



Handlingsplan

Habilitering og rehabilitering i Narvik, Ballangen og Tysfjord



2018 - 2022

1.0 INNLEDNING	2
2.1 Presisering og avgrensninger	8
2.2 Kommunens ansvar og oppgaver	9
2.2.1 Forhold mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes ansvar og oppgaver	11
2.3. Habilitering og rehabilitering i Tysfjord, Ballangen og Narvik	12
 3.0 TILTAK FOR STYRKET HABILITERING OG REHABILITERING	 21
3.1 Mestring og medvirkning	22
3.2 Samordnet innsats i gode forløp	23
3.3 Kunnskapsbasert tjenesteutvikling	25
3.4 Digitale løsninger	26
 4.0 ØKONOMISKE KONSEKVENSER AV HANDLINGSPLANENS TILTAK	 26
4.1 Prioriterte tiltak i planperioden 2018 - 2022	27
 Referanser	 32
Vedlegg : Kartlegging høsten 2017	33

1.0 INNLEDNING

Habilitering og rehabilitering er tjenester spesielt rettet mot personer med funksjonsnedsettelse og behov for langvarige og sammensatte helsetjenester. Målet er å bidra til at mennesker med funksjonsnedsettelser og sykdom skal kunne fungere godt og oppleve mestring, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. Mange innbyggere lever med sykdom og redusert funksjonsnivå av ulik grad. For å lære å mestre livet med sykdom og funksjonsnedsettelse har noen behov for koordinert og langvarig bistand.

Kommunene har en viktigere rolle i å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til befolkningen. Hovedtyngden av habiliterings- og rehabiliteringstilbudet skal gis av brukernes hjemkommune, mens spesialisthelsetjenesten gir tilbud i kortere perioder. Brukerne skal kunne bo hjemme så lenge som mulig og få helsetilbud så nært hjemmet som mulig.

At kommunenes innbygger skal motta helhetlige og kunnskapsbaserte habiliterings- og rehabiliteringstjenester, som baserer seg på mestring, brukermedvikning og deltagelse, er målet for denne handlingsplanen. Brukerne skal være aktivt deltagende i rehabiliteringen, og deres og pårørendes erfaringer skal brukes i forbedringsarbeidet og videre utvikling av tjenestene.

Mål for kommunene er:

- Styrke pasienter og brukernes muligheter for å opprettholde og/eller gjenvinne sin fysiske, sosiale og/eller psykiske mestringsevne.
- Forebygge og utsette behov for kompensierende tjenester.
- Sikre tilbud i samsvar med befolkningens behov, herunder sikre innhold, kvalitet og kapasitet.
- Styrke samarbeidet med brukerorganisasjoner, spesialisthelsetjenesten, andre sektorer og innad i kommunen.
- Sikre at pasienter og brukere får oppfylt retten til individuell plan og koordinator, herunder styrke koordinatorrollen.
- Koordinerende enhet er tilrettelegger for helhetlige og koordinerte tjenester på tvers av fag, nivåer og etater.

Tiltakene i handlingsplan har som mål

- å utvikle funksjons- og mestringsevnen for å nå størst mulig grad av selvstendighet, deltakelse og livskvalitet.
- tidlig innsats og forebyggende tiltak for å bevare eksisterende funksjoner og bremse utvikling av funksjonstap er viktig.
- behovet for tverrsektoriell samhandling er fremtredende.
- Individuell plan og koordinator er viktige verktøy for samhandling og forutsigbarhet i forløpet.

For å fremme en ny og styrket brukerrolle kreves vilje til endring når det gjelder holdninger og kultur i tjenestene. Det kan også være nødvendig å tenke annerledes og benytte ressursene man har tilgjengelig på en annen måte.

En bør ha fokus på:

- **Jobbe mot brukerens egne mål.**

For å få til dette er det nødvendig å skape en god relasjon og ha en åpen dialog – etterspørre hva som er viktig for vedkommende. Så lages det en plan som beskriver hvilke tiltak som skal igangsettes med utgangspunkt i målene.

- **Invitere brukerne inn i forbedringsarbeidet.**

Brukerne må trekkes inn tidlig i prosessen slik at muligheten til påvirkning blir reell. Brukernes synspunkter på tjenestene må dessuten innhentes regelmessig.

- **Samarbeide og inngå partnerskap**

Både innad i tjenestene og utad med relevante aktører som bruker- og pårørendeorganisasjoner, frivillige organisasjoner, likemenn/likepersoner og erfaringskonsulenter.

- **Bidra til å sikre de helsefremmende suksessfaktorene**

Dette arbeidet sammen med den enkelte bruker, der en har fokus på bolig, arbeid/ meningsfull fritid og mulighet til samvær med andre.

- **Velge en faglig overbygning og et tankesett på tjenestene**

Som vektlegger den enkelte pasient/ brukers mestring og ressurser.

(jf. *Utvikling av en ny brukerrolle i helse og omsorgstjenesten – en beskrivelse av suksessfaktorer. Notat om kvalitetsutvikling nr. 5 2016*)



For å nå hovedmålene i planen må nye tiltak, arbeidsformer og gode forløp som støtter opp under dette iverksettes. Helse- og omsorgstjenestene i kommunene er under økende press. Dette gjør det nødvendig å organisere tjenestene slik at ressursene i størst mulig grad når brukerne. Gode digitale løsninger og hensiktsmessig organisering er noen verktøy kommunen kan ta i bruk i møte med disse utfordringene.

Hva er viktig for deg?

“Hva er viktig for deg” skal være et sentralt spørsmål i møte med brukerne. Brukernes egne behov, ressurser og mål skal i stor grad skal være styrende for tjenestene. Brukerne skal få være aktivt deltakende i re- og habiliteringen, og deres og pårørendes erfaringer skal brukes i forbedringsarbeid og videre i utvikling av tjenestene.



Brukermedvirkningstrappen med eksempler på virkemidler

Individ	Individuell veiledning Brosjyrer / informasjonsmateriell	Dialog	Individuell plan Samvalg Ansvarsgrupper	Brukerstyrte senger Brukerstyrt personlig assistent (BPA)
System-/tjeneste	Informasjonsmøter	Brukerråd Brukerundersøkelser	Ansette brukere med egenerfaring	Brukerstyrte tjenester Brukere som spesialrådgivere
Politisk	Informasjons- kampanjer	Brukerråd	Brukerdeltakelse i utforming av retningslinjer, pakkeforløp og veiledere	Kommune- og stortingsvalg
Nivå Type	Informasjon	Konsultasjon	Medbestemmelse	Brukerstyring

«Hva er viktig for deg?»

Det er innenfor **4 fokusområder** som det er prioriterte tiltak innenfor.

Mestring og medvirkning:

Tiltak med fokus på kompetanseheving for alle ansatte som arbeider mot brukergruppen og pårørende, der hverdagsmestring, endringsmetodikk, kultursensitivitet og ernæring vil være viktig fagområder. Videre skal tjenesten ta i bruk metoden "Hva er viktig for deg" i sitt arbeid.

Samordnet innsats i gode forløp:

Tiltak med fokus på å styrke og etablere en velfungerende koordinerende enhet i tilknytning til Tildelingskontoret i Narvik. Herunder etabler et samlet tverrfaglig tyngdepunkt for habilitering og rehabilitering. Koordinerende enhet skal være et kraftsenter for fagutvikling, tverrfaglig samarbeid og samhandling mellom tjenestene på alle nivåer.

Kunnskapsbaserte tjenesteutvikling:

Tiltak med fokus på kompetanseutvikling i kommunene. En felles kursplattform / kompetanseplaner i en felles oversikt. System og struktur for deltagelse og utvikling av læringsnettverk.

Digitale løsninger:

Tiltak med fokus på å kunne styrke utviklingen av velferdsteknologiske løsninger for brukere, pårørende og tjenestene i kommunene.

Proessen i planarbeidet: I 2020 vil Narvik, Ballangen og halve Tysfjord kommune inngå i en ny kommune (jf. kommunesammenslåing). Sommeren 2017 ble det innvilget økonomisk støtte fra Fylkesmann i Nordland om utarbeidelse av en felles handlingsplan. Midlene skal gjøre Narvik kommune i stand til å kunne iverksatte arbeidet sammen med Tysfjord og Ballangen kommune, med mål om å utarbeide en felles handlingsplan.

Utarbeidelsen av handlingsplan har vært gjennomført som et prosjekt, med fagfolk fra alle tre kommunene. Fagfolkene har representert ulike etater og tjenesteområder som arbeider med forebyggende helsetjenester, behandling, habilitering og rehabilitering.

Høsten 2017 gjennomførte Helsedirektoratet en nasjonal undersøkelse om habilitering og rehabilitering i kommunene. I undersøkelsen refererer Helsedirektoratet til de nasjonale krav og anbefalinger i veilederen for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Resultater fra undersøkelse vil utgjøre "baseline" for starten på planperioden jf. opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017 - 2019, og er grunnlaget for de tiltak som fremmes i denne handlingsplan, med de ressursbehov som må styrkes. Kartleggingen gir oss en status på hva vi har av tiltak / tjenester og kompetanse, hva vi mangler og som blir viktige fokusområde i tiltakene videre og hvilke ressurser/ kompetanse som mangler.

Vedlagt til denne handlingsplan viser en oversikt over funn fra Tysfjord, Ballangen og Narvik i undersøkelse.

2 arbeidsgrupper har hatt fokus på og arbeidet fram forslag til tiltak innenfor 4 fokusområdene:

- **Mestring og medvirkning**
- **Samordnet innsats i gode forløp**
- **Kunnskapsbasert tjenesteutvikling**
- **Digitale løsninger**

I prosjektgruppen har representant fra *“Rådet for likestilling av funksjonshemmede”* bidratt fra brukersiden. I desember 2017 ble det avviklet en felles fagdag der arbeidsgruppens forslag til tiltakene til handlingsplanen ble prioriterte.

De prioriterte tiltakene skal bidra til at kommunene skal videreutvikle seg både faglig og organisatorisk. Det viktigste i arbeidet er å kunne møte brukeren der de er, samt å kunne gi gode og hensiktsmessige tjenester i de tre kommunene. Arbeidet er i tråd med *“Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator”* (2017).

Arbeid med denne planen er forankret i den administrative ledelsen i alle de 3 kommunene, og det er inngått en skriftlig samarbeidsavtale mellom kommunene. En avtalen er gjeldende fram til 2020 og hvor planen gjelder videre for ny Narvik kommune til 2022.



2.0 Habilitering og rehabilitering

I handlingsplanen legges i hovedsak gjeldende definisjon av habilitering og rehabilitering til grunn:

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

Arbeidet i prosjekt- og arbeidsgruppene har også sett på og hensyntatt høringsnotat av 7.sept. 2017: " Forslag om endring av forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 3." I høringsnotatet vises det til Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019 hvor regjeringen varslet at det vil bli igangsatt et arbeid for å revidere definisjonen for habilitering og rehabilitering i forskriften. Departementet legger Helsedirektoratets forslag til ny definisjon til grunn. Denne har fått tilslutning fra brukere og fagmiljøer, og beskrives slik:

"Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i brukerens livssituasjon og mål. Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser mellom bruker, pårørende og tjenesteytere og på relevante arenaer. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak fra aktørene. Formålet er at brukeren, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet."

Habilitering og rehabilitering har samme definisjon, men retter seg mot ulike grupper. Videre i handlingsplanen brukes i hovedsak samlebetegnelsen re-/habilitering for habilitering og rehabilitering, med mindre det er behov for nærmere presisering og avgrensning.

Ny veilederen var ute på høring høsten 2017 og den retter seg først og fremst til ledere på alle nivåer i kommunen. Samhandling med helseforetak er også et viktig område, og veilederen har dermed også relevans for ledere og fagpersonell i spesialisthelsetjenesten. For øvrig er hele bredden av fagpersonell som yter tjenester til disse pasient- og brukergruppene i helse- og omsorgstjenesten sentrale målgrupper.

Målgruppe for habilitering:

Habilitering gis til personer med funksjonsnedsettelse som er medfødt eller som de har fått tidlig i livet (før fylte 18 år). Målgruppen kan deles i to kategorier etter alder; barn og unge med behov for habilitering og voksne med behov for habilitering. Brukerne har medisinske tilstander eller kroniske sykdommer som påvirker funksjonsnivå, læringsevne og livskvalitet. Dette kan for eksempel være tidlig ervervede hjerneskader, nevrologiske skader eller sykdommer, utviklingsforstyrrelser, utviklingshemming eller tilstander innen autismespekteret. Kjennetegn ved gruppen er at de ikke følger et forventet utviklingsløp.

Målgruppe for rehabilitering:

Rehabilitering gis til personer som har funksjonsnedsettelse på grunn av sykdom eller skade som de har fått senere i livet. Rehabilitering er preget av re-læring og oppøving av tidligere funksjoner og ferdigheter. Mange må lære å mestre et liv med varige funksjonsnedsettelser og/eller mestringsutfordringer. Målgruppen kan grovt deles i to kategorier etter hvor hovedtyngden av utfordringer ligger; somatisk rehabilitering og rehabilitering innen psykisk helse og rus.

2.1 Presisering og avgrensninger

I planen sees funksjonshemming som et resultat av forholdet mellom personen, helsetilstanden og de fysiske og sosiale omgivelsene. Handlingsplanen bygger på sentrale prinsipper og overordnede krav og anbefalinger til tjenesteyting innen rehabilitering. Innbyggerne i kommunene skal ha et likeverdig tilbud uavhengig av bosted, alder, kjønn, etnisitet, forutsetninger og behov. Prinsippet om likeverdighet forstås slik at tilbudet er likeverdig når mennesker med funksjonsnedsettelse har samme sjanse til å nå de målene som er realistiske for han/ henne som for andre. Kommunene tar utgangspunkt i brukernes funksjon og behov, og ikke i diagnose, alder og boform.

Denne handlingsplanen omhandler ikke tjenester til personer med rehabiliteringsbehov som primært skyldes rusproblemer og/ eller psykisk sykdom. Likevel vil det være personer som tilhører planens målgruppe som i tillegg har utfordringer knyttet til psykisk helse og/ eller rus. Dette stiller krav til samordnet og samtidig innsats fra flere etater og sektorer og er noe planen vil komme nærmere inn på. (Jf. NK Opptappingsplan for rus og psykisk helse)

Universelt forebyggende arbeid, inkludert universell utforming er sentralt i folkehelsearbeidet og har betydning for mulighet til deltakelse sosialt og i samfunnet, men omfattes ikke direkte av denne handlingsplanen. Helsefremmende og forebyggende tiltak og oppfølging av barn og unge, også de med funksjonsnedsettelse og kroniske sykdommer, ivaretas i hovedsak gjennom hjelp fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten, fastleger, fysio-/ ergoterapitjenesten, spesialpedagoger, avlastning for barn og unge m.fl.

Unge og voksne i yrkesaktiv alder har ofte rehabilitering med utdanning og arbeid som målsetning. Arbeidsrettet rehabilitering behandles i begrenset grad direkte i denne handlingsplanen, men NAV er en viktig samarbeidspartner og må inviteres inn i det tverrfaglig samarbeid i rehabilitering innen utdanning og arbeid.

Frivillighet er viktig for opplevelsen av mestring og deltakelse i samfunnet, og henger tett sammen med det å hente frem den enkeltes ressurser. Denne handlingsplanen vil ikke omhandle temaet frivillighet og rehabilitering særskilt. Det vises til andre relevante og til dels overlappende kommunale planer som har betydning for den totale innsatsen innen habilitering og rehabilitering.

Når Narvik, Ballangen og deler av Tysfjord fra 2020 vil være en felles kommune, vil det bli satt fokus på utarbeidelse av nye kommuneplaner, handlingsplaner, fagplaner, temaplaner osv. Alle gjeldende planer vil være gjeldende til nye planer er utarbeidet for ny Narvik kommune.

Eks. på planer:

- Kommunedelplan samfunnsdel
- Oppvekstplan
- Helse- og omsorgsplan
- Rus og psykiatri plan
- div. fagplaner i kommunene



Andre planer / veiledere som er relevante.

- Nasjonal faglig retningslinje for palliasjon til barn og unge uavhengig diagnose
- Folkehelseplan



2.2 Kommunens ansvar og oppgaver

Kommunens overordnede ansvar følger av [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1](#) som pålegger kommunene å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester. Ansvaret omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator utdyper kommunens ansvar for habilitering og rehabilitering i [§ 5](#).

Kommunen skal:

- planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet
- ha en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen.

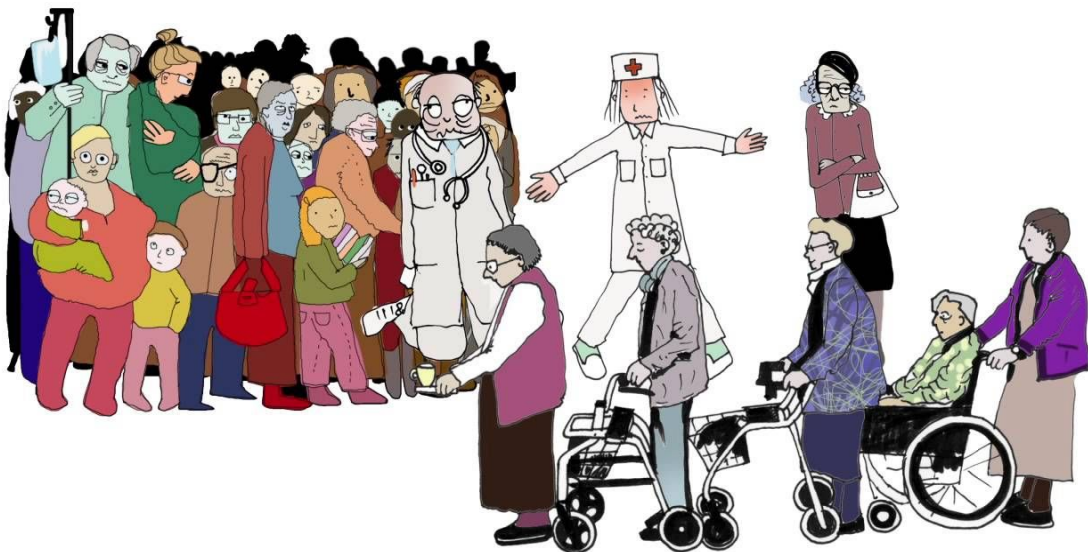
Tjenester som inngår i kommunens helse- og omsorgstjenestetilbud skal:

- integreres i et samlet tverrfaglig re-/ rehabiliteringstilbud.

- kommunen skal sørge for at alle som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, (jf. § 1 og § 3.)
- re-/habiliteringstilbudet skal gis uavhengig av pasientens og brukerens boform.
- den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal ved behov samarbeide med andre etater.

Kommunen skal sørge for nødvendig undersøkelse og utredning, og ved behov henvise til spesialisthelsetjenesten før habilitering og rehabilitering settes i gang. Kommunale habiliterings- og rehabiliteringstjenester skal:

- dekke sosiale og psykososiale behov.
- sikre et differensiert tilbud som inneholder funksjonstrening, tilrettelegging og læringstilbud
- skal ha en synlig og lett tilgjengelig koordinerende enhet med tilstrekkelig bemanning og kompetanse.
- sikre system for tverrfaglig utredning og kartlegging av behov,
- kommunen sikrer et faglig tyngdepunkt med grunnleggende basiskompetanse innen sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering.



2.2.1 Forhold mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes ansvar og oppgaver

Både kommunen og spesialisthelsetjenesten har ansvar for å sørge for at brukere får nødvendig re-/habilitering og helhetlige tjenester. Som for annen helsehjelp, skal hovedtyngden av re-/habilitering skje i nærmiljøet til brukeren, som oftest i hjemkommunen, mens spesialisthelsetjenesten skal bidra med spesialisert kompetanse. Begge parter skal bidra med gjensidig veiledning. I re-/habiliteringsfeltet vil det ikke alltid være klart på hvilket nivå oppgavene skal ivaretas. Det vil avhenge av kompleksiteten i re-/habiliteringen og hvilken kompetanse som behøves. Behovene vil ikke bare være avhengig av diagnose, men vil kunne variere i ulike stadier av pasientforløpet. Det betyr at oppgave- og ansvarsfordelingen vil være i endring og må tilpasse seg den aktuelle situasjonen. Det er utarbeidet lovfestede samarbeidsavtaler som skal være virkemiddel for dialog og ansvars- og oppgavedeling mellom partene. I tillegg har Helsedirektoratet utarbeidet en modell som gir forslag til anbefalinger for ansvars- og oppgavefordelingen.

Tabell 1: Helsedirektoratets anbefalinger i veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator: (2015)

Tilbud som bør ytes i kommunene	Tilbud som bør ytes i spesialisthelsetjenesten
Tilbud til pasienter og brukere med kroniske sykdommer og tilstander innen de store diagnosegruppene, f.eks.: • muskel- og skjelettsykdommer • livsstilssykdommer • lettere psykiske lidelser • diabetes • kols og lungesykdommer. • kreft • rehabilitering i senere fase innen hjerte og kar-sykdommer, herunder hjerneslag • rehabilitering ved mindre omfattende behov etter ortopedisk behandling.	Rehabilitering av særlig kompleks art, og i akutte faser og ved betydelige endringer i funksjonsnivå, f.eks. til pasienter med: • progredierende nevrologiske tilstander • ved betydelige endringer og i akutte faser: • nevrologiske tilstander som CP, hjerneslag med komplekse utfall, spinalskade, traumatisk hodeskade • amputasjoner • multitraumer • sjeldne sykdommer og tilstander
Videre anbefales at kommunene styrker tilbudet innen sanseetap, læring og mestring og endring av levevaner.	Tiltak fra spesialisthelsetjenesten må omfatte både utredning, behandling, veiledning og opplæring.

Helsedirektoratets forslag til diagnose som kriterium for hvor tilbudet bør gis, må imidlertid modifiseres i forhold til alvorlighetsgrad av tilstandene og stadium i pasientforløpet. Mange brukere innenfor de nevnte diagnosegruppene vil ha behov for tjenester på begge nivåer, der overgangen fra opphold i spesialisthelsetjenesten til egen kommune kan være en særlig utsatt del av re-/habiliteringsforløpet. Da ansvars- og oppgavefordelingen mellom forvaltningsnivåene ikke er klart definert, ser kommunene det på flere områder som utfordrende å kunne være tydelig på hvilke re-/habiliteringsoppgaver og målgrupper kommunen skal ha ansvar for. I den grad ansvars- og oppgavedelingen skal endres, må det også følges av tilsvarende statlig finansiering og ressursfordeling.

Grenseflaten mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten er derfor en særlig viktig arena for faglig dialog, ledelse og videreutvikling og finansiering av tjenestene.

2.3. Habilitering og rehabilitering i Tysfjord, Ballangen og Narvik

Kommunene mangler en full oversikt over behovet for habilitering-/rehabiliteringstjenesten. Viktigheten av å kunne avdekke tidlig behov for hjelp og kunne sette i verk forebyggende tiltak, vil ha en stor betydning for målgruppen. Det føres ingen samlet statistikk over antall personer med funksjonsnedsettelse i Norge, men anslagene varierer fra rundt 10 til 30 % av befolkningen. På landsbasis har 13,6 % av brukere med vedtak om habilitering og rehabilitering i hjemmet individuell plan, men innsamlet data tyder på at enda flere hadde hatt nytte av dette. (Jf. Nasjonale kvalitetsindikatorer helsedirektoratet 2017)

Fig.1 Viser demografiske endringer fra 2017 til 2020 i Narvik, Tysfjord og Ballangen, og hvor stor andel den enkelte aldersgruppen utgjør av befolkningsgrunnlaget. (SSB.no)

	2017		2019	
Narvik	Antall	Andel	Antall	Andel
0-5 år	1207	6,4	1190	6,3
6-15 år	2028	10,8	2086	11
16-44 år	6897	36,7	6876	36,4
45 - 79 år	7613	40,5	7688	40,7
80- og eldre	1015	5,4	1041	5,5
Totalt	18760	100	18881	100
Tysfjord	Antall	Andel	Antall	Andel
0-5 år	96	4,8	95	4,9
6-15 år	213	10,8	218	11,2
16-44 år	611	31	585	30,2
45 - 79 år	932	47,3	931	48
80- og eldre	117	5,9	107	5,5
Totalt	1969	100	1936	100

	2017		2019	
Ballangen	Antall	Andel	Antall	Andel
0-5 år	136	5,3	140	5,6
6-15 år	291	11,4	263	10,5
16-44 år	755	29,7	746	30
45 - 79 år	1212	47,7	1181	47,5
80- og eldre	143	5,6	154	6,1
Totalt	2537	100	2484	100

Fig.2. Viser forventet demografisk endringer fra 2020 til 2040 i nye Narvik kommune. Befolkningsgrunnlaget i Tysfjord kommune er beregnet ut fra at 50 % av befolkningen vil tilhøre ny Narvik kommune. (SSB.no)

	2020		2040		
NY NARVIK	Antall	Andel	Antall	Andel	Endring 2020 - 2040 Andel endringer
0-5 år	1402	6,2	1376	5,8	- 0,4
6-15 år	2454	10,9	2533	10,8	- 0,1
16-44 år	7874	35,2	7767	33,1	- 2,1
45 - 79 år	9356	41,8	9539	40,6	- 1,2
80- og eldre	1276	5,7	2232	9,5	3,8
Totalt	22362	99,8	23447	99,8	

Tabellen viser at det kan forventes over en dobling av antallet personer over 80 år. Det vil i de andre aldersgruppene være en lav nedgang, ut fra befolkningsgrunnlaget som SSB legger til grunn fram mot 2040. Det kan til tross for nedgang i befolkningsgrunnlaget forventet en vekst i etterspørselen etter tjenestene i aldersgruppen 0-66 år, noe som blant annet skyldes økt forekomst av kroniske sykdommer med store funksjonsnedsettelse og medisinsk utvikling, som gjør at flere overlever alvorlig sykdom og ulykker. For å lære å mestre livet med sykdom og funksjonsnedsettelse trenger mange av disse brukerne koordinert og langvarig bistand.

For mange innbyggere fører funksjonsnedsettelsen til utfordringer med å kunne delta og være aktive i hverdag, skole, jobb og fritid. Tiltak som kan bedre funksjons- og mestringsevnen kan være medisinsk oppfølging og behandling, trening av fysisk, psykososial og kognitiv funksjon, lærings- og mestringstiltak og tilrettelegging gjennom hjelpemidler. Mange har også behov for tilrettelegging av bosituasjon, barnehage og skole, arbeidsdeltakelse, aktiviteter og det sosiale miljø.

Brukernes behov varierer i stor grad med tanke på innhold, omfang og intensitet i oppfølgingen. For eksempel vil noen ha behov for intensiv og mer spesialisert oppfølging i perioder, mens det i andre perioder er fokus på å lære å mestre livet best mulig med

funksjonsnedsettelsen. For å dekke innbyggernes ulike behov for re-/habilitering har kommunen utviklet et variert re-/habiliteringstilbud som sammen med de øvrige helse- og omsorgstjenestene, andre sektorer (NAV, oppvekst, utdanning, kultur), spesialisthelsetjenesten og frivillige samarbeider om å gi brukerne et best mulig tilbud.

2.3.1 Sentrale aktører i habilitering og rehabilitering

Fysio- og ergoterapitjenesten har kompetanse innen re-/habiliteringsarbeid for brukere i alle aldersgrupper. Brukerne får tiltak som blant annet behandling individuelt eller i gruppe, trening i dagliglivets aktiviteter, tilrettelegging av bolig og tilpassing av tekniske hjelpemidler. Tjenesten tilbyr rådgiving, veiledning og opplæring av bruker, personal og pårørende. Videre bidrar tjenesten i koordinering av tjenestetilbud mellom kommunale enheter, NAV og spesialisthelsetjenesten. Tiltakene gjennomføres på ulike arenaer som for eksempel skole, barnehage, sykehjem/institusjoner og i eget hjem og har ofte stor betydning for brukernes mulighet til å være aktive og delta på ulike samfunnsarenaer som utgjør en viktig del av kommunens samlede fysio- og ergoterapitjeneste. I Narvik kommune består den ambulante tjenesten av 2,1 ergoterapeuter, 3 fysioterapeuter og 1,0 turnusfysioterapeut. I tillegg har kommunen driftsavtale med 13,5 fysioterapeuter, herav 7 spesialister. Tysfjord har 1 årsverk kommunal fysioterapeut, og 1 årsverk med driftsavtale. Ballangen har 50 % kommunal fysioterapeut på institusjon og 2,20 årsverk fysioterapi med driftsavtale. Ballangen og Tysfjord har ikke ergoterapeut ansatt.

Fastlegenes diagnostisering, oppfølging og behandling av personer med funksjonsnedsettelser og kroniske sykdommer er en viktig del av det samlede kommunale helsetilbudet. Fastlegen har en medisinsk faglig koordineringsrolle, og skal identifisere brukere som har behov for re-/habilitering og delta i arbeidet med å fastsette re-/habiliteringsmål. Fastlegen skal være orientert om brukerens ansvarsgruppe og individuelle plan (IP), og skal i tillegg selv ta initiativ til at det



utarbeides IP og utpekes koordinator for egne brukere. Ved rehabilitering i institusjon overføres ansvaret for allmennlegetjenester til institusjonen den tiden pasienten er der, mens det ved rehabilitering i hjemmet, vil være fastlegen som har ansvaret i hele rehabiliteringsløpet. For brukeren er det viktig at fastlegen og de øvrige helse- og omsorgstjenestene samarbeider godt. Mange kroniske sykdommer vil være kjennetegnet med gradvis eller trinnvise forverringar som til en viss grad kan reverseres. Fastlegens rolle for disse må være tydelig definert ved å være tilgjengelig for diagnostikk og behandling av funksjonsfall, i tillegg til å bidra til habilitering og rehabilitering.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har barn, unge, gravide og foreldre som målgruppe. Formålet med tjenesten er å fremme fysisk og psykisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdom og skader. Tjenesten har en viktig oppgave i å fange opp barn og unge med behov for mer omfattende hjelp og oppfølging for eksempel på grunn av funksjonsnedsettelser, problemer i familien, psykiske plager eller

andre sammensatte, langvarige hjelpebehov. Helsestasjonen, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom skal bidra til å sikre helhetlige og koordinerte tjenester.

Hjelpemiddellageret:

Hjelpemiddellageret i Narvik har ansvar for mottak av hjelpemidler fra hjelpemiddelsentralen og utlevering av disse til brukerne. De er også ansvarlig for at hjelpemidlene blir montert riktig. De har også ansvar for tilbakelevering av hjelpemidler til hjelpemiddelsentralen eller evt. destruering når ikke bruker har behov lenger.

Hjelpemiddellageret har ansvar for ut-levering og montering av trygghetsalarmer samt fakturering av disse i kommunen. I Ballangen og Tysfjord sendes søknad om hjelpemidler til NAV. I Ballangen kommune er det Bangen Aktiv som kjører hjelpemidlene ut til brukeren. I Tysfjord er det teknisk etat - uteavdeling som kjører hjelpemidlene ut til brukeren.



Hjemmesykepleien

Hjemmesykepleien har en viktig rolle i å oppdage begynnende funksjonsfall hos hjemmeboende brukere, og henvise dem videre ved behov for utredning og behandling. Hjemmesykepleien skal også kartlegge og vurdere behov for tilrettelegging av brukers hjem, samt motivere og følge opp brukere i rehabiliteringsprosessen med mål om å mestre hverdagen.

Barnehage og skole er de viktigste daglige arenaene for barn og unge. Barn og unge med funksjonsnedsettelse og kronisk sykdom har rett til et individuelt tilpasset og likeverdig tilbud som bidrar til en meningsfull oppvekst uansett funksjonsnivå. Skolen skal organisere og tilrettelegge opplæringen slik at den er inkluderende overfor alle elever. Narvik kommune har langt flere fagressurser og ansatt med tilbud til målgruppen, enn hva Ballangen og Tysfjord kommune har. Skolebarn vil etter behov få oppfølging av pedagogisk psykologiske tjenesten for Ofoten, som har arbeidsfelt ved alle skoler i alle 3 kommunene. De fleste barn og unge har behov for samordnet tjenester fra helse- og omsorgstjenestene, noe som stiller krav til samhandling- og samarbeid mellom barnehage- og skoleområde i alle tre kommunene.

Avlastning barn og unge gis som tjeneste som pårørendestøtte i form av avlastningstiltak, opplæring og veiledning. Avlastningstiltak gis som avlastning i institusjon, privat avlastningshjem eller BPA. Narvik kommune sitt avlastningstiltak / - tilbud gis også til barn og unge fra Tysfjord og Ballangen.

Logopediske/ spesialpedagogiske tjenester

Spesialpedagogisk team i Narvik består av logopeder, spesialpedagoger og assistenter. Spesialpedagogene ambulerer og gir sine tjenester i private og kommunale barnehager, samt i private hjem. Den logopediske hjelpen gis ved spesialpedagogisk team kontorer ved rådhuset i Narvik. Assistentene gir hjelpen i barnehagene, avhengig av hvor behovet er. Formålet med spesialpedagogisk hjelp er å gi barn tidlig hjelp og støtte i utvikling og læring av for eksempel språklige og sosiale ferdigheter. Spesialpedagogisk hjelp kan gis til barnet individuelt eller i gruppe. Hjelpen skal også omfatte tilbud om foreldrerådgivning.

(Lovhjemmel er barnehageloven §19 a.) Logopeder gir spesialundervisning til grunnskolebarn etter Opplæringslova § 5.1 rett til spesialundervisning. I Ballangen er det spesialpedagogisk kompetanse i skoler og barnehager. Disse samarbeider tett med PPT og iverksetter tiltak i henhold til tilrådning fra PPT. Skoler og barnehager samarbeider også med logo.

Voksenopplæringen

Ansvaret for rehabilitering og opplæring etter hjerneslag er fordelt på helsesektoren og opplæringssektoren. Den det måtte gjelde for har rett til logopedisk behandling og logopedisk opplæring jf. Folketrygdloven § 5-10 og Opplæringsloven § 4 A. Henvendelser kommer fra sakkyndige som kan være leger, spesialister og PPT Ofoten. Logopeden samarbeider med pårørende og eventuelle faggrupper ,f.eks fysioterapi og ergoterapi.

Pedagogisk, psykologisk tjeneste (PPT - Ofoten) sitt arbeid retter seg mot målgruppen i de tre kommunene. PPT- Ofoten er først og fremst kommunenes sakkyndighets organ. Det vil si at barn, unge og eldre som trenger spesialpedagogisk hjelp/spesialundervisning vurderes av PPT før tiltak iverksettes. Ved siden av utredning og sakkyndighetsvurdering, veileder PPT foresatte, personale i barnehage og skole. PPT kan holde kurs, foredrag m.m., eller henvise til statlig pedagogisk støttesystem (StatPed). PPT arbeider sammen med barnehager og skoler om kompetanseheving og organisasjonsutvikling. I dette arbeidet har PPT fokus på kartlegging, klasseledelse, relasjoner mellom voksne og barn/elev, og mellom barn/elev og barn/elev, samt praktisk tilrettelegging for ulike behov.

Rus og Psykiatritjenesten, boligkontor og NAV har ansvar for tjenester for voksne som har rus- og /eller psykiske lidelser. Tjenestene arbeider med integrering, inkludering og områdesatsning i utvalgte levekårsoner. Det er viktig med god kjennskap og samarbeid mellom helse og omsorgstjenestene for å sikre helhetlige tjenester og forløp for personer med sammensatte og langvarige behov.

Pårørende er ofte brukerens viktigste støtte og ønsker ofte å være en ressurs for brukeren. Pårørende kjenner brukeren godt, og har erfaring med hva som kan bidra til å hjelpe. Samtidig må ansatte være bevisst



på at pårørende kan ha behov for faglig veiledning, avlastning og støtte. Når alvorlig sykdom rammer en i familien er barna utsatt. Hvis barn som er pårørende ikke blir ivare tatt og møtt med innsikt og forståelse av voksne eller av hjelpeapparatet, kan situasjonen ha negativ innvirkning på hverdagen, sosialt liv og barnets utvikling og helse. Tjensten har gode interne rutiner for å kunne ivareta de pårørende. Koordinerende enhet har et særskilt ansvar for

utarbeidelse av individuell plan (IP), opplæring og oppnevning av koordinator, og kommunen har egen barneansvarlige som skal ivareta barn og unge som pårørende.

Friskliv- og mestringstjenesten er en forebyggende og helsefremmende tjeneste. I Friskliv- og mestringstjenesten legges det vekt på en helhetlig tilnærming i arbeidet med å styrke fysiske, mentale og sosiale ressurser for helse, endring og mestring. Tjenesten skal gi støtte til å endre levevaner og mestre helseutfordringer. Bidra til å forebygge eller hindre utvikling av sykdom og funksjonsnedsettelse, og understøtte brukerens egen læringsprosess. Narvik kommune har 1,5 årsverk tilknyttet tjenesten. Ballangen har 0,5 årsverk Frisklivskoordinator. Pr. i dag ikke besatt. Tysfjord kommune har 0,5 årsverk Frisklivskoordinator. Tysfjord og Ballangen har ingen ressurser tilknyttet læring- og mestring.

I Narvik er det opprettet en koordinerende enhet og en rehabiliteringsavdeling, samt et fagteam i hverdagsrehabilitering. I tillegg foregår det et betydelig ambulant hab- og rehabiliteringsarbeid i hjem, skole, barnehage og i den kommunale avlastningsboligen for barn og unge. I Narvik kommune har vi etablert et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten, god ordning for vurdering av hjelpemidler og vi har flere ergoterapeuter og fysioterapeuter. Det synes imidlertid å være mer flerfaglig samarbeid enn tverrfaglig samhandling, og at det er behov for et tettere samarbeid mellom ulike faggrupper og enheter.

I Ballangen er det et tildelingskontor hvor søknader til kommunale tjenester blir registrert. Det er 1 sykepleier som er på kartleggingsbesøk og etter dette blir det skrevet vedtak ut fra behovet man ser i kartleggingen. Tildelingskontoret har også funksjon som koordinerende enhet hvor en innhenter opplysninger fra forskjellige etater og innkaller til samarbeidsmøter hvor det er nødvendig.

I Tysfjord er den koordinerende enhet lagt til tildelingsenheten, bestående av ansatte fra ulike enheter, fysio og lege. Et samarbeidsteam for barn og unge, ivaretager denne målgruppe. Mange av de samme fagpersoner deltar på "tvers" av tildelingsenhet og samarbeidsteam, hvilket sikrer helhet i tjenestene. Kommunens geografi gjør at de kommunale tjenestene samarbeider med både UNN - Narvik/Tromsø og Nordlandssykehuset.

2.3.2 Habiliteringstjenester for barn og unge

For barna og familien er det viktig å ha størst mulig kontinuitet i oppfølgingen. Verktøy som ansvarsgrupper, koordinator og individuell plan (IP) må benyttes for å få til en målrettet og samordnet innsats. Et fragmentert tjenesteapparat gjør det ofte vanskelig for barn og familier å vite hvor de kan finne riktig hjelp.

Viktige forutsetninger for at barn og unge med funksjonsnedsettelsen skal ha mulighet for å oppnå og beholde størst mulig selvstendighet, samt inkludering og deltakelse på alle livets områder, må tverrfaglige og tverrsektorielle tjenester og samhandling være etablert. Det er snakk om samarbeid mellom fastleger, helsestasjon- og skolehelsetjeneste, ergo og fysioterapitjenesten, tjenester til personer med utviklingshemming og andre

funksjonsnedsettelse, pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT), barnehage/skole, NAV, sosialtjenesten og idretts-/kulturtilbud m.fl.

Sentrale samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten er Habiliteringstjenesten for barn, unge og voksne ved UNN-Tromsø, Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) m.fl. Samarbeids- og koordineringsutfordringene er annerledes og ofte mer kompleks for barn og unge med langvarige og sammensatte behov enn for voksne brukere med tilsvarende behov.

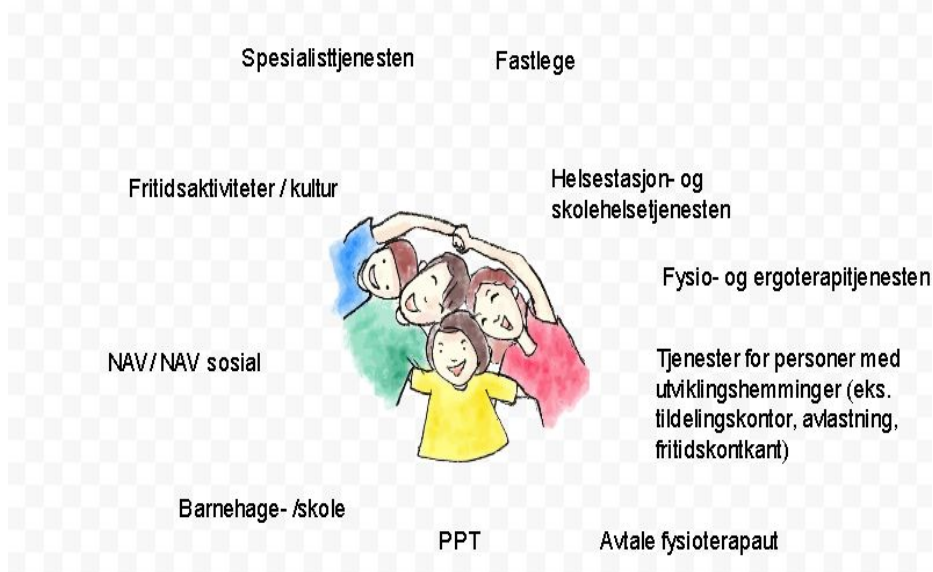
Overganger mellom ulike livsfaser (for eksempel fra barnehage til skole, ungdom til ung voksen) og arenaer (for eksempel fra videregående skole til dagtilbud) er særlig kritiske faser. Barn og unge med funksjonsnedsettelse har ofte behov for tjenester fra helse- og skolesektoren samtidig. Sektorene har ulike oppgaver og ansvar, men har felles mål om at barn og unge med nedsatt funksjonsevne skal kunne delta i samfunnet på lik linje med jevnaldrende. Mange foreldre etterspør større helhet og kontinuitet i erfaringsoverføring og tiltak på ulike arenaer som barnehage, skole, hjem og avlastning. Det er behov for en tydeligere avklaring av tjenestenes roller, funksjon og ansvar, for eksempel gjelder dette når barn og unge har behov for helserelaterte tiltak i barnehage og skole.

Tidlig og tverrfaglig behovskartlegging er nødvendig for å kunne iverksette tiltak som kan øke egenmestring og utsette eller redusere hjelpebehovet. Også når det bare foreligger en antakelse om et mulig behov skal dette følges opp. For barn og unge krever dette at helsestasjon, skolehelsetjeneste, fastlege samt barnehage og skole bidrar til å avdekke og henvise videre for utredning og kartlegging. Mangelfull

kompetanse og systemer for tverrfaglig og tverrsektoriell samhandling kan for eksempel medføre sen diagnostisering av personer med underliggende psykisk utviklingshemming eller autismespekterdiagnose. Spesialisthelsetjenesten har organisert og lokalisert sitt tilbud til barn og unge ved UNN-Tromsø. Det betyr at de barn og unge som har særlig behov for oppfølging fra spesialisthelsetjenesten må reise til Tromsø.

Foreldre til barn med kronisk sykdom og funksjonsnedsettelse vil ofte måtte forholde seg til mange hjelpeinstanser, og deres bekymring og innsats kan for mange bli langvarig og påvirke hele familielivet. Foreldre som ikke får den hjelpen de trenger kan oppleve

Bilde på viktige aktører i tverrfaglig og tverrretattlig samhandling rundt barn og unge med funksjonshemming.



manglende anerkjennelse som en tilleggsbelastning. Barn og unge med langvarige og sammensatte helse- og omsorgsbehov og deres foreldre kan trenge veiledning, avlastning og botiltak.

Tysfjord: Ansvar for utarbeidelse av individuelle plan for barn og ungdom koordineres primært av helsesøstre. Tysfjord kommune kjøper tjenester for målgruppen barn og unge som de ikke selv kan gi tilbud om. Eks. barneavlastning kjøpes fra andre kommuner.

Ballangen: Helsesøstertjenesten koordinerer alle individuelle planer til barn og ungdom fra 0 til 20 år. I Ballangen er det samarbeid mellom helsetjenesten, skoler/barnehager og NAV omkring barn og ungdom med ekstra behov for oppfølging og deres familier. Helse og omsorgstjenesten i Ballangen deltar når det er aktuelt med avlastning og lignende tilbud til målgruppen.

Narvik: I enhet funksjonshemmede og avlastning for barn og unge, finner vi f.eks. avlastningstilbud for barn og unge og tilbud om fritidskontakt. Det er via koordinerende enhet at koordinator blir oppnevnt. Det er flere tjenesten/profesjoner som har et koordinatoransvar med å følge opp og utarbeide individuell plan (IP).

2.3.3 Habiliteringstjenester for voksne

Voksne personer (over 18 år) med habiliteringsbehov er en sammensatt gruppe med svært ulike behov. Tjenestene skal fremme mestringsevne og understøtte brukerens innsats for best mulig funksjonsevne, selvstendighet og deltakelse. Tjenester til utviklingshemmede har et særlig ansvar for målgruppen, i samarbeid med andre tjenester på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer. Brukerne bor i bofellesskap, i samlokaliserte boliger, i foreldrehjem eller i selvstendige leiligheter. Tjenesten har også ansvar for drift av dagsentre og avlastningstilbud, og skal sikre at brukerne får nødvendige helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand og støttekontakt m.m.

I **Tysfjord** ivaretas habiliteringstjenesten primært av miljøtjenesten som gir hjemmebaserte tjenester etter vedtak til primært voksne innbyggere med utviklingshemming. De fleste brukere bor i omsorgsboliger, dog ikke omsorgsboliger som er lagt til rette særlig for denne gruppen. Miljøtjenesten organiserer også dagsentertilbud til brukergruppen. Der er i liten grad lagt til rette for et tverrfaglig, målrettet tilbud for voksne personer som har et habiliteringsbehov. Miljøtjenesten samarbeider med habiliteringstjenestene på både UNN Narvik og Nordlandssykehuset.

I **Ballangen** brukes ambulerende team i spesialisthelsetjenesten mye. Fastlege sender henvisning elektronisk til UNN-Narvik. Egen bolig for brukere med vernepleier og hvor de har fokus på miljøterapi arbeid. Brukere har også tilbud om støttekontakter og BPA

I **Narvik** er det høsten 2017 ingen venteliste for å få omsorgsbolig, og samarbeidet beskrives som godt med habiliteringstjenesten ved Unn Narvik. Kommunen har flere omsorgsboliger med bemanning i kommune, bofellesskap og BPA tiltak. Narvik må styrke tverrfaglig samarbeid innad i kommunen og styrke arbeid med målrettede tiltak, gjennomføring og evaluering.

2.3.4 Rehabiliteringstjenester for voksne og eldre

I dette kapittelet presenteres kommunene ulike rehabiliteringstilbud i og utenfor institusjon som har rehabilitering for voksne og eldre som sin kjernevirksomhet. Sentrale samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten er UNN-Narvik for Narvik og Ballangen kommune, mens Tysfjord kommune også har et samarbeid med Nordlandssykehuset HF i Bodø.

Rehabilitering i og utenfor institusjon

I Narvik finner vi korttidsplasser for målgruppen ved sykehjemmene Furumoen og Ellas Minne (Bjerkvik). Ved Ellas Minne er det 2 korttidsplasser for målgruppen eldre med behov for opptrening, kartlegging, sosial kontakt, ernærings korrigering og avlastning. I tillegg 2 plasser for lindrende behandling og pleie. Furumoen har 12 plasser fordelt på 3 lindrende, 4 for rullerende opphold og de øvrige 5 for samme målgruppe som Ellas minne. Narvik har etablert hverdagsrehabilitering team bestående av Fysioterapeut 50%, Sykepleier 75% Ergoterapeut 75 % og to fagarbeidere/hjemmetrenere i 85% stilling. Målgruppen er hjemmeboende eldre. uten nedre aldersgrense. Det gjelder også brukere som står i risiko for å miste funksjon eller brukere med fallende funksjon som søker bistand og hjelp til omsorgstjenester for første gang, utskrevet fra sykehus, døgnrehabilitering og korttidsplass ved sykehjem.

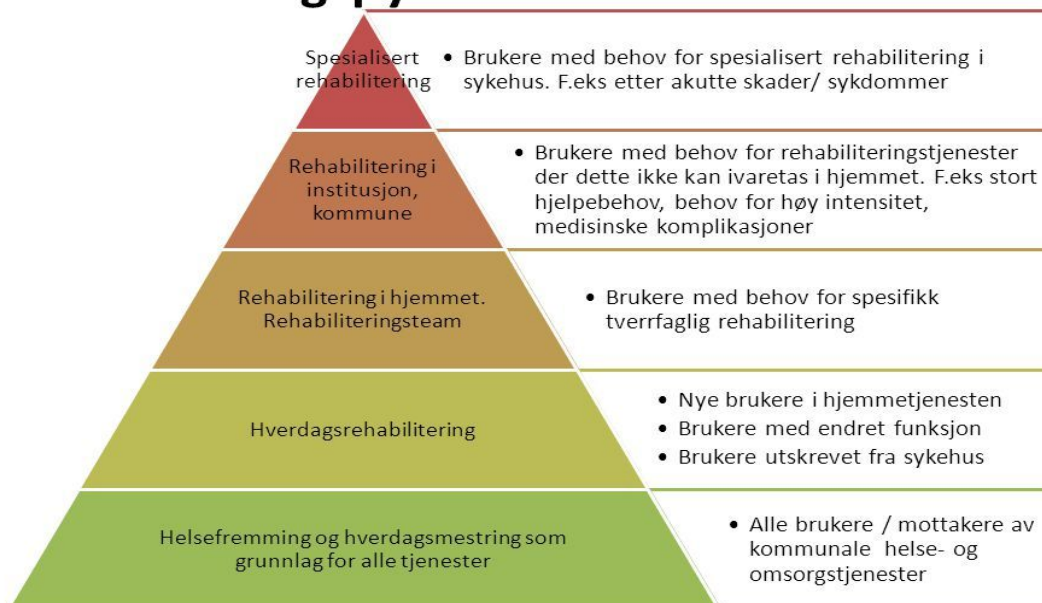
Narvik REO er en rehabiliterings-, etterbehandlings- og observasjonsavdeling som i nær tilknytning og i samarbeid med UNN-Narvik hvor de behandler pasienter før og etter sykehusopphold. REO har 18 senger hvorav inntil 3 er KAD-senger, 4 er beregnet for rehabilitering og de øvrige 11 for etterbehandling etter sykehusopphold. Sengene brukes fleksibelt ut fra behov i pasientgruppen . REO har knyttet til seg fysioterapi i 150 % stilling og ergoterapi i 100 % stilling, samt sykepleiere, omsorgsarbeidere og lege.

I Ballangen har en korttidsavdeling med 2 palliative/lindrende med 4 korttidsplasser, der avlastning rullerende og korttidsopphold er. Det er knyttet 50 % fysioterapeut på institusjon. Ved behov har de tilgang til en pasient plass ved REO Narvik.

I Tysfjord finnes en korttidsplass og en rehab. og obs-plass på Prestegårdstunet sykehjem, og de har tilgjengelig fysioterapeut. Ved behov har de tilgang til en pasient plass ved REO Narvik.

Rehabilitering utenfor institusjon omfatter alle rehabiliteringstiltak som gjennomføres for hjemmeboende personer; enten i brukers hjem, nærmiljø eller i kommunens lokaler. Tiltakene gjennomføres enten av ulike tjenester som bidrar inn i brukerens rehabiliteringsprosess, eller i tverrfaglige team.

Rehabiliteringspyramiden



Pyramiden skal skissere forholdet mellom antall brukere og hvilke rehabiliteringstjenester som benyttes.

3.0 TILTAK FOR STYRKET HABILITERING OG REHABILITERING

Det overordnede målet med handlingsplanen er at kommunens innbyggere skal motta helhetlige og kunnskapsbaserte habiliterings- og rehabiliteringstjenester som støtter opp under mestring, brukermedvirkning og deltakelse.

For å nå målsettingene vil kommunene gjennom denne planen foreslå tiltak innenfor fire hovedområder:

- 1) **mestring og medvirkning,**
- 2) **Samordnet innsats i gode forløp**
- 3) **Kunnskapsbasert tjenesteutvikling**
- 4) **Digitale løsninger**

Noen av tiltakene kan iverksettes innenfor dagens drift, men noen endringer i tjenestene, mens andre tiltak vil kreve økt fagressurser og prosjektstyring, som vil bidra med å



Hverdagsrehabilitering, Kristiansand 2014.03.04.

utvikle, drifte og implementere nye system og ordninger som er nødvendig, slik at vi ivaretar lovkrav og veileder innenfor fagfeltet.

3.1 Mestring og medvirkning

Kommunene ønsker å fremme at brukeren er aktivt deltakende i re-/habiliteringen. Dette innebærer å ta i bruk brukernes egne ressurser på nye måter, med økt fokus på mestring i hverdagslivet med utgangspunkt i den enkeltes behov, ressurser og mål. Ansatte skal møte innbyggere som har nedsatt funksjons- og mestringsevne med spørsmålet «Hva er viktige for deg» og «hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå?»

For at ansatte skal kunne motivere og bistå brukerne i å være aktiv deltakende i egen re-/habilitering ønsker kommunene å øke de ansattes kompetanse innen endringsmetodikk og kultursensitivitet. Brukerens koordinator har et særlig ansvar for å sikre at brukers rett til medvirkning blir ivare tatt, og derfor bør koordinatorenes kompetanse særlig styrkes. Verktøy som støtter opp under brukermedvirkning skal brukes der dette er hensiktsmessig. I tillegg til individuell plan kan dette for eksempel være en kunnskapsbasert fagprosedyre om hvordan koordinator kan styrke brukermedvirkning ved utarbeidelse av mål i individuell plan.

Ansatte i tjenestene vil jobbe mer systematisk med hvordan den enkelte bruker og pårørende involveres i å vurdere behov og bestemme hvilke tiltak som skal settes i gang. Brukerne skal være aktive og likeverdige deltakere. Den enkeltes familie og nettverk skal trekkes med i re-/habiliteringsforløpet og ved behov få tilbud om faglig veiledning, avlastning og støtte. Dette innebærer at man hele tiden må vurdere pårørendes behov for støtte og være særlig oppmerksom på pårørende som er i en særlig utsatt situasjon. For noen brukere og pårørende er det nødvendig med tolk i møte med helse- og omsorgstjenestene. Kommunens tolketjeneste skal derfor brukes når det er nødvendig for å gi forsvarlig helsehjelp, informasjon og sikre at brukerens mulighet for medvirkning ivaretas.

Vi skal jobbe med:

- Styrke og videreutvikle kommunens lærings- og mestringstilbud for barn, unge og voksne som kan ha nytte av dette som del av sin habilitering og rehabilitering i alle kommunene.
- HVA ER VIKTIG FOR DEG - implementere metoden (tenkning og handling) inn i tjenestene, slik at ansatte har fokus på og bruker metoden i møte med bruker.
- Utvikle og synliggjøre rutiner for samarbeid med bruker-, frivillig-, og brukerorganisasjoner, samt med pårørende for å sikre at erfaringer blir nyttiggjort i kvalitets- og utviklingsarbeid i hab./reh. på system- og individnivå
- Gjennomføre brukerundersøkelse hvert 2 år på områdene: Praktisk bistand, BPA, ROP og helsetj.
- Styrke samarbeidet med frivillige organisasjoner, med fokus på etablering av nye tiltak som vil bidra til å fremme mestring og deltagelse for brukere i skole og fritid. Eks. lavterskeltilbud idrett, fritidstilbud, basseng osv.
- Nye bruker av hjemmetjenesten skal møtes av ansatte som har fokus på deres ressurser, mål og muligheter for mestring og avdekke behov for rehabilitering.

3.2 Samordnet innsats i gode forløp

Kommunene vil arbeide for bedre samarbeid og samkjøring mellom ulike tjenester. Dette skal gjøres gjennom utvikling av nye tverrfaglige arbeidsformer og brukerforløp, videreutvikling av kommunens koordinerende enhet og økt kapasitet.

Tidlig, tverrfaglig og systematisk kartlegging av behov må prioriteres når en person opplever sykdom eller funksjonssvikt. Da er det viktig å kartlegge muligheten for re-/habilitering så tidlig som mulig. Tidlig innsats er viktig for brukere i alle aldersgrupper. Målet er å øke funksjons- og mestringsevnen og å utsette eller redusere hjelpebehov. Dette krever at tjenestene kommer i gang tidlig i en sykdomsutvikling eller så raskt som mulig etter at behovet for målrettet tverrfaglig innsats er meldt.

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering og opplæring

Koordinerende enhet er organisert forskjellig i våre tre kommuner. Dette er et av de tiltak som vi må arbeides med særskilt. Ved sammenslåing av kommunene i 2020 skal det være klart hvordan vi skal ha en enda mer effektiv, faglig kompetanse med gode rutiner i tjenesten, som skal yte og støtte brukere og andre helsetjenester m.fl. for målgruppen habilitering og rehabilitering. Koordinerende enhet vil være en del av Tildelingskontor i enhet Fag- og forvaltning i Narvik kommune. Tjenesten skal være synlig for brukere og hjelpeapparat. Opplæring av koordinatorrollen vil være en av flere oppgaver ved koordinerende enhet som skal og må styrkes. Viktig at en har en god organisering, samarbeidsstruktur og tydelig lederforankring som sikrer at brukernes koordineringsbehov i best mulig grad ivaretas. Koordinatorrollen ivaretas i hovedsak av ansatte i kommunens helse- og omsorgstjenester.

Vi skal jobbe med:

- Styrke og etablere en velfungerende koordinerende enhet, i tilknytning til Tildelingskontoret. Herunder etablere et samlet tverrfaglig tyngdepunkt for habilitering og rehabilitering som skal være et faglig kraftsenter for fagutvikling, tverrfaglig samarbeid og samhandling med spesialisthelsetjenesten. Oversiktlig for de ulike enhetene, og gi brukere et samlet, kvalitetssikret tilbud og tjeneste.
- Innføre og opplæring av ansatte m.fl. i bruk av programmet SamPRO
- Utvikle og samordne en rehabiliteringstjeneste som skal ivareta brukere med hab./rehabiliteringsbehov, samt sikre gode forløp/overganger og drive pasientrettet arbeid i kommunen.
- Avklare ressursbehov for habilitering og rehabilitering etter 2020 for å sikre lik breddekompetanse i nye Narvik kommunene. Likt hab. og reh. tilbud uavhengig hvor du bor i kommunen (nå og etter 2020) .
- Iverksette prosjekt hverdagsrehabilitering interkommunalt samarbeid mellom Ballangen og Tysfjord med utgangspunkt i "Narvik Modellen".

For å lykkes bedre med å fange opp personer med funksjonsfall og mulig behov for re-/habilitering vil kommunene styrke kompetanse og utvikle systemer for tverrfaglig og

tverrsektoriell samhandling. Fastlegene skal i sterkere grad bidra til tidlig identifisering og henvisning til re/habilitering og bidra til helhetlige forløp. Det er også behov for en tydeliggjøring av hvem som er behandlende lege for brukere som har tjenester både fra fastlege og spesialisthelsetjenesten.

Samordnet og tverrfaglig innsats

Personer med langvarige og sammensatte behov trenger ofte tverrfaglig bistand fra på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer. Brukere, pårørende og ansatte opplever kommunens tjenestestruktur som fragmentert. Kommunene vil forbedre og koordinere den tverrfaglige og tverrsektorielle innsatsen, og utvikle helhetlige forløp for personer med sammensatte og langvarige behov. Særlig fokus må rettes mot å sikre overganger; som for eksempel fra ungdom til voksenliv, ved utskrivning fra spesialisthelsetjeneste til kommune og utskrivning fra korttids-/rehabiliteringsavdeling til hjem.

Grensen mellom ansvaret for re-/habilitering i spesialisthelsetjenesten og i kommunen er i mange tilfeller uklar, og det bør utredes hvordan behovet til disse brukergruppene best kan ivaretas. For eksempel gjelder dette personer med muskel-/skjelettproblemer, kreft, KOLS og lungesykdommer. I særlig grad gjelder dette personer med behov for langvarig oppfølging og spesiell kompetanse, for eksempel personer med omfattende kognitive vansker etter traumatisk og ervervet hjerneskade. Kommunenes eksisterende rehabiliteringstilbud er ofte mangelfullt og ikke tilpasset fullt ut disse brukernes behov.

For barn og unge er skole og barnehage viktige arenaer, og det er behov for å bedre samarbeidet mellom helse- og utdanningssektoren rundt barn og unge med funksjonsnedsettelse, og mellom disse tjenestene og spesialisthelsetjenesten. Et virkemiddel for å styrke tverrsektorielt samarbeid er å etablere samarbeidsarenaer og samarbeidsavtaler som involverer relevante aktører, og der tjenestenes roller, funksjon og ansvar tydeliggjøres og gode samhandlingsrutiner etableres.

Vi skal jobbe med:

- Iverksette et prosjekt som vil gi anbefalinger for utvikling av arbeidsmodell for tidlig kartlegging og vurdering, samt implementering modellen i drift.
- Fokus på at det kommunale samarbeid før sammenslåing i 2020 og på de aktuelle områder der fagkompetansen ergoterapi, ernæringsfysiolog, logoped, barnefysio er viktig fagkompetanse, samt sikre gode overganger og samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten
- Etablere forpliktende samarbeid i tråd med implementeringen av den forebyggende modellen BTI for barn og unge i alderen 0- 23 år, hvor også oppvekst/skole, helse, omsorg og bolig/sosial inngår.
- Ut fra kartleggingen i kommunene høsten 2017, synliggjøres behov for styrking av kompetanse og ressurser innen fysio- og ergoterapitjenesten med ergoterapi, logoped og begrensede fysioterapiressurser. Økte kompetanser og ressurser for å kunne bygge opp og kunne gi en helhetlig tjenestetilbud, uavhengig av hvor en bor i kommunen. Dette vil bl annet sikre raskere og et godt og stabilt tilbud knyttet til hjemkomst og overganger for brukerne.

Bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten

Samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten er styrt gjennom lovverk og tjenesteavtaler, en tjenesteavtale som for mange er lite konkret.

Veiledning og ambulant virksomhet fra spesialisthelsetjenesten er virkemidler for å tilføre kommunene nødvendig kompetanse for å sikre at brukere kan bo hjemme og mestre livet med sykdom. Dette kan gjøres gjennom gjensidig hospitering og kompetanseutveksling mellom spesialisthelsetjeneste og kommune, både på individnivå (knyttet til enkeltbrukere) og på systemnivå. Ambulant virksomhet kan bedre helsetilbudet, gi bedre brukerforløp og effektiv utnyttelse av ressursene for begge tjenestenivå.

Vi skal jobbe med:

- Samhandling med spesialisthelsetjenesten. Bedre overganger og pasientforløp fra sykehus til kommune og innad i kommunen,

3.3 Kunnskapsbasert tjenesteutvikling

Den faglige omstillingen i arbeidsformer og tilbud som er nødvendig for å sikre gode re-/habiliteringstjenester krever ny kompetanse og forskningsbasert kunnskap. Det er dokumentert at brukere skrives ut tidligere til kommunen med mer komplekse tilstander, noe som krever at kommunen må øke tverrfaglig og spesialisert kompetanse innen re-/habiliteringsfeltet. Kompetanseløft 2020 er regjeringen sin plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Planen skal bidra til en faglig sterk tjeneste og til å sikre at den kommunale helse- og omsorgstjenesten har tilstrekkelig og kompetent bemanning. Det bør i tillegg iverksettes systematiske og strategiske arbeidsgiver styrte tiltak som styrker rekruttering av motiverte ansatte, og som gir mer forutsigbare økonomiske rammer.

Vi skal jobbe med:

- Etablere senter for kompetanseutvikling i kommunen for lokal gjennomføring av kurs og kompetanseheving for ansatte og pårørende
- Felles kursplattform / kompetanseplaner i en felles oversikt. System og struktur for deltagelse og utvikling av læringsnettverk.
- Etablere opplæringsprogram for alle ansatte med fokus på hverdagsmestring, endringsmetodikk, kultursensitivitet og ernæring.
- HVA ER VIKTIG FOR DEG - implementere metoden (tenkning og handling) inn i tjenestene, slik at ansatte har fokus på og bruker metoden i møte med bruker.
- Utvikle praksis for kompetanseoverføring/ hospiteringsordninger innad i kommunen og mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten
- Utarbeide og dokumentere produksjon og justerer den etter funn en finner, slik at vi har en effekt og målrettet tjenester for brukerne. Gjør vi de rette tingene?

3.4 Digitale løsninger

Tilrettelegging med velferdsteknologi kan bidra til at brukere i større grad er i aktivitet, vedlikeholder funksjonsevne og opplever økt trygghet og mestring. Gode digitale løsninger støtter opp under brukernes individuelle re-/habiliteringsprosess. Studier viser at det kan være et potensiale i å ta i bruk velferdsteknologi som støtter opp under barn og unges deltakelse og mestring av fritidsaktiviteter og gjøremål i dagliglivet. Den teknologiske utviklingen gir også muligheter for å tenke nye måter å gi helsehjelp, for eksempel veiledet egentrening gjennom videokommunikasjon og dataspill

Kommunen ønsker å satse, i tråd med nasjonale føringer på teknologiske forbedringer av journal- og datasystemer som vil gjøre det enklere og mer effektivt å samhandle med andre tjenester, og som slik understøtter tverrfaglig og tverretattlig samarbeid.

Vi skal jobbe med:

- Økt fokus på digitale løsninger for brukere, der digitale løsninger bidra til en bedre og lettere hverdag for brukeren.
- Styrke utviklingen av velferdsteknologiske løsninger i alle 3 kommunene og i nye Narvik kommune i 2020 - 2022

4.0 ØKONOMISKE KONSEKVENSER AV HANDLINGSPLANENS TILTAK

Stortinget vedtok i Statsbudsjettet (Prop. 1 S) for budsjettåret 2017 å etablere et kommunalt stimuleringsstilskudd på 91 millioner kroner for at kommunene skal omstille sin kompetanse og utvikle sine re-/ rehabiliteringstjenester i årene fremover. Dette skal være tilskuddsbaserte midler forvaltet av fylkesmennene, og komme i tillegg til en økning i frie inntekter med 100 millioner på dette området.

For å få tilgang til disse midlene stilles det krav om at kommunene skal ha en oppdatert plan for habiliterings- og rehabiliteringstjenesten. Her må kommunen vise til at de har nødvendig fagkompetanse, særskilt ergoterapi kompetanse med tanke på at dette er foreslått som lovkrav fra 2020. I tillegg skal kommunen dokumentere samarbeid med brukerorganisasjoner. Tysfjord, Ballangen og Narvik kommune legger nå frem en slik oppdatert handlingsplan for habilitering og rehabilitering.

Prioriterte tiltak viser planens økonomiske konsekvenser for de satsingsområde og for hele handlingsplanen i planperioden.

Finansieringen av tiltakene vil være en kombinasjon av statlige tilskudd i forbindelse med den nasjonale opptrappingsplanen og kommunale budsjettmidler i den takt dette bevilges i de årlige budsjetter.



4.1 Prioriterte tiltak i planperioden 2018 - 2022

Tiltakene er ikke listet opp i prioritert rekkefølge. Iverksetting av tiltak vil være avhengig av eksterne tilskudd til prosjekter jf. opptrappingsplan habilitering/rehabilitering 2017 -2019. Før iverksetting av tiltak må de konkretisert ut ifra måloppnåelsen for tiltakene og planen (jf. s.2)

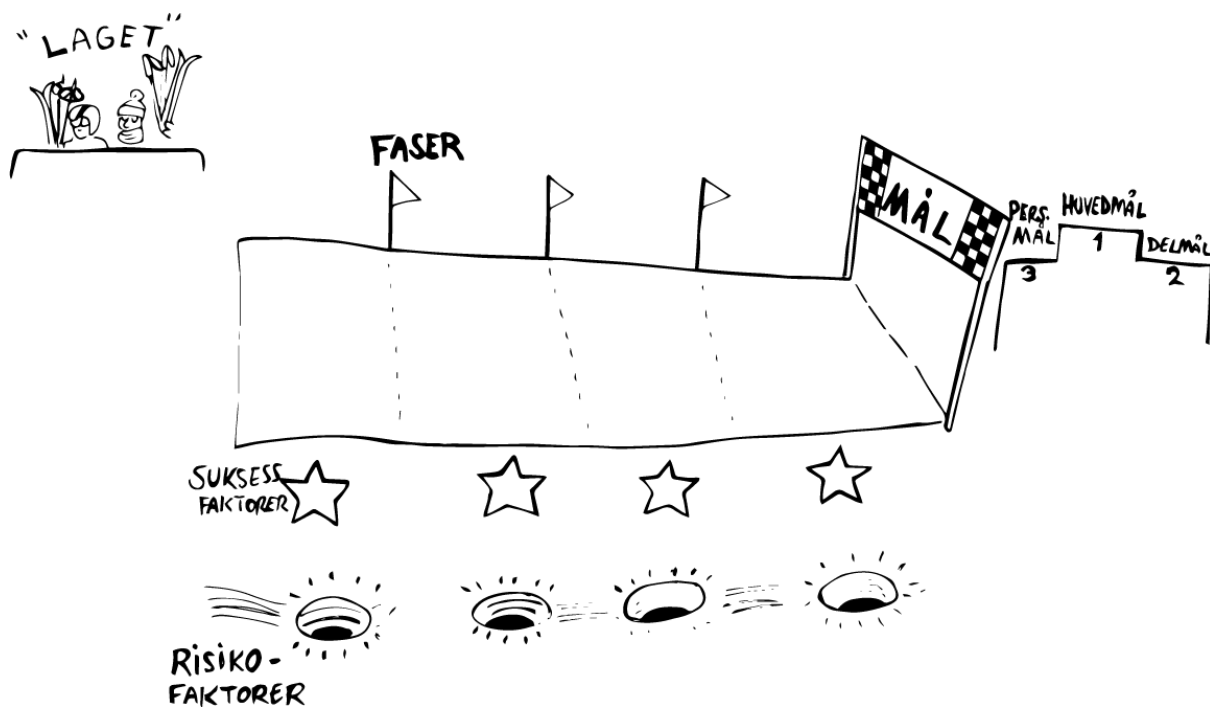
Mestring og medvirkning	Tiltak	Nye ressursbehov	Opptrapping / prosjekt kostnader pr. år	Varige kostnader pr. år etter opptrapping.
1	Styrke og videreutvikle kommunens lærings- og mestringstilbud for barn, unge og voksne som kan ha nytte av dette som del av sin habilitering og rehabilitering i alle kommunene.	1 nytt årsverk	kr. 800 000,-	kr. 800 000,-
2	Utvikle og synliggjøre rutiner for samarbeid med bruker-, frivillig-, og brukerorganisasjoner, samt med pårørende for å sikre at erfaringer blir nyttiggjort i kvalitets- og utviklingsarbeid i hab./reh. på system- og individnivå	0,5 årsverk til 1 årig prosjekt	kr. 400 000,-	
3	Gjennomføre brukerundersøkelse hvert 2 år på områdene: Praktisk bistand, BPA, ROP og helsetj.			
4	Styrke samarbeidet med frivillige organisasjoner, med fokus på etablering av nye tiltak som vil bidra til å fremme mestring og deltagelse for brukere i skole og fritid. Eks. lavterskeltilbud idrett, fritidstilbud, basseng osv.	0,5 årsverk til 1 årig prosjekt	kr. 400 000,-	
5	Nye bruker av hjemmetjenesten skal møtes av ansatte som har fokus på deres ressurser, mål og muligheter for mestring og avdekke behov for rehabilitering.			

Samordna innsats i gode forløp	Tiltak	Nye ressursbehov	Opptopping / prosjekt kostnader pr. år	Varige kostnader pr. år etter opptopping pr. år
6	Styrke og etablere en velfungerende koordinerende enhet, i tilknytning til Tildelingskontoret. Herunder etablere et samlet tverrfaglig tyngdepunkt for habilitering og rehabilitering som skal være et faglig kraftsenter for fagutvikling, tverrfaglig samarbeid og samhandling med spesialisthelsetjenesten. Oversiktlig for de ulike enhetene, og gi brukere et samlet, kvalitetssikret tilbud og tjeneste.	1 nytt årsverk	kr. 800 000	kr. 800 000,-
7	Innføre og opplæring av ansatte m.fl. i bruk av programmet SamPRO			
8	Utvikle og samordne en rehabiliteringstjeneste som skal ivareta brukere med hab./rehabiliteringsbehov, samt sikre gode forløp/overganger og drive pasientrettet arbeid i kommunen.	2 årig prosjekt	1 600 000 pr år	
9	Avklare ressursbehov for habilitering og rehabilitering etter 2020 for å sikre lik breddekompetanse i nye Narvik kommunene. Likt hab.og reh.tilbud uavhengig hvor du bor i kommunen (nå og etter 2020) .			
10	Iverksette prosjekt hverdagsrehabilitering interkommunalt samarbeid mellom Ballangen og Tysfjord med utgangspunkt i "Narvik Modellen".	jf. pkt. 13		

11	Iverksette et prosjekt som vil gi anbefalinger for utvikling av arbeidsmodell for tidlig kartlegging og vurdering, samt implementering modellen i drift. Fokus på at det kommunale samarbeid før sammenslåing i 2020 og på de aktuelle områder der fagkompetansen ergoterapi, ernæringsfysiolog, logoped, barnefysio er viktig fagkompetanse, samt sikre gode overganger og samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten	1 årsverk i 2. årig prosjekt med fokus på arbeid med pkt. 11 -	1 600 000	
12	Etablere forpliktende samarbeid i tråd med implementeringen av den forebyggende modellen BTI for barn og unge i alderen 0- 23 år, hvor også oppvekst/skole, helse, omsorg og bolig/sosial inngår.			
13	Ut fra kartleggingen i kommunene høsten 2017, synliggjøres behov for styrking av kompetanse og ressurser innen fysio- og ergoterapitjenesten med ergoterapi, logoped og begrensede fysioterapiressurser. Økte kompetanser og ressurser for å kunne bygge opp og kunne gi en helhetlig tjenestetilbud, uavhengig av hvor en bor i kommunen. Dette vil bl annet sikre raskere og et godt og stabilt tilbud knyttet til hjemkomst og overganger for brukerne.	Fagstillinger: 2.fysio 2..ergo 1.logop. 1.sykepl. 1.miljøterapi.	5 600 000,-	kr. 5 600 000,-
14	Samhandling med spesialisthelsetjenesten. Bedre overganger og pasientforløp fra sykehus til kommune og innad i kommunen	Iverksettes sammen med UNN-Narvik/ Helse Nord.		

Kunnskapsbasert tjenesteutvikling	Tiltak	Nye ressursbehov	Opptopping / prosjekt kostnader	Varige kostnader pr. år etter opptopping
15	Planlegge og etablere senter for kompetanseutvikling i den nye kommunen for lokal gjennomføring av kurs og kompetanseheving for ansatte og pårørende	1 årsverk til prosjekt med arbeid med og implem. av pkt. 15-20	kr. 800 000,-	
16	Felles kursplattform / kompetanseplaner i en felles oversikt. System og struktur for deltagelse og utvikling av læringsnettverk			
17	Etablere opplæringsprogram for alle ansatte med fokus på hverdagsmestring, endringsmetodikk, kultursensitivitet og ernæring.			
18	HVA ER VIKTIG FOR DEG - implementere metoden (tenkning og handling) inn i tjenestene, slik at ansatte har fokus på og bruker metoden i møte med bruker			
19	Utvikle praksis for kompetanseoverføring/ hospiteringsordninger innad i kommunen og mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten			
20	Utarbeide og dokumentere produksjon og justerer den etter funn en finner, slik at vi har en effekt og målrettet tjenester for brukerne. Gjør vi de rette tingene?			
Digitale løsninger	Tiltak	Nye ressursbehov	Kostnader	Varige kostnader pr. år etter opptopping
21	Økt fokus på digitale løsninger for brukere, der digitale løsninger bidra til en bedre og lettere hverdag for brukeren.	1 årsverk til prosjektstilling	800 000,-	

22	Styrke utviklingen av velferdsteknologiske løsninger i alle 3 kommunene og i nye Narvik kommune i 2020 - 2022			
----	---	--	--	--



Referanser

- Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019
- Utvikling av en ny brukerrolle i helse- og omsorgstjenesten- (2016),
- Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011)
- Veileder for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator (2015)
- Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste. – nærhet og helhet
- Seniortrening Sterk og stødig, Trygg på to bein, Hoftesterk –treningsgruppe etter hoftebrudd
<http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/hoftesterk-treningsgruppe-etter-hoftebrudd>
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011)
- Lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne 2013
- Lov om barnehager
- Opplæringsloven
- Kartlegging av helse- og omsorgstjenestetilbudet til voksne med habiliteringsbehov
- <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/habilitering-rehabilitering-og-bruk-av-avtalefysioterapeuter-i-primærhelsetjenesten>
- <http://www.barnefysioterapi.no/>
- Årsrapport 2016. Barnas Fysioterapisenter og Turbo.
- Forskrift om fastlegeordning i kommunene (2013)
- Utvikling av en ny brukerrolle i helse og omsorgstjenesten – en beskrivelse av suksessfaktorer.
- Helsebiblioteket fagprosedyre « Individuell plan (IP) i primærhelsetjenesten – hvordan sikre brukermedvirkning ved utarbeidelse av mål»
<http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/Individuell-plan-i-prim%C3%A6rhelsetjenesten>
- IS-2587 Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten, Helsedirektoratet 2017
- IS-1924 Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene (Helsedirektoratet 2011)
- Lov om spesialisthelsetjeneste
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
- Tjenesteavtale nr. 2 mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten (UNN- Narvik og Nordland sentralsykehus - Bodø)
- Veileder om kommunens oppfølging av pasienter og brukere med store og sammensatte behov (på høring høsten 2017)
<https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Kommunens%20oppf%C3%B8lgning%20av%20pasienter%20og%20brukere%20med%20store%20og%20sammensatte%20behov.pdf>
- “Hva er viktig for deg” KS.no

<http://www.ks.no/fagomrader/helse-og-velferd/laringsnettverk/gode-pasientforlop-for-eldre-og-kronisk-syke/kunnskapsgrunnlag-og-verktoy/hva-er-viktig-for-deg/>

Vedlegg : Kartlegging høsten 2017