport om hva som ligger av behov og løsninger for Fauske sentrum.
I Norconsults rapport er det foreslått løsninger og listet opp en prioritering av tiltak i Fauske sentrum. Prioriteringen er i tråd med det synet prosjektgruppa har. Norconsult har i sitt arbeid beskrevet situasjon og tiltak, men også prissatt mange av de ulike trafikksikkerhetstiltakene.

Tabell 18 De forskjellige tiltak i Norconsults rapport

Tiltak	Navn	Statlig vei	Kommunal vei	Merknader
1	Bussholdeplass Vatnbygdveien			Ikke beregnet
2	Bussholdeplass E6 Gartneriet			Ikke beregnet
3	Nicokrysset Kulvert under E6	28 000		
4	Nicokrysset Lysregulert kryssing	300		
5	Møllnveien Lysregulsert overgang	300		
6	Kirkeveien Lysregulsert overgang	300		
7	Eiaveien - Terminalveien		730	Lys ikke medregnet
8	Stasjonen - Kobberveien		570	Lys ikke medregnet
9	Eiaveien - Lys i kulvert		50	
10	Stasjonen - Bremsebakken		850	
10b	Stasjonen - Bremsebakkens vestside 3m fortau		515	
11	Tinkelheia - Opphøyet og beløyst gangfelt		85	
12	Finneid skole Innkjørsel			Ikke beregnet
13	E6 Løvgavlen - Hjemås	4330		Lys ikke medregnet
14	Terminalveien G/S-vei	1560		Lys ikke medregnet
15	Hauan - Skiåheia Lysløypa G/S-vei		1950	Lys ikke medregnet
16	Rognveien - Oppgradering		200	Anslått kostnad
17	Erikstadveien - Fortau		2000	Lys ikke medregnet
18	Møllnvenei - Farvikbekken - Vestmyra Boligpark		640	Lys ikke medregnet
19	Grønnåsveien - Stenging lastebil			Skilting
20	Haubakken - Forsamlingshuset		90	
21	Malmveien - Marmorveien			Vurdere tiltak
22	Farvikveien - Stenging lastebil			skilting
	Lys Gnag/sykkelvei (belysningklasse S4)	1487	1675	
	Gangbro over jernbanen		27 000	59 m bru
	Sum	36 277	36 355	
	Sum total		72 632	

Tabell 21. Beregnede kostander i 1000 kr. Foreløpig tall.

5.13.3 Samferdsel og kommunikasjon

Fauske er et trafikknutepunkt for offentlig kommunikasjon. E6 går gjennom sentrum og videre nordover, mens vestover fortsetter Riksvei 80 gjennom Valnesfjord til Bodø. Det er flere daglige avganger med Buss til Bodø, også tidlig avgang for å rekke morgenflyet til Oslo kl. 07.00.

For reisende som kommer med tog og skal videre nordover, må disse over i buss på Fauske jernbanestasjon. Mange benytter seg hver dag av pendlertoget mellom Fauske og Bodø, toget har flere daglige avganger.

Buss og tog tilbudet er godt til skole, jobb og pendling på dagtid, men ellers for lite i forhold til fritid spesielt fra Sulitjelma og Valnesfjord til sentrum.

50 % svarer «svært bra» eller nokså bra» på spørsmålet: Tenk på områdene rundt der du bor. Hvordan opplever du at tilbudet til ungdom er når det gjelder kollektivtilbudet? Se figur 14 side 39 (Ungdata, Fauske 2016)

5.13.4 Natur og naturterreng

Å bevare eller skape grønne nærområder er viktige folkehelsetiltak. Fra naturens side er mulighetene for å drive friluftsliv i Fauske nærmest ubegrenset. Kommunen har stor variasjon i naturtyper som gir rike muligheter for å drive alle typer friluftslivsaktiviteter, som jakt/fiske, bær/sopplukking, bading, naturstudier (geologi, fugletitting, botanikk, fotografering), ski/turgåing, grotte-/isbreturer, klatring, båt/kano, sykkelturer, riding, m.m.

Badestranda på Lund, Straumøyra ved Finneid-Straumen og Nordvika er regulerte områder. Fridalen og området rundt Valnesfjord helsesportssenter, Klungsetmarka, Badestranda på Lund, Finneidfjell og Vallvatnet/Kvitblikvannet er tilrettelagte nærturområder. I tillegg er det en rekke friluftslivsområder i utmarka rundt om i hele kommunen.

Sjunkhatten nasjonalpark «Barnas Nasjonalpark» ble åpnet i 2010, og er et statlig sikret friluftsområde. Regjeringen ønsker å legge vekt på spesiell tilrettelegging og utvikling av tilbud rettet mot barn og unge. Nasjonalparken ligger i kommunene Bodø, Fauske og Sørfold med hoved innfallsporten i Fridalen.

Friluftslivs kartlegging fra 2012 gir kommunen et godt verktøy for å vurdere friluftslivsinteressene i areal- og dispensasjonssaker og i andre relevante sammenhenger. Kartleggingen er tilgjengelig digitalt via kommunens hjemmeside.

43 nærmiljøanlegg er bygd ut i kommunen. I kommunens «Delplan for idrett og friluftsliv» er det poengtert at det er behov for en kartlegging av nærmiljøanlegg og at flere anlegg bærer preg av lite tilsyn og vedlikehold.

Å bevare eller skape grønne nærområder er et viktig folkehelsetiltak. Nærområder kan bedre folkehelsen ved å bidra til trivsel og livskvalitet, tilby sosiale møteplasser, stimulere til fysisk aktivitet, virke stressreduserende, dempe negative effekter av luftforurensning og trafikkstøy.

Forskning har vist at bruken av grøntområder avtar raskt med avstand fra hjemmet. For at et grøntområde skal være tilgjengelig for barn og eldre bør det ikke ligge mere enn 400 meter fra hjemmet.

5.13.5 Universell utforming

Universell utforming skal være en integrert del av en helhetlig utforming og ikke en særtilrettelegging. Målet er å oppnå likestilling og deltakelse for personer med nedsatt funksjonsevne ved å fjerne barrierer. Universell utforming forutsetter at hoved løsningen skal imøtekomme alle brukeres behov.

Særskilte grupper er for eksempel personer med nedsatt funksjonsevne, innvandrere og flyktninger, syke og eldre, og personer med interesser hvor det er lite eller ingen grad av organisering. Tilrettelegging for fysisk aktivitet er særlig viktig for grupper som av ulike årsaker har utfordringer med å få innpass i vanlig organisert aktivitet. Denne typen friluftsliv trenger tilrettelegging for de med nedsatt funksjonsevne. Noen områder i kommunen har tilrettelagt for personer med nedsatt funksjonsevne, det er ved Valvatnet, i Daja ved Emmavann og rundt Valnesfjord helsesportssenter.

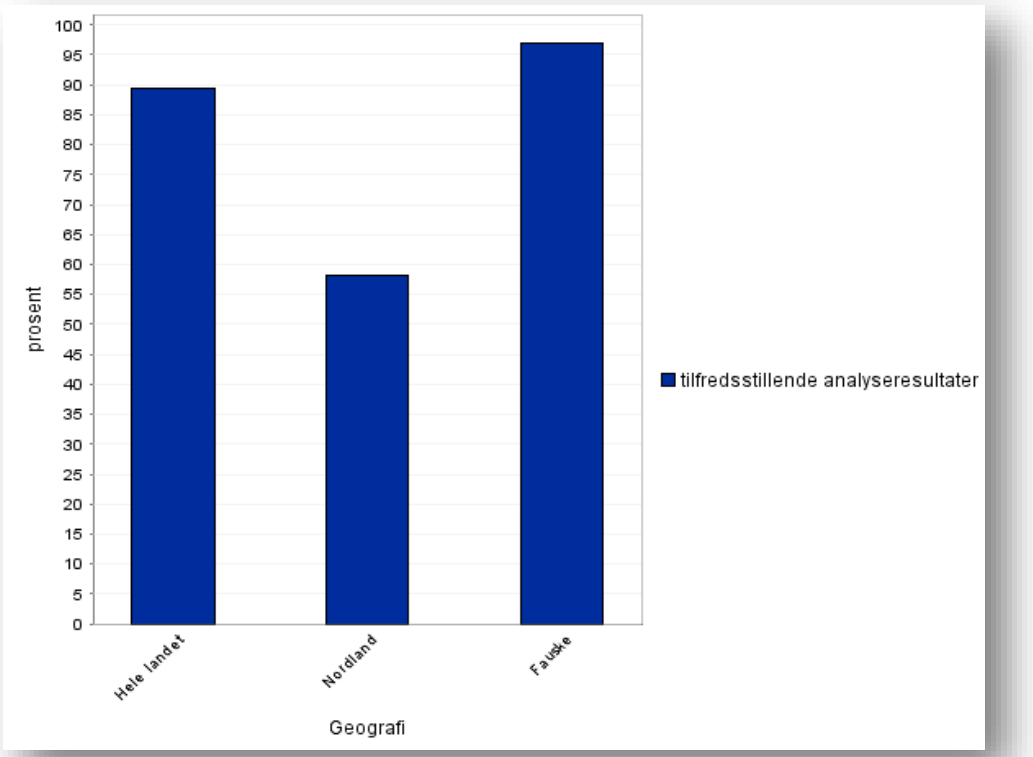
Kommune legger til rette for universell utforming ved rehabilitering og utbygging av anlegg og områder.

5.14 Biologisk og kjemisk miljø

5.14.1 Drikkevannskvalitet

Drikkevann er alle former for vann som er bestemt til næringsmiddel- eller husholdningsformål, uavhengig av om det leveres gjennom et ledningsnett, på flasker, i tanker eller annen emballasje. Det vannet vi drikker utgjør bare en liten del av alt vannet vi forbruker. Likevel skal alt vann som inngår i husholdningen holde en kvalitet som kan benyttes til drikke.

Indikatoren har som formål å formidle situasjonen for befolkningen med hensyn til deres tilgang på trygt vann. Informasjon om drikkevannskvalitet finnes kun for den delen av befolkningen som er tilknyttet rapportpliktig vannverk. I vurderingen av befolkningens drikkevannskvalitet, må det derfor tas hensyn til hvor stor andel av befolkningen som er tilknyttet slike vannverk og som man da har informasjon om (forsyningsgraden).
Drikkevann fritt for smittestoffer er en vesentlig forutsetning for folkehelsen, og E.coli er en av de mest sentrale parametere for kontroll. E. coli er en tarmbakterie som indikerer fersk fekal forurensing. *Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank.* *http://khs.fhi.no*



Figur 25: Andelen personer tilknyttet vannverk med ulik kvalitet på drikkevannsforsyningen mtp, E. coli/ koliforme bakterier og leveringsstabilitet i prosent av befolkningen tilknyttet rapportpliktige vannverk (vannverk som forsyner minst 50 fastboende personer og/eller 20 husstander). Tallene omfatter både private og kommunale vannverk. Årlige tall. Dataene er samlet inn fra Mattilsynets skjematjeneste, MATS, via Altinn. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. http://khs.fhi.no

5.14.2 Utslipp av klimagasser og forurensning

Det anslås at om lag 20 prosent av de nasjonale utslippene er knyttet til kommunale virkemidler og tiltak. Fauske kommune ligger på gjennomsnittet i Salten når det gjelder utslipp av klimagasser.

Kommunen vektlegger i sin klimaplan reduksjon av kommunalt utslipp av klimagasser ved å fokusere på miljøvennlige transportmidler, økt bruk av kollektivtransport og alternativer til dagens møte- og reisevirksomhet. Kommunen skal også gjennom holdningsskapende arbeid stimulere innbyggerne og næringslivet til å redusere sine klimagassutslipp.

Størst utfordring når det gjelder forurensing er knyttet til to forhold:

- Tungtrafikk på E6 gjennom sentrum
  Tall fra Statens vegvesen viser økning i trafikken pr døgn gjennom Fauske sentrum, andel av tunge kjøretøy har økt betraktelig etter at TG båten i Bodø ble lagt ned. Forurensing etter 104 års gruvedrift i Sulitjelma

- Gruvedrift
  Drifta ved kobbergruvene i Sulitjelma ble lagt ned i 1991. Det er gjort en rekke oppryddingstiltak for å få kontroll på forurensing etter nedleggelse av gruvedriften. Det pågår en løpende overvåking av vannkvaliteten og det er avdekket at miljøeffekten av tidligere gjennomførte tiltak er ikke tilstrekkelig for å innfri miljømyndighetenes krav. Nærings- og fiskeridepartementet har gitt Direktoratet for mineralforvaltning (DMF) i oppdrag å utarbeide en rapport som beskriver mulige tiltaksløsninger med kostnadsestimater. DMF har utført omfattende undersøkelser i området.

5.14.3 Radon

Radon er en radioaktiv edelgass som kontinuerlig dannes fra uran. Uran finnes naturlig, men i varierende konsentrasjoner i bergarter og mineraler. Både jordluft og grunnvann inneholder derfor radon. Radon i bygninger kommer vanligvis fra jord lufta i bygge grunnen (Kilde: Statens strålevern).

Tobakksrøyking er den klart viktigste og dominerende enkeltårsak til lungekreft, og årsak til om lag 85 prosent av tilfellene. Nest viktigst er radon, som gir klart mest risikoøkning i kombinasjon med røyking. Radon i innelufta bidrar til cirka ti prosent av tilfellene (Kilde: Kreftregisteret).

I 2009 kom det strengere lovkrav til måling av radon. Kommunen har et ansvar for å påse at skoler og barnehager har kontroll på radonnivået i sine bygninger. Huseier har ansvar å måle i egen bolig og utleiebolig.

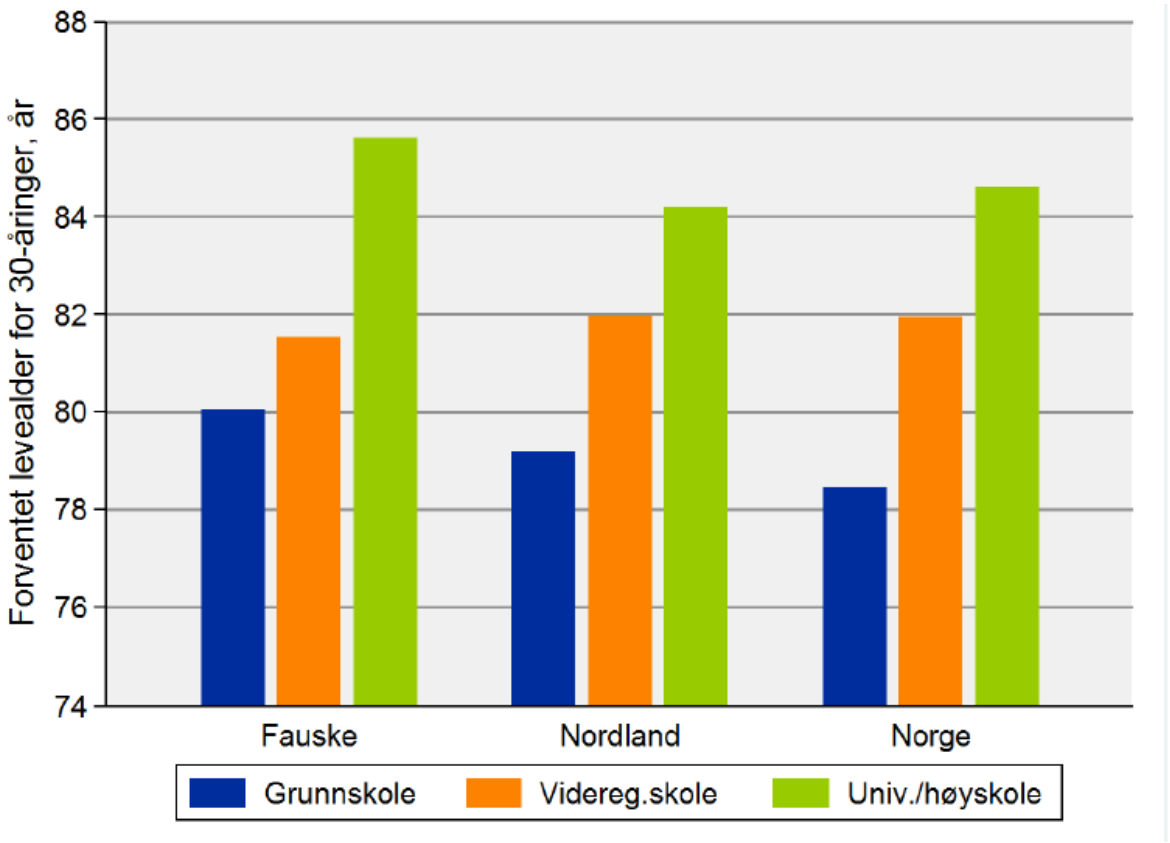
Alle formålsbygg i Fauske er målt (skoler, barnehager, institusjoner), og alle utleieboliger er målt. Private boliger i Fauske kommune har to områder med relativt mange målinger over tiltaksnivå, herunder nevnes Kvitblikk/Medås/Holtan med 40 % og Sulitjelma med 25 %.
Helse og miljøtilsynet Salten har rapporten (HMTS), og mer informasjon finnes hos HMTS.

6. Helserelatert atferd

Helserelaterte vaner etableres ofte i løpet av barne- og ungdomsårene. Det er derfor viktig å følge med på utvikling i barn og unges helse og levevaner for å iverksette forebyggende tiltak ved behov. Dette gjøres blant annet gjennom ulike undersøkelser blant annet Ungdata Fauske fra 2013 og 1016.

6.1 Levealder og fødselsvekt

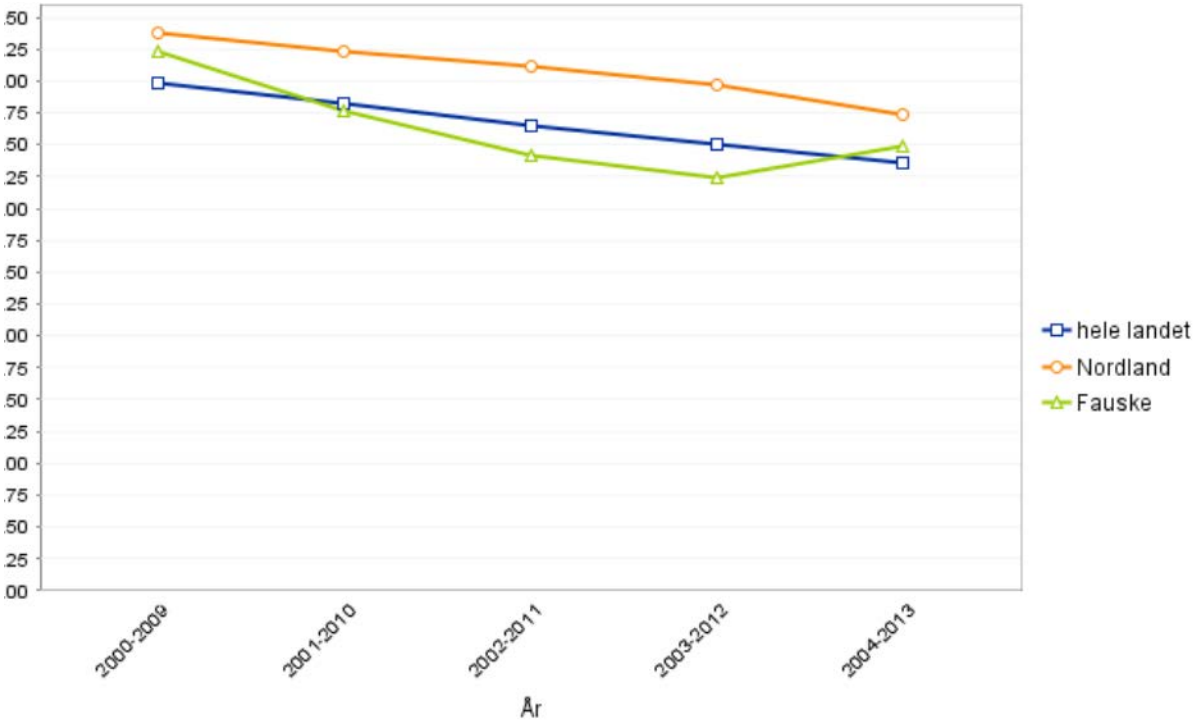
Studier viser at levevaner ofte følger utdannings- og inntektsnivå. Det betyr at grupper med lengre utdanning og høyere inntekt i gjennomsnitt har bedre levevaner og helse enn grupper som har kortere utdanning og lavere inntekt. Endringer i forventet levealder kan indirekte si noe om befolkningens helse og levekår, om kvaliteten i helsetjenesten, medisinsk utvikling samt endringer i befolkningens levevaner og livskvalitet.



Figur 26. Viser forventet levealder ved 30 år etter utdanningsnivå (1999-2013)

Høy og lav fødselsvekt

Høy fødselsvekt er forbundet med økt risiko knyttet til selve fødselen. Høy fødselsvekt kan også være en risikofaktor for senere overvekt, diabetes og muligens visse kreftformer. Høy fødselsvekt er forårsaket av flere faktorer, fra genetiske faktorer til forhold under svangerskapet (bl.a. mors vekt). Lav fødselsvekt er en vesentlig risikofaktor for barns utvikling og helse. Kilde: Medisinsk fødselsregister ved Folkehelseinstituttet.



Figur 27. Antall og andel fødte med høy eller lav fødselsvekt. Andelen er beregnet i prosent av alle fødte med fødselsvekt > 500 gram. Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 10-årsperioder).

6.2 Fysisk aktivitet og naturopplevelser

Fysisk aktivitet er en kilde til overskudd, helse og trivsel, forebygging av livsstilsykdommer, og er nødvendig for normal vekst og utvikling hos barn og unge. Både arbeidslivet og fritidsaktivitetene blir stadig mer stillesittende. Ved å stimulere befolkningen til økt fysisk aktivitet kan helseproblemer både forebygges og behandles. Tilrettelegging som stimulerer til bruk av nærområdene til egenorganisert aktivitet bør prioriteres. Det handler om å legge til rette for at folk kan mosjonere, trene, sykle, gå på ski og nyte naturen.

Kommunen har delplan for fysisk aktivitet og friluftsliv for perioden 2015- 2018. Sitat fra planen:

> *«Idrett og friluftsliv i Fauske har lange tradisjoner og kjennetegnes av et stort engasjement. Området er et viktig mål og virkemiddel i samfunnsutviklingen, og for bedret folkehelse. For at kommunen fortsatt skal være attraktiv og fremtidsrettet, er det viktig å tilrettelegge for trivsel og gode levekår. Et av flere virkemidler er idrett, friluftsliv, lek og rekreasjon, med tilhørende anlegg og områder».*

Innsatsen i kommunen for å fremme fysisk aktivitet er med på å påvirker forekomsten av flere livsstilsrelaterte sykdommer som overvekt, hjerte- og karsykdommer, type 2 diabetes m.m. Fysisk aktivitet kan fremme både trivsel og psykisk helse. Helsedirektoratet anbefaler at unge bør være fysisk aktive minst 60 minutter hver dag, voksne og eldre minst 30 minutter daglig. Fauske skolen har som målsetting at barn og unge skal være fysisk aktiv i minst 60 minutter daglig.

Idrettslag

Lag og foreninger tilbyr et variert aktivitetstilbud til kommunens innbyggere. Under idrettsregistreringen 2013 ble det registrert 3629 medlemmer fordelt på 26 lag. Dette er en økning på 904 medlemmer og 10 lag siden 2006. Hovedvekten på medlemmer er mellom 6-19 år. 2006 var tallene 2725 medl. og 16 idrettslag. 9 Friluftsorganisasjoner med ca. 1400 medlemmer pr årsmøte 2014. I 2006 var tallene 9 organisasjoner og 930 medlemmer. Dette viser en økning på 37,5 % siste 8 år.

På spørsmålet om hvor mange ganger den siste måneden har du vært med på aktiviteter, møter eller øvelser svarte 56 % av elevene at de har vært med i idrettslag. (Ungdata, 2016) Litt høyere svarprosent enn i 2013.

Idrettsanlegg

77 % av elevene i ungdomsskolene i Fauske (Ungdata, 2016) svarte bra eller nokså bra på spørsmålet: Hvordan opplever du tilbudet til ungdom når det gjelder idrettsanlegg i ditt nærområde? Dette er høyere enn landsgjennomsnittet (70 %). 56 % er medlem i idrettslag en liten økning fra 2016.

Det er ikke foretatt noen andre (enn Ungdata) konkrete undersøkelser i kommunen i forhold til fysisk aktivitet. De siste årene er det en opplevelse av at befolkningen i Fauske benytter seg i høyere grad enn tidligere av tilrettelagte stier og veier i nærmiljøet. Bedriftsidrettens «Ti på topp» som pågår hvert år fra 1. mai til 1. september har en økning i antall deltakere. I 2016 er det Fauske kommune registrert 10287 turer fordelt på 609 deltakere. Trenden i Norge er at antall aktive som trener og mosjonerer i befolkninger øker, mens andelen som benytter tradisjonelle idrettsanlegg ikke har økt og for noen anleggstyper har bruken stagnert. De fire anleggstypene, turstier/ turløyper, private helsestudio/ treningssenter, vekt-/ styrkerom og lysløype har hatt en markant økning i perioden 1999 – 2009 (Breivik, et al 2011).

Kommunen har 155 ulikeanlegg som er registrert i anleggsregistret og som har mottatt tippemidler, midler til nærmiljøanlegg. Alle skoler med unntak av Vestmyra skole og Valnesfjord skole har adgang til svært gode anlegg ute og inne. Vestmyra skole vil fra 2017 få et meget god helsefremmende uteanlegg og Valnesfjord skole vil få det samme fra 2019.

Stier og turløyper

Prosjektet «Stier med historie» har ført til opparbeiding og oppgradering av flere stier i hele kommunen. De seneste årene har også kommunen, Statskog, private m.fl gjennom fylkeskommunens turskiltprosjekt fått skiltet og tilrettelagt flere bolignære stier. Nedslagsfeltet til turskiltprosjektet er hele kommunen og inntrykket er at flere og flere benytter seg av områdene. Dette er rimelig anlegg, som gjør at flere kommer seg ut.

Gjennom flere ulike tiltak som «Ti på topp», Fjelltrimmen m.fl. blir nærturer og fjerne turer godt besøkt. Det er all grunn til å tro at det er økt bruk av alle stier i hele kommunen. Turskiltprosjektet bør videreføres i årene som kommer. Nye turstier og vi ser at området blir benyttet.

Antall deltakere «Ti på topp» siden oppstart.

År	Antall deltakere
2012	253
2013	420
2014	622
2015	702
2016	720

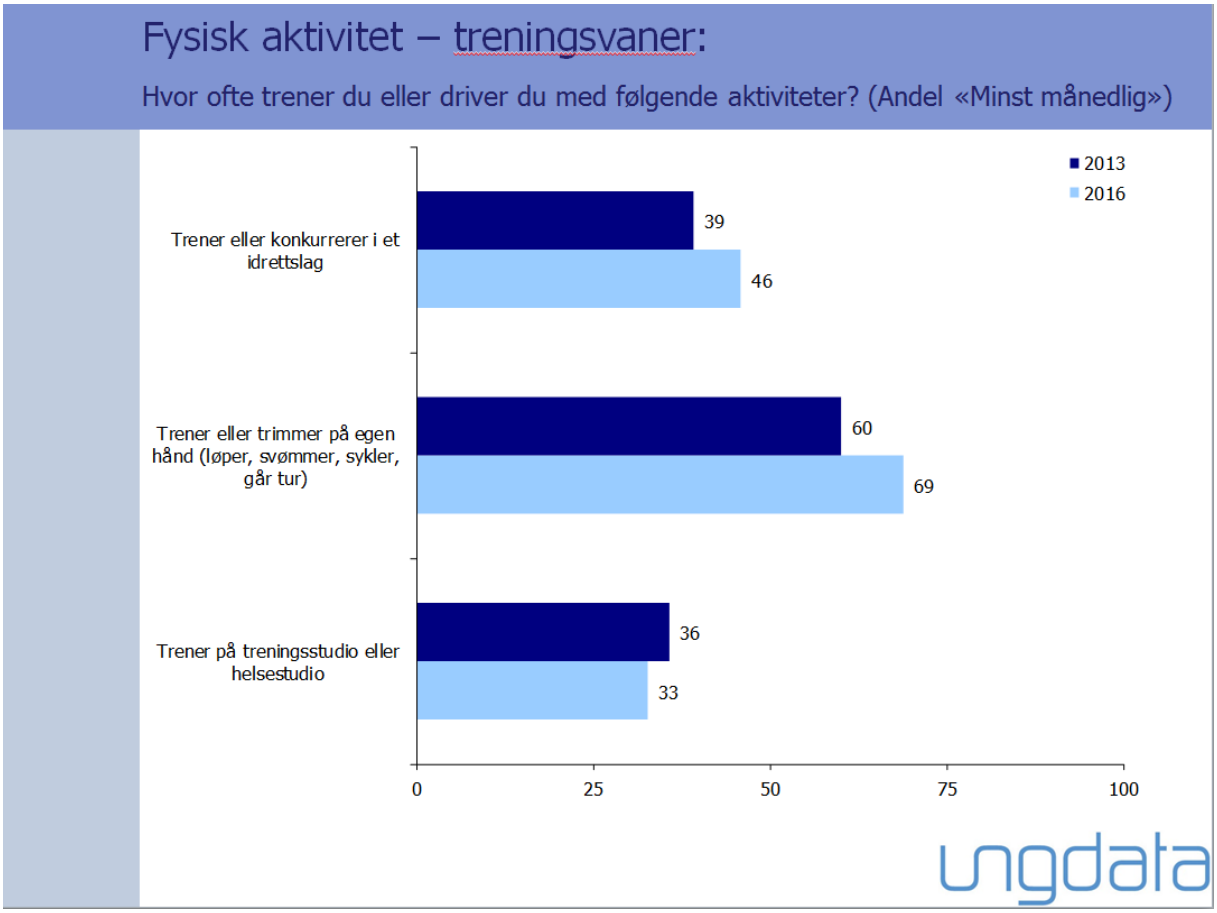
Tabell 22. Kilde: Bedriftsidretten i Nordland.

6.2.1 Barn og unge

Kommunen har som eier av barnehage og skole en unik mulighet til å legge til rette for at barn og ungdom får positiv erfaring med sunn mat og fysisk aktivitet. Helsestasjon og skolehelsetjenesten kan påvirke gjennom sin kontakt med barn, unge og deres foreldre. Det er veldokumentert kunnskap at barn og unge utvikler sine motoriske ferdigheter gjennom fysisk aktivitet og at fysisk aktivitet er godt for den psykiske helsa.

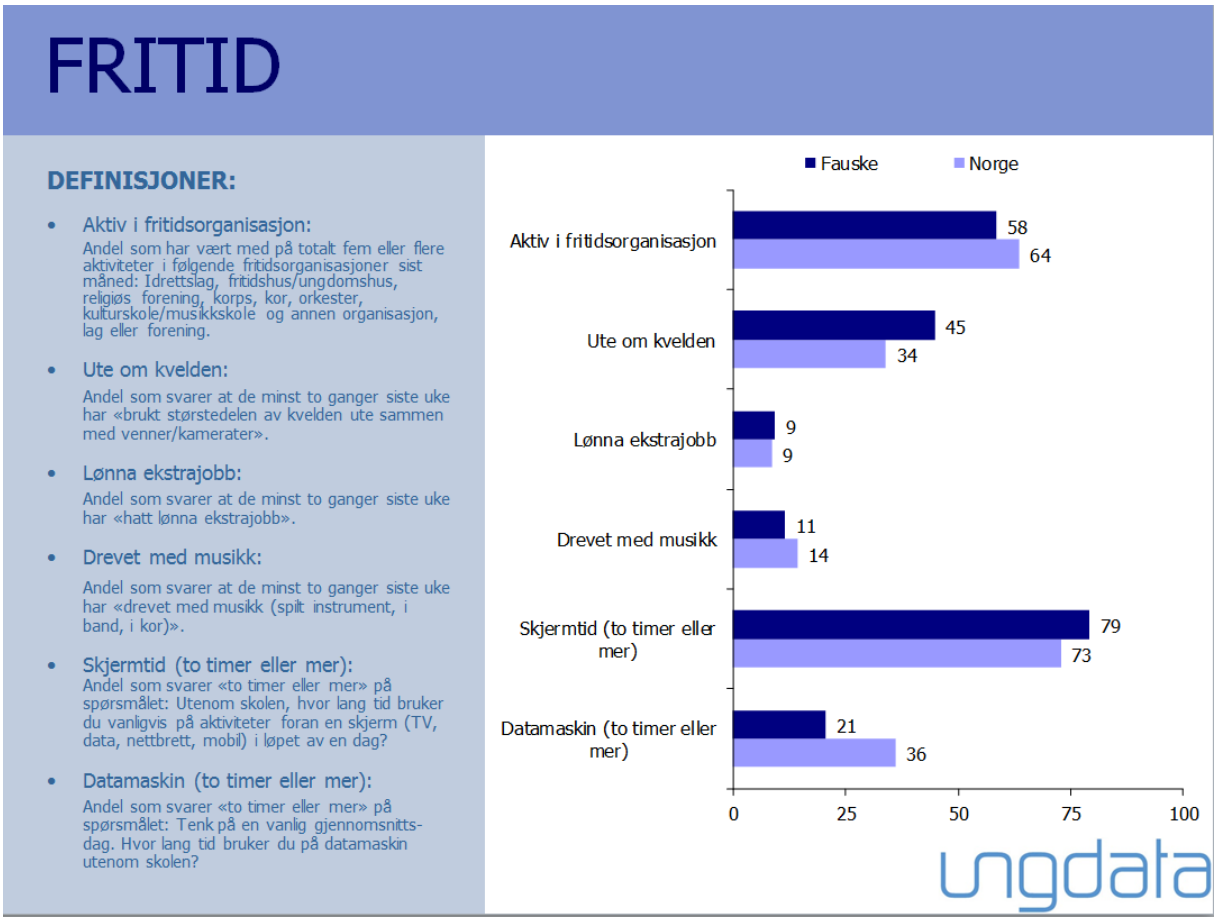
Barnehagene i kommunen har gjennom mange år hatt retningslinjer både for fysiske aktivitet og mat. Uteområdene bør gi muligheter for ulike aktiviteter og lek gjennom årstidene.

I utviklingen av Vestmyra nye skole er det satt fokus på helsefremmende utemiljøet og er tatt inn som en del av skolens læringsarena. Utearealet vil forhåpentligvis bidra til vekst innenfor de fritidsaktiviteter som har liten eller ingen grad av organisering (BMX, skating m.m.)



Figur 28. Spørsmål om fysisk aktivitet og trenings vaner – minst månedlig. Andelen i prosent ved ungdomsskolene i Fauske sammenlignet med landet forøvrig. Kilde Ungdata Fauske, 2016.

Figur 28 viser at det er en økning i antall ungdommer som trener eller driver med fysisk aktivitet fra 2013 til 2016. På samme tid kommer det frem i ungdataundersøkelsen fra 2016 at andelen ungdomsskoleelever som oppgir at de er fysisk inaktive, andpusten eller svett sjeldnere enn en gang i uka, er høyere enn i landet for øvrig.



Figur 29. Spørsmål om fritid. Andelen i prosent ved ungdomsskolene i Fauske sammenlignet med landet for øvrig. Kilde Ungdata Fauske, 2016

Ungdata Fauske, 2016 viser endring i ungdoms bruk av medier fra 2013 til 2016. Færre ungdommer bruker datamaskin etter skoletid enn tidligere, flere ungdommer bruker nettbrett og mobil.

46 % (2013) mot 21 % (2016) som svarer «to timer eller mer» på spørsmålet: *Tenk på en vanlig gjennomsnitts-dag. Hvor lang tid bruker du på datamaskin utenom skolen?*
67 % som svarer «to timer eller mer» på spørsmålet: Utenom skolen, hvor lang tid bruker du vanligvis på aktiviteter foran en skjerm (TV, data, nettbrett, mobil) i løpet av en dag?

Jenter bruker mest til i forhold til gutter på sosiale medier som Facebook, Instagram, TV- serier og filmer, mens gutter bruker mest tid på dataspill.

På spørsmål om leser bøker (ikke skolebøker) over to timer pr dag svarer 3 % av guttene og 4 % av jentene, på samme spørsmål leser bøker under 30 minutter pr dag svarer 92 % av guttene og 77 % av jentene.

6.2.2 Voksne

Fauske frisklivssentral (FLS) er en kommunal helse- og omsorgstjeneste med tilbud om hjelp til å endre levevaner, primært innenfor områdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. Målgruppen er personer som har behov for støtte til å endre levevaner på grunn av økt risiko for eller allerede ervervede sykdommer eller lidelser som kan relateres til levevaneområder.

I 2015 ble 216 personer henvist til FLS. Yngste deltaker som startet i FLS i 2015, var 23 år og eldste var 86. Hovedgruppen ligger mellom 40 – 60 år, og det er flertall av damer. FLS startet opp med tilbud for ungdom 12 til 16 år i 2015, i tillegg henvises ungdom til sentralen for oppfølging. Flere har mye bedre selvopplevd helse /funksjonstilstand etter FLS, enn de hadde før de begynte.

Med rundt 300 brukere ukentlig så utgjør Frisklivssentralen et viktig virkemiddel for Fauske kommune å nå ut til befolkningen som er inaktiv. Frisklivssentralen er et viktig insitament for framtida og kunne tilrettelegge tilbud for mange. «60+» er et meget populært aktivitetstilbud i idrettshallen, et samarbeid med idrettslinja på Fauske videregående skole. Et år med god livskvalitet verdisettets av Helsedirektoratet til 1,12 millioner kr per person. FLS er med på å bedre livskvaliteten for mange i Fauske kommune

I kommunen er det to treningssentre i sentrum og et i Valnesfjord. Flere av idrettslagene har tilbud til den voksne befolkningen i tillegg til at bassenget brukes mye av voksne.

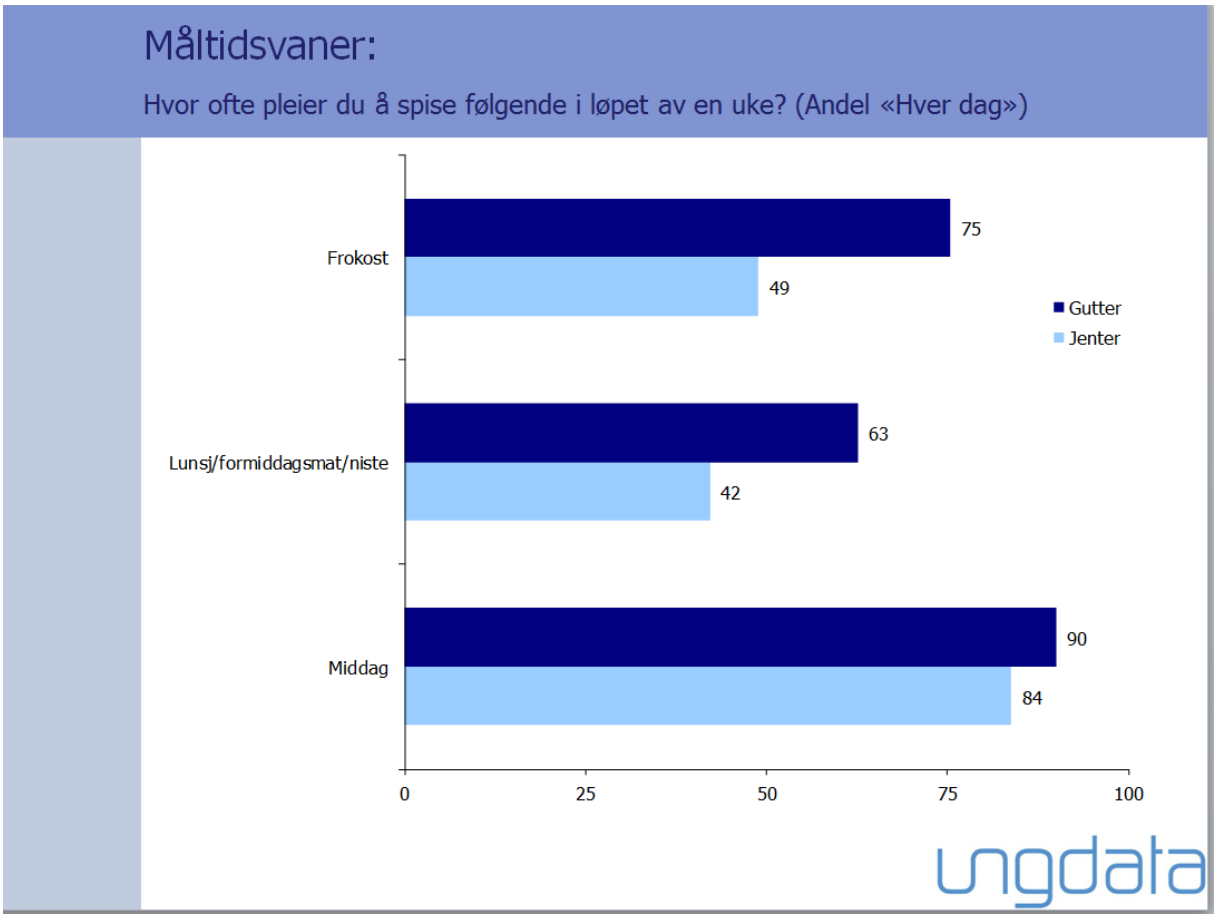
Fauske kommune som arbeidsgiver har tilbud til sine ansatte om å delta i trimkarusell – består at deltakelse på ulike aktiviteter gjennom et år, med trekning av premier.

6.3 Kosthold og tannhelse

Kosthold

Alle barnehagene i Fauske følger egne kommunale retningslinjer for kosthold, disse bygger på de statlige retningslinjene fra helsedirektoratet. I de aller fleste barnehagene spiser barna felles måltider som frokost, lunsj og frukt som barnehagepersonellet lager til.

Flere av kommunens ansatte har deltatt på «Bra mat» kurs i regi av Nordland fylkeskommune. I 2015 deltok 16 personer på kurset, et kurs som kommunen arrangerer årlig. I følge Nordland Fylkeskommune er gjennomsnittet for Nordland 15 personer pr. frisklivssentral som har deltatt på bra mat kurs, det er totalt 19 frisklivssentraler i fylket.



Figur 30. Spørsmål om hvor ofte pleier du å spise frokost, lunsj, middag daglig? Andel i prosent ved ungdomsskolene i Fauske sammenligning mellom kjønn. Kilde Ungdata Fauske, 2016

Som figur 30 viser er det flere gutter enn jenter som spiser både frokost, lunsj og middag daglig.

Både melk og frukt ordning kan bestilles. Det er noe ulikt hvordan skolene i Fauske håndterer ordninger med frukt og mat. En ungdomsskolene har elevkantine, ved Vestmyra ungdomsskole har elevene mulighet til å kjøpe mat i kantina på videregående skole. Ungdommene gir uttrykk for at de spiser mindre frukt nå enn da den var gratis. Gode ordninger på skolen med frukt og bespisning har betydning av hvordan en forholder seg til frukt og mat også senere i livet. Det er noe betenkelig at det er såpass mange elever som gir uttrykk for at de ikke spiser frokost og lunsj.

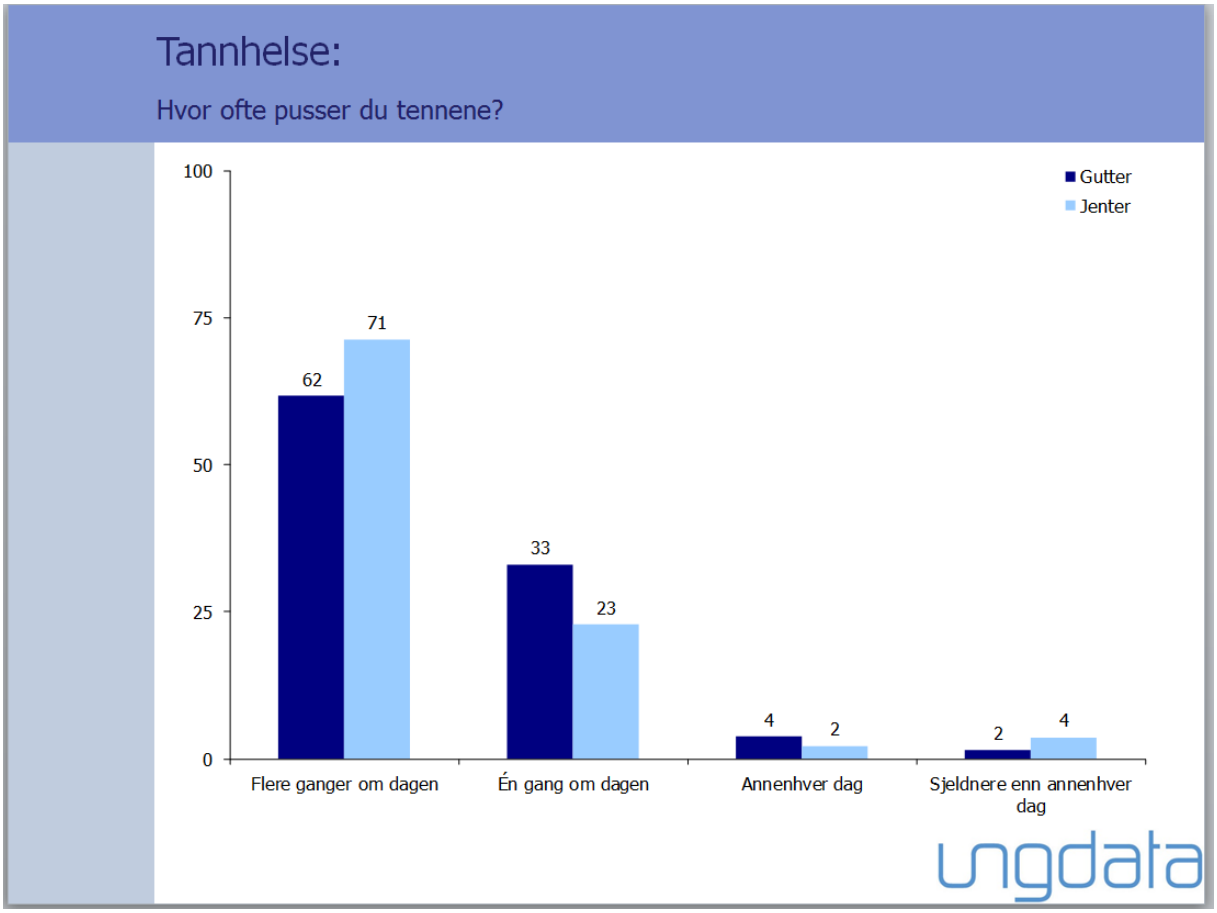
Tannhelse

De siste 30 årene har det skjedd en betydelig bedring i tannhelsen. Flere barn og unge har ingen eller få "hull" i tennene. Blant voksne og eldre er det flere som har egne tenner i behold, og som klarer seg uten protese. Men fortsatt varierer tannhelsen med alder, økonomi, hvor i landet man bor og om man tilhører en utsatt gruppe eller ikke. *Kilde: Folkehelseinstituttet*.

Tabell 23	Andel av 5 åringene* som ikke har hatt hull i tennene							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Fauske	75	77	86	80	82	79	77	92
Nordland	77	80	81	82	83	84	82	83
Landet	76	79	80	80	81	81	83	82
** Denne gruppa er valgt da de enda ikke har fått permanente tenner og rutiner i tidlig barndom vil da ha satt seg.*								

Tabell 24	Andel av tolvåringer* som ikke har hatt hull i tennene							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Fauske	40	43	52	47	54	71	56	59
Nordland	45	45	47	49	52	50	53	56
Landet	46	48	49	49	50	55	54	60
** Nå er tiden for foreldrenes kontroll helt eller delvis over og dette er på en måte fasit for deres innsats gjennom barndommen.*								

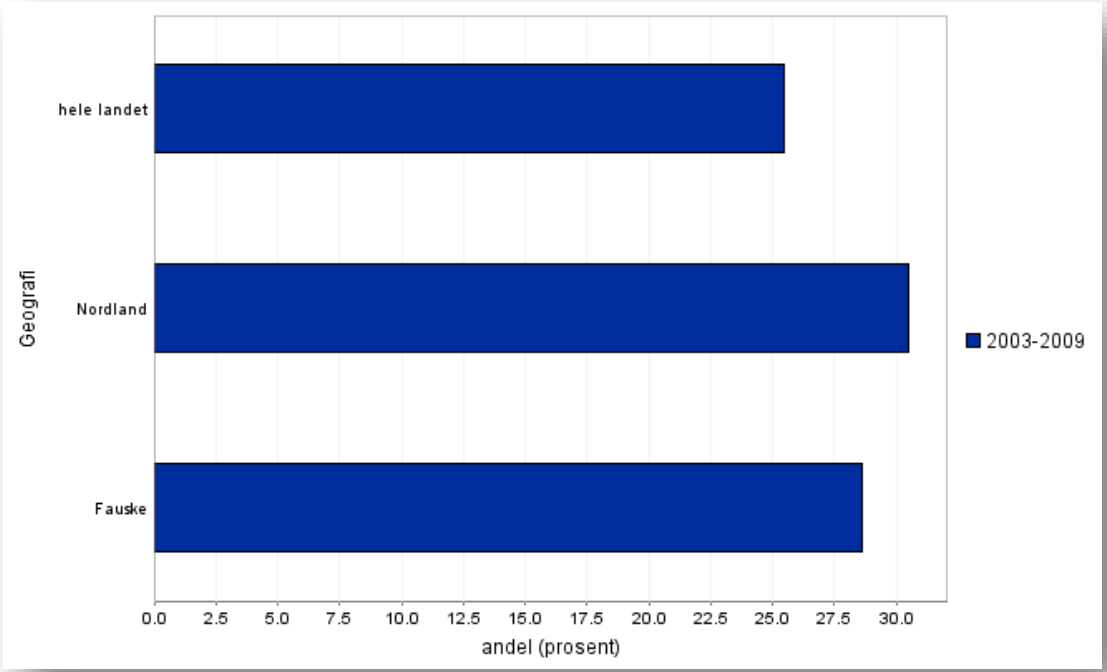
Tabell 25	Andel av 18 åringene som har 10 eller flere skadde tenner*							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Fauske	26	21	22	14	22	19	18	11
Nordland	17	18	15	14	14	13	13	13
Landet	14	13	13	12	12	12	12	10
**Her er det gått bort fra å vise andel uten hull. Dette fordi det er mye som skjer i denne tiden og tennenes anatomi, tannregulering og andre utenforliggende forhold gjør at mange har vanskelig for å totalt unngå at det dannes hull. Andel med mange hull sier derimot litt om status for denne gruppa. Om dette tallet reduseres er det et tegn på at den generelle tannhelsetilstanden er bedret. Detter er derfor tatt med som en av de nasjonale kvalitetsindikatorer for tannhelse, sammen med andel uten hull for tolvåringer*							



Figur 31. Spørsmål om hvor ofte du pusser tenner? Andel i prosent ved ungdomsskolene i Fauske sammenligning mellom kjønn. Kilde Ungdata Fauske, 2016

6.4 Kroppsvekt

Overvekt og fedme gir økt risiko for type 2-diabetes, hjerte- og karsykdommer, høyt blodtrykk, slitasjegikt i knær og hofter og enkelte kreftsykdommer som tykktarmskreft. Overvekt og fedme kan også ha alvorlige psykiske helsekonsekvenser. Det er ingen klar KMI-grense for når sykdomsrisikoen øker eller faller, overgangene er glidende.
Erfaring viser at det for de fleste er vanskelig å oppnå varig vektreduksjon når man først har blitt overvektig. Forebygging av overvekt er derfor av stor betydning. Tiltak som kan påvirke mat- og aktivitetsvaner vil være av særlig betydning. *Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank.* http://khs.fhi.no



Figur 32. Andel menn på sesjon med overvekt eller fedme (dvs. KMI = 25(kg/m²)) i prosent av alle menn på sesjon. 2003-2009. Dataene hentet fra Forsvarets helseregister. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. http://khs.fhi.no

Overvekt og fedme i et folkehelseperspektiv henger sammen med manglende daglig fysisk aktivitet og uheldig kosthold. I følge Helsedirektoratet er fysisk hverdagsaktivitet kraftig redusert i Norge, og gir økt risiko for en rekke sykdommer. Overvekt og fedme gir økt risiko for type 2 diabetes, hjerte- og karsykdommer, høyt blodtrykk, slitasjegikt i knær og hofter og enkelte kreftsykdommer som tykktarmskreft. Overvekt og fedme kan også ha alvorlige psykiske helsekonsekvenser.
En av fem nordmenn har KMI (kroppsmasseindeks) > 30 (fedme). Kroppsmasseindeks (KMI), er et uttrykk for vekt i forhold til høyde og benyttes for å kunne måle og sammenligne helserisikoen ved blant annet overvekt i en befolkning. WHO har satt følgende grenseverdier for å klassifisere overvekt og fedme blant voksne over 18 år ved hjelp av KMI (kg/m²):
KMI på mellom 25 og 29.9 = overvektig.
KMI på 30 og over = fedme.

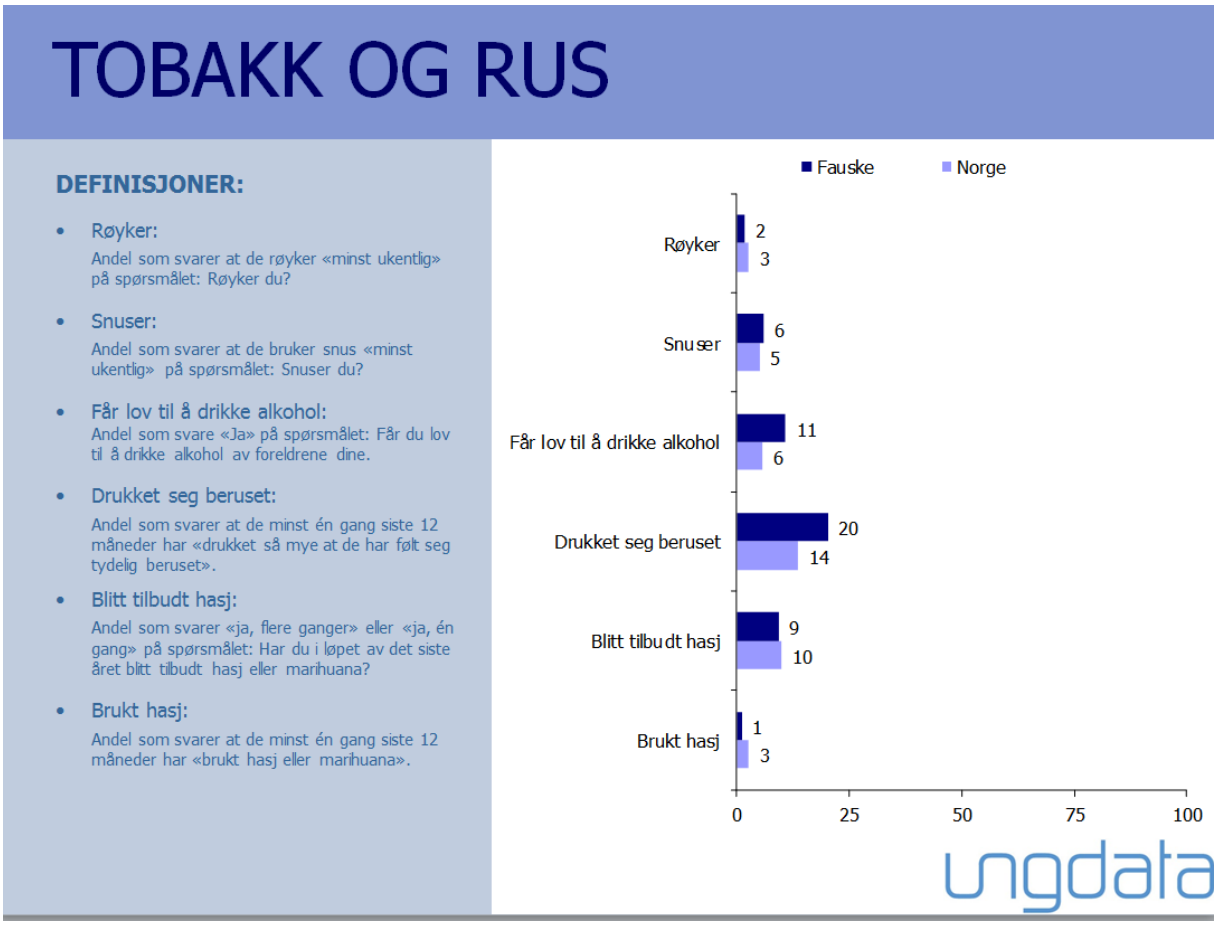
Andelen med overvekt inkludert fedme i Fauske kommune ser ut til å være høyere enn i landet som helhet, vurdert etter resultater fra nettbasert sesjon 1 for gutter og jenter (17 år). Erfaring viser at det er vanskelig å behandle overvekt og fedme, spesielt for barn, og må derfor forebygges i større grad. Samtlige barn og unge som henviser frisklivssentralen i kommunen er på grunn av overvekt. Av voksne som henvises frisklivssentralen er ca. 80% overvektige.

Utviklingen av overvekt og fedme er i tillegg sosialt skjevfordelt i befolkningen. Kommunen har som eier av barnehager og skoler en unik mulighet til å legge til rette for at barna tidlig får positive erfaringer med sunn mat og fysisk aktivitet. Helsestasjonen er en annen arena der kommunen kan påvirke gjennom sin kontakt med foreldre.

6.5 Tobakk og rus

Andelen av røykere i den norske befolkningen har gått ned, men fortsatt oppgav 13 % at de røykte daglig i 2014. Andelen som snuser i den norska befolkningen var på 9 % i 2014. (SSB 2016)

Røyking har stor negativ betydning for folkehelsa. Forskning viser at det er en høyere andel røykere i gruppen med kortere utdanning enn i gruppen med lengre utdanning. Snus er like avhengighetsskapende som sigaretter og inneholder helseskadelige og kreftfremkallende stoffer.



Figur 33. Spørsmål om tobakk og rus? Andel i prosent ved ungdomsskolene i Fauske sammenlignet mellom landet for øvrig. Kilde Ungdata Fauske, 2016

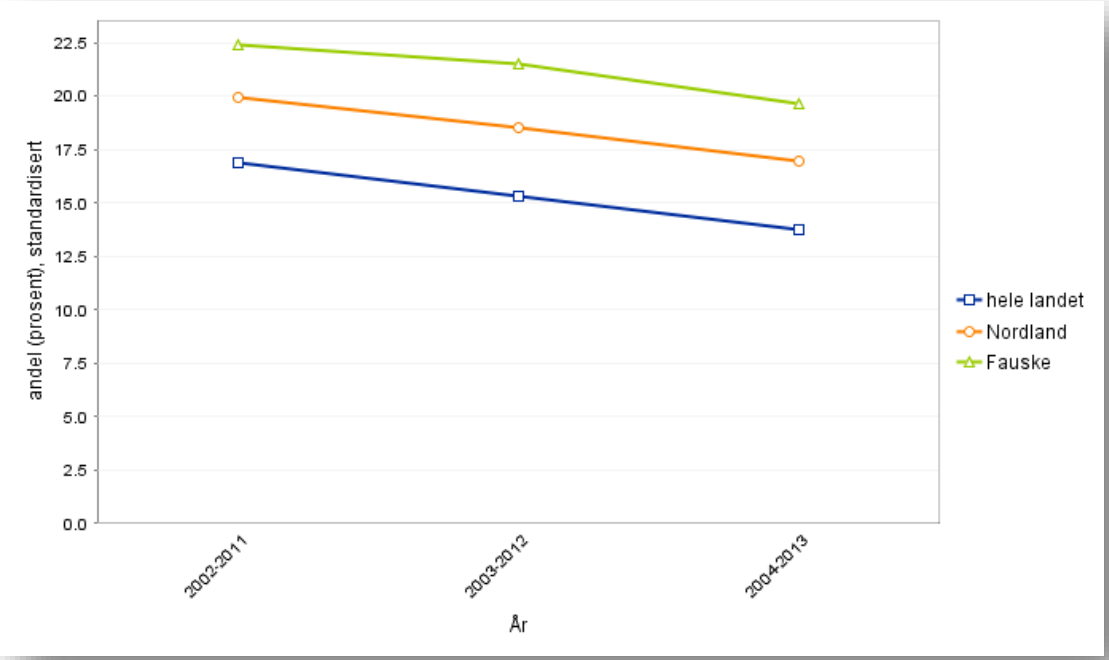
Som figur 33 viser, var det færre elever på undomsskolen i Fauske, som oppgir at de røyker minst ukentlig (1 %) sammenlignet med landet for øvrig (3 %), men flere som oppgir at de snuer (9 % versus 5 %).

Tall sammenlignet med 2013 viser at både bruk av snus og røyk er gått ned i 2016. Det er flere gutter (99 %) som ikke røyker enn jenter (92 %). 1 % av jentene oppgir at de røyker daglig, mens ingen av guttene røyker daglig. 95 % av guttene oppgir at de ikke bruker snus, 1 % snuser daglig. 88 % av jentene svarer at de ikke bruker snus, 9 % av snuser daglig.

Det er innført tobakksfri skoletid for alle elever i barne-, ungdoms- og videregående skoler. Det er også forbud mot snus og røyk i både kommunale og private barnehager, også private familiebarnehager. Formålet med bestemmelsene er å verne barn mot passiv røyking, gi dem en mest mulig tobakksfri oppvekst og forebygge at barn og unge begynner å bruke snus eller røyk. De fleste som begynner å røyke eller snuse, begynner i ung alder.

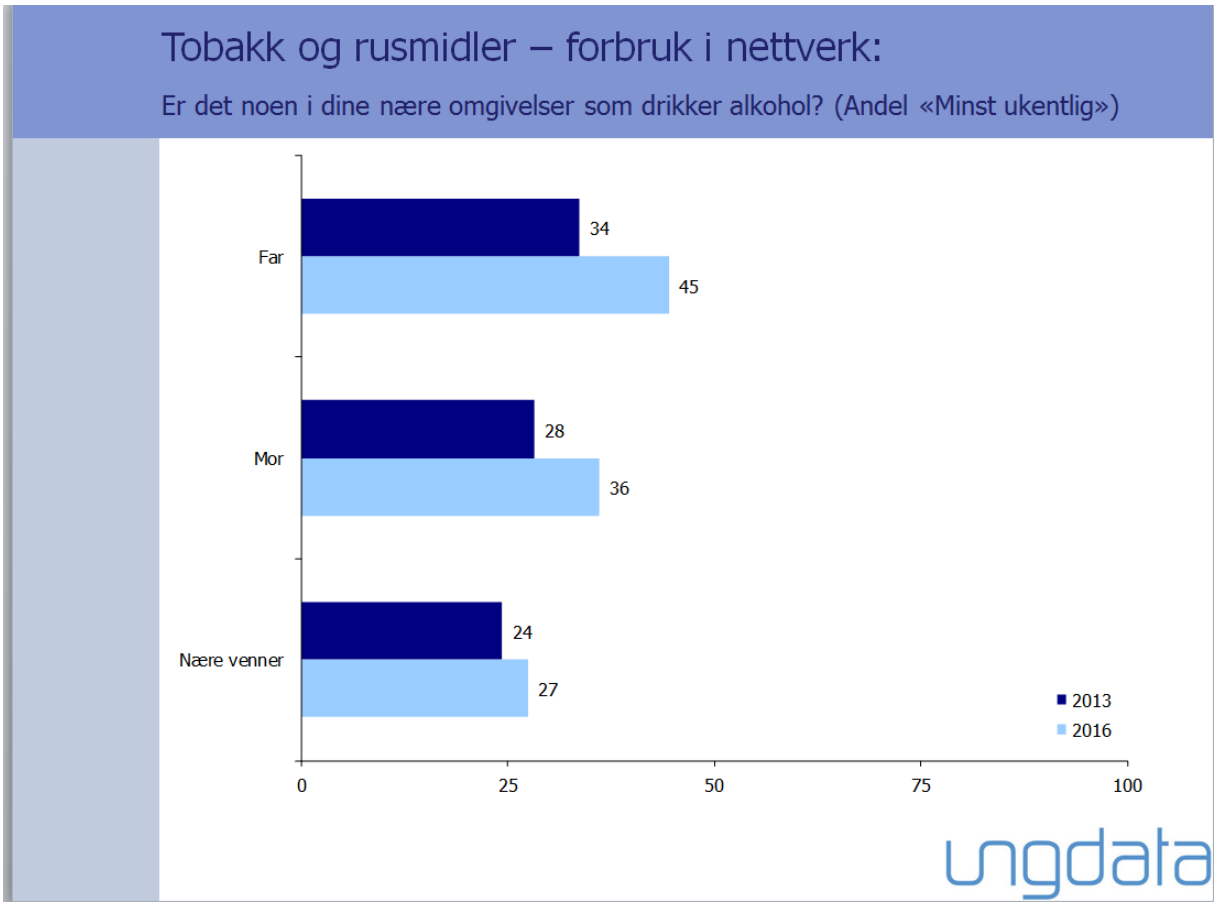
Røyking i svangerskap

Røyking er ansett å være en av de viktigste årsakene til redusert helse og levealder. Omtrent halvparten av dem som røyker daglig i mange år, dør av sykdommer som skyldes tobakken. I tillegg rammes mange av sykdommer som fører til vesentlige helseplager og redusert livskvalitet. Studier viser at de som røyker daglig, i snitt dør 10 år tidligere enn ikke-røykere, og at 25 prosent av dagligrøykerne, dør 20-25 år tidligere enn gjennomsnittlig levealder for ikke-røykere.
Røyking i svangerskapet kan si noe om røyking hos kvinner i fertil alder. For resten av befolkningen er datagrunnlaget på røykevaner dessverre svært dårlig. Det er en markant sosial gradient for dagligrøyking. Jo kortere utdanning, desto høyere andel dagligrøykere. Denne gradienten gjelder også for røyking i svangerskapet. Det er en stor utfordring i folkehelsearbeidet å påvirke denne forskjellen.
Andelen røykere i befolkningen er på vei ned, men blant ungdom og unge voksne ser det ut til at snus har overtatt noe for røyking. Snus er ikke like helseskadelig som sigaretter, men er svært avhengighetsskapende og inneholder helseskadelige og kreftfremkallende stoffer. Vi har foreløpig ikke tall på snusbruken i kommuner. Medisinsk fødselsregister har tall på snusbruk, men disse opplysningene er underrapportert og derfor ikke egnet til statistikkformål. *Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. http://khs.fhi.no*

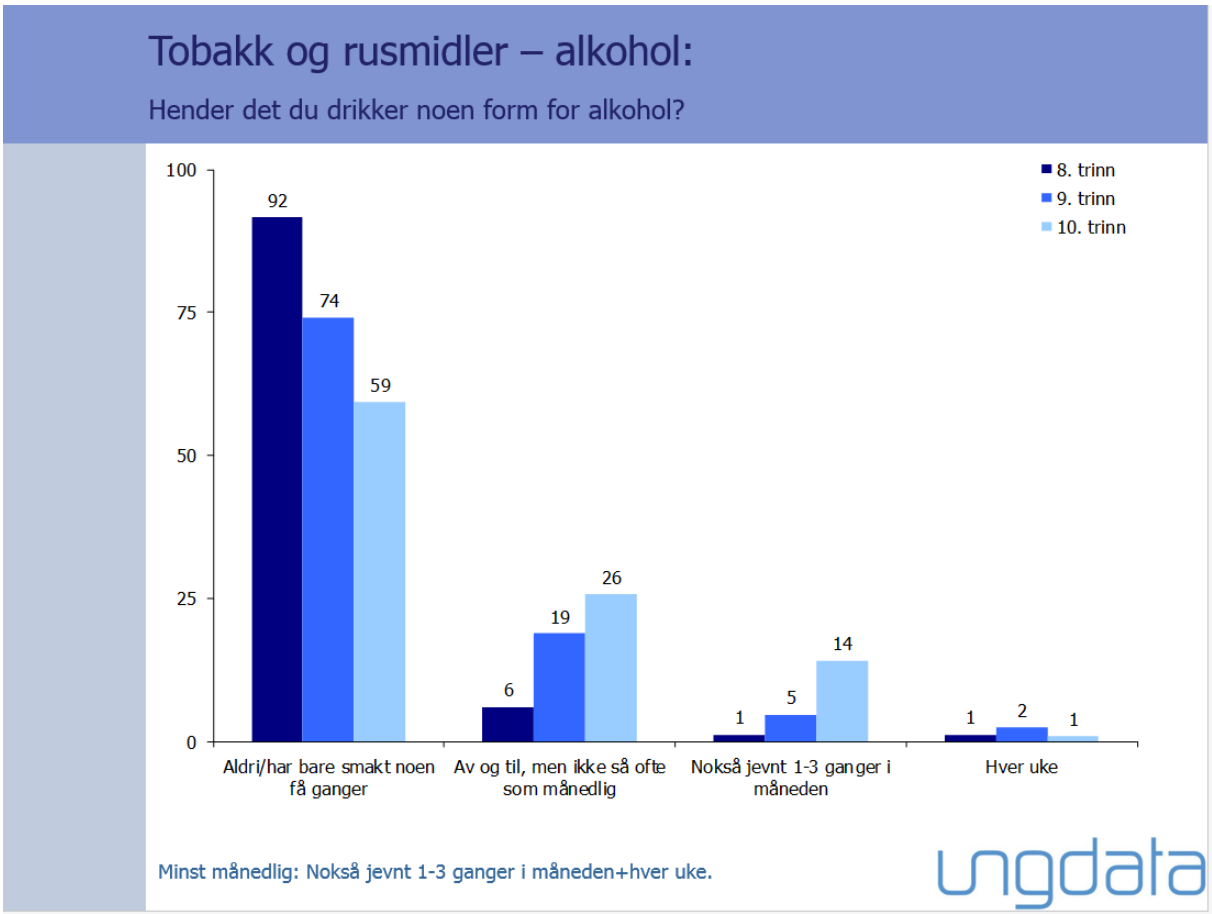


Figur 34: Andel fødende som oppga at de røykte ved første svangerskapskontroll i prosent av alle fødende med røykeopplysninger. 1999-2008 til 2004-2013 (glidende gjennomsnitt over 10-årsperioder). Årene 2006 og 2007 er ekskludert. Dataene hentet fra Medisinsk fødselsregister ved Nasjonalt folkehelseinstitutt. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. http://khs.fhi.no

Figur 34 viser at Fauske kan ha en høyere andel kvinner som røyker sammenlignet med landsgjennomsnittet og sammenlignbare kommuner i Nordland, vurdert etter andelen gravide som røyker ved første svangerskapskontroll. Det viser seg at mange av de gravide slutter å røyke etter at de har vært på første svangerskapskontroll hos jordmor.



Figur 35. Spørsmål om alkohol bruk i nære omgivelser? Andel i prosent ved ungdomsskolene i Fauske sammenlignet mellom 2013 og 2016. Kilde Ungdata Fauske, 2016



Figur 36. Spørsmål om egen bruk av alkohol? Andel i prosent ved ungdomsskolene i Fauske sammenlignet mellom 8, 9 og 10 klassetrinn. Kilde Ungdata Fauske, 2016

Av figur 35 fremkommer det at både far, mor og venner drikker mere i 2016 enn i 2013. I tillegg svarer 11 % at de får lov til å drikke alkohol av foreldrene sine, noe som er en økning på 6 % fra 2013 undersøkelsen. Figur 36 vise at i løpet av ungdomsskolen skjer det en endring når det gjelder alkohol bruk.

Alkohol- og rusmisbruk kan føre med seg mange problemer, for eksempel dårligere helse og vansker i forhold til familie, sosialt nettverk og arbeid. Rusproblemer er særlig knyttet til psykiske helseproblemer. Rapporten «Levekår og livskvalitet i Nordland» (Nordland fylkeskommune 2014) viser at andelen som har drukket alkohol ukentlig de siste 12 måneder er 35 % (41 % menn og 29 % kvinner). Samme levekårsundersøkelse viser at det er unge (15-24 år) og folk i perifere områder i Nordland som drikker mest når de drikker.

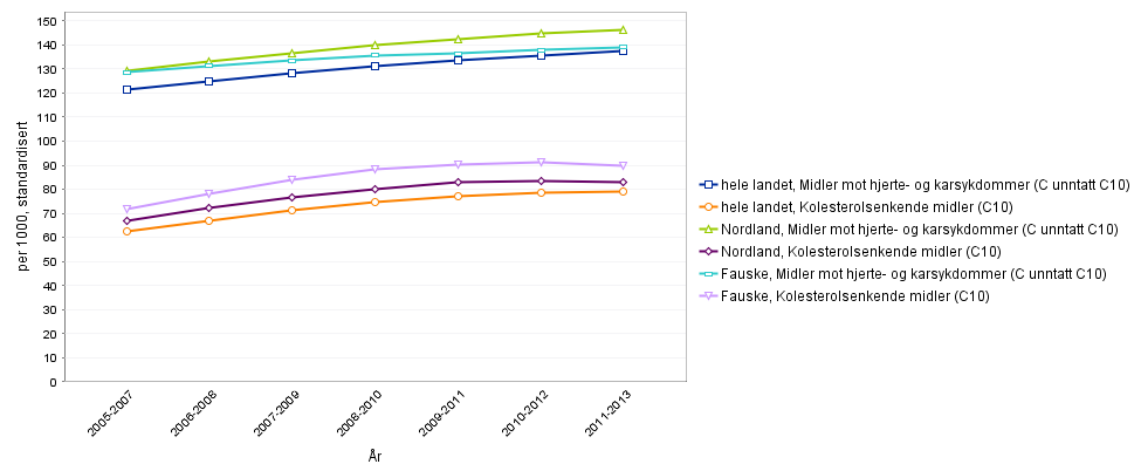
7. Helsetilstand

Helsetilstand er befolkninga si helse målt ved ulike mål, som risikofaktorer, forebygg bare sykdommer, trivsel og mestringsressurser eller mer indirekte mål som sykefravær o.l.

Helsetilstand handler om sykdommer som kan forebygges som type-2 diabetes og hjerte-kar sykdommer og er påvirket av flere sammensatte faktorer. Fauske kommune har på landsbasis ei befolkning med relativt god helse, med lavere forekomst av type-2 diabetes i de siste årene og lavere dødelighet fra hjerte-kar sykdommer. Høyere forekomst av KOLS og astma i kommunen og økt antall innleggelser i sykehuset på grunn av KOLS sammenliknet med Nordlandsfylke og landet for øvrig kan være reell, men kan skyldes bedre diagnostikk og oppfølging av denne pasientgruppe siden forskning viser at mange pasienter med KOLS har ikke fått diagnosen.

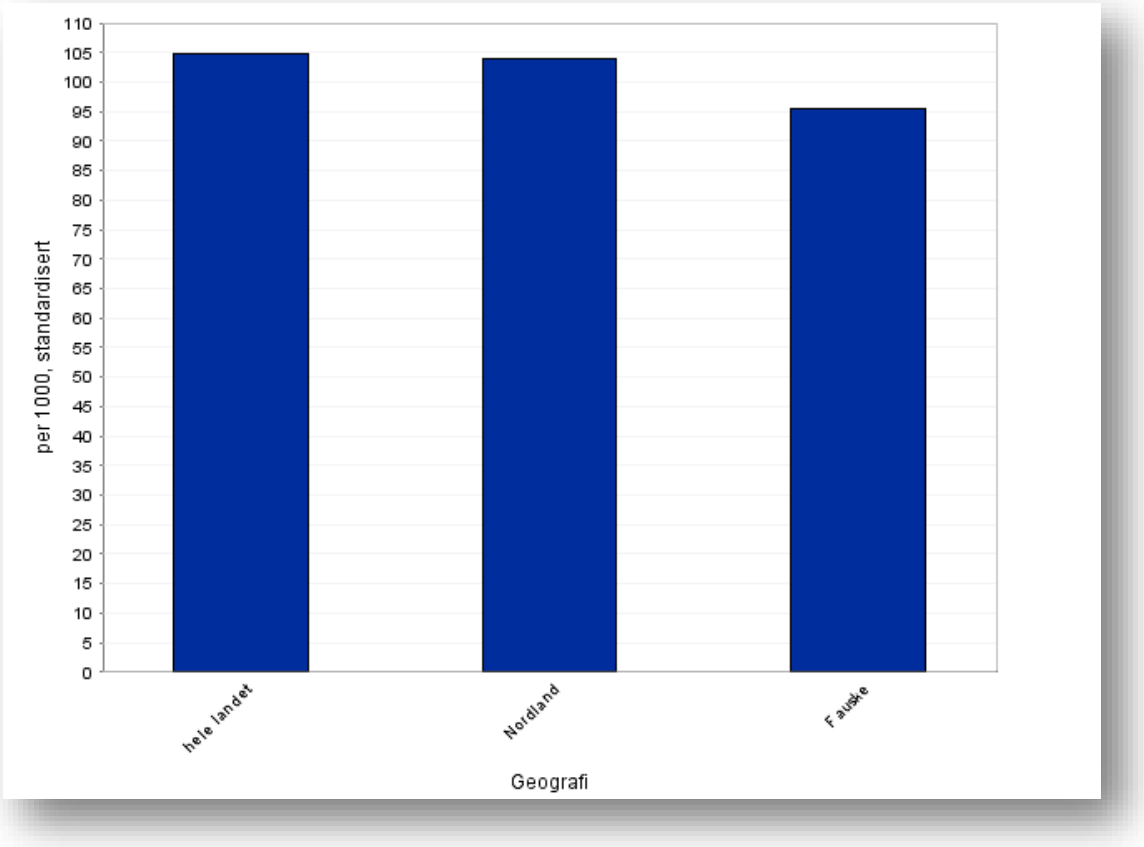
7.1 Hjerte – karsykdommer

Utbredelsen av hjerte- og karsykdom kan gi informasjon om befolkningens levevaner. Det har vært nedgang i forekomst av hjerte- og karsykdom de siste tiårene, men utbredelsen av risikofaktorer som røyking og fysisk inaktivitet tyder på at lidelsene fortsatt vil ramme mange. *Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank.* http://khs.fhi.no



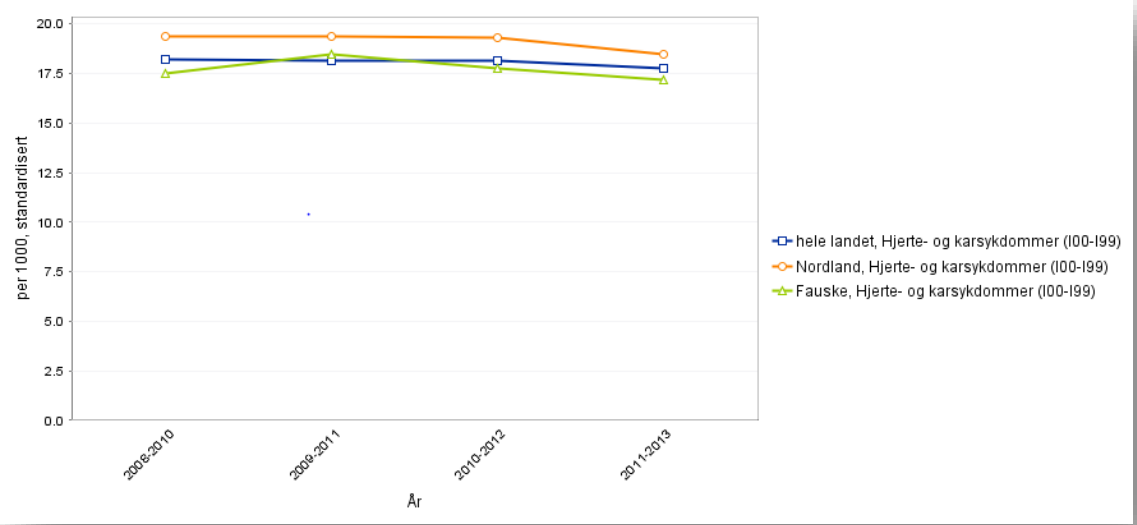
Figur 38: Bruk av midler mot hjerte- og karsykdommer og kolesterolsenkende medikamenter, 3 års glidende gjennomsnitt, 2007-2013. Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per 1000, standardisert. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. http://khs.fhi.no

Bruk av primærhelsetjenesten som kan gi informasjon om helsetilstand og utbredelse av sykdom. Dette kan igjen si noe om bakenforliggende faktorer som miljø og levevaner i befolkningen.
Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. http://khs.fhi.no



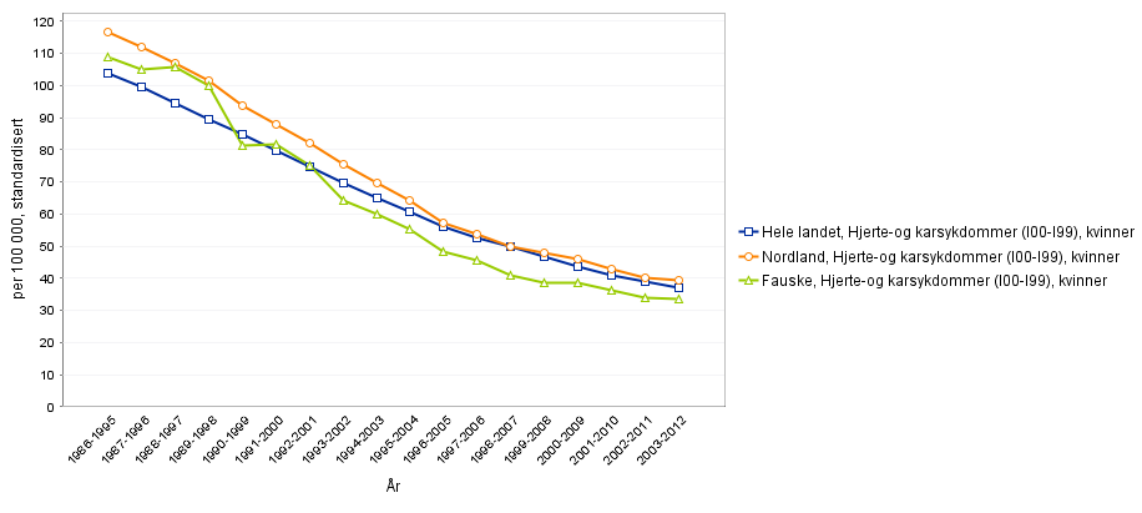
Figur 39: Bruk av primærhelsetjenesten hjerte- og karsykdommer, 3 års glidende gjennomsnitt, 2012-2013. Antall unike personer 0-74 år i kontakt med fastlege eller legevakt per 1000 innbyggere per år. Dersom en person har vært i kontakt med fastlege eller legevakt flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Data hentet fra Kontroll og Utbetaling av HelseRefusjon (KUHR)-databasen i HELFO, Helsedirektoratet. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. http://khs.fhi.no

Befolkningens bruk av sykehustjenester kan gi en viss pekepinn på viktige trekk ved så vel helsetjenester som helsetilstand i kommunene. Sykehusinnleggelser kan gi innsikt i problematikken rundt utbredelse av både sykdom og bakenforliggende risikofaktorer, og kan bidra med verdifull informasjon for å få oversikt over helsetilstanden i befolkningen. *Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank.* http://khs.fhi.no

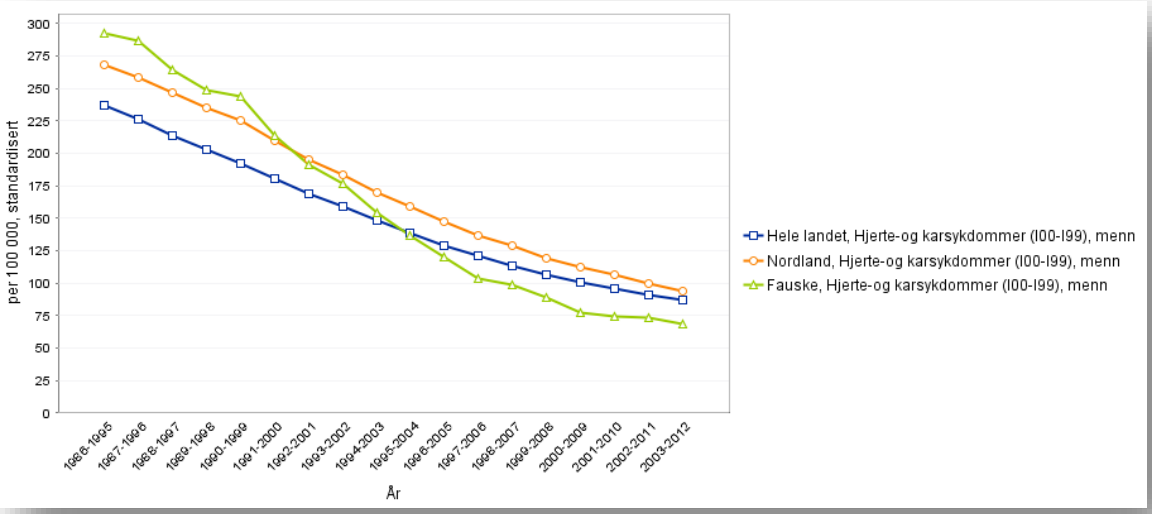


Figur 40: Bruk av spesialisthelsetjenesten hjerte- og karsykdommer, 3 ås glidende gjennomsnitt, 2010-2013. Antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus per 1000 innbyggere per år. Dersom en person legges inn flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. http://khs.fhi.no

Informasjon om tidlig død (her definert som død før 75 års alder) av gitte sykdomsgrupper gir oss viktig informasjon om hvor vi bør sette inn forebyggende tiltak. Dagens dødsårsaksmønster gjenspeiler ikke nødvendigvis befolkningens levevaner de siste årene. *Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. http://khs.fhi.no*



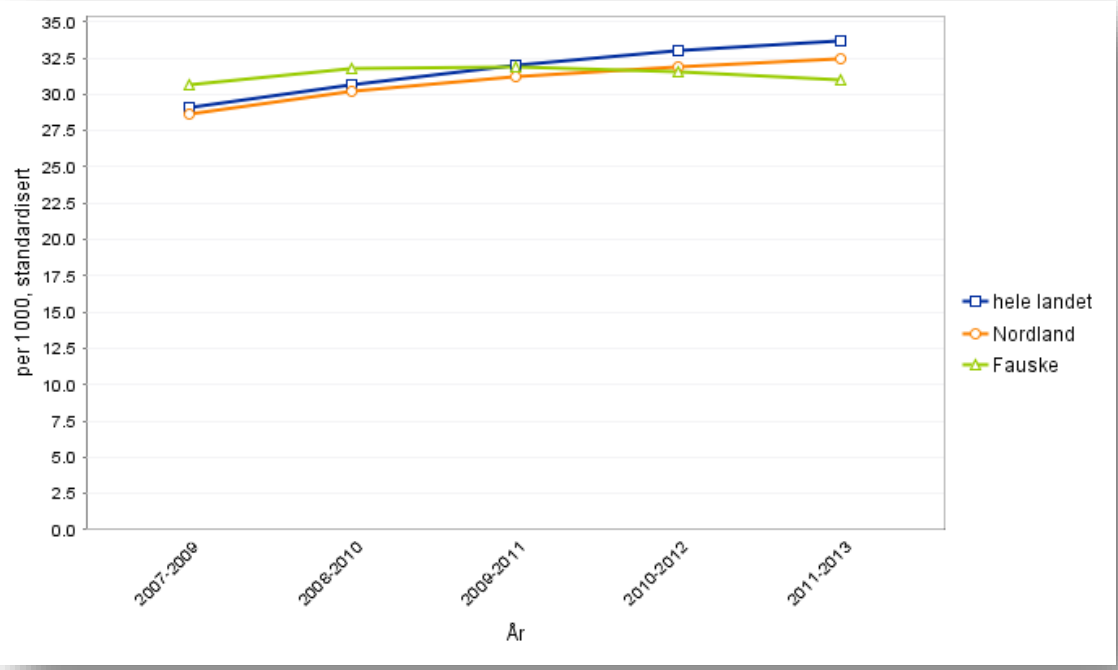
Figur 41: Dødelighet hjerte-/karsykdom, kvinner. Antall døde i aldersgruppen 0-74 år, per 100 000 innbyggere per år. 10 års glidende gjennomsnitt, 1995-2012. Dataene hentet fra Dødsårsaksregisteret. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. http://khs.fhi.no



Figur 42: Dødelighet hjerte-/karsykdom, menn. Antall døde i aldersgruppen 0-74 år, per 100 000 innbyggere per år. 10 års glidende gjennomsnitt, 1995-2012. Dataene hentet fra Dødsårsaksregisteret. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. http://khs.fhi.no

7.2 Diabetes

Forekomsten av type 2-diabetes er usikker og behandling av sykdommen varierer. Kosthold, mosjon og vektreduksjon kan for noen normalisere blodsukkeret og holde sykdommen under kontroll. Andre trenger medikamenter for å få ned blodsukkeret og bruk av midler til behandling av type 2-diabetes kan brukes som en indikator på forekomst av type 2-diabetes i befolkningen. Med årene kan imidlertid insulinproduksjonen reduseres, og det blir nødvendig med insulinsprøyter på samme måte som ved type 1-diabetes. Overvekt er en viktig risikofaktor for utvikling av type 2-diabetes og forekomst av type 2-diabetes kan derfor gjenspeile befolkningens levevaner. *Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank.* *http://khs.fhi.no*

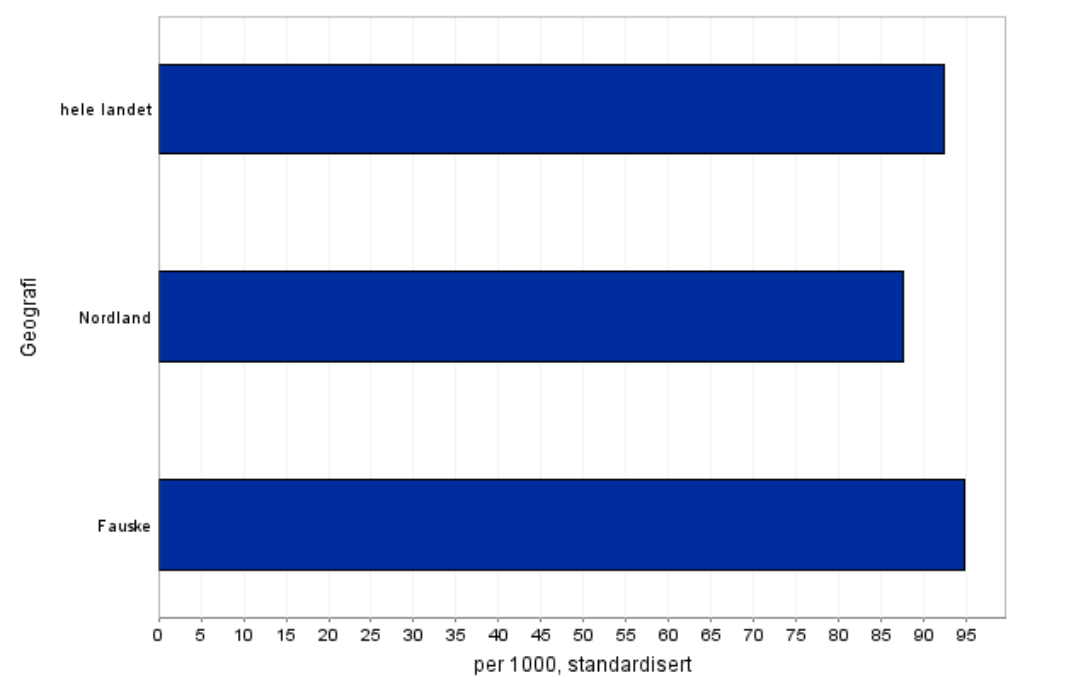


Figur 37: Bruk av legemidler til behandling av type 2-diabetes, 3 års glidende gjennomsnitt, 2007-2013. Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 30-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per 1000, standardisert. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. http://khs.fhi.no

7.3 Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og astma

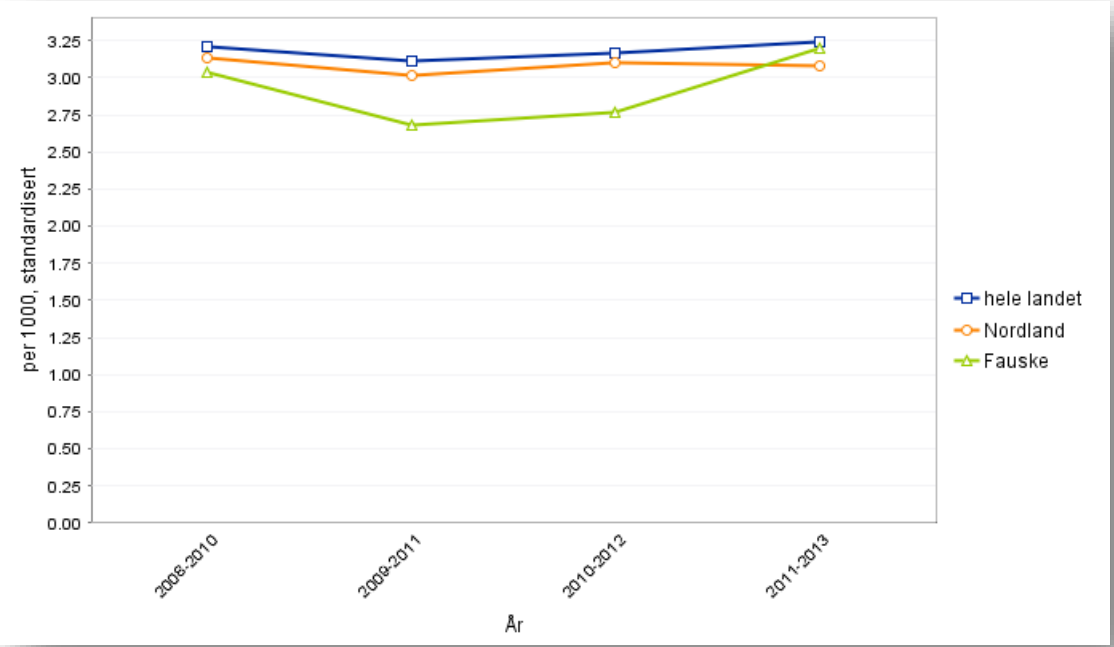
Om lag 200 000 nordmenn har trolig KOLS, av disse har mer enn halvparten diagnosen uten å vite om det. Forekomsten er økende, særlig blant kvinner. Hovedårsaken er røyking som forklarer to av tre tilfeller, men arbeidsmiljø og arvelige egenskaper spiller også en rolle. Forekomst av KOLS øker med økende tobakksforbruk og antall røykeår, og kan si noe om røykevaner. *Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank.* http://khs.fhi.no

Legemiddelbruk kan ikke betraktes som synonymt med sykdomsforekomst, men kan være en indikator på sykdomsforekomst i befolkningen. For flere sykdomsgrupper har vi manglende oversikt over utbredelsen. Bruk av legemidler til behandling kan gi innsikt i problematikken rundt utbredelse av både sykdom og bakenforliggende risikofaktorer, og kan bidra med verdifull informasjon for å få oversikt over helsetilstanden i befolkningen. *Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank.* http://khs.fhi.no



Figur 43: Bruk av KOLS og astmamedikamenter, begge kjønn, 45–74 år, per 1000 standardisert, 3 års glidende gjennomsnitt, 2007-2013. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst én resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare én gang.

Befolkningens bruk av sykehustjenester kan gi en viss pekepinn på viktige trekk ved så vel helsetjenester som helsetilstand i kommunene. Sykehusinnleggelser kan gi innsikt i problematikken rundt utbredelse av både sykdom og bakenforliggende risikofaktorer, og kan bidra med verdifull informasjon for å få oversikt over helsetilstanden i befolkningen. Sykehusinnleggelser kan i tillegg være en indikator på potensialet for forebyggende innsats. *Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank.* http://khs.fhi.no

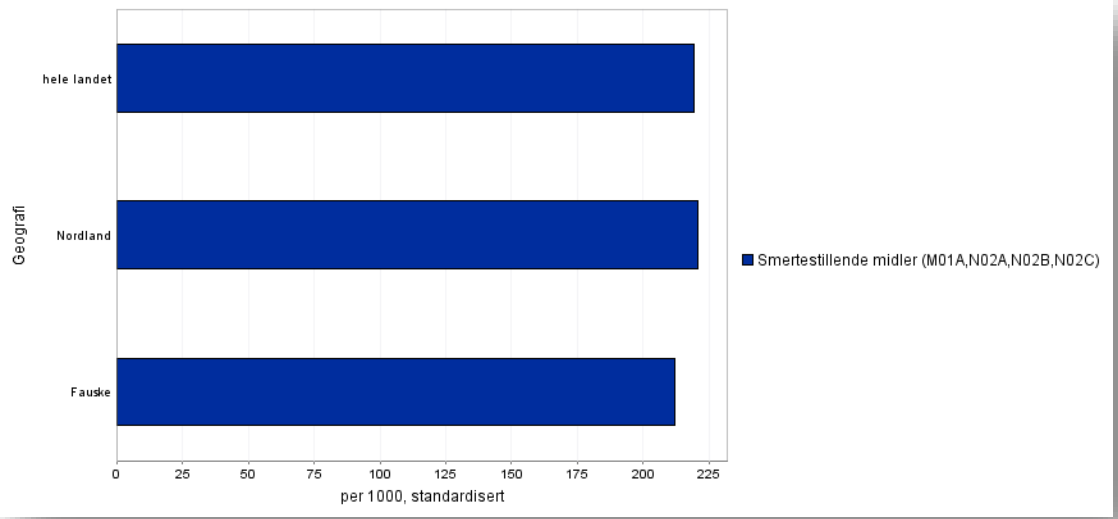


Figur 44: Antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus på grunn av KOLS per 1000 innbyggere per år. Dersom en person legges inn flere ganger i løpet av kalenderåret med KOLS, telles vedkommende kun én gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder). Dataene hentet fra Norsk pasientregister (NPR). Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. http://khs.fhi.no

7.4 Smerter

Kroniske smertetilstander og psykiske lidelser er de viktigste årsaker til at menn og kvinner faller ut av arbeidslivet før pensjonsalderen. Anslagsvis 30 prosent av voksne har kroniske smerter i Norge i dag. Muskel- og skjelettplager er den vanligste årsaken, men en rekke andre lidelser kan også føre til kronisk smerte. Forekomsten er høyere enn i mange andre europeiske land. Betydelig flere kvinner enn menn sier at de har kroniske smerter, og kvinner er også i langt større grad enn menn sykemeldt og uføre som en følge av kronisk smerte. *Kilde: Folkehelseinstituttet.* *http://khs.fhi.no*

Legemiddelbruk kan ikke betraktes som synonymt med sykdomsforekomst, men kan være en indikator på sykdomsforekomst i befolkningen. For flere sykdomsgrupper har vi manglende oversikt over utbredelsen. Bruk av legemidler til behandling kan gi innsikt i problematikken rundt utbredelse av både sykdom og bakenforliggende risikofaktorer, og kan bidra med verdifull informasjon for å få oversikt over helsetilstanden i befolkningen. For de sykdomsgruppene hvor det finnes andre datakilder vil Reseptregisteret være et supplement. Bruk av legemidler forskrevet på resept påvirkes av flere faktorer utenom sykdomsforekomst, blant annet tilgang til lege og forskrivningspraksis blant legene. *Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank.* *http://khs.fhi.no*



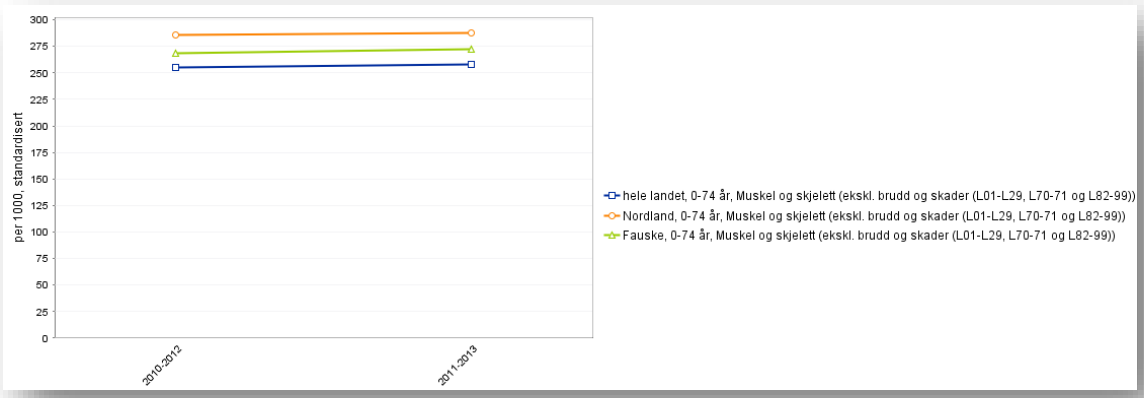
Figur 45: Brukere av reseptbelagte smertestillende medikamenter utlevert til personer 0-74 år, per 1000, 3 års glidende gjennomsnitt, 2011-2013. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Dataene hentet fra Reseptregistret, Folkehelseinstituttet. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. *http://khs.fhi.no*

7.5 Muskel- og skjelettlidelser

Muskel- og skjelettlidelser er en av de hyppigste årsakene til bruk av både tradisjonelle og alternative helsetjenester og -tilbud. *Kilde: Tidsskrift for Den norske legeforening, nr23/2010.*

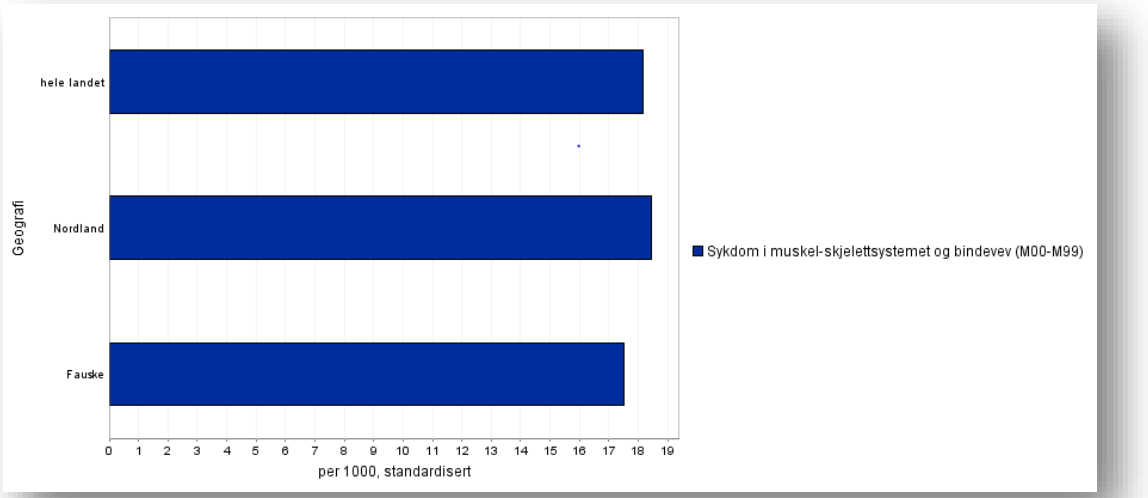
Muskel- og skjelettlidelser, sammen med psykiske lidelser, er den hyppigste årsaken til sykefravær i Norge. Fysisk aktivitet kan forebygge muskel- og skjelettlidelser. *Kilde: Folkehelseinstituttet*.

Bruk av primærhelsetjenesten som kan gi informasjon om helsetilstand og utbredelse av sykdom. Dette kan igjen si noe om bakenforliggende faktorer som miljø og levevaner i befolkningen. *Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. http://khs.fhi.no*



Figur 46: Bruk av primærhelsetjenesten, muskel- skjelettlidelser, 2010-2012 til 2011-2013 (3 års gjennomsnitt). Antall unike personer 0-74 år i kontakt med fastlege eller legevakt per 1000 innbyggere per år. Dersom en person har vært i kontakt med fastlege eller legevakt flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/lidelse, telles vedkommende kun én gang. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. http://khs.fhi.no

Befolkningens bruk av sykehustjenester kan gi en viss pekepinn på viktige trekk ved så vel helsetjenester som helsetilstand i kommunene. Sykehusinnleggelser kan gi innsikt i problematikken rundt utbredelse av både sykdom og bakenforliggende risikofaktorer, og kan bidra med verdifull informasjon for å få oversikt over helsetilstanden i befolkningen. *Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank.* http://khs.fhi.no

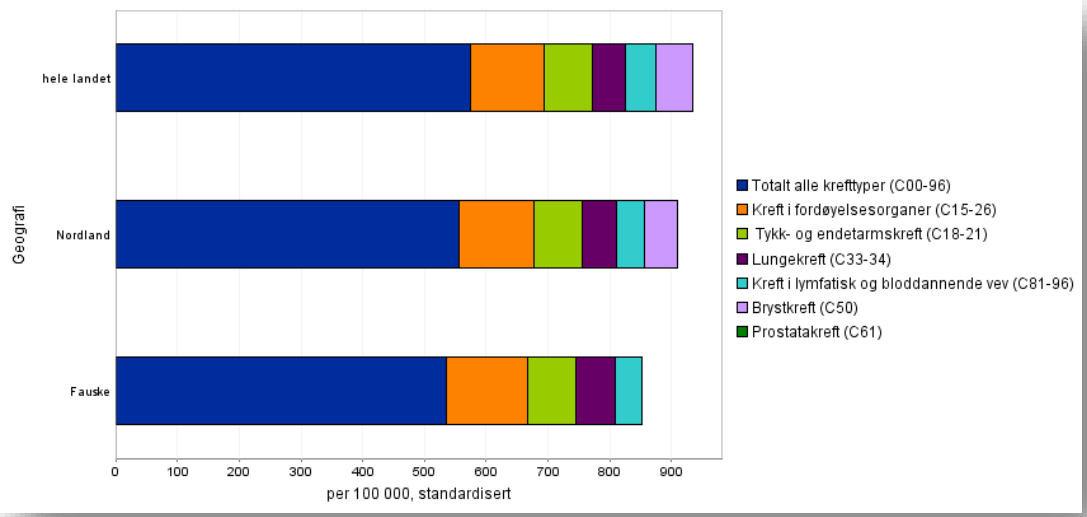


Figur 47: Bruk av spesialisthelsetjenesten, muskel- skjelettlidelser, 2008-2010 til 2011-2013 (3 års gjennomsnitt). Antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus per 1000 innbyggere per år. Dersom en person legges inn flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. http://khs.fhi.no

7.6 Kreft

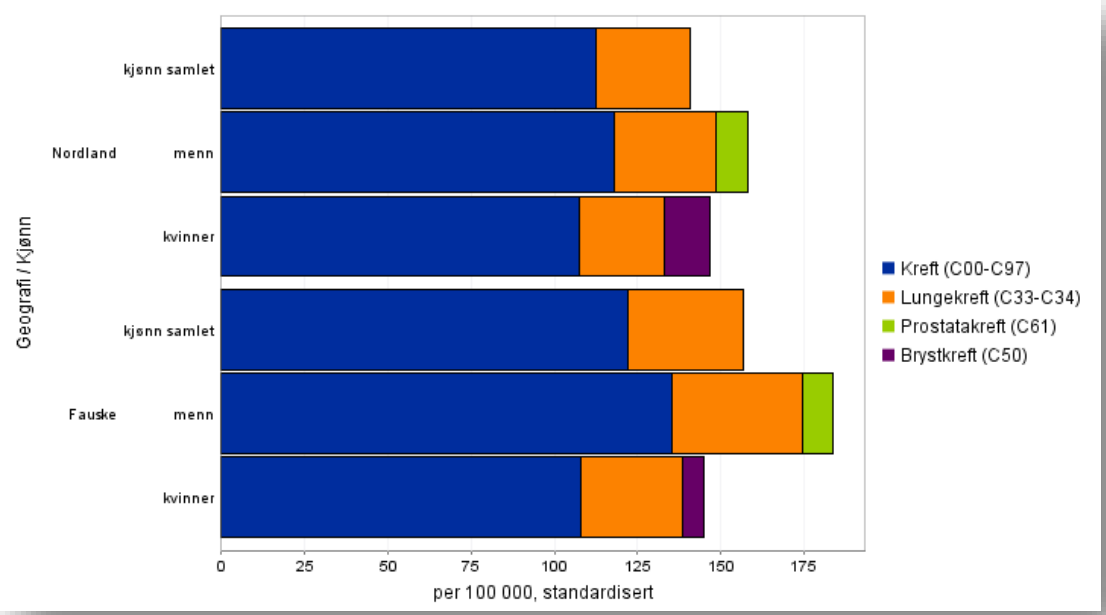
Kreftdødeligheten i Norge har endret seg lite fra 1950 til i dag (dødsfall per 100 000 innbyggere korrigerer for økt levealder). Kreftforekomsten har økt. Det er større sosioøkonomiske forskjeller i kreftdødelighet i dag enn for 40 år siden, spesielt i forhold til lungekreft. *Kilde: Folkehelseinstituttet*

Kreft er ikke én enkelt sykdom, men en fellesbetegnelse for en rekke sykdommer som kan ha forskjellige risikofaktorer og ulik sykdomsutvikling. Det tar ofte lang tid fra eksponering til man utvikler kreft, og mange faktorer kan derfor medvirke til at sykdommen oppstår.
Kosthold, fysisk aktivitet, røyke- og alkoholvaner er faktorer som har betydning for kreftforekomsten. Det anslås at ett av tre krefttilfeller henger sammen med levevaner. En endring i befolkningens levevaner har derfor et stort potensiale til å redusere risikoen for å utvikle kreft. *Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank.* http://khs.fhi.no



Figur 48: Nye tilfeller av kreft per 100 000 innbyggere per år. 1986-1995 til 2003-2012 (10 års glidende gjennomsnitt). Dataene hentet fra Kreftregisteret. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. http://khs.fhi.no

Informasjon om tidlig død (her definert som død før 75 års alder) av gitte sykdomsgrupper gir oss viktig informasjon om hvor vi bør sette inn forebyggende tiltak. Dagens dødsårsaksmønster gjenspeiler ikke nødvendigvis befolkningens levevaner de siste årene. *Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank.* *http://khs.fhi.no*



Figur 49: Antall døde i aldersgruppen 0-74 år, per 100 000 innbyggere per år, alders- og kjønnsstandardisert. 1986-1995 til 2003-2012 (10 års glidende gjennomsnitt). Dataene hentet fra Dødsårsaksregisteret. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. *http://khs.fhi.no*

7.7 Smittsomme sykdommer

Smittsomme sykdommer er ikke lenger det største folkehelseproblemet i Norge, men for å holde disse sykdommene i sjakk, er det svært viktig å opprettholde et godt smittevern og et effektivt vaksinasjonsprogram. *Kilde: Folkehelseinstituttet.*

7.8 Psykisk lidelser og rusrelaterte lidelser

Forekomsten av psykiske lidelser i Norge er stabil, og er svært vanlig i befolkningen. Ca. en tredel av voksne har en psykisk lidelse i løpet av et år. Sett under ett er angstlidelser den vanligste psykiske lidelsen hos både barn, unge og voksne, fulgt av depresjon. Økt dødelighet, sykmeldinger og uførepensjon er noen av de viktigste følgene av psykiske sykdommer. *Kilde: Folkehelseinstituttet*.

Rus og psykisk helsearbeid i kommunene er et satsingsområde for regjeringen som ønsker å styrke tilbudet til innenfor disse områdene, problemene øker og de blir mer komplekse. Samhandlingsreformen har ført til at flere oppgaver er overført fra staten til kommunen. Det medfører mer spesialisering, behov for økt fagkunnskap og økte ressurser i kommunen. Blant annet er kommunen fra 2017 pålagt å ha krise seng (KAD seng) innenfor rus- og psykisk helse, sengen skal være døgnbemannet. Kommunen er også pålagt opplegg for ettervern av brukere som blir tidligere utskrevet fra spesialisthelsetjenesten. Psykiske lidelser og eller rusrelaterte lidelser rammer ofte hele familien. Fokus på barn som pårørende kan ha en forebyggende effekt i forhold til neste generasjons helse, og legge et bedre grunnlag for livsmestring.

Fauske kommune har ved hjelp av kartleggingsverktøyet BrukerPlan påbegynt kartlegging av brukergruppen innenfor rus og psykiskhelse. BrukerPlan blir fra regjeringen holdt fram som det viktigste informasjonsverktøyet for opptrappingsplan for rusfeltet, og som informasjonsgrunnlag for å planlegge innsats og resultatmåling, både på kommunalt og nasjonalt nivå.

Målet er at alle tjenesteområder i Fauske kommune som har brukere med rus- og psykisk helse problematikk skal kartlegge. Tjenestene som kartlegger pr dags dato er rus – og psykisk helsetjeneste, familiesentret, barnevern, NAV og hjemmebaserte tjenester.

Rapport BrukerPlan 2016 viser at Fauske kommune scorer høyt i andel brukere med psykiske lidelser i aldersgruppen 16 – 23 år. Fauske har en score på 20% og sett mot nasjonal score som er på 12 % i denne aldersgruppen scorer kommunen høyt. Dette er i tråd med funn i ungdataundersøkelsen.

For aldersgruppen 30 – 59 år samsvarer funnene med tallene fra 2015 – det vil si at Fauske har en score på 20 – 25% i denne aldersgruppen. På sikt vil det kunne medføre at det blir en forskyvning på antall brukere med psykiske lidelser og rusmiddelproblem til aldergruppen 60+. Noe som igjen medføre utfordringer for kommunens tjenestetilbud for eldre.

Ellers viser årets rapport at kommunen har mange barn som pårørende – både der foreldre har omsorg og der de har samvær med barna. Her har kommunen en stor utfordring i å «se» disse barna og å ivareta dem, noe som er viktig med tanke på forebygging og å hindre sosial arv.

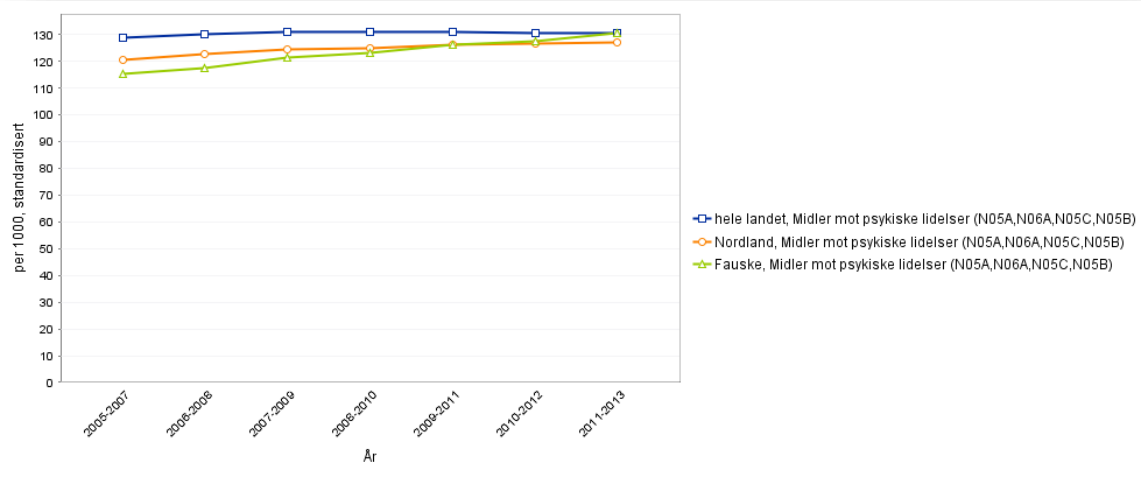
I rapporten for 2015 kom det frem at Fauske har en stor andel brukere med alvorlig psykiske lidelser og rusproblematikk. I forhold til alvorlig psykisk syke var kommunens score i 2015 på 50% mens den nasjonale scoren var på 28%. For rusmiddelavhengige var kommunens score på 59% og den nasjonale scoren på 53%. Dette gjelder den gruppen innenfor psykisk syke og rusmiddelavhengige som har de største utfordringene på alle områder i livet. Det er i forhold til denne gruppen krevende brukere at kommunens ressurser i rus- og psykisk helsetjeneste i stor grad blir brukt. Samtidig som det er her det er vanskeligst å få til en endring. Utfordring er å få fokus fra kronikere til forebyggende- og rehabiliterende arbeid.

I 2016 får ca. 150 brukere hjelp fra rus- og psykisk helsetjenesten av disse er ca. 2/3 kronikere, en gruppe klienter som vil trenge enda mere hjelp i årene som kommer. I tillegg er det flere aktive rusbrukere som har dårlig bo evne og trenger mye oppfølging. Kognitiv svekkelse ses tidligere hos de

med rus og psykiske lidelser enn befolkningen for øvrig, det vil være behov for spesielt tilrettelagte boliger for denne gruppen. Det foreligger en usikkerhet i hva Samhandlingsreformen vil kreve av kommunen i forhold til rus – og psykisk helsetjenesten fra 2017 og kommende år.

Brukere av medikamenter mot psykiske lidelser

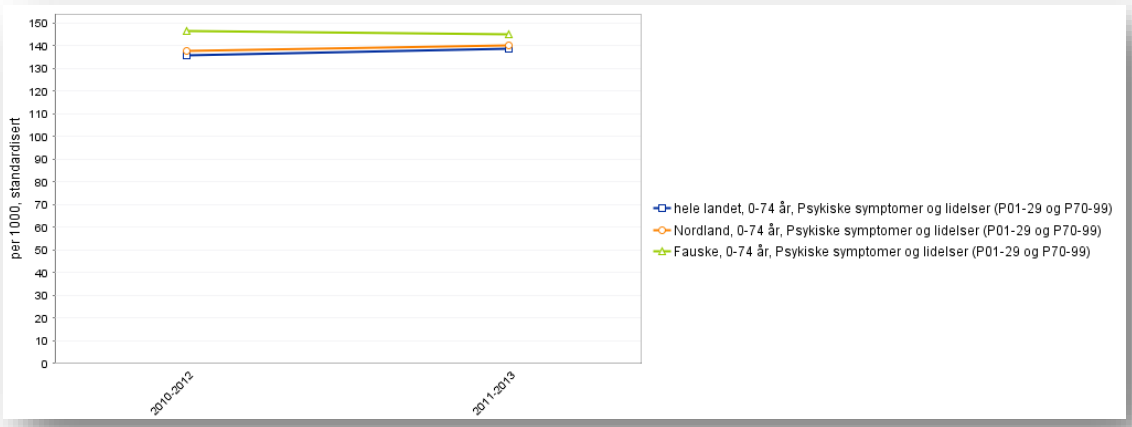
Legemiddelbruk kan ikke betraktes som synonymt med sykdomsforekomst, men kan være en indikator på sykdomsforekomst i befolkningen. Bruk av legemidler til behandling kan gi innsikt i problematikken rundt utbredelse av både sykdom og bakenforliggende risikofaktorer, og kan bidra med verdifull informasjon for å få oversikt over helsetilstanden i befolkningen. *Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank.* http://khs.fhi.no



Figur 50: Brukere av medikamenter mot psykiske lidelser (antidepressiva-, sove- & angstdempende- og ADHD-midler) utlevert på resept til personer 0-74 år, 2005-2007 til 2011-2013 (3 års glidende gjennomsnitt). Brukere defineres som personer som har hentet ut minst én resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare én gang. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. http://khs.fhi.no

Bruk av primærhelsetjenesten, psykiske symptomer/lidelser

Bruk av primærhelsetjenesten som kan gi informasjon om helsetilstand og utbredelse av sykdom. Dette kan igjen si noe om bakenforliggende faktorer som miljø og levevaner i befolkningen.
Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. http://khs.fhi.no



Figur 51: Bruk av primærhelsetjenesten, psykiske symptomer/lidelser, 2010-2012 til 2011-2013 (3 års gjennomsnitt). Antall unike personer 0-74 år i kontakt med fastlege eller legevakt per 1000 innbyggere per år. Dersom en person har vært i kontakt med fastlege eller legevakt flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. http://khs.fhi.no

Folkehelseprofilen 2016 viser at kommune har flere personer (0-74 år), som bruker primærhelsetjenesten når det gjelder psykiske symptomer/lidelser enn både landet for øvrig og Nordland fylke. Når det gjelder bruka av medikamenter mot psykisk lidelser ligger kommunen på likt med landet for øvrig, men noe høyere enn Nordland fylke.

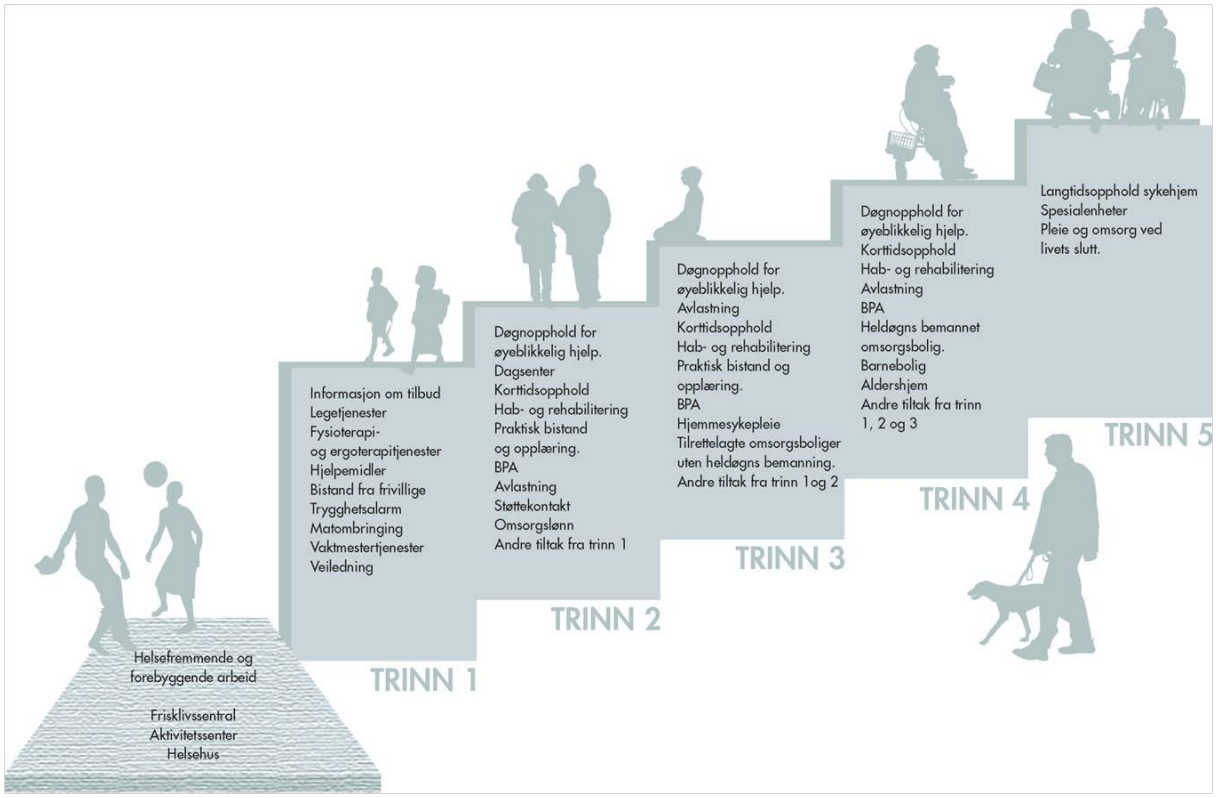
7.9 Skader og ulykker

Personskader: Selv om dødeligheten av skader og ulykker har gått nedover siden 1950-tallet er ulykkesskader fortsatt et helseproblem, spesielt blant barn, unge og eldre. Blant eldre er hoftebrudd spesielt alvorlig fordi det kan medføre redusert funksjonsevne og behov for hjelp, og dermed redusert livskvalitet. Blant ungdom og unge menn forårsaker trafikkulykker både redusert helse og tapte liv. Det er et betydelig potensial for forebygging av skader og ulykker. Sykehusbehandlede personskader viser kun omfanget av de alvorligste skadene. *Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank.* http://khs.fhi.no

År		2008-2010	2009-2011	2010-2012	2011-2013	2012-2014
Geografi	Sykdomsgruppe					
hele landet	Skader (S00-T35)	13,3	13,2	13,2	13,1	12,8
	Lårbensbrudd (inkl. hoftebrudd) (S72)	2,2	2,2	2,1	2,1	2,1
Nordland	Skader (S00-T35)	13,3	13,2	13,3	13,3	13,3
	Lårbensbrudd (inkl. hoftebrudd) (S72)	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1
Fauske	Skader (S00-T35)	14,2	13,8	15,1	14,5	14,6
	Lårbensbrudd (inkl. hoftebrudd) (S72)	2,4	2,1	2,2	2,6	2,7

Tabell 27: Antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus per 1000 innbyggere per år. 2008-2010 til 2011-2013 (3 års gjennomsnitt). Dersom en person legges inn flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Dataene hentet fra Norsk pasientregister (NPR). Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank. http://khs.fhi.no

8. Helse og omsorg

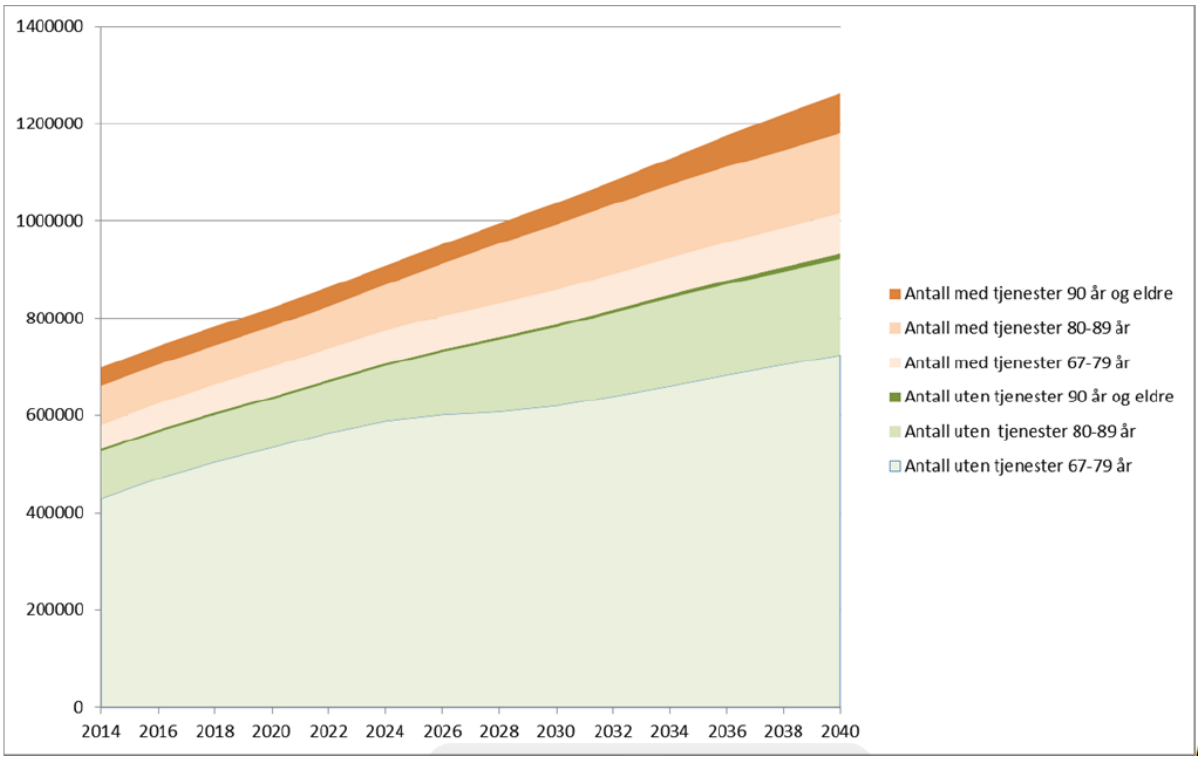


Figur 52 Omsorgstrappen

8.1 Aktiv aldring

Samhandlingsreformen med helse- og omsorgstjenesteloven pålegger kommunen å sørge for helsefremmende og forebyggende tjenester. Kommunen må etter folkehelseloven identifisere risikofaktorer og helseproblemer hos alle grupper inkludert eldre, og sette inn forebyggende tiltak og tidlig intervensjon. Målet er at kommunene videreutvikler og øker den forebyggende og helsefremmende innsatsen overfor eldre. Det overordnede målet er å forebygge sykdom og skade hos eldre i og utenfor institusjon og fremme helse og livskvalitet.

Et av Folkehelsemeldingens mål er å fremme en aktiv og trygg aldring. Aktiv aldring omfatter eldre menneskers deltakelse som medborgere i sosiale, økonomiske, politiske, kulturelle sammenhenger, og i arbeidslivet. For å utvikle et aldersvennlig samfunn trengs en tverrsektoriell innsats. Det skal legges vekt på den gjensidige påvirkningen mellom tilrettelegging av bolig og nærmiljø, gode levevaner, sosial integrering, psykisk og somatisk helse og god allmenntilstand. Tre faktorer påvirker hverandre gjensidig: sosial isolasjon, kognitiv svikt og somatisk helse. Redusert allmenntilstand på ett område får gjerne konsekvenser for de andre områdene.



Figur 53. Fremskriving av eldre med og uten behov for tjenester, Kilde: SSB\statistikkbanken)

Figur 53 viser at det er en sterk økning i antall innbyggere som vil ha behov for omsorgstjenester i årene som kommer. Like sterk er økningen i friske eldre som kan møte alderdommen med helt andre ressurser enn tidligere generasjoner.

> *«De nye eldre har både høyere utdanning, bedre økonomi, bedre boforhold og bedre funksjonsevne enn noen tidligere eldregenerasjon. De er også mer teknologivant og vil bestemme mer på egenhånd.»* [16]

Hverdagsmestring

Tiltak for å fremme fysisk og sosial aktivitet blant eldre er viktige innsatsområder for å bidra til en frisk eldrebefolkning i fremtidens Fauske. Et viktige tiltak å få på plass er hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering, i september inneværende år er det startet et forarbeid for å få tiltaket på plass.

> *«Hverdagsmestring kan være felles med mange ulike arbeidsformer, og kjennetegnes med at en vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen uansett funksjonsnivå. Innsatsteam, hjelpemiddelformidling, forbyggende hjemmebesøk, fallforbygging, hjemmetjenester med mer kan alle ha hverdagsmestring som overbyggende tankesett. Hverdagsrehabilitering er forebygging og rehabilitering mens brukeren bor i eget hjem. Den starter med spørsmålet: Hva er viktig for deg nå? For mange dreier det seg om å mestre hverdagsaktiviteter. Hverdagsrehabilitering er basert på en intensiv innsats i oppstarten, og gradvis avvikling av opptrening etter som aktivitetsfunksjonen bedres».*[17]

Uten tilgjengelig driftsmidler vil gjennomføringen ta lang tid. På sikt vil tiltaket kunne gi kostnadsreduksjon, og mindre bruk av offentlige tjenester. Det er et stort gap mellom hva som vil være kostnadsreduserende tiltak til befolkningen, og organisering av dagens tjenestetilbud. Målet er hvordan hjelpe flere for mindre.

[16] Meld. St. 29 (2012-2013).

[17] Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering. Rapport 2012. KS, Norsk Sykepleierforbund, Norsk Fysioterapiforbund og Norsk Ergoterapiforbund.

8.2 Velferdsteknologi og innovasjon

Bruk av teknologi vil ofte være et godt supplement til andre helse- og omsorgstjenester, og kan tildeles som en del av et samlet tjenestetilbud tilpasset den enkeltes behov. I andre tilfeller kan teknologi komme til erstatning for andre tjenester, for eksempel ved at en alarm, og evt. varslingssystemer, gjør at det ikke lenger er behov for praktisk bistand, for eksempel i form av fast tilsyn.

Helse- og omsorgstjenesteloven har ingen særlig regulering av velferdsteknologi, men ettersom loven åpner opp for ulike måter å organisere tjenestetilbudet, er det også opp til kommunen å bestemme om velferdsteknologi skal tas i bruk som en del av kommunens tjenestetilbud. Hva slags tjeneste bruk av teknologi skal tildeles som må vurderes ut fra hva slags hjelpebehov som teknologien skal dekke i det enkelte tilfellet. Hva slags tjeneste som ville vært aktuell dersom man ikke hadde hatt mulighet til å bruke teknologi vil kunne gi veiledning. Bruk av velferdsteknologi kan brukes både som ledd i alle kommunale helse- og omsorgstjenester, herunder også tjenester som innebærer helsehjelp hjemme eller på institusjon, eller som andre tjenester i eller utenfor hjemmet.

Kommunen har på plass en velferdsteknologisk plattform som kan være med på å sikre helhetlige løsninger på tvers av ulike tjenester og systemer. Mulighetene i dette er større grad av frihet, trygghet og nærhet. Tjenesten vil ha mulighet til å nå flere, gi rom former tid til tjenestemottakere. Trygghetsalarm, omgivelseskontroll, digitalt tilsyn, videotilsyn, voldsalarm, posisjonering er noe av mulighetene. Kommunen har i dag bare benyttet få muligheter som ligger i denne velferdsteknologiske plattformen, utfordringen er å få på plass tilstrekkelige ressurser til anskaffelse, implementering og IT-teknisk støtte for å utnytte mulighetene.

Figur 54 Skisse velferdsteknologi

8.3 Hjemmebaserte tjenester

Hjemmebaserte tjenester skal bidra til at brukerne gjennom bistand og veiledning til egenmestring skal få mulighet til å bo lengst mulig i eget hjem, herunder omsorgsbolig. I den neste tiårsperiodene forventes gruppen 67 år eller eldre å fortsette å vokse sammenlignet med alle de øvrige befolkningsgruppene i kommunen, viser til figur 2 side 15. Mange eldre er friske og aktive og mestrer hverdagen godt. Behovet for bistand stiger likevel ved høy alder.

En kombinasjon av en befolkning med høyt antall eldre og Samhandlingsreformen har ført til sterk økning av tildelte timer hjemmesykepleie, noe tabell 28 viser.

Vedtatte timer hjemmesykepleie	2014	2015	2016	Endring 2014 - 2016
Uke 12	873	1294	1463	59,7 %
Uke 25	955	1396	1474	64,8 %
Uke 42	1111	1521	1587	70,0 %

Tabell 28. Tildelte timer hjemmesykepleie 2014 – 2016. Fauske kommune.

I tråd med nasjonale føringer og kommunens gjeldende Helse- og omsorgsplan bør det satses mer på hjemmebaserte tjenester og forebygging. Kommunens hjemmetjenesten er allerede underdimensjonert.

Rehabiliterings/korttidsavdelingen

Avdelingen har 11 plasser som i utgangspunktet er definert som 6 korttidsplasser og 4 rehabiliteringsplasser. Avdelingen er organisert inn under hjemmebaserte tjenester. Avdelingen har varierte oppgaver det kan være palliativ pleie, kommunal akuttmedisinsk døgnplass som skal være et allmennmedisinsk tilbud som skal gis til dem som har behov for observasjon, behandling og tilsyn, men som ikke har behov for innleggelse i sykehus. Der innleggelse i KAD kan erstatte innleggelse i sykehus. Plikten er avgrenset til pasienter som kommunen har mulighet for å utrede, behandle og yte omsorg for.

Avdelingen samarbeider med ergo -og fysioterapitjenesten om rehabilitering for brukere som trenger det, de gjennomfører også kartlegging av brukernes funksjonsnivå og bistandsbehov i nært samarbeid med øvrige avdelinger i hjemmetjenesten og tildelingskontoret.

Avdelingen har små lokaler med lite egnet areal for opptrening. I tillegg er det behov for å øke korttidsplassene med 4 senger for å møte behovet for å utskrivingsklarer pasienter fra sykehuset som har behov for trening/behandling før utskriving til hjemmet.

Miljø og aktivitetstjeneste

Sosial isolasjon og ensomhet er faktorer som kan bidra til dårligere helse. Kommunens utfordring er å «fange opp» disse personene og å informere om aktivitetstilbud der man kan bygge nettverk, samt introdusere folk for andre tilbud som gis av frivillige lag og foreninger. Miljø og aktivitetstjenesten være en viktig faktor i dette arbeidet. Sett i lys av at stadig yngre personer får en demensdiagnose eller får behov for omfattende tjenester bør man tenke at tjenesten kan bygges ut til å gi et tilbud til flere også på ettermiddagstid. Dette være med på å øke livskvaliteten til brukeren samtidig som kan virke

som en avlastning til familier med store omsorgsoppgaver. Et slikt tilbud kan utsette behovet for institusjonsplass.

Hjemmebesøk hos eldre

Som et ledd i arbeidet med forebyggende innsats etableres fra januar 2017 et tilbud til kommunens 75 åringer om «Forebyggende hjemmebesøk». Dette vil være en individrettet samtale om helsespørsmål, fysisk aktivitet, fallforebygging, brannforebygging, boligforhold og sosiale aktiviteter. Målgruppen er seniorer som ikke mottar helse og omsorgstjenester fra kommunene.

Demens

Det er en del mennesker med demensdiagnose som bor hjemme ved hjelp av pårørende. Et sentralt tiltak i Helsedirektoratets Demensplan 2020 er et krav om systematisk oppfølging av pasient og pårørende etter diagnose og gjennom sykdomforløp. Det er derfor foreslått å styrke kommunens demensteamet.

8.3 Fauske sykehjem

Å drive sykehjem hører med til kommunehelsetjenestens kjerneoppgaver. Kommunen skal sørge for at det finnes et døgnbasert botilbud med en tilstedeværende helsefaglig bemanning. Mange mennesker med omfattende funksjonssvikt har behov for pleie og omsorg hele døgnet. Noen har så omfattende behov for pleie- og omsorgstjenester at det er vanskelig å oppfylle retten til nødvendig helsehjelp gjennom tjenester i hjemmet. For mange tjenestemottakere i en slik situasjon vil plass i sykehjem være et tilbud som er tilpasset deres funksjonsnivå. I sykehjemmet er det personale til stede hele døgnet. Det er også et krav at legetjeneste og fysioterapitjeneste skal knyttes til virksomheten.

Etterbehandling etter sykehusopphold

Kortere liggetid på sykehus gjør at kommunene må ta hånd om mer pleietrengende pasienter. Et økende antall pasienter som skrives ut fra sykehus er ikke ferdigbehandlet, selv om sykehusbehandlingen er avsluttet. Behandling som er igangsatt i sykehus må derfor fortsette i lokalmiljøet. Mange av disse pasientene trenger omfattende pleie, omsorg og tilsyn og er for hjelpetrengende til å bo hjemme den første tiden etter sykehusoppholdet. Det vil ofte være behov for fortsatt medisinsk behandling med samtidig kontinuerlig sykepleiefaglig observasjon. Denne kombinasjonen kan medføre behov for sykehjemsplass i en tidsbegrenset periode.

Avlastning i sykehjem

Behov for avlastningsopphold kan skyldes pasientens egen sykdom eller helsetilstand eller pårørendes/andre omsorgspersoners behov for avlastning fra særlig tyngende omsorgsarbeid. Fauske sykehjem har tilbud om avlastningsbehov for personer med demens og pasienter med somatiske helseplager.

Permanent opphold
Langtidsplass i sykehjem gis til personer som har et varig, omfattende, døgnkontinuerlig pleie og omsorgsbehov som ikke kan oppfylles tilstrekkelig i eget hjem eller annen tilpasset bolig. Sykehjemmet fungerer i slike tilfelle som et varig hjem for eldre med svekket helse, redusert førlighet og omfattende hjelpebehov. Demenssykdommer vil ofte forsterke behovet.

Skjermet enhet for demente
Fauske sykehjem har etablert spesielle skjermede enheter i sykehjem for å ta hånd om urolige demente med spesielle behov for skjerming. Gruppene er på 5– 9 beboere. Det er krav om grundig undersøkelse og at diagnosen langt-kommen demens skal være fastslått før innflytting i skjermet enhet for demente skjer. Kriterier for når skjermet enhet bør brukes kan være at

- Beboere er så forvirret at deres atferd er ukontrollerbar eller sterkt sjenerende for andre beboere
- Beboere har tendens til å ville forlate boformen uten å være i stand til å ta vare på seg selv eller å finne veien tilbake

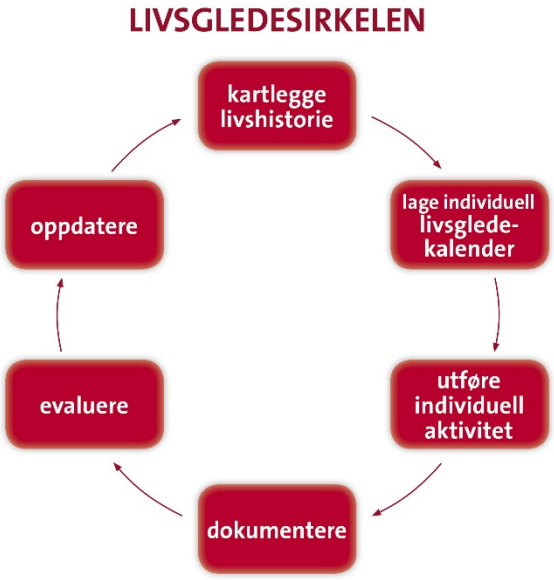
Bruker- og pårørendeundersøkelse
Formålet til undersøkelsen er å ha gode kvalitetsindikatorer og et hjelpemiddel for å få frem beboerens mening på opplevd kvalitet som deretter kan bidra til forbedringer. Undersøkelsen ble gjennomført våren 2016 og resultatene viser av tilfredsheten generelt er god. 79 % av pårørende er fornøyd eller svært godt fornøyd med hvor tilfreds man er med sykehjemmet beboeren bor på og 84 % av beboerne er fornøyd eller svært fornøyd på samme spørsmålet.

Undersøkelsen peker på områder som har et forbedringspotensiale og som har betydning for den enkeltes opplevelse av tjenesten de mottar på Fauske sykehjem. 32 % er misfornøyd med aktivitetstilbudet, mens 34 % er fornøyd eller svært fornøyd. 32 % er misfornøyd eller lite fornøyd med muligheter for å komme seg ut, og 27 % er fornøyd eller svært fornøyd og 26 % er nøytral. I tillegg uttrykkes det i kommentarer misnøye med at enkelte beboere må dele rom med andre pasienter.

Livsgledesykehjem
Fauske sykehjem har som visjon *Lev livet – livet ut*, og tjenesten er i en prosess med å bli sertifisert som et *Livsgledesykehjem*. I Stortingsmedling 29 (2012-2013), «Morgendagsen omsorg», omtales Livsgledesykehjem som et nasjonalt tilbud til landets kommuner som et av fem hovedelementer i Stortingets nasjonale strategi for frivillig arbeid på helse og omsorgsfeltet. Konseptet går ut på at sykehjemmene skal lage system for å oppfylle ni livsgledekriterier som ivaretar beboernes sosiale, kulturelle og åndelige behov.

Livsglede for Eldre er en folkehelseorganisasjon som er religiøst og politisk uavhengig. Livsglede for Eldre arbeider for at alle eldre skal ha en god og meningsfull hverdag. Gjennom gode opplevelser skal en stimulere de sosiale, åndelige og kulturelle behovene til den enkelte. Livsglede for Eldre er en ideell stiftelse som skal utløse frivillighet og engasjement. For å iverksette meningsfylte aktiviteter for den enkelte eldre skal kommunen systematisere dagen rundt den eldres livshistorie. Nærmiljøet skal trekkes inn som en naturlig del av eldreomsorgen. Rekruttering til både frivillighet og eldreomsorg er svært viktig for å lykkes med morgendagens omsorg. Barnehagebarn, skoleelever, studenter og lokale

ildsjeler gjør en stor innsats i eldreomsorgen over hele Norge. Møtene mellom generasjoner fremmer folkehelsen.



FAUSKE KOMMUNE

Personalkontoret

Dato: 16.04.2018
Vår ref.: 18/5915
Deres ref.:
Saksb.: Monica Johansen

Irene Larssen
Folkehelserådgiver

Høring kommunedelplan helse, omsorg og sosial

Fauske kommunale råd for likestilling av funksjonshemmede- 009/18, har i møte 11.04.2018 fattet følgende vedtak i saken:

Vedtak:

Punkt 5.1, Helsefremmende livsstil:

Universell uforming og tilgjengelighet utendørs, både på sommer og vinterstid, er viktig for at alle innbyggere i Fauske skal ha mulighet til å være fysisk og sosialt aktive. Manglende snørydding og strøing av fortauer og gangveier skaper unødvendige barrierer for mennesker med nedsatt funksjonsevne.

Oppdatert informasjon om hvilke aktiviteter som er mulig å delta på bør være lett tilgjengelig. Opplysninger om aktiviteter som er tilrettelagt/tilgjengelig for de med redusert funksjonsevne bør også fremkomme.

Punkt 5.4, Arbeid og sosial inkuldering:

Når tiltaksplanene skal utarbeides ber kommunalt råd for likestilling av funksjonshemmede om at brukerstyrt personlig assistanse (BPA) tas med som virkemiddel for at flest mulig mennesker med nedsatt funksjonsnedsettelse kan delta i arbeid og aktivitet.

Til kulepunkt 1, "Slik vil Fauske lykkes med arbeidet", ønsker kommunalt råd for likestilling av funksjonshemmede å ytre tilfredshet med at det jobbes med å utvikle et arbeidssenter for mennesker med funksjonsnedsettelser.

Med vennlig hilsen

Monica Johansen
Personalkonsulent

Dette dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ikke underskrift.

FAUSKE KOMMUNE

Personalkontoret

Dato: 27.04.2018
Vår ref.: 18/6506
Deres ref.:
Saksb.: Monica Johansen

Irene Larssen
Folkehelserådgiver

Kommunedelplan Helse, omsorg og sosial - Uttalelse fra Eldrerådet

Eldrerådet- 012/18, har i møte 19.04.2018 fattet følgende vedtak i saken:
Vedtak:

Eldrerådet har i møte 19/04, behandlet høringsutkastet til Kommunedelplanen for, Helse, omsorg og sosial og har følgende merknader/synspunkter.
I del 2. Bakgrunn og rammer for planen, under punkt 2.1 Forankring og involvering, står følgende under, Arbeidsgruppen og intern forankring, siste linje. Eldrerådet og rådet for likestilling har fått informasjon underveis.
Merknad: Eldrerådet viser til Planprogrammet for evaluering av planen, der det under punkt 4.3 står følgende, sitat: Eldrerådet og Fauske kommunale råd for likestilling av funksjonshemmede vil involveres tidlig i planarbeidet, i tillegg til involvering gjennom ordinær høring, sitat slutt.
Dette står i sterk kontrast til det å få informasjon om arbeidets fremdrift. Eldrerådet viser videre til uttalelse i brev av 24/01 til ordfører og rådmann.

Eldrerådet finner mye godt i høringsplanes målsetting og sier seg i hovedsak enig i de tiltak man må satse på for å oppnå ønskede resultater. Eldrerådet vil i midlertid i det etterfølgende påpeke viktige faktorer som ikke kommer klart nok frem i høringsforslaget.
Velferdsteknologi: Eldrerådet er enig i at dette kan bli et nyttig verktøy i fremtidens omsorgsarbeid, og for enkelte et verktøy mot ensomhet. Denne teknologiens verktøy kan imidlertid ALDRIG ERSTATTE VARME OMSORGSHENDER, nærhet og tilstedeværelse. Innstallering av dette verktøyet må derfor styres ut fra brukerens behov og ønsker og i nært samarbeid med pårørende.
Kultur: Aktiv bruk av kultur i forskjellige varianter, både for mennesker på institusjon og for hjemmeboende. Kultur er en del av bærebjelken i livet. Kultur er viktig i alle faser av livet.
Generasjonssamling: Få til møteplasser i lokalsamfunnene, på tvers av generasjoner, med muligheter for et mangfold av aktivitetstilbud, fra de eldste til de yngste. Kunnskapsutveksling, fra eldre til unge, fra unge til eldre.
Transport: For å få til en aktiv deltagelse fordres det gode transportordninger. Et godt kollektivtilbud og en raus TT-ordning er viktig for eldres deltakelse og livskvalitet.
Frivillighet: Mange bidrar med forskjellige frivillige aktiviteter, og mange er mottakere av frivillige bidrag. Også for pensjonister er frivillighet en viktig aktivitet. Frivillighet forebygger ensomhet, bidrar til økt selvrespekt, og er en viktig faktor for å skape gode lokalsamfunn.
Bolig: Eldrerådet ser på fleksible bofellesskapsløsninger som svært positivt. Boforhold er et meget viktig element for trivsel og trygghet. Eldrerådet stiller seg undrende til at man bare med et pennestrøk i dette høringsutkastet til Kommunedelplan forkaster Eiaveiprosjektet og mener å presse demensomsorgen inn på helsetunets område. Eldrerådet vil minne om at demenssykdom er stigende, og er mere utbredt blant kommunens innbyggere enn registrert. Dette er en sykdom som både krever stor pleieomsorg, spesialkompetanse, gode og fungsjonelle boforhold og sist men ikke minst luftige og gode uteområder,

tilpasset denne gruppen pasienter. Med den kunnskap Eldrerådet i dag sitter med, hva gjelder Eiaveiprosjektets innhold, og omfanget av denne sykdoms omsorg, vil Eldrerådet på det sterkeste fraråde en slik prioritering.
Under punkt 5.8 Mål første setning etter foreninger, ønsker vi å få med familier. Avsnittet vil da lyde: Økt samarbeid og aktivering av frivillige lag, foreninger, familier og enkeltpersoner for å skape gode arenaer for aktivitet og sosial samhandling.
Eldrerådet vil til slutt understreke viktigheten av et nært og tillitsfult samarbeid i det videre arbeide med å utvikle omsorgstilbudet for brukere og pårørende i vår kommune.

Med vennlig hilsen

Monica Johansen
Personalkonsulent

Dette dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ikke underskrift.

FAUSKE KOMMUNE

SAKSPAPIR

	JournalpostID: 18/6910 Arkiv sakID.: 18/1426	Saksbehandler: Hilde Christine Sørensen

Sak nr.		Dato
014/18	Helse- og omsorgsutvalg	23.05.2018
	Formannskap	
	Kommunestyre	

Pandemiplan for Fauske kommune

Rådmannens forslag til innstilling:

Pandemiplanen for Fauske kommune vedtas

Vedlegg:

04.05.2018	Gjeldende Pandemiplan for Fauske kommune	1380464

Saksopplysninger:

Fauske kommune har pr i dag ikke en gjeldende pandemiplan. I 2018 er det blitt oppretten en arbeidsgruppe i Enhet Helse som har utarbeidet en slik plan. Gruppen har bestått av konstituert kommuneoverlege Eirin Eilertsen, fagleder for legevakt Gregory Haoutois og Enhetsleder Hilde Sørensen.

Planen er sendt ut på høring til alle enhetsledere og avdelingsledere som er berørt av planen. Det ble bedt om tilbakemelding på planen med en en frist på en måned. Innen fristen er det kun kommet tilbakemelding fra enhetsleder for skole og enhetsleder for barnehager om at de anser planen som dekkende for deres område.

Andre enheter i kommunen må inneha egne delplaner i tillegg til sektorovergripende pandemiplan.

Planen vil bli evaluert av kommuneoverlege hvert andre år.

Saksbehandlers vurdering:

Rådmannen legger fram forslag til Pandemiplan for Fauske kommune

Geir Mikkelsen
rådmann

Pandemiplan
For
Fauske kommune

Pandemiplan for Fauske kommune

Innledning ... 3
Hovedpunktene i planen ... 3
Hva er en pandemi ... 3
Aktørene ved en pandemi ... 3
Hovedtiltak ... 4
Samhandling mellom sentrale helsemyndigheter og kommuner. ... 4
Lovgrunnlag for beredskap mot pandemi ... 5
Målsetting ... 6
Ansvar ... 6
Informasjon ... 9
Budskap ... 10
Ansvar for informasjon ... 10
Målgrupper og kanaler ... 10
Oppgaver under pandemiens forskjellige faser ... 11
Pandemifaser ... 11
Mål for innsats under ulike pandemifaser ... 11
Noen scenarier og tall ... 12
Mulige pandemiscenarier i Fauske kommune ... 12
Risiko- og sårbarhetsanalyse av mulige konsekvenser for Fauske kommune vurdert ut fra kommunestørrelsen ... 13
Mobilisering og organisering av helsepersonell ... 13
Kriseteam ... 14
Mulige konsekvenser for den enkelte kommune vurdert ut fra kommunestørrelsen ... 14
Samfunnskritiske tjenester ... 15
Mulige konsekvenser for Fauske kommune: ... 15
Mottak, diagnostisering, behandling og pleie av pasienter ... 16
Forslag til organisering: ... 16
Hendelser som fordrer straks vurderinger, Hjemmebaserte tjenester og institusjon: ... 17
Mulige konsekvenser for den enkelte kommune vurdert ut fra kommunestørrelsen ... 17
Samordning med spesialisthelsetjenesten ... 17
Momentliste for samhandlingsorgan – kommuner og spesialisthelsetjeneste ... 18
Pleie og behandle syke og døende ... 18
Organisering av Familiesenter og legekontorer ... 18
Varsling, innkalling, møtested for ekstra personell ... 18
Frigjøring av plasser til heldøgns pleie- og omsorg ... 18
Anbringelse av døde ... 18
Legemidler og nødvendig medisinsk utstyr ... 19
Antiviralia/legemidler til behandling av influensa ... 19
Vaksine ... 20
Smitteverntiltak inklusive bruk av beskyttelsesutstyr ... 21
Blant disse er det særlig viktig å understreke: ... 21
Opplæring og gjennomføring av øvelser ... 22
Oppfølging og oppdatering av planen i forhold til nasjonale råd og nye myndighetskrav ... 22
Andre forhold – omsorgstiltak andre målgrupper ... 22
Viktige telefonnumre ... 23
Referanser ... 23

Innledning

Kommunen skal ha beredskap for å kunne håndtere en influensapandemi. Planer for dette skal forankres i kommunens smittevernplan, kommunens plan for helsemessig og sosial beredskap og kommunens kriseplan.

Det er tre forhold som gjør at det er krevende å planlegge for en omfattende influensapandemi:

- Alle deler av samfunnet vil være berørt
- En pandemi vil medføre en økt belastning på alle deler av samfunnet
- samtidig kan det i kommunehelsetjenesten bli mangel på personell pga. sykdom

Pandemiplanen må derfor være en integrert del av kommunens beredskapsplaner slik at samfunnsviktige strukturer og tjenester ivaretas på en best mulig måte.

Ved en pandemi vil antallet som trenger kommunal tjenesteyting, kunne øke dramatisk på kort tid. Kommunens kriseledelse må, så tidlig som mulig, får kunnskap om utviklingen og planlegge for ekstraordinær innsats på en bred front.

Kommuneoverlegen har ansvar for å utarbeide forslag til kommunal smittevernplan, inkludert pandemiplan. Pandemiplanen legger opp til å benytte eksisterende kriseplaner, varslingssystemer, nettverk og organisasjoner der disse eksisterer og søke dem tilpasset situasjonen ved en influensapandemi. Det kan bli behov for å be om hjelp fra nabokommune.

Denne planen er utarbeidet av kommuneoverlege i samarbeid med fagsjef legevakt og Enhetsleder Helse.

Hovedpunktene i planen

Hva er en pandemi

Influensapandemier er de store, verdensomspennende epidemier av influensa med et nytt virus som store deler av befolkningen mangler immunitet/motstandsdyktighet mot. De opptrer med varierende mellomrom og kan få omfattende skadevirkninger helsemessig og samfunnsøkonomisk. Den siste pandemien var svineinfluensapandemien i 2009 - 2010.

Aktørene ved en pandemi

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har det overordnede ansvaret for å håndtere en pandemi i samarbeid med underliggende etater og den utøvende helse- og omsorgstjenesten.

Helsedirektoratet (Hdir) og Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI) har viktige roller som myndighets- og fagorganer på sentralt nivå.

Kommunene vil være blant de som får den største belastningen under en pandemi både når det gjelder å ivareta personer som er influensasyke, men også ivareta andre pasientgrupper som i en normalsituasjon ville blitt behandlet på sykehus eller ivaretatt av pårørende.

Kommunene er derfor gitt vide fullmakter etter smittevernloven til å iverksette tiltak for å håndtere utbrudd av smittsom sykdom.

Helse Nord regionalt helseforetak og Nordlandssykehuset helseforetak vil også merke en stor økning i belastningen.

Andre viktige aktører er: Statens helsetilsyn (Htil), Statens legemiddelverk (SLV),
Mattilsynet, Veterinærinstituttet (VI), Fylkesmannen i Nordland,
Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB), Forsvaret,
Nordland politidistrikt samt de frivillige organisasjonene.

Hovedtiltak

Vaksine er det beste tiltaket for å hindre at folk blir syke. Det er ikke sikkert at en vaksine er klar i tilstrekkelig antall når pandemien kommer.

I den første fasen av en pandemi vil derfor legemidler mot influensa (antiviralia) være eneste tilgjengelige medikamentelle tiltak for å begrense virkningene av pandemien.

Det dreier seg her om legemiddelet oseltamivir (Tamiflu). Norge har et beredskapslager som er ment å dekke behovet for behandling av alle i Norge som blir syke med pandemisk influensa samt til forebyggende behandling av prioriterte grupper.

Vaksineproduksjon vil starte så snart Verdens helseorganisasjon (WHO) har identifisert og klargjort hvilket virus som forårsaker pandemi. En utenlandsk vaksineprodusent vil da produsere og levere vaksine for nesten hele den norske befolkningen i løpet av 4 – 6 måneder.

Det kan bli nødvendig å gjøre prioriteringer av hvilke grupper som skal gis vaksine eller legemidler mot influensa.

Samhandling mellom sentrale helsemyndigheter og kommuner

Smitteverntiltak som trenger lokal forankring, kan gjøres gjeldende for et område som er større enn en enkelt kommune. Dette er hjemlet i Smittevernlovens § 7-1, sjette ledd: *Kommunens myndighet etter denne lov kan delegeres etter reglene i kommuneloven, til et interkommunalt organ eller til en annen kommune*. Smittevernproblematikk kan på denne måten løses lokalt og på ett sted selv om utfordringen strekker seg ut over en enkelt kommune.

Sentrale helsemyndigheter kan pålegge kommuner å samarbeide. Dette er hjemlet i Smittevernlovens § 7- 10, annet ledd: *Når det er nødvendig for å sikre et*

effektivt og forsvarlig smittevern, kan Sosial- og helsedirektoratet bestemme at kommuner, fylkeskommuner eller statlige institusjoner skal organisere eller utføre nærmere bestemte tjenester eller tiltak, samarbeide, eller følge nærmere retningslinjer. Videre i Smittevernlovens § 7-11: *Departementet kan i forskrift gi bestemmelser om samarbeid, og om hvilket ansvar og hvilke oppgaver kommuner, fylkeskommuner og regionale helseforetak skal ha etter denne loven, kommunehelsetjenesteloven og lov om spesialisthelsetjenesten m.m. i forbindelse med smittsomme sykdommer*.

I smittevernlovens § 7-12 er Regjeringen gitt vider fullmakter når utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom[i] truer folkehelsen.

Departementet kan bestemme at lov om helsemessig og sosial beredskap helt eller delvis skal gjelde på tilsvarende måte når det er påkrevd av hensyn til smittevernet, bl.a. for å kunne pålegge kommuner, fylkeskommuner, regionale helseforetak og helsepersonell nødvendig smittevernberedskap. Departementet kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om beredskap og beredskapsplaner i forbindelse med et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom.

Lovgrunnlag for beredskap mot pandemi

Kommunene er pålagt en generell beredskapsplikt gjennom Lov om kommunal beredskapsplikt, sivile beskyttelsestiltak og Sivilforsvaret (sivilbeskyttelsesloven).

Kommunene har plikt til å arbeide systematisk og helhetlig med samfunnssikkerhetsarbeidet på tvers av sektorer i kommunen, med sikte på å redusere risiko for tap av liv eller skade på helse, miljø og materielle verdier.

Kommunene skal utarbeide en helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse) hvor kommunen skal kartlegge hvilke uønskede hendelser som kan inntreffe i lokalsamfunnet, vurdere sannsynligheten for at disse hendelsene inntreffer, og hvordan disse hendelsene vil kunne påvirke lokalsamfunnet. Kommunene må i den sammenheng ta hensyn til pandemi.

Forskrift om kommunal beredskapsplikt angir hva som et minimum må omfattes av analysen; her fremgår det blant annet at kommunens evne til å opprettholde sin virksomhet når den utsettes for en uønsket hendelse og evnen til å gjenoppta sin virksomhet etter at hendelsen har inntruffet skal vurderes og planlegges for.

Resultatet fra ROS-analysen skal følges opp med en beredskapsplan for kommunen, med angivelse av tiltak for håndtering av krisesituasjoner i kommunen. Beredskapsplanen skal være en operativ plan for kommunens håndtering av kriser. Som et minimum skal beredskapsplanen inneholde: plan for kommunens kriseledelse, ressursoversikt, varslingslister, evakueringsplaner og plan for informasjon til befolkningen og media.

Kommunens krav til beredskap innenfor smittevern, miljørettet helsevern (kun delvis), mattrygghet, drikkevann og strålevern følger av smittevernloven, helseberedskapsloven, folkehelseloven, matloven og strålevernloven.

Kommunen skal etter folkehelseloven ha nødvendig og løpende oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på den. Oversikten skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi.

Kommunen skal utføre de oppgaver innen smittevernet som følger av smittevernloven; herunder skaffe seg oversikt over arten og omfanget av de smittsomme sykdommene, gi råd og veiledning om hvordan de forebygges, sørge for at individuelt forebyggende tiltak blir satt i verk, og for at tiltak etter smittevernloven, folkehelseloven eller helse- og omsorgstjenesteloven blir satt i verk.

Etter folkehelseloven med forskrift skal kommunen ha langsiktig og løpende oversikt over befolkningens helsetilstand og de faktorer som kan påvirke den, og gjennomføre tiltak for å møte sine identifiserte folkehelseutfordringer.

Målsetting

Målsettingen med pandemiplanen er å legge til rette for at man under en influensapandemi kan:

- forebygge smittespredning og redusere sykelighet og død
- behandle og pleie syke og døende hjemme og i helseinstitusjon
- opprettholde nødvendige samfunnsfunksjoner innenfor alle sektorer til tross for stort sykefravær
- gi fortløpende kunnskapsbasert og samordnet informasjon til helsetjenesten, andre samfunnssektorer, det offentlige, publikum og massemediene

Ansvar

Kommunen har ansvar for at de som oppholder seg i kommunen, sikres nødvendige forebyggende tiltak; herunder vaksinasjon, undersøkelsesmuligheter, behandling og pleie, jf. smittevernlovens § 7–1.

Kommuneoverlegen skal ha oversikt over de infeksjonsepidemiologiske forholdene i kommunen, gi råd og informasjon til befolkningen og gjennomføre forebyggende tiltak; som for eksempel vaksinasjon, jf. smittevernlovens §§ 7–1 og 7–2.

Kommunestyret har vide fullmakter til å vedta tiltak om blant annet møteforbud, stengning av virksomheter og begrensning i kommunikasjon når det er nødvendig for å forebygge allmennfarlig smittsom sykdom. I hastesaker kan kommunelegen utøve denne myndigheten.

Sentrale helsemyndigheter Ved en pandemi kan det bli iverksatt tiltak som innebærer at kommunen må følge angitte retningslinjer fra *sentrale*

helsemyndigheter, eller følge opp på annen nærmere angitt måte. Eksempel på dette er prioriteringer ved bruk av legemidler mot influensa og vaksine, jf. smittevernlovens § 7-10.

Pandemiplan skal utarbeides av kommuneoverlegen og forankres i kommunens ledelse og vedtas i kommunens politiske organer.

I en beredskapssituasjon:

- Kommuneoverlegen har ansvar for å vurdere hvor kritisk situasjonen er i egen kommune i samråd med Nasjonalt Folkehelseinstitutt
- Hvis smitten vurderes som kritisk farlig/katastrofal, skal kommuneoverlegen varsle kommuneledelsen
- Kommuneoverlegen er ansvarlig for å håndtere krisen i samråd med kommunens kriseledelse
- ***Smitteverngruppa som består av Kommuneoverlege, fagleder legevakt, ledende Helsesøster og Enhetsleder Helse skal gi faglige råd til kriseledelsen i kommunen.***

I Inter pandemisk periode – dvs. de lange periodene når det ikke er noen pandemi - er kommunens hovedoppgave å oppdatere og rullere smittevernplanens pandemiplan.

Virksomheter / instanser	**Årvåkenhetsperiode**	**Pandemisk periode**
Kommunestyre	• Vedta pandemiplan • Ansvarlig for forsvarlige rammebetingelser for smittevernet.	• Vurdere ekstraordinært møte • Vedta tiltak etter råd fra kommuneoverlege • Bevilge nødvendige ekstramidler til tiltak
Rådmann	• Legge praktiske forhold til rette for smittevernarbeidet, også den • sektorovergripende del. • **Fullmakt til mindre endringer i** • **smittevernplanen.** • Bistå kommuneoverlegen i gjennomføring av kommunens vedtak innen smittevern. • Ansvar for at pandemiplan og smittevernplan er kjent	• Ansvarlig for gjennomføring av hastevedtak fattet av kommunestyret eller kommuneoverlegen. • Aktiv deltakelse smittevernarbeidet, samt koordinering av ressurser • Delta etter behov i kriseledelsen • Etter behov omdisponere helsepersonell, annet personell og ressurser
Kriseledelsen	• Holde seg orientert om kommunens pandemiplan. Innkalle smitteverngruppen ved behov	• Utføre tiltak etter råd fra kommuneoverlegen • Ta stilling til stengning av virksomheter, skole, barnehage, svømmehaller osv. • Omdisponering av plasser på sykehjem

		• Omdisponering av personell eller ekstrahjelp
Kommuneoverlegen	• Revisjon av smittevernplan • Administrativt. Ansvarlig for iverksetting av vedtak innen smittevern. • Holde seg orientert/oppdatert om • situasjonen • Undervisning om smitteverntiltak • Sørge for at alle fastleger har oppdaterte lister over risikogrupper som skal prioriteres mht. vaksine. • Informere ledelse, øvrige etater evt. • Informere kommunens befolkning **via SMS varsling, media** • Lager for beskyttelsesutstyr, antiviralia, vaksine	• Kalle inn og lede □ • kriseledelsen • Fatte hastevedtak til å stenge virksomheter og avlyse / forby møtevirksomhet • Fatte tvangstiltak hvis nødvendig • Sørge for informasjon til ansatte og publikum • Sørge for opplæring av helsepersonell • Videreformidle krav og informasjon fra sentrale myndigheter • Meldeplikt • Ansvar for at vaksiner blir bestilt i samråd med ledende helsesøster. • Iverksette utdeling av legemidler mot influensa • Rapportering til sentral myndighet ved behov
Fastleger	• Varslingsplikt til kommuneoverlege • Meldeplikt • Forsvarlig diagnostikk, behandling • Medvirkning til at risikopasienter får nødvendig informasjon	• Omprioritere • Legge til rette for å redusere smitte • Sørge for at prioriterte grupper får legemidler mot influensa
Ledende helsesøster	• Detaljplanlegge vaksinasjon • Forberede kjølelagring av vaksiner ved Fauske Familiesenter.	• Delta i kriseledelsen • Etter instruks fra kommuneoverlegen, ansvarlig for å bestille vaksiner. • Ansvar for å gjennomføre vaksinasjon etter prioriteringsliste
Barnevern		• Der det ikke er andre omsorgspersoner • tilgjengelig; ta hånd om foreldreløse barn og barn med syke foreldre i samarbeid med frivillige.
Rus og Psykiatritjenesten		• Bistå med vaksinering • Delta i kriseteam

Fauske sykehjem **Har egen delplan**	• Evt. bistå med kjølelagring av vaksiner i kjøleskap ved kjøkkenet. Lager for materiell i beredskap • Detaljplanlegge for økt antall plasser/overbelegg • Detaljert bemanningsplan for økt aktivitet	• Vaksinering av pasienter • Ta i bruk ekstra plasser • Skaffe ekstrahjelp • Etablere isolat ved behov
Hjemmesykepleie **Har egen delplan**	• Bemanningsplan	• Bistå i vaksinering av hjemmeboende og sørge for nødvendige hjelpemidler i hjemmene.
Skoler **Har egen delplan**	• Holde seg orientert og oppdatert	• Stenge skoler etter vedtak av kommuneoverlege / kriseledelse.
Barnehager **Har egen delplan**	• Holde seg orientert og oppdatert	• Stenge barnehage etter vedtak av kommuneoverlege /kriseledelse • Evt. etablere mottak for barn med syke foreldre for eksempel i Fauske idrettshall
Servicetorg/ **Informasjon/ IKT**	• Gjøre seg kjent med informasjonskanaler /rutiner • Tilrettelegge og publisere informasjon på kommunens hjemmeside, som blir gitt av kriseledelse og kommuneoverlege	• Opprette informasjonssentral • Møteplass frivillige. • Ved behov åpne tilganger til felles journalsystem i forbindelse med vaksinasjon • Holde informasjon på kommunens hjemmeside oppdatert
Vaktmester- **tjenesten,**	• Planlegge kontinuitet for tilsyn/transportbehov ved institusjonene • Beredskapsplan – økt aktivitet	• Bistå ved transport av hjelpemidler, vaksiner o.lign.

Informasjon

Det må skilles mellom to hovedtyper av informasjon:

- Informasjon som omfatter alle innbyggere i Norge
- Informasjon om lokale forhold i den enkelte kommune

Kommuneoverlegen må før og under en pandemi holde seg oppdatert om risikosituasjonen og gi nødvendig informasjon til kommunens ledelse, beredskapsråd og andre berørte etater. Kommunens eksterne informasjon om pandemi/behandling/forebygging/smittebildet
mv. må være samordnet med den informasjon som gis fra sentrale myndigheter. I tillegg bør informasjonen være samordnet med andre samarbeidspartnere som for eksempel spesialisthelsetjenesten, Mattilsynet og andre kommuner.

Lokalt må informeres om vaksinasjonssteder, publikumsmottak, omsorgstiltak overfor barn og vokse mv.

Budskap

Informasjonen må tilpasses hver fase (se punkt 7) i pandemiutviklingen

- Fase 1-3: Informasjon om sykdommen
- Fase 4-5: Informasjon om smitteverntiltak og om bruk av antiviralia
- Fase 6: Informasjon om hvor en skal henvende seg ved sykdom, behandling og omsorg av syke og ivaretakelse av samfunnets infrastruktur og om massevaksinering

Ansvar for informasjon

- Rådmannen aktiverer informasjonsplan for kriseledelsen; dvs. politisk og administrative ledelse som har det overordnede informasjonsansvaret
- Kommunalleder skal uttale seg i media (kan delegeres)
- Kontaktnett for samhandling med spesialisthelsetjenesten opprettes
- Kommuneoverlegen sørger for å motta og videreformidle informasjon fra sentrale myndigheter. Dette skjer gjennom vanlige informasjonskanaler i kommunen.
- Kommuneoverlegen skal holde seg oppdatert om situasjonen og gi nødvendig informasjon til berørte etater i kommunen og til andre aktuelle mottakere, for eksempel fastlegene

Målgrupper og kanaler

- Internt i egen organisasjon (politisk og administrative ledelse med kriseledelsen i kommunen v/Rådmannen, kriseteamene, beredskapsrådgiver, fastleger, alle kommunale enheter)
- Eksternt til publikum
  - Hjemmeside med oppdatert informasjon med link til sentral internettportal, www.pandemi.no
  - Publikumstelefon opprettes på Fauske legesenter
  - Trykt informasjonsmateriale fra sentrale myndigheter
  - Media: aktuelle nyheter, pressemelding, pressekonferanse i henhold til kommunens kriseplan
- Eksternt til andre samarbeidspartnere (Spesialisthelsetjenesten, lokalt mattilsyn, Fylkesmannen, andre kommuner, politi, sivilforsvaret, frivillige organisasjoner og andre relevante etter en fortløpende vurdering av aktuelt trusselbilde)
  - Informasjonsmøter/ samarbeidsmøter
  - E-post
- Media

Oppgaver under pandemiens forskjellige faser

Pandemifaser

De ulike fasene under en pandemi beskrevet av Verdens helseorganisasjon (WHO):

Faser		Beskrivelse
Intrapandemisk periode (utenom influensaperioder)		
1	Ingen nye virus	Ingen nye influensavirus subtyper er oppdaget hos mennesker. En influensavirus subtype som kan forårsake infeksjon hos menneske kan være tilstede hos dyr. I så fall anses risikoen for smitte til mennesker som lav
2	Nytt virus hos dyr	
Pandemisk årvåkenhetsperiode (mens influensaepidemien utvikler seg)		
3	Smitte til mennesker	Sykdom hos menneske med ny subtype, men ingen spredning mellom mennesker, eller sjeldne tilfeller av smitte til nærkontakter
4	Begrenset smitte mellom mennesker	Små klynger med begrenset spredning mellom mennesker, men geografisk begrenset, noe som antyder at viruset ikke er godt tilpasset mennesker
5	Økende, men ikke svært smittsomt	Større klynger av personer med infeksjon, men fortsatt geografisk begrenset, noe som antyder at viruset er i ferd med å tilpasse seg mennesker, men fortsatt ikke smitter lett mellom mennesker (betydelig pandemirisiko)
6	Pandemi	Økende og vedvarende smitte i den generelle befolkningen
Postpandemi (etter pandemien)		

Mål for innsats under ulike pandemifaser

Prioriterte satsingsområder variere med pandemiens faser:

- **Fase 1-3 intrapandemisk periode:** Planlegge og oppdatere beredskapsplanen/pandemiplanen
- **Fase 4-5 prepandemisk årvåkenhetsperiode:** Begrense spredningen av det nye viruset i Norge gjennom smitteoppsporing, behandling og isolering av smittede personer og av personer som disse pasientene har vært i kontakt med (nærkontakter)
- **Fase 6 pandemisk fase:** Minske pandemiens effekt (sykelighet og død), særlig i forhold til risikogrupper
    - forebyggende behandling (profylakse)
    - medisinsk behandling av sykdommen og dens komplikasjoner

Noen scenarier og tall

Moderat pandemi: 30% smittet

Ved det mest sannsynlige scenariet forventer vi at

- 30% av hele befolkningen blir smittet i løpet av et halvt år
- 15% av befolkningen blir syke og sengeliggende
- 4 - 5% vil være syke og sengeliggende samtidig når epidemien er på sitt verste
- overdødelighet anslås til 0,1 - 0,4% av de syke

På landsbasis vil omkring 700 000 blir syke i løpet av perioden og vi kan forvente 700 - 3.000 ekstra dødsfall i forhold til en normal vintersesong.

Katastrofal pandemi: 50% smittet

Men vi må også være forberedt på det *verste scenariet* i pandemiplanleggingen, selv om dette scenariet er mindre sannsynlig.

- 50% av befolkningen blir smittet i løpet av et halvt år
- 25% av befolkningen blir syke og sengeliggende
- Ca. 8% vil være syke og sengeliggende med influensa samtidig når pandemien er på sitt verste
- overdødelighet anslås til 0,4 - 1,1 % av de syke

På landsbasis vil 1,2 millioner vil bli syke i løpet av perioden og det vil bli 5.000 – 13.000 ekstra dødsfall i forhold til en normal vintersesong.

Det kan være betydelige forskjeller geografisk. Innen visse miljøer kan en langt høyere andel være syke samtidig. I en liten kommune er det stor sjanse for at personell innenfor en hel sektor blir syke samtidig. Det er derfor viktig å gjøre en risiko- og sårbarhetsanalyse i forhold til dette. Det kan også bli aktuelt for større kommuner å bistå nabokommuner og mindre kommuner i slike situasjoner.

Mulige pandemiscenarier i Fauske kommune

Det er umulig å forutsi hvordan en pandemi vil utvikle seg. Ut fra scenariene for moderat pandemi og katastrofal pandemi vil Fauske kommune (10.000 innbyggere) kunne bli rammet slik:

Pandemiomfang	**Innbyggere rammet**
Moderat pandemi	
Antall personer smittet (30%)	Ca. 3000
Antall syke/sengeliggende (15%)	Ca. 1500
Overdødelighet (0,1 - 0,4%)	10- 40 personer
Katastrofal pandemi	
Antall personer smittet (50%)	Ca. 5000
Antall syke/sengeliggende (25%)	Ca. 2500
Overdødelighet (0,4 - 1,1%)	40 - 110 personer

Ikke alle vil bli syke på en gang. Sykdommen vil kunne komme i flere bølger over noen måneder. Den andre bølgen er ofte sterkest. En bølge vil vare en del uker, men hver enkelt person vil som oftest bare være syk en ukes tid. Hvis mange på en arbeidsplass blir syke samtidig kan det lamme virksomheten.

Risiko- og sårbarhetsanalyse av mulige konsekvenser for Fauske kommune vurdert ut fra kommunestørrelsen

Kommunestørrelse	**Mellomstor kommune**
Antall innbyggere	**Ca. 10 000 innb.**
Stor variasjon i pandemiens lokale innvirkning	Hele befolkningen i samme fase av pandemien
Mobilisering og organisering av helsepersonell	Reell mulighet for at store deler av helsesektoren kan bli syke samtidig Planlegge nabokommunehjelp, nødvendig å ha inngått avtaler før en pandemi har utviklet seg. Koordinerende kriseledelse
Samfunnskritiske tjenester, jfr. kap. 7	Stor sårbarhet. Få nøkkelpersoner. Gjøre avtaler om nabokommunehjelp
Mottak, diagnose og pleie av pasienter i kommunen	Reservemottak må planlegges for aktiv behandling. Hjemmetjenesten må styrkes betydelig for et stort antall syke, og avansert pleie. Koordinerende lege
Kapasitet	Planlegg ut fra verstefall-scenariet.
Verstefall-scenariet: 8% av befolkningen syke på samme tid	10.000 innbyggere: 800 syke
Samordning med sykehus. Utskrivelser/innleggelser	Kommuneoverlege må ha • Kontakt med fastlegene, sykehjem/reservemottak og sykehus • Plassoversikt • Pleiebehovrapport • Komplikasjoner • Kriterier for bruk av sykehus (Folkehelseinstituttets) • Klare rapporteringslinjer.
Legemidler og medisinsk utstyr	Prioriteringer etter nasjonale retningslinjer. Planer for mottak, lagring og organisering av utsendelse/ distribusjon til vaksineenhetene. Plan for organisering av en massevaksinasjon. Ansvarlig **Ledende Helsesøster**
Smittevern-tiltak/ Beskyttelsesutstyr Ansvarlig kommuneoverlege	Informasjons-innhenting: Nasjonale retningslinjer og logistikk. Plan for mottak, lagring og utlevering/distribusjon. Retningslinjer for bruk av beskyttelsesutstyr. Informasjon om smitteverntiltak til ansatte og befolkningen.

Mobilisering og organisering av helsepersonell

Kommunehelsetjenesten vil få stor belastning under en pandemi. I tillegg til vesentlig økt press på primærhelsetjenesten, vil denne ha redusert bemanning grunnet sykdom. Det vil også være behov for ekstraordinær innsats, blant annet til massevaksinering. Sykelighet, dødelighet og prioriteringsproblemer vil øke. Pandemien vil ramme faste brukere av pleie- og omsorgstjenesten, tilføre nye brukere og ramme personalet. Kommunene

må sikre en metode for å utnytte all tilgjengelig personellressurs. Helse- og omsorgstjenesten skal så langt råd er opprettholde "normal" drift i en pandemisituasjon.

Kommunehelsetjenesten må organisere sitt helsepersonell slik at man best mulig kan mobilisere, bevare og styrke arbeidsstokken. Det må kartlegges hvilke ekstraressurser som finnes på personellsiden (både helsepersonell og øvrig personell), ***dette må hver enhet sørge for/ha oversikt over.*** Det bør fortrinnsvis være autorisert helsepersonell, men annet personell vil også kunne tas inn som medhjelpere. Det vil være et arbeidsgiveransvar å sikre at forsvarlighetskravet ivaretas, og at personellet bare settes til å utføre oppgaver som vedkommende er kvalifisert for, under nødvendig overoppsyn av kompetent personell. Det kan bli aktuelt å bruke deltidsansatte i full stilling, trekke inn vikarer, rekruttere pensjonerte helsearbeidere og studenter for å øke kapasiteten, jf. helsepersonelloven. Det kan bli økt behov for tjenester som hjemmehjelp og hjemmesykepleie, samtidig som man må regne med sykdom også innen disse gruppene.

Kommuneoverlegen/kommunen kan rekvirere Fredsinnsatsgruppe (FIG) fra nærmeste sivilforsvarskrets. SHdir har inngått en intensjonsavtale med Røde Kors som kan legges til grunn også ved en eventuell pandemi. Kommunen kan etter samråd med Røde Kors lokalkontor beskrive i planen hvordan dette skal følges opp. ***Se vedlegg til denne planen.***

Kriseteam

Alle enheter i kommunen skal ha en lokal beredskapsplan. Enhetens beredskapsplan skal bygge på kommunens pandemiplan. Ved kriser som har et slikt omfang at kommunens kriseberedskapsplan er iverksatt, som ved en pandemi, skal personell fra ulike enheter og faggrupper, i henhold til egen liste, innkalles/beordres. Varsling skjer i henhold til kommunens plan for kriseledelse.

Kommunens ansvar i denne sammenheng er å sikre nødvendige og gode tiltak for psykososial omsorg for pasienter og pårørende. De kommunale psykososiale kriseteamene skal være i beredskap.

Belastningen på de kommunale kriseteamene vil bli stor under en pandemi. I tillegg til vesentlig økt etterspørsel etter tjenestene vil de også kunne få redusert bemanning grunnet sykdom. Det kan vurderes hvordan de frivillige organisasjonene kan bidra i dette arbeidet.

Mulige konsekvenser for den enkelte kommune vurdert ut fra kommunestørrelsen

I små og delvis for de mellomstore kommuner er det en reell mulighet at en hel sektor kan bli syk samtidig. Det kan bli aktuelt for slike kommuner å få bistand fra nabokommuner og større kommuner i slike situasjoner. Det bør gjøres avtale om dette før en pandemi har utviklet seg.

For Fauske kommune vil det være særlig aktuelt å søke et samarbeid med Bodø.

Smittevernlovens § 7-1, sjette ledd hjemler dette: *Kommunens myndighet etter denne lov kan delegeres etter reglene i kommuneloven til et interkommunalt organ eller til en annen kommune.*

Samfunnskritiske tjenester

Den kommunale planen skal omfatte tiltak for å sikre samfunnskritiske tjenester i samfunnet i en situasjon der nøkkelpersoner og store deler av arbeidsstokken er fraværende på grunn av sykdom. Samfunnskritiske tjenester kan i tillegg til helsetjenesten for eksempel være apotek, strømforsyning, vannforsyning, renovasjon, offentlig transport, mattransport, telekommunikasjon, personell i brann- og redningstjeneste, politi, tolletat, personer som arbeider med mattrygghet, kontrollører ved innreise fra pandemiland, sikkerhet i industrien (inklusive offshorevirksomhet), Forsvaret, Sivilforsvaret og humanitære hjelpeorganisasjoner. **Se Fauske kommunes beredskapsplan.**

- Barnehager og skoler vil være blant de viktigste steder for spredning av smitte ved en pandemi. Det vil derfor være særlig viktig for kommunene å planlegge tiltak for å redusere denne risikoen.

- Det samme gjelder for alle steder/aktiviteter hvor mange mennesker samles, så som idrettsanlegg og andre arenaer for kultur- og fritidsaktiviteter.

For å sikre at samfunnskritiske tjenester opprettholdes best mulig under en pandemi anbefales følgende:

- Kommuneoverlege har ansvar for konkrete retningslinjer for å redusere smitterisiko, for eksempel være rådgivende organ for stenging av barnehager, skoler og andre undervisningsinstitusjoner, kinoer og andre steder der mange samles, hvis dette anses hensiktsmessig.
- Eksisterende kriseledelse og kommandolinjer ***skal*** håndtere den aktuelle situasjonen
- Kommunen blir meget sentral i forhold til å informere befolkningen. Informasjon må være tydelig, enhetlig og konkret. Det anbefales at kun kriseledelsen eller den som kriseledelsen utpeker uttaler seg.
- Kommunen må kontinuerlig vurdere hygienisk standard i en situasjon der for eksempel vedlikehold og renhold ikke utføres forskriftsmessig
- Det anbefales at det gjennomføres beredskapsøvelser i forhold til pandemisk influensa

Mulige konsekvenser for Fauske kommune:

En rekke viktige samfunnsfunksjoner styres og påvirkes av ulike organer i regionene omkring de store byene. Dette gjelder for eksempel energiforsyning, vannforsyning, renovasjon, transport og lignende. I praksis

vil dette kreve nær kontakt og samkjøring mellom byene og de omliggende, mindre kommuner.

I en krisesituasjon vil statlige myndigheter kunne overstyre kommuneledelsen og sørge for at for eksempel fagfolk fra vannverket i en kommune trår til i en annen kommune dersom fagfolkene der er syke.

Mottak, diagnostisering, behandling og pleie av pasienter

Det må tas høyde for at sykehusene øker antall utskrivninger for å frigjøre plasser og ressurser for mottak av pasienter med influensa. Kommunen bør utrede hvorvidt ressurser kan frigjøres på kommunale institusjoner innen helse- og omsorgstjenesten og samtidig vurdere bruk av andre typer lokaler for ivaretakelse av syke og pleietrengende. Det er viktig at det undersøkes om det finnes hensiktsmessige lokaler i kommunen, og at et slikt reservemottak planlegges før en pandemi har utviklet seg, og at det er definert i planen.

Kommuneoverlegen har det overordnede ansvaret for å omorganisere de lokale legekontor/legevakt.

Dersom det skulle komme til tilstander der pasienter må isoleres pga. smittsomme sykdommer, vil ***Moveien*** kunne fungere som isolat. Kommuneoverlege har myndighet til å
frigjøre bygget for syke/smittede. I denne prosessen flyttes inneliggende pasienter ved Moveien til Helsetunet der det etableres dobbeltrom.

Moveien er et sentralt, frittstående bygg med uavhengig ventilasjonsanlegg, hensiktsmessig innredning og utrustning samt mulighet for rask tillaging av provisorisk sluse.

Forslag til organisering:

- Førstekontakt på telefon
    - Tilstrekkelig telefonkapasitet
    - Informasjon til befolkningen så de vet hvor de skal ringe
    - Betjent av opplært personell (sykepleier)
    - Delegert myndighet av kommuneoverlege
    - Klare prosedyrer

- Triage/sortering per telefon:
    - Trenger ikke legevurdering, kan behandles hjemme og får for eksempel Tamiflu straks
    - Trenger undersøkelse av lege eller sykepleier ved konsultasjon eller sykebesøk
    - Informasjon om oppfølgingskontakt
    - Informasjon om smitteverntiltak, beskyttelsesutstyr
    - Evt. vurdering av nærkontakter
    - Kartlegge behov for hjelp/pleie

Hendelser som fordrer straks vurderinger, Hjemmebaserte tjenester og institusjon:

- Det gjennomføres en fortløpende vurdering av kommuneoverlege ut i fra pandemiens art.

Mulige konsekvenser for den enkelte kommune vurdert ut fra kommunestørrelsen

Svakheter som blir stående mest tydelig, er manglende beredskap for å ta hånd om pasienter i et svært høyt antall. Det er lite eller ingen bufferkapasitet i sengeplasser i institusjonen(e) i kommunene. Disponering av serviceareal i kommunale institusjoner, lokaler som ved normaldrift brukes til avlastningsplasser, fysikalsk institutt, møterom og kontorer osv. kan bli aktuelt å ta i bruk. Mangel på senger kan bli et problem. Utfordringen ved å stå med ansvar for svært mange dårlige pasienter er ofte ikke tatt høyde for i kommunens beredskapsplan.

Muligheter: Økt hjemmebasert hjelp. Utvidet grad av ambulerende tjeneste kan styres via helse - og omsorgstjenesten. For prioritering av innsatsen kan det brukes en lege som rådgiver/koordinator. For utøvelse av tjenestene trengs personell som behersker blant annet intravenøs infusjon og subkutan injeksjon (syke- og vernepleiere) i tillegg til vanlig pleie og vurdering av allmennmedisinsk situasjon (erfarne hjelpepleiere og sykepleiere).

Samordning med spesialisthelsetjenesten

Samordningen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten blir helt sentral i en pandemisituasjon og må avklares lokalt ut fra lokale forhold. Sykehusene vil ha behov for
å prioritere strengere ved innleggelser og eventuell vurdere flere pasienter poliklinisk. Samtidig må en forvente at pasienter blir utskrevet raskt. Kommunehelsetjenesten må sammen med spesialisthelsetjenesten vurdere alternative måter å utnytte knappe helseressurser på, for eksempel intermediærtilbud i grenseland mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste må diskuteres. Det bør vurderes om det bør være egne mottak for pasienter med antatt smittefarlig sykdom, og det må vurderes å opprette en triage/sorteringsenhet utenfor sykehuset for å forhindre at disse pasientene kommer til det ordinære mottaket. Folkehelseinstituttet bør utarbeide kriterier for hvilke pasienter som skal overføres fra kommunehelsetjenesten til sykehus.

En samhandlingsgruppe der lokalsykehuset og kommunene organiserer sitt samarbeid bør etableres. Der det finnes eksisterende samarbeidsorganer vil en utvidelse av mandatet i beredskapssituasjoner være naturlig. Som for eksempel kommuneoverlegeforum i Salten.

Momentliste for samhandlingsorgan – kommuner og spesialisthelsetjeneste

Utskrivelse fra sykehus:

- Felles enighet om hvilke pasientkategorier som kan utskrives
- Standard utskrivingsformular
- Gradering av pleiebehov ved utskrivelse
- Oppdatert plassoversikt i kommunen
    - Sykehjem
    - Eventuelle ekstra-/nød plasser
    - Hoteller
    - Feltsykehus
- Koordinatordeltakelse fra kommune

Pleie og behandle syke og døende

Organisering av Familiesenter og legekontorer

- Omprioritere arbeidet
- Vaksinasjon skal hovedsakelig skje på Familiesenteret
- Omorganisere kontorer. Eget legekontor stenges og brukes til pandemisyke. Eventuelt fysioterapi inngang der det deles av mot ordinært legekontor (Fauske legesenter).

Varsling, innkalling, møtested for ekstra personell

Kriseledelsen har myndighet til å omdisponere personell og bruke disponible ressurser. Det vil bli behov for å utvide deltidsstillinger og utvide til 12 timers skift (jfr. Arbeidsmiljøloven § 10-6 *Overtid* og § 10-12 *Unntak*).
Enhetsledere blir ansvarlige for å ha oversikt og innkalle personell.

Det vil være et arbeidsgiveransvar å sikre at forsvarlighetskravet ivaretas, og at personellet bare settes til å utføre oppgaver som vedkommende er kvalifisert for, under nødvendig overoppsyn av autorisert personell. Det kan bli aktuelt å rekruttere pensjonerte helsearbeidere og frivillige organisasjoner for å øke kapasiteten i forhold til pleie- og omsorgsoppgaver og massevaksinasjon

Frigjøring av plasser til heldøgns pleie- og omsorg

Sykehjemmet må tilstrebe å øke kapasiteten ved å legge 2 pasienter på hvert rom og omdisponere andre rom. Ved behov utover dette vurdere å benytte forhåndsrekvirerte overnattingsbedrifter som Fauske Hotell.

Anbringelse av døde

Så langt kapasiteten rekker utnyttes kapasiteten på Fauske Helsetun, og i eksisterende bårerom ved Fauske kirke. Ut fra behovet vil kommunens kriseledelse ta stilling til hvilke kommunale lokaler som skal innredes til provisorisk bruk for formålet. En mulighet er å høre med begravelsesbyrå.

Legemidler og nødvendig medisinsk utstyr

Antiviralia/legemidler til behandling av influensa

I tidlige faser av en pandemi vil vaksine mot det spesifikke pandemiviruset antakelig ikke være tilgjengelig. Antivirale legemidler/legemidler til behandling av influensa vil da være et hjelpemiddel til å redusere omfang og alvorlighetsgrad av influensasykdommen.

Legemidlet oseltamivir (Tamiflu) skal bare benyttes til behandling av påvist influensasyke og evt. til profylaktisk (forebyggende) behandling av helsepersonell som har direkte kontakt med influensasyke pasienter.

Adamantanene (rimantadin, amantadin) kan anskaffes til *profylaktisk/forebyggende bruk*.

Alt personell i smitteutsatte/smittetruede kommuner bør tilbys antiviral profylakse/forebyggende legemiddel dersom det er å oppdrive.

Begrunnelsen er at en velfungerende helse- og omsorgstjeneste i kommunen vil være av avgjørende betydning for å kunne ivareta et stort antall syke utenfor sykehus.

Norge har bygget opp et nasjonalt lager av antiviralia. Ved utdeling av antiviralia skal kommunen følge sentrale myndigheters retningslinjer for hvem som skal prioriteres. Det forutsettes at kommunen samrår seg med lokale apotek når plan for lokal transport og utlevering utarbeides.

Tidsfaktoren vil være kritisk for planlegging av distribusjonen. Oseltamivir virker ved å hemme virusreplikasjonen[1] i cellene og denne virusreplikasjonen er størst i begynnelsen av infeksjonen. Legemiddelet har best effekt når behandling påbegynnes innen seks timer etter symptomdebut. Det er ikke dokumentert effekt når behandling påbegynnes mer enn 48 timer etter symptomdebut.

Primært planlegges det at det ordinære distribusjonsapparatet for legemidler skal benyttes:

- Relevante medikamenter vil bli utlevert fra apotek etter resept
- Fra det tidspunkt pandemitiltak iverksettes, vil oseltamivir og rimantadin ekspederes kostnadsfritt til publikum, i samsvar med retningslinjer gitt av Hdir
- Skulle kapasiteten for individuell ekspedisjon av resepter på ”pandemimedisin” ved apotekene overskrides, vil det måtte opprettes egne utleveringspunkter for antiviralia. Distribusjon av antiviralia vil da skje slik:

[1] Prosessen der DNA/arvestoffet kopieres, nødvendig for at virus skal kunne dele seg og infeksjonen bre seg.

- Fra legemiddelgrossist til apotek til utdelingspunkt til sluttbruker. Den enkelte kommune må, i samråd med lokale apotek, planlegge lokal transport og utlevering.

Under en pandemi vil det også bli økt behov for medisinsk utstyr og forbruksmateriell som munnbind, åndedrettsvern, beskyttelsesfrakk, visir og hansker. Slike lagre bør ikke etableres lokalt i hver enkelt kommune i intrapandemisk fase (fase 1 – 2), men må vurderes oppbygd i pandemisk årvåkenhetsfase (fase 3 – 5).

Vaksine

- Kommunen må sende oversikt over hvor mange personer som tilhører de forskjellige prioriteringsgruppene til FHI så snart som mulig etter at WHO har erklært at det foreligger en pandemi. Fauskes prioriteringsliste ser omtrent slik ut:

Prioritering av målgrupper for vaksine

Prioritet	Målgruppe	
1.	Smitteutsatt personell i helsetjenesten	
2.	Voksne og barn med økt risiko for komplikasjoner - med alvorlige luftveissykdommer - med kroniske hjerte-/karsykdommer - med nedsatt infeksjonsforsvar - med diabetes - beboere på alders- og sykehjem	
3.	Barn i alder 6-24 måneder	
4.	Gravide	
5.	Utvalgt nøkkelpersonell	
6.	Annet helse- og omsorgspersonell med pasientkontakt	
7.	Frivillige pleiere innen pleie- og omsorgstjenesten og andre med pasientkontakt	
8.	Barn i barnehage og barnehagepersonale	
9.	Barn i grunnskolene og videregående skole og skolenes personale.	
10.	Sjåfører og andre med kundekontakt i kollektivtransport (drosje)	
11.	Personell i servicenæring med stor publikumskontakt	
12.	Alle andre	

https://www.healthplexus.net/article/pros-and-cons-vaccinating-healthcare-workers

- Hvis vaksinene kommer til landet i flere omganger, vil kommunene motta vaksinene i flere omganger. Vaksinene vil da bli sendt ut i henhold til de prioriteringer som er gjort i forhold til hvem som må ha vaksine først.
- Vaksine vil normalt mottas ved Familiesenteret. Vaksine skal oppbevares i kjølerom ved Fauske helsestasjon.

- Vaksinasjonssted vil normalt være Fauske helsestasjon. Eventuelt i kommunestyresalen på Administrasjonsbygget.
- Det bør foreligge planer for vaksinasjon av personer som på egenhånd ikke klarer å komme seg til vaksinasjonsstedet, for eksempel ved bruk av helsepersonell i hjemmetjenesten
- Dersom det skal benyttes vaksinatører som ikke til vanlig håndterer vaksiner, må disse oppdateres på Influensavaksine – veileder for helsepersonell og "Beredskap ved allergiske reaksjoner" med klare retningslinjer for hvilke situasjoner det ikke skal vaksineres (kontraindikasjoner) og hva man skal gjøre ved reaksjoner / problemer.
- Eget registreringsskjema skal benyttes der de som skal vaksineres fyller ut med personalia og medisinske opplysninger. Vaksinatørene går gjennom disse svarene og hvis vaksinatøren etter en vurdering er i tvil om vedkommende skal ha vaksine, skal vaksinatør ta kontakt med kommuneoverlege som skal vurdere om vedkommende skal vaksineres ut i fra en medisinsk vurdering
- Ved bruk av en vaksine i en pandemisituasjon vil kunnskap om mulige reaksjoner på vaksinen være begrenset. Det vil derfor være viktig å ha en overvåking av alvorlige uønskede hendelser, slik at mulig utilsiktet effekt av vaksinen blir oppdaget. Alvorlige uønskede hendelser er hendelser som fører til sykehusinnleggelse, død eller gir langvarig nedsatt funksjon eller varig mén. FHI vil utarbeide et standardisert meldeskjema. Uønskede hendelser skal meldes skriftlig til FHI. Utarbeiding av lokale planer for mottak, lagring, utlevering og bruk av legemidler og utstyr må bygge på de forhold som er beskrevet i den nasjonale planen.

Smitteverntiltak inklusive bruk av beskyttelsesutstyr

I sykehjem bør pasienter flyttes slik at man følger prinsippene for dråpesmitteisolering. Her bør man tenke på enkeltrom, egne fløyer/avdelinger for influensapasienter, eventuell kohortisolering; jf. Isoleringsveilederen utgitt av FHI i 2004.

Helsepersonell som ikke har gjennomgått den nye influensaen, vil måtte beskytte seg mot dråpesmitte. **Smittefrakk, hansker** og **munnbind** vil være nødvendig, men etterspørselen etter disse vil øke enormt i en pandemisituasjon. Beredskapslager for slikt utstyr bør opprettes.

Fordi ikke alle smittsomme influensapasienter har tydelige symptomer, er det svært viktig å følge de infeksjonsforebyggende standardtiltakene ved all pasientkontakt i helsetjenesten.

Blant disse er det særlig viktig å understreke:

- nøye håndvask og gjerne hånddesinfeksjon med alkoholbasert hånddesinfeksjonsmiddel.
- hansker ved kontakt med slimhinner og kroppsvæsker og kontaminert materiale

- beskyttelsesfrakk og visir ved fare for sprut av biologisk materiale

Helsearbeidere som har kontakt med smittsomme influensapasienter, skal beskytte egne luftveier:

- **Kirurgisk munnbind** av god kvalitet brukes ved kortvarig eksponering (dvs nærkontakt med sikker eller sannsynlig smitteførende pasient i omkring 1 m avstand), inntil 20 minutter

Opplæring og gjennomføring av øvelser

At planen er kjent og innarbeidet i alle kommunens ledd, er en forutsetning for at det virkelig skal bli en effektiv kraftsamling når planen utløses. Planen legges ut på Risk Manager og evalueres en gang pr år.

Eksempler på tiltak kan være:

- Planen tas inn i introduksjonspakken ved nytilsetting av kommunale ledere og leger
- Ledere for kommunens fagenheter skal gjennomføre øvelser med slikt innhold, omfang og hyppighet at enhetens kompetanse utvikles og vedlikeholdes slik at enheten skal være i stand til å løse de oppgaver den kan bli stilt ovenfor
- Årlig beredskapsøvelse med bred deltagelse fra aktuelle enheter og samarbeidspartnere i regi av beredskapsleder i Fauske kommune.

Oppfølging og oppdatering av planen i forhold til nasjonale råd og nye myndighetskrav

Ajourført plan må være tilgjengelig på kommunens nettside under Risk. Enhver endring skal godkjennes av kommuneoverlegen. Denne har også ansvar for å holde planen oppdatert. Planen skal gjennomgås og oppdateres ved behov og minst en gang i året.

Andre forhold – omsorgstiltak andre målgrupper

- Kommunens planer skal være i tråd med nasjonale føringer.
- Det bør også lages egne beredskapstiltak for å ivareta omsorgen for:
  - Barn til syke foreldre
  - Barn til personell som beordres til ekstraordinære tjenester
  - Omsorg overfor eldre og andre pleietrengende hvor det ordinære omsorgsapparatet blir slått ut
  - Ivaretakelse av andre syke som ikke kan legges inn på sykehus pga. plassmangel
  - Ivaretakelse av andre syke som skrives raskere ut enn normalt pga plassmangel på sykehus

Viktige telefonnumre

Fauske kommunes telefonliste ligger oppdatert på www.Fauske.kommune.no > Kontakt oss. Telefonlista tas derfor ikke inn i denne pandemiplanen.

Referanser

Nasjonal beredskapsplan pandemisk influensa
https://www.regjeringen.no/contentassets/c0e6b65e5edb4740bbdb89d67d4e9ad2/nasjonal_beredskapsplan_pandemisk_influensa_231014.pdf

Planveileder for massevaksinasjon mot pandemisk influensa i kommuner og helseforetak
http://www.fhi.no/publ/2016/planveileder-for-massevaksinasjon-mot-pandemisk-influensa-i-kommuner-og-hel/

Preperdness comic book - http://www.kingcounty.gov/depts/health/emergency-preparedness/preparing-yourself/pandemic-flu/comic.aspx

[i] En allmennfarlig smittsom sykdom er definert som en sykdom som er særlig smittsom, eller som kan opptre hyppig, eller har høy dødelighet eller kan gi alvorlige eller varige skader, og som

- vanligvis fører til langvarig behandling, evt. sykehusinnleggelse, langvarig sykefravær eller rekonvalesens, eller
- kan få så stor utbredelse at sykdommen blir en vesentlig belastning for folkehelsen, eller
- utgjør en særlig belastning fordi det ikke fins effektive forebyggende tiltak eller helbredende behandling for den.

FAUSKE KOMMUNE

SAKSPAPIR

	JournalpostID: 18/7264 Arkiv sakID.: 18/1523	Saksbehandler: Hilde Christine Sørensen

Sak nr.		Dato
015/18	Helse- og omsorgsutvalg	23.05.2018
	Kommunestyre	

Etablering av etterversnsteam rus og psykiskhelse

Rådmannens forslag til innstilling:

Fauske kommune tilslutter seg prosjektet «Etterversnsteam rus og psykisk helse i Salten» som vertskommune.

Vedlegg:

09.05.2018	Prosjektplan 3-arig prosjekt etterversnsteam rus-psykiatri	1381043
09.05.2018	Resultat prosjektarbeid i salten	1381044

Sammendrag:

Prosjektet «*samhandling innenfor kommunalt ettervern rus og psykiatri» er initiert av Salten Regionråd, og ble startet opp høsten 2016.* Prosjektet har blitt ledet av Lena Breivik prosjektleder ved Helse- og omsorgsavdelingen i Bodø koimmune.
Prosjektgruppen har vært sammensatt av representanter fra de 9 Salten-kommunene. For Fauske kommune Enhetsleder Helse. Prosjektgruppens arbeid er presentert i en egen rapport.

Saksopplysninger:

Intensjonen med prosjektet var å se på løsninger og muligheter for interkommunalt samarbeid for feltet rus og psykiatri, herunder KAD (kommunal akutt døgntilbud) og ettervern i kommunene, som ble lovpålagt fra 01.01.2017. Det ble tidlig klart at kommunene hadde et ønske om å opprettholde KAD tilbud i egen kommune.

Alle kommunene i prosjektet uttrykker at ettervern ikke er tilfredsstillende i deres kommune. Brukere blir plassert i belastende områder. Det mangler rammebetingelser. De fleste kommunene mangler bemannede etterversnsboliger til målgruppen som sliter med psykiske helse og rusproblematikk. Mange forteller om slitne medarbeidere på grunn av manglende tilbud. Det er især ROP-pasientene som kommer dårlig ut.

Representantene fra kommunene gir klart uttrykk for at det vil bli vanskelig å få deres brukere til å benytte seg av etterverns bolig i en annen kommune. Konklusjonen er at de fleste brukerne har best av å få bistand der de bor. Imidlertid ser man utfordringen ved å kunne gi tett nok bistand i en etterverns fase etter utskriving fra for eksempel fengsel og rusklinikk. Dette gjelder spesielt de brukere/pasienter som er ressurskrevende, og har en utfordrende atferdsproblematikk hvor det er vanskelig for det lokale hjelpeapparatet å komme i posisjon for å kunne yte best mulig bistand i en kritisk fase etter utskrivning. Dette kan for eksempel være:

- Tett oppfølging i hjemmet, hverdagsmestring,

- Samhandling med spesialisthelsetjenesten, hjelp til å finne egnet bolig, kontakt med tildelingskontor, NAV, hjemmetjenesten, fastlegen m.m.
- Samarbeide og veilede kommunens ansatte

Sluttrapport for prosjektet konkluderer med at et ambulant etterverns team for rus og psykisk helse kan være en viktig og god hjelp for brukere i en kritisk overgangsperiode.
Inklusjonskriteriet er: Personer innen målgruppen som ikke blir godt ivaretatt i dag, da de er for ressurskrevende for den allerede eksisterende tjenesten. Det ønskes ikke fokus på diagnoser.
Prosjektgruppen anbefaler at Fauske kommune som et naturlig sted for lokalisering.
Se vedlagte dokumenter for ufyllende opplysninger og budsjett for prosjektperioden:

1. **Samhandling for kommunalt ettervern rus og psykiatri**
2. **Etterversnsteam rus og psykisk helse i Salten**

Saksbehandlers vurdering:
Saksbehandler ser på dette prosjektet som en styrke for befolkningen i Fauske kommunne, og for den lokale tjenesten innenfor rusk og psykiskhelse.

Geir Mikkelsen
rådmann

Salten Regionråd

Etterværnsteam

rus og psykisk helse

i Salten

Organisering

Lokalisering

Finansiering

Lena Breivik

Innhold

1.	**Forord**	**3**
2.	**Mandat og forståelsen av dette**	**3**
	2.1 Bakgrunn og vedtak	3
3.	**Organisering**	4
4.	**Lokalisering**	**4**
5.	**Finansiering**	**5**
	5.1 Felles strategi for samarbeid og eierstyring	5
	5.2 Ekstern finansiering	6
	5.3 Kostnader	7
6.	**Forslag til framdrift**	**7**

1. FORORD

Prosjektet med å beskrive «Samhandling innenfor kommunalt ettervern rus og psykiatri» er initiert av Salten Regionråd.

Det ble på denne bakgrunn opprettet en prosjektgruppe sammensatt av representanter fra de ulike Salten-kommunene. Prosjektet ble ledet av Lena Breivik, leder av Oppfølgingstjenesten psykisk helse og rus i Bodø kommune. Prosjektgruppens arbeid ble presentert i en egen rapport («Samhandling for kommunalt ettervern Rus og Psykiatri – Et samarbeidsprosjekt mellom Salten Regionråd og kommunene i Salten»).

En samlet prosjektgruppe står bak vurderingene og anbefalingene.

Rapporten beskriver og kartlegger de områdene en interkommunal samhandling bør omhandle og arbeidsgruppen kom med en faglig fundert anbefaling.

Da Salten Regionråd godkjente rapporten ba de samtidig om at det skulle skrives en plan som beskriver oppstart av et interkommunalt ettervernsteam i Salten.

2. MANDATET OG FORSTÅELSEN AV DET

2.1 Bakgrunn og vedtak

- **Møteprotokoll Salten Regionråd 5. juni 2015**
  SR-sak 22/15 Godkjenning av prosjektplan: Samhandling for kommunalt ettervern rus og psykiatri.

  Enstemmig vedtak: Salten Regionråd vedtar prosjektplan for å utrede og vurdere hvordan man kan samhandle om rus og psykiatri i kommunene i Salten.

  Midlene som er bevilget i SR-sak 33/13 trekkes tilbake som følge av manglende fullfinansiering og framdrift i forprosjektet.

  Midlene omdisponeres til å finansiere utredningen i henhold til prosjektplanen.

- **Møteprotokoll Salten regionråd 3. juni 2016**

  SR-sak 27/16 Samhandling innenfor kommunalt ettervern rus og psykiatri- prosjektoppstart.

  Forslag til vedtak: Salten regionråd vedtar forslag til organisering av prosjektet «Samhandling innenfor kommunalt ettervern rus og psykiatri» i henhold til saksframlegget og vedtatte prosjektplan.

  Prosjektleder frikjøpes fra sin ordinære jobb i Bodø kommune.

Prosjektet finansieres gjennom avsatte midler på inntil 300.000 kroner. Midlene belastes med inntil kr. 150.000 fra prosjektet «Sunnhet i Salten» og inntil 150.000 fra «SRs Irisfond».

Medgått arbeidstid hos øvrige representanter i prosjektet belastes den enkelte kommune.

- **Møteprotokoll Salten regionråd 14. september 2017**

  SR-SAK 46/17 «SAMHANDLING KOMMUNALT ETTERVERN INNENFOR RUS/PSYKIATRI»-SLUTTRAPPORT MED FORSLAG TIL FREMTIDIGE LØSNINGER.
  Enstemmig vedtak:
  Salten Regionråd slutter seg til sluttrapporten for «Samhandling innenfor kommunalt ettervern rus og psykiatri i Salten.
  Regionrådet ber om at det jobbes videre med sikte på etablering av et tre-årig prosjekt, herunder organisering, finansiering og lokalisering

3. ORGANISERING

Arbeidsgruppen har fått i oppdrag av Salten regionråd å se på mulig organisering av et interkommunalt ettervernsteam i Salten.

Vi har mye ettervern på plass i de ulike kommunene, men alle ser en mangel: Intensiv oppfølging av spesielt «tunge» brukere som kommer hjem etter endt opphold i institusjon eller fengsel. Det er vanskelig å bemanne opp da behovet endres. Vi ser for oss et interkommunalt team som kan jobbe i de ulike Salten-kommunene når behovet oppstår. Denne oppfølgingen må starte så tidlig som mulig (allerede under innleggelse i Spesialisthelsetjenesten/ fengsel). Prosjektgruppen har utredet mulighetene for et slikt team og vi ser for oss følgende:

Teamsammensetning: 4 tverrfaglige stillinger (helsepersonell, sosialfaglig og egenerfaring)

Varighet på oppfølging: 2-3 uker etter utskrivelse fra institusjon/ løslatelse fra fengsel.

Arbeidsoppgaver:

- ✓ ACT-aktig oppfølging i hjemmet (ambulant, hverdagsmestring).
- ✓ Samhandling med spesialisthelsetjenesten, kommunene (bolig, hjemmetjeneste, tildelingskontor, fastlege m. m) og NAV.
- ✓ Veilede kommunens ansatte.

Inklusjonskriterier: Personer innen målgruppen som ikke blir godt ivaretatt i dag da de er for ressurskrevende (ønsker ikke fokus på diagnoser).

Eksklusjonskriterier: Personer som får et godt tilbud i dag.

Henvisningsinstans: Kommunene skal selv definere hvem som skal henvise til teamet.

Veiledning av teamet: Kommunepsykologene

Biler: Det må leases 2 biler, en til hvert team.

Markedsføring av teamet: Viktig at teamet blir markedsført overfor samarbeidspartnere og internt i kommunene.

Organisering: Prosjekt går over 3 år med egen styringsgruppe og referansegruppe. Ønskelig med følgeforskning undervegs. Følgende prosjektorganisering legges til grunn for prosjektet:

Prosjekteier:	Salten Regionråd
Prosjektansvarlig:	Fauske kommune (vertskommunene)
Prosjektleder:	Fauske kommune rekrutterer prosjektleder?
Styringsgruppe:	Salten Regionråd oppnevner styringsgruppe
Referansegruppe:	Fagpersoner fra kommunene og andre relevante aktører

Evaluering: Prosjektet må (i tillegg til følgeforskning) evalueres midtveis og ved prosjektets slutt.

4. LOKALISERING

Arbeidsgruppen har vurdert ulike kommuner som vertskommune i prosjektet, og anbefaler Fauske som et naturlig sted for lokalisering. Dette begrunnes først og fremst i forhold til geografi. Teamet skal jobbe ambulant. Det vil si være sammen med bruker, enten under innleggelse på institusjon eller i hjemkommunen. Med tanke på kjøretid vil det mest fornuftige kontorstedet være Fauske. På Fauske vil teamet ha et fagmiljø med både hjemmetjeneste, dagsenter og psykologer som jobber med målgruppen. Vi ønsker at teamet skal lokaliseres i nærheten av nevnte samarbeidspartnere. Fauske stiller seg positive til rollen som vertskommune.

5. BUDSJETT OG FINANSIERING

5.1 Felles strategi for samarbeid og eierstyring

Ved styring av samarbeid og selskaper i Salten legger Saltenkommunene «Felles strategi for samarbeid og eierstyring» til grunn. I et av vedleggene til eierstrategien (vedlegg 3) beskrives forslag til finansieringsmodeller. De er delt inn i 4 ulike modeller:

Modell 1:

1. Likt grunnbeløp for alle deltagende kommuner
2. Øvrige kostnader fordelt etter innbyggertall

Modell 2:

Alle kostnader fordelt etter innbyggertall, men fordelt på intervallet med synkende beløp med økende innbyggertall som for eksempel:

a. De første 5 000 innbyggerne, kr. 5 pr innbygger

b. Fra innbygger 5000-10 000 kr. 4 pr innbygger

c. Fra innbygger 10 000-20 000 kr 3 pr innbygger

d. Fra innbygger over 20 000 kr 2 pr innbygger

Modell 3:

1. Likt grunnbeløp for alle deltagende kommuner
2. Kostnader til felles avtalte tjenester fordelt etter innbyggertall
3. Uttak av tjenester ut over «grunnpakken» betales til fulle av den enkelte kommune, inkludert overheadkostnader.

5.2 Ekstern finansiering

Det vil også være mulig å søke prosjektmidler fra Fylkesmannen og Helsedirektoratet. Eksempler på tilskuddsordninger kan være:

- Kommunalt rusarbeid. Beløp: 468,6 millioner
- Kompetansetiltak innen psykisk helse- og rusarbeid
- Tilskudd til personer med sammensatte hjelpebehov. Beløp: 225 millioner
- Bruker- og pårørendearbeid innen rus og psykisk helsefeltet. Beløp: 116 millioner
- Kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd. Tilskuddet skal bidra til at kommunene setter i verk kompetanseutviklende tiltak og nybrotts- og utviklingsarbeid utfra lokale forutsetninger og behov. Beløp: 365,9 millioner kroner.
- Styrking av habilitering og rehabilitering i kommunene. Tilskuddet skal stimulere til tjenesteutvikling i kommunene med mål om å styrke feltet habilitering og rehabilitering. Beløp: 91 millioner kroner.

5.3 Budsjett

Arbeidsgruppen har stipulert de årlige kostnadene til driften av et ettervernsteam til ca. 4 millioner. Dette innebærer lønn til 4 stillinger, leasing av 2 biler, leie av kontor, telefon m.m.

Kostnader					
	2018	**2019**	**2020**	**2021**	**SUM**
Rekruttering	kr 20 000,00	kr -	kr -	kr -	kr 20 000,00
Lønn 4 personer	kr -	kr 2 800 000,00	kr 2 884 000,00	kr 2 970 520,00	kr 8 654 520,00
Forventet lønnsstigning fra 1/5 3,0 %	kr -	kr 84 000,00	kr 86 520,00	kr 89 115,60	kr 259 635,60
Feriepengedifferanse 1,2 %	kr -	kr 34 608,00	kr 35 646,24	kr 36 715,63	kr 106 969,87
Pensjon arb.givers andel 12 %	kr -	kr 350 232,96	kr 360 739,95	kr 371 562,15	kr 1 082 535,06
Arb.g.avg 7,9 %	kr -	kr 258 238,44	kr 265 985,59	kr 273 965,16	kr 798 189,18
Inventar/utstyr	kr -	kr 15 000,00	kr 15 000,00	kr 15 000,00	kr 45 000,00
Kontorutgifter/rekvisita	kr -	kr 11 500,00	kr 11 500,00	kr 11 500,00	kr 34 500,00
Porto/telefon etc.	kr -	kr 20 000,00	kr 20 000,00	kr 20 000,00	kr 60 000,00
Husleie	kr -	kr 50 000,00	kr 50 000,00	kr 50 000,00	kr 150 000,00
Leasing av bil	kr -	kr 140 000,00	kr 140 000,00	kr 140 000,00	kr 420 000,00
Drivstoff etc	kr -	kr 100 000,00	kr 100 000,00	kr 100 000,00	kr 300 000,00
Diverse uforutsett	kr -	kr 136 420,60	kr 30 608,22	kr 1 621,47	kr 168 650,29
SUM	**kr 20 000,00**	**kr 4 000 000,00**	**kr 4 000 000,00**	**kr 4 080 000,00**	**kr 12 099 999,99**
Inntekter	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**SUM**
Salten Regionråd	kr 20 000,00	kr 100 000,00	kr 100 000,00	kr 100 000,00	kr 320 000,00
Prosjektmidler fra Fylkesmannen	kr -	kr 1 500 000,00	kr 1 500 000,00	kr 1 500 000,00	kr 4 500 000,00
Prosjektmidler fra Helsedirektoratet	kr -	kr 1 500 000,00	kr 1 500 000,00	kr 1 500 000,00	kr 4 500 000,00
Kommunene	kr -	kr 400 000,00	kr 400 000,00	kr 480 000,00	kr 1 280 000,00
Andre eksterne midler	kr -	kr 500 000,00	kr 500 000,00	kr 500 000,00	kr 1 500 000,00
	kr -	kr -	kr -	kr -	kr -
SUM	**kr 20 000,00**	**kr 4 000 000,00**	**kr 4 000 000,00**	**kr 4 080 000,00**	**kr 12 100 000,00**

6 FRAMDRIFT

Arbeidsgruppen er, av Salten regionråd, utfordret på å komme med forslag til framdrift:

Aktivitet	Frist	Ansvar
Ferdigstille prosjektplan (Organisering, Lokalisering og Finansiering)	7.12.17	Lena Breivik
Prosjektplan på høring i arbeidsgruppen	7.-14.12.17	Arbeidsgruppen
Endre prosjektplan iht høringssvar	15.-18.12.17	Lena Breivik
Oversende prosjektplan til Salten Regionråd	19.12.17	Lena Breivik
Prosjektplan behandles i Salten Regionråd	15. 01.18	Kjersti Bye Pedersen
Prosjektplan samt innstilling oversendes kommunene	Januar 2018	Kjersti Bye Pedersen
Prosjektplan og innstilling behandles i kommunene	Februar og mars 2018	Kommunene i Salten
Prosjektmidler søkes med forbehold om godkjenning av oppstart	1.2.2018	Fauske kommune
Utlysning med forbehold om godkjenning og finansiering	1.4.2018	Fauske kommune
Svar fra Fylkesmannen om finansiering	Mai 2018	
Oppstart	August 2018	Fauske kommune

Salten Regionråd

Utredning og vurdering om hvordan man kan samhandle om rus og psykiatri i Salten kommune

Samhandling for kommunalt ettervern Rus og Psykiatri

Et samarbeidsprosjekt mellom Salten Regionråd og kommunene i Salten

Lena Breivik

Innhold

1.	**Forord**	**3**
2.	**Mandat og forståelsen av dette**	**3**
	2.1 Bakgrunn og vedtak	3
3.	**Begrepsavklaringer**	4
4.	**Arbeidsprosess**	**4**
	4.1 Prosjektgruppens sammensetting	4
	4.2 Gjennomføring	5
5.	**Samhandling**	**5**
	5.1 Status i de ulike kommunene	6
	5.2 Hva er i dag til hinder for samhandling?	7
	5.3 Overføringsverdi til de andre kommune	7
	5.4 Ulike samhandlingsområder	8
6.	**Ettervern, status i dag**	**8**
7.	**Forslag til løsning på utfordringene**	**10**
	7.1 Opprettelse av nye nettverk	10
	7.2 Interkommunalt ettervernsteam	11
	7.3 Ettervernsplasser i døgnbemannet bolig	12
8.	**Finansiering**	**12**
	8.1 Felles strategi for samarbeid og eierstyring	13
	8.2 Ekstern finansiering	13
	8.3 Kostnader	13
9.	**Kilder**	**14**

1. FORORD

Prosjektet med å beskrive «Samhandling innenfor kommunalt ettervern rus og psykiatri» er initiert av Salten Regionråd.

Det ble på denne bakgrunn opprettet en prosjektgruppe sammensatt av representanter fra de ulike Salten-kommunene. Prosjektet ble ledet av Lena Breivik, leder av Oppfølgingstjenesten psykisk helse og rus i Bodø kommune. Prosjektgruppens arbeid presenteres i denne rapporten. En samlet prosjektgruppe står bak vurderingene og anbefalingene.

Rapporten beskriver og kartlegger de områdene en interkommunal samhandling vil omhandle og kommer med en faglig fundert anbefaling.

2. MANDATET OG FORSTÅELSEN AV DET

2.1 Bakgrunn og vedtak

- **Møteprotokoll Salten Regionråd 5. juni 2015**
  SR-sak 22/15 Godkjenning av prosjektplan: Samhandling for kommunalt ettervern rus og psykiatri.

  Enstemmig vedtak: Salten Regionråd vedtar prosjektplan for å utrede og vurdere hvordan man kan samhandle om rus og psykiatri i kommunene i Salten.

  Midlene som er bevilget i SR-sak 33/13 trekkes tilbake som følge av manglende fullfinansiering og framdrift i forprosjektet.

  Midlene omdisponeres til å finansiere utredningen i henhold til prosjektplanen.

- **Møteprotokoll Salten regionråd 3. juni 2016**

  SR-sak 27/16 Samhandling innenfor kommunalt ettervern rus og psykiatri- prosjektoppstart.

  Forslag til vedtak: Salten regionråd vedtar forslag til organisering av prosjektet «Samhandling innenfor kommunalt ettervern rus og psykiatri» i henhold til saksframlegget og vedtatte prosjektplan.

  Prosjektleder frikjøpes fra sin ordinære jobb i Bodø kommune.

  Prosjektet finansieres gjennom avsatte midler på inntil 300.000 kroner. Midlene belastes med inntil kr. 150.000 fra prosjektet «Sunnhet i Salten» og inntil 150.000 fra «SRs Irisfond».

  Medgått arbeidstid hos øvrige representanter i prosjektet belastes den enkelte kommune.

3. BEGREPSAVKLINGER

ACT «Assertive Community Treatment»: En intensiv, teambasert behandlingsmodell innen psykiatrien som kjennetegnes av at behandlerne oppsøker pasienten i pasientens eget lokalsamfunn, etablerer kontakt på pasientens premisser, samt dekker ulike behov på tvers av fag og sektorer.

Ettervern: Behandling og annen helsefaglig oppfølging etter utskriving fra institusjon.

Fact «Flexible Assertive Community Treatment»: Fleksibel aktiv oppsøkende behandling. Er utviklet gjennom praktisk erfaring med ACT-modellen.

KAD: Kommunale akutte døgnplasser

LAR: Legemiddelassistert Rehabilitering

ROP: Pasienter med sammensatte rus- og psykiatri lidelser

Salten DPS: Salten Distriktspsykiatriske Senter

4. ARBEIDSPROSESS

4.1 Prosjektgruppen har hatt følgende sammensetning.

- Lena Breivik, Bodø kommune (leder)
- Morten Hammer, Beiarn kommune
- Hildegun Johnsen, Bodø kommune
- Hilde Christine Sørensen, Fauske kommune
- Berith Antonsen, Gildeskål kommune
- Bente Haukås, Hamarøy kommune
- Elisabeth Evjenth, Meløy kommune
- Marit Nybakk, Saltdal kommune
- Kristine Skagstad, Steigen kommune
- Roy Larsen, Sørfold kommune

4.2 Gjennomføring

Prosjektgruppen hadde oppstart 12. september 2016 og har hatt 9 arbeidsmøter. Skrivearbeid har vært utført av Lena Breivik mellom arbeidsmøtene. Mail har også vært benyttet som arbeidsverktøy i arbeidet.

Prosjektgruppen ble satt sammen av fagpersoner fra kommunen med ulik faglig bakgrunn. Det ble brukt en del tid på å få en omforent forståelse av mandatet og hvordan man på best mulig måte skulle løse oppgaven.

Prosjektgruppen savnet medlemmer med brukererfaring. På bakgrunn av dette har man hatt dokumentet til gjennomlesning av erfaringskonsulent, Odd Arild Johnsen, i privat foretak.

Underveis i prosessen har vi, ved flere anledninger, vært i kontakt med Fylkesmannen ved Sita Grepp (Seniorrådgiver i Helse- og omsorgsavdelingen) og Yngve Osbakk (Seniorrådgiver i Helse- og omsorgsavdelingen). Vi har også samarbeidet med Salten DPS og Salten psykiatriråd.

Prosjektleder har ved 3 anledninger lagt fram status underveis for Salten Regionråd (Arbeidsutvalget 3. februar og 19. mai samt Rådmannsutvalget 7. juni). Arbeidsutvalget har fungert som prosjektets styringsgruppe.

Arbeidsgruppen ønsket ikke stedfortreder når medlemmene var forhindret fra å møte. Dette med tanke på gruppens dynamikk.

5. SAMHANDLING

Rus- og psykiatritilbudet i Salten-kommunene er per tiden organisert innad i de enkelte kommunene. Dette gjelder hele pasientforløpet; fra kontaktetablering, kartlegging, behandling og oppfølging/ ettervern. Kartlegging og behandling er koplet til andre- og tredjelinjen. Fastlege henviser til tverrfaglig spesialisert behandling og pasienter vurderes deretter etter behov. Behovene varierer fra poliklinisk behandling til døgnbehandling. Helsedirektoratet gir anbefalinger for hvordan samhandling innad i kommunene, samt mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, bør se ut. Hva som skjer i praksis, og hvordan det løses i de ulike kommuner varierer. Noen har utarbeidet handlingsplaner, andre ikke. Samarbeid med ideelle organisasjoner og brukermedvirkning er sentralt. Dagens situasjon i de ni kommunene varierer svært. Noen opplever at de løser situasjonen på en delvis god måte, andre ikke i det hele tatt.

Når samhandlingen i Salten-kommunene beskrives har arbeidsgruppen valgt og ikke beskrive den enkelte kommune. Vi har valgt å slå sammen argumentene under ett. Vi ser at de ulike kommunene stort sett har samme utfordringer. De største ulikhetene ser vi i forhold til de to største kommunene og de mindre.

5.1 Status i de ulike kommunene

Salten kommunene er ulike på flere områder. Dette gjør at statusen ikke er lik, spesielt mellom de to største kommunene (Bodø og Fauske) og de små kommunene. Likevel kan en se flere likhetstrekk. Nedenfor har arbeidsgruppen utdypet de ulike hovedområdene innenfor fagfeltet som omhandler rus og psykisk helse (populasjon, fag, lokalisasjon, samhandling, økonomi og personell).

Boliger. Alle kommunene har utfordringer i forhold til boliger. De fleste har ønske/ planer om døgnbemannede boliger.

Sysselsetting/ aktivitet/arbeid for målgruppen. Brukere og medarbeidere etterspør «en meningsfull hverdag» og «noe å stå opptil». Noen kommuner har vekstfabrikker, men rus/psykiatri er ikke målgruppen på disse. Det samme gjelder psykiatrisk dagsenter. Det er sjelden forenlig med aktiv rus og deltagelse på et dagsenter.

Planverk. De fleste kommunene forteller at de mangler handlingsplaner eller at de er utgått på dato. Noen er under revidering. Dette fører ofte til ad-hoc løsninger som igjen gir lite kontinuitet eller forutsigbarhet.

Medarbeidere som jobber med fagfeltet. Etter Opptrappingsplanen på psykisk helse ble avsluttet i 2008 opplever flere av kommunene at de tidligere øremerkede midlene ikke lenger brukes på fagfeltet. Stillinger er fjernet. Antall medarbeidere på fagfeltet varierer fra 1i den minste, til 130 ansatte i den største kommunen.

Psykolog i kommunen. Flere av kommunene har ansatt psykologer. De som ikke allerede har det, planlegger ansettelse. Noen av kommunene opplever vanskeligheter med rekruttering.

Samhandling med andre kommuner og spesialisthelsetjenesten. Alle kommunene synes de samhandler godt med Salten DPS. Noen få av kommunene samarbeider seg imellom på områdene barnevern, legevakt, kommunepsykolog og FACT-team. De fleste melder om godt samarbeid med NAV og spesialisthelsetjenesten.

Tilgjengelighet. Kun en av kommunene har psykiske helsearbeidere som går i turnus i hjemmetjenesten. Ellers overtar den somatiske hjemmetjenesten på kveldstid.

Organiseringen er ulik i de forskjellige kommunene. Rus og psykisk helse er noen steder under ulike avdelinger, andre er samorganisert.

KAD psykisk helse og rus. De fleste kommunene har ikke opprettet egne plasser, men implementerer dem i de somatiske KAD-plassene. Kun en kommune har foreløpig etablert egen seng for målgruppen, en annen kommune har planer om det.

5.2 Hva er i dag til hinder for å kunne samhandle i Salten?

Nedenfor har vi beskrevet områder som oppleves som problematiske ved et eventuelt samarbeid på tvers av kommunen i Salten. Dette er utsagn fra medarbeidere som jobber innenfor fagfeltet.

Geografi: Det er store avstander i Salten. Flere av kommunene opplever at det er «Dobbelt så langt å kjøre fra Bodø kontra andre veien».

Økonomi: Hvem skal betale for hva ved et samarbeid? Fordelingsnøkkel? Skal det betales en fast årlig sum eller kun ved bruk?

Det mellommenneskelige: Det handler om mennesker og ikke en vare. Det kompliserer.

Avtaler: Det må være på plass gode, beskrivende avtaler hvor ansvarsfordelingen kommer tydelig fram.

Politikere: Å forholde seg til skiftende posisjoner er en stor utfordring for utførelse av tjenester. Frustrerende når fagmiljøene enes, men når det skal politisk behandles stoppes det av «lekfolk».

Forandring: Viktig i både ledelse og blant politikere.

It-utfordringer: I dag mangler vi gode IT-løsninger for samhandling. Teknologien finnes, men flere av kommunene benytter seg ikke av dem.

Tidligere erfaringer: Flere av kommunene har dårlige erfaringer med tidligere samhandling og er derfor engstelig for nye forsøk.

Storby vs. Småkommuner: Vi har ulike utfordringer noe som vanskeliggjør samhandling.

Lokalisering: Hvor skal en evt. samhandling finne sted? Det stopper ofte når det blir snakk om lokalisering.

Målgruppen: Noen av kommunene har for få innbyggere i denne målgruppen. Vanskelig å gi et godt tilbud når det er så få.

Stedbundet: Brukerne vil hjem, de ønsker ikke å oppholde seg i en annen kommune etter for eksempel en utskrivelse fra sykehus.

5.3 Overføringsverdi til de andre kommunene

I arbeidsgruppen ble det fokusert mye på mangler og utfordringer i kommunene. Vi ser likevel flere områder vi er gode på og som kan ha stor overføringsverdi til andre. Noen av kommunene fremhever allerede samarbeid på områder som tidligere nevnt (blant annet barnevern, legevakt, Housing First, Fact med mer). Andre trekker fram eksempler som gode lavterskeltilbud (uten vedtak) til de med lettere diagnoser og behov. Det gis omsorg, mat, sårstell til brukere i aktiv rus. Dusj og klesvask er også mulig i et par av kommunene. Andre trekker fram at de har et godt rykte blant kommunens befolkning, det oppfattes som lett å ta kontakt ved behov. En av kommunene har ordnet det slik at de kan dokumentere i felles system som fastlegene. Noen opplever meget gode tilbakemeldinger fra samarbeidspartnere, spesielt trekkes spesialisthelsetjenesten fram. Et par av kommunene har kommet langt i forhold til barneansvarlig i tjenestene. Sterkt fagmiljø nevnes av noen, andre snakker om relasjonsbygging. En av kommunene er spesielt stolt av sine bemannede rus- og psykiatriboliger.

Flere er blitt gode på å søke om midler til prosjekter og gjennomføring med gode resultater. En av småkommunene forteller at de håndterer «alt» av utfordringer.

5.4 Ulike samhandlingsområder

Alle i arbeidsgruppen har tatt en runde i sin kommune og blitt utfordret på å komme med konkrete områder vi kan samhandle på:

Barnevern: 2 av kommunene samarbeider godt med et interkommunalt barnevern. De opplever det som meget positivt at ansatte i barnevernet ikke bor i samme kommune som de arbeider i. Det er også bra med et bredere fagmiljø. Belastende å jobbe med tunge og alvorlige saker alene.

Kommunale nettverk: Det er ønskelig fra alle kommunene å danne et nettverk bestående av medarbeidere som jobber med vår målgruppe. Vi ser for oss 2 ulike nettverk; ett på ledernivå/systemnivå og ett fagnettverk for de som jobber direkte ut mot brukere. Vi i denne arbeidsgruppen har fått nyttig erfaring i å diskutere ulike problemstillinger som er felles uavhengig av kommunegrense.

Tilbakemeldinger og høringsuttalelser: Vi ser, til tider, at vi lar være å gi tilbakemeldinger på for eksempel høringsuttalelser. Det ville sannsynligvis blitt bedre ved å gi en felles uttalelse fra flere av kommunene. Et eksempel kan være Samhandlingsreformen ved innføring av KAD-senger og betalingsplikt.

Samarbeid på brukernivå: Viktig med samarbeid på individnivå da mange av brukerne i Salten velger å flytte mellom kommunene.

Hybelstua: De fleste av hybelungdommene i Bodø har bostedsadresse i andre kommuner. Kanskje burde andre kommuner betale for denne type tjenester (jmf. krisesenter og overgrepsmottak)?

Fagdager/fagmøter: Når en holder fagdager og fagmøter burde vi, så langt det er mulig, invitere andre kommuner til å delta.

Kompetansebank: Vi bør opprette en felles kompetansebank hvor vi har en oversikt over kompetansen på fagfeltet i de ulike kommunene. Vi vil da kunne veilede og undervise hverandre.

Hospitering: Vi bør åpne opp for å la kommunene hospitere hos hverandre. Det er mye kompetanse i Salten.

6. ETTERVERN, STATUS I DAG

Arbeidsgruppen er, fra Salten regionråd, spesielt utfordret på å komme med løsninger i forhold til ettervern. Før vi kommer til forslag på forbedringer er det viktig å se på status i dag. Her har vi også valgt ikke å nevne navn på kommunene.

Alle kommunene sier at ettervernet ikke er tilfredsstillende. Brukere blir plassert i belastende områder. Det mangler rammebetingelser. Det savnes klart definerte mål og tydelige rammer.

De fleste kommunene mangler bemannede ettervernsboliger til målgruppen som sliter med den psykiske helsen samt rusproblematikk. Et par planlegger bygging av ettervernsboliger i år. Det er ønskelig å skille beboere i aktiv rus og de som er rusfrie. En av kommunene har nylig inngått avtale

med en veldedig organisasjon om drift av ettervernsbolig. Flere av de små kommunene sier de ikke har parat ettervern, men de finner midlertidige løsninger ved behov. Noen av kommunene sier de kjøper plasser i andre kommuner når de ikke selv finner løsninger internt. Flere forteller om slitne medarbeidere på grunn av manglende tilbud. Andre melder at de mangler kontinuitet i oppfølgingen av målgruppen. Det er ønskelig med et bedre samarbeid med spesialisthelsetjenesten, både når det gjelder veiledning, oppfølging, inn- og utskrivninger. Det er især ROP-pasientene som kommer dårlig ut. Aktiviteter er mangelvare hos de fleste kommunene.

Vi har forsøkt å ramse opp de ulike ettervernstilbudene som finnes i Salten. Listen er ikke utfyllende.

1. Arbeid/aktivitet

- NAV
- Kirkens bymisjon
- IPS/jobbspesialist
- Villa vekst
- Knaggen-arbeidstrening
- Lavterskel kafedrift
- SISO vekst
- Veval plast
- Vekstbedrifter
- MADS arbeidstrening
- Ungdomsteam NAV
- Frisklivssentraler
- Sammen – samarbeid med NAV
- Bodø industri
- Galvano/ TIA

2. Møteplasser/fritid

- Psykiatriske dagsenter
- Kafe (ulike åpningstider)
- «Kom ut»
- Kirkens bymisjon
- Frelsesarmeen
- Knaggen
- Via psykiatriske dagsenter
- Brukere av Villa vekst
- Hybelstua
- Bruktbutikk
- Kafedrift
- Kirkens bymisjon
- Frelsesarmeen

3. Samtale- og selvhjelpsgruppe

- Sorggrupper for voksne, ungdom og barn
- Samtalegrupper
- Veiledningsgrupper (f.eks. KID, ICDP og COS)
- Anonyme alkoholikere (AA)
- Anonyme narkomane (NA)

4. Pårørende

- Pårørendeprosjekt
- Barn som pårørende kontakter

5. Lavterskeltilbud

- Psykiatriske dagsenter
- Psykiatrisk sykepleier
- Helsestasjon for ungdom
- Prinsen helsestasjon

6. bruker- og interesseorganisasjoner

- Mental helse
- Mental helse ungdom
- LPP
- Marborg
- RIO
- Anonyme Alkoholikere
- Anonyme Narkomane
- Leve

7. Juridisk og økonomisk hjelp

- NAV – økonomisk rådgivning
- Jusshjelpen
- Hjemmetjenestene

8. Hjelpetelefoner- og informasjonstiltak

- Kirkens SOS
- Anonyme alkoholikere, landsdekkende opplysningstelefon
- Hjelpelinjen for spillavhengige
- Rustelefonen
- Arbeidslivstelefonen

9. Helsehjelp

- Fastleger
- Rus/psykiatritjenester
- Hjemmetjeneste
- Helsesøstre
- Miljøtjeneste
- KAD

10. Habiliterings/re-habilitering og informasjon

- Habiliteringsteamet Salten DPS
- Psykoseteamet
- Reiseteamet DPS
- PIT DPS
- Autismeteamet
- Ambulant akutteam
- LAR
- Rusteamet
- Psykiatrisk sykepleier
- Oppfølgingstjeneste
- Rustjenester
- Valnesfjord helsesportsenter
- Nordtun
- Fossumkollektivet

Arbeidsgruppen fikk også i oppgave å sjekke ut i følgende:

1. Er det aktuelt for vår kommune å kjøpe ettervernsplass i en av de andre kommunene?
2. Ønsker vi å være vertskommune for et slikt tilbud?

Svaret på disse spørsmålene var delt. Noen kunne tenke seg å kjøpe plasser av andre ved behov, men kunne ikke tenke seg å finansiere dette utenom behovene. Ingen uttrykte sterke ønsker om å drifte en eventuell etterverns-institusjon. Arbeidsgruppen landet på at det er i hjemmet våre brukere trenger hjelp, ikke på en institusjon i en annen kommune. Likevel kan det bli behov for en bemannet bolig for en kortere eller lengre periode.

7. FORSLAG TIL LØSNINGER PÅ UTFORDRINGENE

7.1 Opprettelse av nye nettverk

Vi ønsker å etablere 2 ulike nettverk: et ledernettverk og et fagnettverk. På spørsmål om det kunne være fornuftig med flere smånettverk var svaret unisont nei. Det er ønskelig med representanter fra alle kommunene i de 2 nettverkene. Hensikten med nettverkene er å møte «likesinnede» da flere føler seg alene i forhold til somatikken. I fagnettverkene er det ønskelig å diskutere ulike utfordringer (veiledning/ coaching) i forhold til brukere.

Det ble stilt spørsmål om Røst og Værøy. Kan de inviteres inn? Ja, vi ønsker å tilby disse kommunene plass i nettverkene. Hva med brukerrepresentant? Det er ikke ønskelig med brukerrepresentant i fagnettverket med tanke på taushetsplikt og anonymisering av caser som blir tatt opp i nettverket. Hva med deltagelse fra DPSet? De vil være naturlig med i ledernettverket, men ikke i fagnettverket. Møteomfang? Fagnettverket ønsker å møtes 6 ganger i året, mens ledernettverket vil møte 2 ganger i året. Viktig at de legges på samme dag når ledernettverket skal møtes. Praktisk med tanke på at noen møter i begge nettverkene, og at det kan være ønskelig med noe felles. Nettverkene skal møtes i de ulike kommunene og vertskommunen vil ha ansvar for møteinnkallelse og referatskriving. Det vil også være mulig å avholde møtene via for eksempel SKYPE for business.

7.2 Interkommunalt ettervernsteam

Vi har, som tidligere nevnt, allerede mye ettervern på plass i de ulike kommunene, men alle ser en mangel: Intensiv oppfølging av spesielt «tunge» brukere som kommer hjem etter endt opphold i institusjon eller fengsel. Det er vanskelig å bemanne opp da behovet endres. Vi ønsker oss et interkommunalt team som kan jobbe i de ulike Salten-kommunene når behovet oppstår. Denne oppfølgingen må starte så tidlig som mulig (allerede under innleggelse i Spesialisthelsetjenesten/ fengsel). Prosjektgruppen har utredet mulighetene for et slikt team og vi ser for oss følgende:

Teamsammensetning: 4 tverrfaglige stillinger (helsepersonell, sosialfaglig og egenerfaring)

Varlighet på oppfølging: 2-3 uker etter utskrivelse fra institusjon/ løslatelse fra fengsel.

Arbeidsoppgaver:

- ✓ ACT-aktig oppfølging i hjemmet (ambulant, hverdagsmestring).
- ✓ Samhandling med spesialisthelsetjenesten, kommunene (bolig, hjemmetjeneste, tildelingskontor, fastlege m. m) og NAV.
- ✓ Veilede kommunens ansatte.

Inklusjonskriterier: Personer innen målgruppen som ikke blir godt ivaretatt i dag da de er for ressurskrevende (ønsker ikke fokus på diagnoser).

Eksklusjonskriterier: Personer som får et godt tilbud i dag.

Henvisningsinstans: Kommunene skal selv definere hvem som skal henvise til teamet.

Veiledning av teamet: Kommunepsykologene

Biler: Det må leases 2 biler, en til hvert team.

Markedsføring av teamet: Viktig at teamet blir markedsført overfor samarbeidspartnere og internt i kommunene.

Organisering: Prosjekt over 3 år med egen styringsgruppe og referansegruppe. Ønskelig med følgeforskning undervegs.

Evaluering: Prosjektet må (i tillegg til følgeforskning) evalueres midtveis og ved prosjektets slutt.

7.3 Ettervernsplasser i døgnbemannet bolig

Ved de få tilfellene det ikke er nok med ettervernsteamet ønsker Bodø kommune og Kirkens bymisjon å tilby andre Salten-kommuner å kjøpe plasser i Junkerveien 49. Kirkens bymisjon drifter, på vegne av Bodø kommune, et ettervernstilbud som kalles Brua. Brua er et bemannet botilbud etter rusbehandling på institusjon eller opphold i fengsel.

8. FINANSIERING

8.1 Felles strategi for samarbeid og eierstyring

Ved styring av samarbeid og selskaper i Salten legger Saltenkommunene «Felles strategi for samarbeid og eierstyring» til grunn. I et av vedleggene til eierstrategien (vedlegg 3) beskrives forslag til finansieringsmodeller. De er delt inn i 4 ulike modeller:

Modell 1:

1. Likt grunnbeløp for alle deltagende kommuner
2. Øvrige kostnader fordelt etter innbyggertall

Modell 2:

Alle kostnader fordelt etter innbyggertall, men fordelt på intervallet med synkende beløp med økende innbyggertall som for eksempel:

a. De første 5 000 innbyggerne, kr. 5 pr innbygger

b. Fra innbygger 5000-10 000 kr. 4 pr innbygger

c. Fra innbygger 10 000-20 000 kr 3 pr innbygger

d. Fra innbygger over 20 000 kr 2 pr innbygger

Modell 3:

1. Likt grunnbeløp for alle deltagende kommuner
2. Kostnader til felles avtalte tjenester fordelt etter innbyggertall
3. Uttak av tjenester ut over «grunnpakken» betales til fulle av den enkelte kommune, inkludert overheadkostnader.

8.2 Ekstern finansiering

Det vil også være mulig å søke prosjektmidler fra Fylkesmannen. Eksempler på tilskuddsordninger kan være:

- Opptrappingsplan for rusfeltet 2016-2020
- Tilskudd til personer med sammensatte hjelpebehov
- Tilskudd til kommunalt rusfelt over statsbudsjettet
- Tilskudd til kompetansetiltak innen psykisk helse og rusarbeid

8.3Kostnader

Arbeidsgruppen har stipulert de årlige kostnadene til driften av et ettervernsteam til ca. 4 millioner. Dette innebærer lønn til 4 stillinger, leasing av 2 biler, leie av kontor, telefon m.m.

9. KILDER

Helsedirektoratet

- IS-2017: Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten, 2014
- Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Veileder, 2015
- Pakkeforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Høringsutkast, 2017
- Pakkeforløp utredning av psykiske lidelser hos voksne. Høringsutkast, 2017

Lovdata

- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Psykisk helsevernloven
- Pasientrettighetsloven

«Felles strategi for samarbeid og eierstyring; for kommunene: Bodø, Fauske, Meløy, Saltdal, Steigen, Gildeskål, Sørfold, Hamarøy og Beiarn». Godkjent i Salten regionråd 2.6.2016. Ikrafttredelse 1.1 2017