



## MØTEINNKALLING

Ibestad kommune kaller herved inn til møte i Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne:

Aina Mathisen, leder

Håkon Leknes, nestleder

Ronald Coucheron, medlem

Gunvor Klefstad Normann, medlem

Beate Lindeberg Larsen, medlem

Helge Lennart Osbak, sekretær

Petra Frantzen, varamedlem

Dagmar Roll Valen, varamedlem

Oddbjørg Jensen, varamedlem

**Dato:** 07.11.2018 kl. 10:00

**Sted:** Lille møterom, Helsesentret. Inngang ved legekontor.

SAKSKART		
Saker til behandling		Vedlegg
1	Referat	1
2	Rådets oppbygging	
3	Eldreplan Ibestad kommune, 2018-2028	2
4	Uttalelser om utforming av offentlige og private bygg	3,4
5	Møteplan 2019	
6	Eventuelt	

Varamedlemmer møter etter nærmere beskjed. Eventuelt forfall og saker som ønskes behandlet under «eventuelt» meldes snarest til rådets sekretær, Helge Lennart Osbak.

## Saker til behandling

1	Referat
---	---------

**Bakgrunn:** Kommentarer til referat fra møte avholdt 19.09.2018.

**Vedlegg: 1 – Møtereferat, rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne.**

2	Rådets oppbygging
---	-------------------

**Bakgrunn:** Det er ønskelig at rådets sammensetning, struktur og kontaktliste gjennomgås, både med tanke på sittende medlemmer og eventuell inkludering av nye representanter. Eventuelle endringer må også meldes inn til kommunen, da informasjonen som ligger offentlig tilgjengelig på kommunens hjemmeside per dags dato ikke samsvarer med rådets nåværende oppbygning.

3	Eldreplan lbestad kommune, 2018-2028
---	--------------------------------------

**Bakgrunn:** Rådet oppfordres til å komme med kommentarer til Eldreplan for lbestad kommune 2018-2028. Formell uttalelse må foreligge innen 12.11.2018.

**Vedlegg: 2 – Eldreplan 2018 – 2028**

4	Uttalelser om utforming av offentlige og private bygg
---	---

**Bakgrunn:** Rådet ønsker å komme med innspill til prosessen rundt oppsetting av kommunale bygg, samt bidra med løsningsorienterte forslag for planlagte og eksisterende offentlige og private bygg der dette kan være aktuelt ut fra rådets intensjon. Uttalelsene må være forankret i gjeldende lovverk og byggetekniske forskrifter. Det kan være aktuelt å gjennomføre en befaring på oppførte offentlige bygg med tanke på parkering- og adkomstmuligheter.

**Vedlegg: 3 - Lov om likestilling og forbud mot diskriminering, §§ 1-23.**

4 - Byggeteknisk Forskrift (TEK17), kap 12-1. *Direktoratet for byggkvalitet*

5	Møteplan
---	----------

**Bakgrunn:** Utarbeidelse av møteplan for 2019.

6	Eventuelt
---	-----------

**Bakgrunn:** Saker som ønskes behandlet i rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne, må meldes innen 05.11.2018

Hamnvik, 19.10.2018

*Helge Lennart Osbak*

Helge Lennart Osbak

*Sekretær, rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne*

# referat

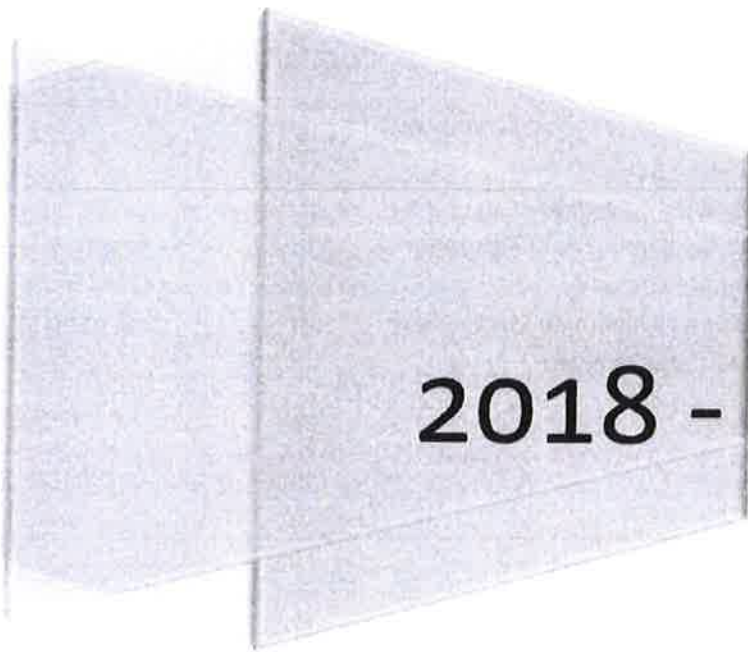
1

Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne		
19.09.2018	Klokken 10:00	Lille møterom, helsesentret
Møte innkalt av	Vegard Horne	
Referent	Helge Lennart Osbak	
Deltakere	Leder Aina Mathisen, Nestleder Håkon Løknes, sekretær Helge Lennart Osbak	
Informasjon om rådets funksjon og struktur		
Tema	Leder informerer om rådets funksjon, intensjon og oppbygging. Gjennomgang av rutiner og kontaktliste.	
Konklusjoner	Det skal foreligge formelle innkallelser og referat, tilgjengelig på kommunens nettside., Innlemming av eventuelle brukerrepresentanter diskuteres på neste møte, og kontaktlisten korrigeres i etterkant av møte.	
Gjøremål		
Formell innkallelse og referat, også tilgjengelig på kommunens hjemmeside	Ansvarlig person Helge Lennart Osbak	Tidsfrist Innen uke 43
Saksliste kommende møte		
Tema	Leder informerer om aktuelle saker til neste møte	
Konklusjoner	Aktuelle saker er uttalelser i forbindelse med utforming av offentlige og private bygg som rådhus/kommunehus, sykehjem, skoler butikker, aktivitetssentre og kommunale boenheter. Det diskuteres også omsorgsstønning og møteplan. Leder ønsker saksliste til gjennomlesing før utsendelse.	
Gjøremål		
Utforming av saksliste	Ansvarlig person Helge Lennart Osbak	Tidsfrist Innen uke 43

Ibestad kommune

# Eldreplan

Kvalitet – Kompetanse - Kapasitet



2018 - 2028

## **Innhold**

1. Innledning
  - a. Statlig styringsdokument
2. Oppsummering og konklusjon
3. Historikk
  - a. Bakgrunn for eldreplan
  - b. Organisering av helse- og omsorg og personellsituasjonen
  - c. Fremtidig eldreomsorg
4. Utfordringer i Helse-og omsorgstjenesten
  - a. Demografisk utvikling
  - b. Familie og venner
  - c. Lokalsamfunnet
  - d. Folkehelsen
  - e. Bolig for eldre
  - f. Fremtidens hjemmetjeneste
  - g. Heldøgns omsorg i omsorgsbolig
  - h. Hva kjennetegner behov for heldøgns omsorgstjeneste
  - i. Spesialisering av helse- og omsorgstjenester
  - j. Tjenester til mennesker med demenssykdom
5. Satsningsområder frem mot 2028
  - a. Satsingsområde 1: Bruker- og pårørendeperspektivet
  - b. Satsingsområde 2: Tidlig innsats
  - c. Satsingsområde 3: Aktiv aldring med fokus på kultur og aktivitet
  - d. Satsingsområde 4: Velferdsteknologi
  - e. Satsingsområde 5: Kvalitet og kompetanse
    - i. Sykefravær
    - ii. Kvalitet
    - iii. Verdighetsgarantien
    - iv. Opplevelse av verdighet
    - v. Kvalitetssikring og internkontroll
    - vi. Kontinuitet og pasientnærhet
    - vii. Lindrende behandling og en verdig død
    - viii. Kompetanse og rekruttering
    - ix. Tverrfagligheten styrkes
  - f. Satsingsområde 6: Et demensvennlig samfunn
6. Organisatoriske tilpasninger
  - a. Fremtidens tjenester til hjemmeboende eldre
  - b. Tilbud om ulike korttidsopphold
7. Handlingsdel

## 1. INNLEDNING

Eldreomsorgen er et kommunalt ansvar. Kommunen har ansvaret for å bygge ut, utforme og organisere tjenester til alle innbyggere med behov for pleie og omsorgstjenester. Denne planen omhandler de eldre, deres behov for tjenester, og redegjørelse av tjenestetilbudet til eldre i Ibestad kommune. Et viktig fundament i tjenesteprofilen til eldre er å bygge ut en tjenestekjede med fokus på evnen til egenomsorg og mulighet til å bo i eget hjem lengst muligst.

Pleie- og omsorgstjenester er i stadig utvikling. Kommunen har i løpet av få år gjennomgått en endring både når det gjelder for hvilket omfang og hvilke tjenester de tilbyr brukerne sine. Økt vekt på hjemmebaserte tjenester og omsorgsboliger skal sikre at flest mulig eldre kan bo hjemme så lenge som mulig. En viktig forutsetning for dette er et fleksibelt og bredt tjenestetilbud. I fremtiden vil det være mange eldre som fortsetter å bo i eget hjem selv med stor helsesvikt og omfattende behov for pleie og omsorgstjenester.

Samtidig er det et behov for sykehjems plasser og institusjonspleie og omsorg. Sykehjemmet er en riktig plass til de eldre som har behov for medisinsk pleie på faglig høyt nivå eller når behovet for heldøgns pleie og omsorg kombinert med høy grad av medisinsk behandling.

Utviklingen i samfunnet generelt har avgjørende betydning for behovet og muligheten til å ivareta omsorgen for de eldre. I dagens samfunn er utviklingen preget av:

- Lengre levetid og antall eldste eldre øker. Behovet for omfattende heldøgns omsorg og pleie i befolkningen 80 år og eldre vil øke
- Økning i en persons hushold
- Nettverk og slekt er mer mobile. De eldre har mindre nær familie eller andre pårørende i nærheten av seg selv
- Økende antall personer under 80 år med omfattende behov for pleie og omsorg som ønsker å bo i egen bolig
- Planlagt bygging av boliger med heldøgnsbemanning
- Økende behov for korttidsopphold, avlastning og rehabilitering
- En ytterligere forventet reduksjon i liggetiden på sykehus. Det resulterer i at brukerne av institusjon og hjemmetjeneste, har svært kompliserte helsetilstander som krever økt medisinsk behandling
- Behov for økt kompetanse i eldreomsorgen
- Strengere lovgivning og krav til kvalitet på tjenestene
- Stigende antall aldersdemente (som er en ressurskrevende gruppe)

Statlig styringsdokumenter

Ibestad kommune og HSO (helse, sosial og omsorg) ytes i dag med hjemmel i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2011-06.24.30) med forskrifter. De mest sentrale forskrifter er

hjemlet i loven er Kvalitetsforskriften<sup>1</sup>, verdighetsgarantien<sup>2</sup> og forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator<sup>3</sup>

**Samhandlingsreformen** (St.meld.47 (2008-2009) har fortsatt stor betydning for kommunene og gir kommunene et utvidet ansvar. For å imøtekomme utfordringene skal kommunene sørge for en helhetlig tenking der forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk og behandling vektlegges.

Mål i HSO er:

- Trygghet for den enkelte om tilpassede tjenester.
- Styrket omfang og kvalitet på tjenesten.
- Mer helhetlige og fleksible tilbud.
- Likeverdige tilbud.
- Personlige valgmuligheter og brukermedvirkning.

Disse ovennevnte punktene ligger til grunn og er målsettinger for eldreplanen i Ibestad kommune. I tillegg er formålet å belyse utfordringer kommunen står overfor i tiden som kommer.

---

<sup>1</sup> Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten (2003-06.03)

<sup>2</sup> Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien (2010-11-12-16-1256)

<sup>3</sup> Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011-12-16-1256)



## 2. OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

Rett til nødvendige helsetjenester eller sosiale tjenester er ikke avhengig av om vedkommende bor i eller utenfor institusjon. Tjenester skal tilbys etter behov. Kommunen avgjør når behovet tilsier plass i institusjon, og hvem som bør få et tilbud om tjenester hjemme eller i omsorgsboliger. For å nå målet om å kunne bo lengst mulig i eget hjem og motta tjenester etter LEON-prinsippet (Lavest Effektive Omsorgs Nivå) må dagens tjenestekjede videreutvikles, og forebyggende tjenester og tiltak må effektiviseres.

Presset på helse- og omsorgstjenesten og på institusjonen øker som følge av økt levealder i befolkningen og flere eldre med aldersdemens. Som en følge av den medisinske utviklingen og utviklingen i spesialisthelsetjenesten, med bl.a. redusert liggetid i sykehus, økt poliklinisk behandling, og økte muligheter for å tilby kronisk syke oppfølging utenfor sykehuset. Kravene til kompetanse i kommunehelsetjenesten øker, samtidig opplever kommuner en knapphet på helsepersonell.

I denne utviklingen er det av stor betydning å få til en effektiv arbeidsdeling mellom ulike tjenester og boformer i helse- og omsorgstjenesten, og få prioritert sykehjemsplassene til de oppgavene hvor det er størst behov for et integrert tjenestetilbud med både bolig, sykepleie og medisinsk tilsyn. Kommunene har ansvar for å utforme og bygge ut et helse- og omsorgstilbud som er tilpasset de lokale forholdene og behov. Samtidig har staten ansvar for nasjonale mål og for regelverk og andre virkemidler som skal bidra til at behovene blir dekket og at brukernes rett til tjenester sikres.

Eldreplan vil forsøke å fokusere på spørsmål om hvordan vi skal sikres et godt tilbud til de sykeste. Hvordan bør ansvaret mellom sykehjem og andre tjenestetilbud i helse- og omsorgstjenesten være? Hvilke pasientgruppe bør sykehjemmet omfatte i fremtiden. Og kan en få til et godt tjenestetilbud selv om man opphever at det formelle skillet mellom omsorgsbolig og sykehjem ikke er stort. Et viktig spørsmål er også om omsorgsboligene kan fungere som et likeverdig alternativ for sykehjem.

### 3. HISTORIKK

#### Bakgrunn for eldreplanen

De eldre har det godt i Ibestad, og de fleste får de tjenestene og tiltak de søker og har krav på. Antall institusjonsplasser er blitt redusert, og volumet i hjemmetjenesten er økende. Kommunen har ikke vært flink nok til å jobbe med rekrutterings- og kompetansehevingsarbeidet. Noe er blitt gjort, men en del gjenstår. Problemet har vært mangel på en langsiktig planlegging og tenkning i dette området. Disse områdene tas på alvor, og det er utarbeidet en kompetanseplan for HSO og Ibestad kommune.

#### Organisering av helse- og omsorg og personellsituasjonen

##### Seksjon HSO (helse, sosial, omsorg)

HSO leder har ansvar for Ibestad sykehjem (3 sykehjemsavdeling og demensavdeling), hjemmebasert omsorg i kommunen, miljøarbeidertjenesten, helsestasjon og psykiaritjenesten samt legekantor. Kommunalt ansatt ved lokalt Nav kontor er også underlagt HSO seksjonen. Sykehjemmet har en 100 % enhetsleder og en 100 % fagutvikler sykepleier, og hjemmebasert omsorg har en 100 % enhetsleder. I tillegg er det en 100 % enhetsleder i miljøarbeidertjenesten. HSO har en 80 % merkantil stilling.

#### Fremtidens eldreomsorg

De fleste av oss ønsker å bo hjemme så lenge som mulig og være sjef i eget liv, helst livet ut. Samtidig ønsker vi trygghet for at helsetjenestene og sykehjemsplassen er der når vi trenger den. For at Ibestad skal være en god kommune å bli gammel i, må vi derfor ha fleksible hjemmetjenester og tjenester brukeren kan oppsøke. Forebygging, tidlig innsats og Hverdagsmestring blir viktig for å fremme helse, mestringsevne og selvstendighet. Dette krever et godt samarbeid mellom bruker, hjemmetjenester, fastlege, fysioterapeut og ergoterapeut. Tjenestene må legges til rette for at brukere og pårørende kan bidra på en hensiktsmessig måte med de ressurser de har. Tjenesteyterne må utvikle en kultur for likeverdig samarbeid med bruker og pårørende.

Fokus på brukernes ressurser er særlig viktig i starten når et tjenestebehov oppstår. Mulighetene skal kartlegges og følges opp med en kortvarig, målrettet opplæring og trening på de områder som er viktige for brukeren.

Nye arbeidsformer må utvikles og innarbeides. Det er krevende, men nødvendig både av hensyn til en bærekraftig samfunnsutvikling og fordi forskning viser at brukerne blir mer fornøyde når de får støtte til å gjøre ting selv. Senter for omsorgsforskning Vest i samarbeid med CHARM<sup>4</sup> har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet evaluert Hverdagsmestring i 47 kommuner. Evalueringen viser at slik rehabilitering har bedre effekt enn vanlige hjemmetjenester på flere områder. Brukere er mer fornøyde med daglige aktiviteter, fysisk funksjon og helserelatert livskvalitet enn brukere som ikke har fått denne rehabiliteringen. Behov for hjelp reduseres både på kort og lang sikt.

Ny teknologi vil kunne forenkle kommunikasjon og samarbeid, for eksempel når det gjelder å gi beskjeder, avbestille timer, gi informasjon, føre tilsyn og justere oppfølging ved endring av behov.

I dag fokuseres det mye på utfordringene med innvandring. I fremtiden kan det vise seg at innvandrerne blir en del av løsningen på mangelen på arbeidskraft.

<sup>4</sup> Research Centre for Habilitation and Rehabilitation Models & Services

Mange kommer til Norge i godt voksen alder. Språk, kulturelle og sosiale forhold i et nytt land, kan være utfordrende for enkelte. De fleste eldre innvandrere har i utgangspunktet rett til kommunale helse- og omsorgstjenester, men manglende norskkunnskaper og kjennskap til rettigheter og plikter kan være en utfordring. Generell kunnskap om innvandrere og "eksilutfordringer" er viktige i planlegging av tjenester. I den grad eksisterende rammer og handlingsrom tillater det, bør det legges til rette for å ivareta individuelle behov på linje med andre innbyggere.

#### **4. UTFORDRINGER I HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN**

Kombinasjonen god samfunnsøkonomi og medisinske nyvinninger har skapt store forventninger i befolkningen. I kommende planperiode vil begrensninger på ressurser bli mer synlige. En stor del av arbeidsstyrken går av med pensjon uten at tilveksten i yngre generasjoner øker tilsvarende. Det blir flere med behov for tjenester og færre til å yte tjenestene. Satsing på forebygging og mestring presser seg fram som en nødvendighet.

Oppgaveforskyvningen fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten er særlig knyttet til folkehelse, medisinsk utredning, behandling og rehabilitering. Det er for tidlig å si hvilket omfang det vil bli snakk om.

Til sammen setter dette helse- og omsorgstjenestene under stort press i årene som kommer. Årene fram mot 2028 må brukes for å tilpasse tjenesteapparatet til nye krav og økningen av antall eldre som kommer i slutten av perioden. Skal kommunen unngå redusert tilgang på tjenester og kvalitetsforringelse, må tiltakene være treffsikre og bidra til flere friske leveår, økt mestringsevne og forebygging av sosial isolasjon. Hovedstrategien blir tidlig innsats.

Flere funksjonsfriske leveår: Bedre funksjonsnivå gir mindre behov for hjelp. Funksjonsnivået påvirker dermed sannsynligheten for at det skal oppstå behov for sykehjemsplass.

Sosial deltagelse: Aleneboende har om lag 50 prosent større behov for bistand fra kommunen og over 60 prosent høyere sannsynlighet for sykehjemsplass enn de som bor sammen med noen, gitt at alle andre forhold er lik. Vi kan ikke påvirke antall aleneboende, men vi kan påvirke sosial isolasjon og aleneboernes evne til å opprettholde sosial aktivitet og deltakelse gjennom samarbeid på tvers av sektorer, særlig mellom helse og kultur.

Personellet må håndtere en større grad av medisinsk kompleksitet og behovene blir mer sammensatt. Det øker behovet for tverrfaglighet og spesialisering av tjenestene. Samarbeidet mellom leger og øvrige helsetjenester blir viktigere.

## Demografisk utvikling

Befolkningsutvikling i 5 års intervaller i Ibestad kommune

År	2017	2020	2025	2030	2035	2040
Ibestad	1392	1351	1281	1218	1153	1108
Troms Ofoten	191 585	194 637	198 442	202 406	205 795	208 794
Nord-Norge	484 152	490 383	498 463	507 280	515 080	522 019
Norge	5 270 552	5 435 413	5 677 382	5 916 132	6 132 986	6 331 445

Befolkningsutvikling for ulike aldersgrupper i Ibestad kommune

År		2018	2020	2025	2030	2035	2040
Kommune	Aldersgr						
Ibestad	67-79 år	257	273	263	237	234	205
	80-89 år	104	016	105	137	140	133
	90 år +	25	22	29	23	32	42
	67 år +	386	401	397	397	406	380
	80 år +	129	128	134	160	172	175

Tabellen viser at andelen eldre i aldersgruppen 80 år + øker i årene fremover, og med det også det antatte pleiebehovet.

Gjennomsnittlig levealder vil bli høyere, noe som igjen fører til at de gamle blir sykere og får flere Tilleggs sykdommer som kan/ må behandles. Det medfører økt behov for hjelp og økt behov for kompetanse.

Flere vil trenge omfattende hjelp over lang tid. Både de som er hjemmeboende og de som bor i institusjon får mer komplekse hjelpebehov, som igjen gir faglige utfordringer til dem som skal jobbe i tjenesten.

Høy og tilpasset kompetanse blir en nøkkelfaktor både i institusjon og hjemmetjenesten.

## Familie og venner

Familien er en vesentlig kilde til emosjonell og praktisk bistand i alderdommen og bidrar med omtrent like mye tjenester som det offentlige gjør. Det er derfor viktig å støtte opp under denne innsatsen og gi tilbud om avlastning når det trengs. Familiemønster endres over tid og venner har fått økende betydning etter hvert som familierelasjoner har blitt mer flyktige. De fleste eldre har venner og de som bor alene har mer kontakt med venner enn de som er gift/samboere. Ensomhet er ikke noe generelt fenomen blant eldre, men et alvorlig problem for de det gjelder. Familie og venner kjenner den omsorgstrengende og har erfaring med hvilke løsninger som fungerer best. Involvering av pårørende kan gi økt opplevelse av mestring, tilfredshet og aktivitet, og redusere fare for ytterligere funksjonstap og sykdomsutvikling, forutsatt at relasjonene er gode.

## Lokalsamfunnet

Kultursektoren, lokale lag og foreninger er en viktig aktør ved etablering av sosiale møteplasser og inkludering av eldre i lokalsamfunnet. Det er særlig viktig å forebygge sosial isolasjon hos de som ikke

har familie eller nettverk. Kultur og aktivitet i lokalmiljøet blir da et viktig virkemiddel. De som jobber med samfunnsutvikling er en viktig aktør for folkehelse gjennom utforming av bomiljø og lokalsamfunn. Gjennom aktiv samfunnsutvikling og tilrettelegging for alternative boformer for eldre vil kommunen legge til rette for sosial inkludering og økt kontakt på tvers av generasjonene.

### Folkehelsen

*«Eldre ønsker å bli boende hjemme så lenge som mulig. Det kan bety at en må vurdere tilpasning i egen bolig eller evt. flytte til en ny og mer egnet bolig. Dersom en skal flytte ønsker en helst en ny bolig i vante omgivelser. Yngre eldre er mer motiverte for å flytte til en ny bolig.»*

Det er forventet at funksjonssvikt og dødsfall inntreffer på et stadig senere tidspunkt i enkeltmenneskers liv. Eldre mennesker får bedre helse, men fordi dødeligheten synker kan forekomsten av kronisk sykdom bli like høy eller høyere.

Overordnede mål for folkehelse er bl.a. flere leveår med god helse i befolkningen og reduksjon av helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn gjennom ulike tiltak. (St.meld. nr 16 (2002-2003)

- Resept for et sunnere Norge). Som viktige faktorer kan nevnes livsstilvalg, motvirkning av fysisk inaktivitet, sunnere kosthold og styrking av den enkeltes opplevelse av mestring for å forebygge psykiske problemer. Forebygging av ulykker og andre miljørelaterte helseproblemer, og behovet for samordning og systematisk oppbygging av et helhetlig folkehelsearbeid basert på en sterk lokal og demokratisk forankring er også viktige strategier og virkemidler for å opprettholde og nå en god folkehelse.

### Boliger for eldre

Funn i forskningsrapporter viser at de fleste ønsker å bo i egen bolig, helst livet ut<sup>5</sup>

Trenden i samfunnet viser at flere eldre kjøper seg lettstelte leiligheter med tanke på alderdommen. På eiendomsmarkedet kommer det flere tilbud om leiligheter der boligeierne tilbyr tjenester som de kan bruke eller kjøpe. Eldre kan, som mennesker i andre faser av livet, skaffe seg en egnet bolig som ivaretar families behov og kjøpe tjenester som letter hverdag.

### Fremtidens hjemmetjeneste

Begrepet hjemmetjeneste omfatter her alle tjenester til eldre som bor hjemme; hjemmesykepleie, praktisk bistand, fastleger, fysioterapi, ergoterapi, hverdagsmestring, aktivitetstilbud og kulturtilbud. Oppgavene er forebyggende og helsefremmende arbeid, utredning, medisinsk behandling og

<sup>5</sup> NIBR rapport 2005:17 Brevik og Schmidt 2005, slik vil eldre bo. En undersøkelse av fremtidig aldres boligreferanser, og NIBR-rapport 2013;19 Schmidt m.fl. Bolig+ Nye boligløsninger for eldre og folk flest.

rehabilitering, avlastning, praktisk bistand og pleie. Velferdsteknologi vil bli en integrert del av tjenestene.

De største utfordringene på dette området er knyttet til

- Tidlig innsats og mestring i tidlig fase
- Kartlegging, utredning og behandlende tidlig innsats
- Mottak av utskrivningsklare pasienter fra sykehuset
- Medisinsk behandling og pleie i siste fase før evt. flytting til sykehjem.
- Korttidsopphold/avlastning

Sykehusoppholdene blir stadig kortere og flere behandles ved dagkirurgi. En stadig større del av behandlingen startes og videreføres i kommunen. Brukerne av hjemmetjenestene har ofte flere sykdommer og sammensatt tjenestebehov. Medarbeiderne må både håndtere et komplekst sykdomsbilde og bidra til at personen får muligheten til å fungere i hverdagen. En stor del av de mest hjelpetrengende eldre kan ha kroniske sykdommer som kan ha debutere før pensjonsalderen. Tilbudet de får tidlig i forløpet vil få konsekvenser for helsetilstanden og hjelpebehovet når de blir eldre. Det er derfor viktig at alle inkluderes i strategier som tidlig innsats, forebygging og rehabilitering.

Å ha fokus på forebygging og helsefremmende tiltak samtidig som vi skal ivareta de sykeste,

*Utfordringen med tidlig innsats er å komme fra ord til handling. Det krever omstilling, kompetanseutvikling og det oppleves vanskelig å frigjøre ressurser til tidlig innsats gjennom omdisponering av ressurser. Kommunens investering i tidlig innsats må styrkes de kommende årene for å kunne dempe det fremtidige ressursbehovet. Kvaliteten på det som utføres er god, men kommunen tar bare ut en liten del av potensialet.*

forutsetter systematisk kartlegging og individuell oppfølging av den enkelte bruker. God ressursutnyttelse krever at det blir satt inn riktig tjeneste til rett tid. Velferdsteknologi blir viktig for samhandling og blir en integrert del av tjenestene.

Helhetlig pasientforløp i eget hjem (HPH) er et viktig satsingsområde i kvalitetsutviklingen. Informasjonsutvekslingen mellom sykehus, fastlege og kommunehelsetjenesten er avgjørende for å kvalitetssikre individuell oppfølging. HPH er et verktøy som støtter opp om dette i hverdagen. Kontinuitet er viktig både for den som mottar tjenester og for tjenesteyter. Enkelte brukere er mer sårbare for personkontinuitet enn andre, for eksempel sårbare personer med demenssykdom. Det er viktig at helsepersonell kartlegger hvem det gjelder og følger opp dette.

Hverdagsmestring og helhetlige pasientforløp er to satsningsområder som implementeres sammen. Hverdagsmestring innebærer at hjemmetjenesten, ergoterapeut og fysioterapeut utarbeider et program sammen med bruker.

En annen viktig strategi for og reduserer behovet for heldøgns omsorg er å øke hjemmetjenestenes kapasitet til tettere oppfølging når behov for heldøgns omsorg nærmer seg.

### **Heldøgns omsorg i omsorgsbolig**

Tilbudet kan sidestilles med helse- og omsorgstjenestene som ytes ved en sykehjemsplass. Det er planlagt å bygge 12 omsorgsboliger med heldøgns bemanning, med bygge start 2019.

### **Hva kjennetegner behov for heldøgns omsorgstjenester?**

Utviklingen tyder på at flere vil velge bolig med muligheten for tjenester gjennom hele døgnet som alternativ til dagens sykehjem.

Likefullt vil sykehjem også i fremtiden være en sentral del av tilbudet til de skrøpeligste eldre. Både fysisk og kognitiv funksjonsevne er betydelig dårligere, hos de som bor sammen med noen før de flytter i institusjon/omsorgsbolig med heldøgnsbemanning, enn de som bor alene. Samboere (ektefeller) hjelper hverandre ved fallende funksjonsevne slik at den eldre kan bo hjemme lengre.

For å møte utfordringene i planperioden er kommunen avhengig av et sterkt samarbeide mellom disse områdene:

- Familien, eget nettverk og lokalsamfunn
- Fremtidens hjemmetjeneste
- Sykehjemmet

Det er i prinsippet to måter å bedre tilgangen til sykehjemsplasser på; vi kan bygge flere sykehjemsplasser/omsorgsboliger med heldøgns bemanning eller redusere tjenestebehovet gjennom bedre helsetilstand og mestringsevne.

Dersom strategien blir å redusere behovet for heldøgns omsorg vil liggetiden i institusjon gå ned fordi flere eldre kan velge å bo hjemme lenger. Dette alternativet må inkludere styrking av forebyggende tiltak, medisinsk oppfølging og rehabilitering

### **Spesialisering av helse- og omsorgstjenester**

Spesialisering kan være nyttig for å få effektiv drift av tjenester og for å bygge opp kompetanse. Spesialisering kan organiseres på flere måter, for eksempel etter diagnose, oppgaver, tjenester eller alder. I kommunen er det mest hensiktsmessig å ta utgangspunkt i tjenester. Dette på bakgrunn av at vi er en liten kommune med få ansatte og utnyttelse av kompetanse og fleksibilitet er avgjørende for å gi et godt tilbud.

## Tjenester til mennesker med demenssykdom

Eldreplanen skal ivareta alle diagnosegrupper, og alle satsingsområdene gjelder også for mennesker med demenssykdommer. Når vi likevel velger å nevne denne gruppen spesielt, er det fordi det er den største brukergruppen og en gruppe med behov for spesiell tilrettelegging knyttet til kognitiv funksjonsnedsettelse som for eksempel redusert hukommelse, svekket sykdomsinnsikt og orienteringsevne

I Norge er det over 70 000 personer over 65 år med en demenssykdom. Over halvparten av dem bor hjemme og sykdommen får derfor konsekvenser for mange mennesker. For en del mennesker debuterer sykdommen før fylte 65 år.

Demensplan 2020 – et mer demensvennlig samfunn er regjeringens plan og tiltak for å bedre det kommunale tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. Ibestad kommune vil bygge sin plan på verdier om et samfunn for alle, universelle rettigheter og utforming, en parallell til prinsippene for aldersvennlige samfunn som også ligger til grunn for Eldreplanen.

## 5. Satsningsområder frem mot 2028

Vi vil nå gå nærmere inn på områder som bør få spesiell oppmerksomhet i årene som kommer:

1. Bruker- og pårørendeperspektivet
2. Tidlig innsats, hverdagsmestring
3. Aktiv aldring med fokus på kultur og aktivitet
4. Velferdsteknologi
5. Kvalitet og kompetanse
6. Et demensvennlig samfunn

I tillegg har vi et kapittel om organisatoriske tilpasninger som følger av strategier og satsningsområder

### Satsingsområde 1: Bruker- og pårørendeperspektivet

Helse- og omsorgstjenestelovens § 3-10 pålegger kommunen å etablere systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter i utviklingen av tjenester. Dette er i dag ivaretatt på ulike måter gjennom formelle utvalg, brukerråd, deltakelse i prosjektgrupper og åpne dialogmøter eller workshops.

For å få gode resultater med begrensede ressurser må tiltak settes inn tidlig. Brukerne skal mestre egen hverdag og må derfor være "skipper på egen skute" fra dag en i møte med tjenesteapparatet. Pårørende er brukernes nære støttespillere med kunnskap om gode løsninger.

Den nye generasjonen eldre vil forvente en aktiv alderdom og stor grad av selvbestemmelse i og innflytelse over utforming av eget tilbud.

Dette vil kreve fleksibilitet og god dialog med bruker og familie i planleggingen. Samtidig må det offentlige bli tydeligere på hva som kan forventes av offentlig sektor og hva du selv må ta ansvar for. Alle har et eget ansvar for egen alderdom, ivareta egen helse, skaffe seg egnet bolig, opprettholde nettverk og bidra til fellesskapet.



God kvalitet handler om tiltakenes treffsikkerhet i forhold til opplevd behov, ikke om tjenestenes omfang eller detaljfestede rettigheter. I workshopen for brukerrepresentantene ble avdøde Peter F. Hjort senior<sup>6</sup> sitert: God helse og alderdom handler om "fysisk aktiv, sosialt nettverk, optimisme og kosthold."

Tiltak som støtter opp under familieomsorgen må videreutvikles. Pårørendes behov og ressurser må etterspørres og forventninger og muligheter avklares. Dette krever systematikk og kultur for pårørendesamarbeid i tjenestene. I mange tilfeller kan det være hensiktsmessig å lage en avtale med familien der tiltak og ansvar blir beskrevet.

### **Satsingsområde 2: Tidlig innsats**

Tidlig innsats krever kunnskap om hva det kan og bør gjøres noe med, hva som eventuelt bør gjøres og riktig tidspunkt. Virksomheten skal være målrettet, og vi skal prioritere ut fra konsekvensen en utsettelse vil få for helse, livskvalitet og mestring. Personer med demenssykdom bør i større grad inkluderes i denne strategien. Tidlig innsats krever gode samarbeidsrutiner mellom fastlege og øvrige tjenester, og særlig gode henvisningsrutiner fra fastlege til koordineringsteam. Tidlig innsats kan rettes både direkte mot personer som er i risiko for økt funksjonssvikt, og indirekte ved tiltak rettet mot familien eller nettverket rundt den enkelte.

Befolkningen må ha informasjon om hvordan de kan ivareta egen helse og hvilke muligheter som finnes der de bor. Det handler om tilrettelegging av nærmiljøet, samfunnet og informasjon om muligheter som finnes. Aktivitet for eldre må bli en naturlig del av det miljøet folk beveger seg i. Samarbeid med kultursektoren og andre aktører i lokalmiljøet blir viktig i dette perspektivet, og det er behov for noen som fasiliteter lokalt samarbeid og utvikling. Folkehelsekoordinatoren kan ha en sentral rolle i lokalmiljøet.

Tidlig innsats er en strategi med bred oppslutning i organisasjonen og samfunnet som helhet. Det er en forebyggende og helsefremmende strategi som egentlig bør gjennomsyre hele tjenesteforløpet, men det store potensialet til forbedringer er knyttet til den første fasen i brukerens møte med helsetjenestene. I dag tar vi ut bare en liten del av potensialet, og innsatsen bør derfor økes.

Hverdagsmestring er en vesentlig del av dette satsingsområdet og må implementeres sammen med helhetlig pasientforløp (HPH). Målgruppen er brukere som begynner å få utfordringer med å utføre daglige aktiviteter. Planlegging tar utgangspunkt i det som er viktigst for brukeren.

Dimensjoneringen av tidlig innsats og Hverdagsmestring bør stå i forhold til potensialet som ligger i disse arbeidsformene. Foreløpig er det bare kapasitet til å gi tilbudet til et lite utvalg brukere. Det vil bli igangsatt forsøk med hverdagsmestring for personer med demenssykdom i tidlig fase.

Brukerne må raskt få tilbud om fysisk tilrettelegging og installasjon av nødvendige tekniske hjelpemidler.

### **Satsingsområde 3: Aktiv aldring med fokus på kultur og aktivitet**

<sup>6</sup> Norsk lege, professor og folkehelse opplyser

De fleste foretrekker å fortsette med de aktivitetene de alltid har gjort, men pensjonisttilværelse og helse påvirker prioriteringene. Den aktiviteten som øker mest i pensjonistalderen er for eksempel engasjement i foreninger og organisasjoner og frivillig arbeid.

#### **Sosial isolasjon og ensomhet**

Risikoen for sosial isolasjon og ensomhet er størst hos enslige uten utdanning og med dårlig helse. Utfordringen er imidlertid å nå fram til de som har behov for og ønsker bistand. Behov varierer mye og helse- og omsorgssektoren er kanskje ikke den instansen med størst muligheter for å nå personer i risiko for sosial isolasjon. Kultursektoren, pensjonistforeninger og frivillig sektor er viktige samarbeidspartnere. Universell utforming gjør lokalsamfunnet mer tilgjengelig og øker selvstendigheten. Personer med svakt sosialt nettverk er ikke nødvendigvis mottakere av tilbud, de kan være ressurspersoner for andre hvis vi knytter dem til de riktige aktivitetene.

#### **Samhandling med frivillige**

Økt samhandling med frivillige lag og organisasjoner er ønskelig.

For at vi skal få til et strategisk samarbeid med frivillig sektor, må vi ta på alvor at "frivilligheten næres av lyst".

Kommunens rolle er og legger til rette for dialog og samhandling.

#### **Livsglede for eldre**

Et livsgledehjem skal ha et system for å oppfylle ni "livsgledekriterier" som ivaretar pasientens sosiale, kulturelle og åndelige behov. Metoden gjør det lettere for de ansatte å jobbe systematisk med å skape et meningsfullt innhold i hverdagen til beboerne i sykehjemmet.

#### **Satsingsområde 4: Velferdsteknologi**

Velferdsteknologi får en sentral rolle i fremtidens helse og velferdstjenester.

Velferdsteknologi deles inn i fire kategorier:

Trygghetsskapende teknologi, mestrings-teknologi, helseteknologi og velværeteknologi.

**Trygghetsskapende** teknologier skal bidra til trygghet og mulighet til å bo lengre hjemme. I dette inngår løsninger som gir mulighet for sosial deltakelse og motvirke ensomhet.

**Mestrings-teknologier** skal gjøre det enklere å mestre egen helse. I dette inngår teknologiske løsninger til personer med kronisk sykdom, personer med behov for rehabilitering/opptrening og vedlikehold av mobilitet, løsninger for barn/unge med helsemessige utfordringer mv.

De to siste kategoriene er ikke et satsingsområde for kommunen.

Hovedsatsingen er etablering av nye velferdsteknologitjenester og anskaffelse av ny digital infrastruktur for å kunne ta i bruk nye trygghetsalarmer og andre velferdsteknologier.

Tjenester som har ekstra oppmerksomhet er avstandsoppfølging av kronisk syke, medisinteknologitjenester, digitale tilsyn og innføring av elektroniske dørlåser som vil bidra til mer effektive tjenester. Mulighet for å tilby GPS-tjenester som første velferdsteknologitjeneste integrert i det ordinære tjenesteapparatet undersøkes.

Helse- og velferdssektoren mangler en overordnet strategi for bruk av teknologi og IKT verktøy. Skal vi kunne utvikle og digitalisere tjenestene våre i tråd med framtidige forventninger og behov må det utarbeides et mål, og nye muligheter kartlegges og prioriteres.

## Satsingsområde 5: Kvalitet og kompetanse

**Ledelse** En tydelig og tilstedeværende ledelse (nærledelse) er vesentlig for å lykkes med de strategier som er ønsket. En sterk nærledelse innebærer gode lederteam, tydelig og definert ansvar på seksjon/enhetsnivå gjennom hele døgnet året rundt. Det forutsettes at ledelsen vektlegger nærhet til brukeren, medarbeidere og pårørende, at ansvar tydeliggjøres og at tilgjengelig kompetanse disponeres riktig<sup>7</sup>.

### Sykefravær

I følge studier gjort på sykehjem i Norge hevdes at det at grunnbemanningen langt på vei er god nok hvis sykefraværet blir vesentlig lavere enn i dag. Ledelse og ledelsesutvikling identifiseres som et kritisk punkt i sykefraværarbeidet. Et viktig område er arbeidet med tjenesteutvikling og arbeidsmiljø og det må sees i sammenheng. Kvalitet handler ikke om tilbudenes omfang, men om hvor godt tilbudene svarer til brukerens behov. På den måten er kvalitet viktig for god ressursutnyttelse. Kompetanse er en forutsetning både for kvalitet og effektivitet.

### Kvalitet

Helsedirektoratet har begynt arbeidet med å utvikle systemer for måling av kvalitet. Målet er å utvikle et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem.

Forskriften gir en beskrivelse av eldreomsorgens verdigrunnlag, samtidig som den angir tiltak det skal legges til rette for i tjenestetilbudet:

### Verdighetsgarantien<sup>8</sup>

1. En riktig og forsvarlig boform ut fra den enkeltes behov og tilstand.
2. Et variert og tilstrekkelig kosthold og tilpasset hjelp ved måltider.
3. Et mest mulig normalt liv, med normal døgnrytme og adgang til å komme ut, samt nødvendig hjelp til personlig hygiene.
4. Tilby samtaler om eksistensielle spørsmål.
5. Lindrende behandling og en verdig død.
6. Å bevare eller øke sin mulighet til å fungere i hverdagen. Omsorgen skal bidra til habilitering og rehabilitering.
7. Faglig forsvarlig oppfølging av lege og annet relevant personell, som sikrer kontinuitet i behandlingen.
8. Tilby eldre som bor på helseinstitusjon enerom

### Opplevelse av verdighet

Verdighetsgarantien peker på en del objektive forhold som skal ligge til grunn for eldreomsorgen. Det som til syvende og sist avgjør om tjenesten er verdig, er den enkeltes subjektive opplevelsen av verdighet. Våre medarbeideres relasjonskompetanse og handlingsrom for å bruke faglig skjønn og individuell tilrettelegging er derfor av avgjørende betydning. Dette fordrer et tett samarbeid med bruker og pårørende. Hverdagsmestring og en styrket hjemmetjeneste er ikke bare en kommunal strategi for å møte framtidens utfordringer, men en del av oppfølging av verdighetsgarantiens punkt 6.

<sup>7</sup> Uni Research, Rokkasenteret (Ludvigsen og Danielsen): Ny oppgavefordeling mellom personell i helse- og omsorgssektoren; veien å gå for å sikre framtidens velferdstjenester? KS-rapport 2-2014

<sup>8</sup> Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien). FOR-2010-11-12-1426

### **Kvalitetssikring og internkontroll**

Ibestad kommune skal sikre at tjenestene ytes i tråd med nasjonale og lokale standarder, og enhetene skal føre internkontroll med bruk av vedtatt standard. Avvikssystemet skal kontrollere hvorvidt tjenestene følger vedtatt standard, men er også et viktig verktøy for forbedringsarbeid. Mange avvik er derfor ikke nødvendigvis en indikator på dårlig kvalitet. Det kan også være en indikator på god kvalitetssikring, alt etter hva avviket dreier seg om.

Standarder og internkontroll er den instrumentelle delen av kvalitetsarbeidet, men er i seg selv ingen garanti for kvalitet og verdighet i eldreomsorgen. Kvaliteten sikres like mye av den enkeltes faglige og relasjonelle kompetanse og bruk av faglig skjønn for å tilpasse tjenester til individuelle behov. Derfor er det viktig at standarder ikke blir for detaljerte og internkontrollen må ikke være så omfattende at den går på bekostning av pasientnærhet

### **Kontinuitet og pasientnærhet**

Ibestad kommune har relativt lav grunnbemanning i sine institusjoner. En av strategiene for å frigjøre ressurser for å løse dette er å forebygge behovet for sykehjemsplasser ved å styrke tjenestene til hjemmeboende.

En viktig del av arbeidet vil være økt kontinuitet i hjemmetjenesten, både personkontinuitet, informasjonskontinuitet og organisasjonskontinuitet. I arbeidet med færrest mulig hjelpere skal de brukerne som trenger mest kontinuitet prioriteres. Denne prioriteringen skal bygge på en faglig vurdering og et samarbeid med bruker selv og pårørende.

Det er sannsynliggjort at "tidlig innsats" utsetter behovet for sykehjemsplass for den enkelte. En del brukere har behov for stabile forhold og et begrenset antall hjelpere. For de mest sårbare brukerne må man se på muligheter for nye arbeidsformer og faste kontaktpersoner.

### **Lindrende behandling og en verdig død**

Ibestad kommune har ansvar for at pasientene får et faglig forsvarlig og kvalitativt godt tilbud som også omfatter en verdig avslutning på livet. Pasienter dør i alle aldre og med mer komplekse sykdomsbilder enn tidligere. Flere har ønske om å være hjemme og om mulig avslutte livet der. For å kunne imøtekomme behovene og gi pasienter og deres pårørende god omsorg og behandling, trengs palliativ kompetanse og forståelse hos helsepersonell. Møtet med den døende pasienten med kognitiv svikt er spesielt utfordrende og krever både kompetanse og forståelse for å observere behov hos pasienten og pårørende. Ibestad kommune har et pågående prosjekt for omsorg og behandling i livets slutfase som gjelder for brukere av hjemmetjenesten. Det er ønskelig å utvikles til også å gjelde pasienter i sykehjem.

### **Kompetanse og rekruttering**

Ibestad kommune skal være en attraktiv arbeidsgiver som både får og beholder fagfolk. Rekruttering handler om bevissthet om hvilken kompetanse det er behov for, evnen til å knytte til seg kompetansen, bruke kompetansen riktig og beholde den kompetansen som er rekruttert. Skal vi lykkes med strategiene våre, må kompetansen være på plass. Det gjelder både den enkelte faggruppe og sammensetningen av faggrupper (tverrfaglighet). Relasjons- og samhandlingskompetansen må styrkes i alle grunnutdanninger for å sikre en verdig omsorg og godt samarbeid mot felles mål. Samhandling med pasienter og brukere krever faglig og etisk begrunnelse på hvorfor vi gjør det vi gjør. Etisk og faglig refleksjon, oppdatering av kompetanse, organisasjonsforståelse, helsejuss og dokumentasjon må regnes som basiskompetanse.

Breddekompetanse er viktig i kommunen, og tverrfaglighet øker breddekompetanse uten tilleggskostnader. Kommunens utvidede ansvar for helsetjenester indikerer i tillegg et behov for en viss spesialisering. Både kompetansenivå og effektivitet avhenger av erfaring og øvelse, det vil si at kompetansen brukes ofte. Det er derfor ikke hensiktsmessig at alle skal være generalister. Se mer om dette i kapittel 6.

Identifikasjon av tjenestebehov krever god vurderingskompetanse hos våre medarbeidere, god observasjon, analyse av funn, kjennskap til risikofaktorer og kunnskap om egnede tiltak. Tidlig innsats er relativt nytt for mange medarbeidere og bør gis spesiell oppmerksomhet i enhetenes kompetanseplaner.

Vi har allerede utfordringer med å rekruttere nok sykepleiere. Da blir det viktig å bruke den kompetansen vi har riktig. Vernepleierkompetansen er viktig på flere tjenesteområder, og særlig der kompetanse på kognitiv funksjon og mestring er sentralt.

### **Tverrfagligheten styrkes**

Tverrfagligheten skal brukes slik at yrkesgruppene gjensidig forsterker hverandre. Det anbefales at det tilrettelegges for sterkere tverrfaglighet i grunnbemanningen (turnusbemanningen) i hjemmetjenester og institusjoner. Det bør vurderes om flere skal ha alternative arbeidstidsordninger ved disse tjenestene. Ved knapphet på en fagressurs må tilgjengelighet på dagtid prioriteres.

Det er et bredt spekter av oppgaver som skal ivaretas i kommunehelsetjenesten, og alle aldersgrupper skal ivaretas. Organiseringen må være slik at alle behov ivaretas på en rasjonell måte. Utfordringen med å rekruttere sykepleiere er nevnt, men utfordringen med å beholde fagkompetanse over tid er kanskje vel så viktig. Ibestad kommune må kunne tilby arbeidstakerne et godt fagmiljø. Nye sykepleiere synes for eksempel at det er skremmende å stå alene i vanskelige situasjoner, spesielt på kveld og helg, og dette må tas på alvor hvis vi skal kunne beholde arbeidskraften. Mentorordninger for nyansatte kan bedre denne situasjonen og det må utvikles gode opplæringsarenaer sammen med spesialisthelsetjenesten og utdanningsinstitusjonene.

Det skal legges en plan for å få ufaglærte innen helse og velferd til å ta fagutdanning. Alle ansatte deltar på kompetanseheving. Arbeid med å rekruttere og beholde sykepleierfaglig kompetanse styrkes.

God kvalitet på veiledning og praksisplasser er kanskje den faktoren som har størst betydning for kommunens renomme som arbeidsplass. Det bør tas stilling til hva som er ønsket andel av helsefagarbeidere, høyskoleutdannede med bachelorgrad, videreutdanning og mastergrad ved de ulike tjenestene.

Med ulike utfordringer knyttet til vårt flerkulturelle samfunn vil fokuset på et mangfoldig arbeidsliv være avgjørende i tiden fremover. Det er i dag mange innvandrere med gode norskkunnskaper og med godkjent utdanning som må rekrutteres i kommunale stillinger. Økt innvandring medfører at flere har behov for arbeids- og språktrening, og enhetene har en viktig oppgave med å legge til rette for at flere får mulighet til å få denne typen trening i kommunens enheter.

### **Satsingsområde 6: Et demensvennlig samfunn**

Regjeringen har lagt følgende strategier til grunn for et demensvennlig samfunn (Demensplan 2020):

1. Selvbestemmelse, involvering og deltakelse.
2. Forebygging – det som er bra for hjertet er bra for hjernen.
3. Diagnose til rett tid og tett oppfølging etter diagnose.
4. Aktivitet, mestring og avlastning.
5. Pasientforløp med systematisk oppfølging og tilpassede tjenestetilbud.
6. Forskning, kunnskap og kompetanse

Dette er gjenkjennbare strategier som samsvarer med strategiene i eldreplanen som helhet. Hvis målet er et demensvennlig samfunn, må oppmerksomheten rettes både mot individet og samfunnet: *- barrierer i de fysiske og sosiale omgivelsene for å sikre fortsatt deltakelse og likestilling og personens egenskaper, interesser og ressurser.*

Samfunnsperspektivet handler om universell utforming og at kognitive og fysiske funksjonsnedsettelse må likestilles. Hvis personer med demenssykdom skal kunne integreres i lokalsamfunnet, må lokalsamfunnet vite hvordan de skal forholde seg til personer med demens. Det innebærer samarbeid med butikkansatte, transportnæringen, politi og kultursektor. For å synliggjøre arbeidet med et demensvennlig samfunn har vi valgt å sette det opp som et eget satsingsområde fordi det er et stort og utfordrende tjenesteområde med behov for spesiell tilrettelegging og kompetanse.

Nye tjenester må planlegges sammen med brukere og pårørende, og tilbud som etableres må evalueres før de blir faste tilbud. Brukere og pårørende bør være representert i evalueringen.

Brukeres funksjonsnivå må kartlegges før det gis et tilbud, og det må samarbeides med pårørende. Utgangspunktet for planleggingen skal være personen, ikke bare diagnosen. Personens livshistorie og gjenværende ressurser bør vektlegges. Aktivitetstilbudene som tilbys personer med demens må tilpasses i forhold til innhold og individuelle behov.

Innholdet i avlastningstilbudene bør ha en standard som bidrar til å vedlikeholde eller bedre funksjonsnivå slik at brukerne kan reise hjem etter opphold og fungere som før. Passive avlastningstilbud medfører fall i funksjonsnivå. Dette er et spørsmål om ressurser og prioriteringer i krevende budsjettarbeid.

Hverdagsmestring som arbeidsform utprøves for personer med demens i tidlig fase.

Åpningstider ved dagaktivitetssentrene for yngre demente bør være best mulig tilpasset en vanlig arbeidshverdag, for å støtte opp under partners mulighet til å være i jobb.

## **6. Organisatoriske tilpasninger**

Kommunen må forberede seg på økt ansvar for helsetjenester som en følge av samhandlingsreform og kommunereform. Hjemmesykepleie, ergoterapi, fysioterapi, legetjenester har nøkkelroller i denne sammenheng.

Samarbeid om utvikling av gode pasientforløp blir viktig både i og mellom de ulike kommunale tjenester, på tvers av kommune- og spesialisthelsetjenesten og gjennom interkommunalt samarbeid. Utskrivningsklare pasienter vil sannsynligvis fortsatt være en utfordring i perioder.

Innsatsen mot forebygging og helsefremmende arbeid må økes. For å få til det må det skje et samspill mellom eksterne og kommunale tjenesteområder, og ressurser må omfordeles.

## **Fremtidens tjenester til hjemmeboende eldre**

Det er ikke gitt at alle tjenester til hjemmeboende eldre skal gis i hjemmet. En del av oppgavene som overføres fra spesialisthelse til kommunehelsetjeneste er polikliniske oppgaver. I tidlig fase kan mange brukere selv oppsøke tjenester slik de i dag gjør med fastlegen og poliklinikkene i spesialisthelsetjenesten. Tiltak i hjemmene vurderes etter behov. Flere tjenester kan samlokaliseres eller organiseres som tverrfaglige poliklinikker, rådgivningstjenester og lavterskeltilbud. Utfordringen i dag er tilgangen på lokaler til slike tjenester, omdisponering av ressurser og utvikling av samarbeidskulturer.

### **Tilbud om ulike korttidsopphold**

#### **Rehabilitering**

Vi har i dag en godt innarbeidet rehabiliteringsavdeling, med god kompetanse. Her er det viktig å opprettholde tjenesteutvikling.

#### **Avlastning**

Avlastning er et lovpålagt tilbud til pårørende med krevende omsorgsoppgaver og er en forutsetning for at de skal klare å støtte familiemedlemmer med store hjelpebehov. I utgangspunktet er avlastning ikke opphold for intensiv behandling eller rehabilitering, og bemanningen har derfor ikke vært forsterket. Alle tilbud skal tilpasses individuelle behov, også avlastningsopphold. Brukere som har store hjelpebehov kan vedlikehold av funksjonsnivået være avgjørende for å kunne fortsette å bo hjemme. Plassene bør derfor forsterkes noe, slik at oppholdet kan gi en helsegevinst for brukeren samtidig med at pårørende får avlastning.

#### **Medisinsk observasjon og behandling**

Dette er korttidsopphold ved sykehjemmet med fokus på medisinsk observasjon og behandling. Plassene brukes til observasjon/vurdering, sluttbehandling, mobilisering, akutt plasser, palliasjon og smittevern. Felles for disse oppholds kategorier er at oppholdet er tidsavgrenset, bruker er hjemmeboende og skal hjem etter opphold. Tilbudet for de ulike oppholds kategoriene skal beskrives og være gjennomførbare med gitt bemanningsnorm.

## **7. Handlingsdel**

Handlingsdelen er ikke ment å være uttømmende. Vi har valgt ut de tiltakene som synes å være de viktigste og de tiltakene som best viser retning på tjenesteutviklingen.

### **Full sykehjems dekning**

Full sykehjems dekning er et overordnet mål i lbestad kommune.

En viktig forutsetning for å nå dette målet er:

- Satsing på forebygging og tilbud som øker den enkeltes mestringsevne og livskvalitet.
- Styrking av struktur og kompetanse i hjemmetjenesten for å redusere presset på og utsette behovet for sykehjemstjenester
- At hele tjenestekjeden utnyttes optimalt.

Dreining i tjenestene fra fokus på omsorgstjenester til de dårligste brukerne til økt fokus på medisinsk oppfølging, tidlig intervensjon og forebygging til pasienter med begynnende funksjonssvikt krever nye tiltak.

### **Bruker – og pårørendeperspektivet**

Prosess	Tiltak	Tid
<b>Mål: Brukeren er sjef i eget liv (selvbestemmelse og deltakelse).</b>		
Brukeren og pårørende erfarer at de blir sett og forstått	Bruker deltar i planlegging, beslutning og gjennomføring av tjenesten. Pårørende involveres i samråd med bruker.	Fortløpende
Brukeren opplever at medarbeiderne yter samordnet innsats ut fra brukerens mål	Brukerne og pårørende får tilpasset informasjon og rådgivning  Det er etablert avlastningstilbud hvor bruker og pårørende selv kan booke opphold  Kommunikasjon - og relasjonskompetanse utvikles som basiskompetanse.  Kommunen bidrar til utvikling av nye digitale system for dialog og samarbeid med bruker og pårørende  Flere pårørendekurs utvikles etter modell fra ressurscenter for demens  Det nedsettes en bredt sammensatt arbeidsgruppe for å kartlegge behov og vurdere strategier for tilrettelegging av gode helse- og omsorgstjenester for eldre innvandrere.	Utviklingsarbeid over tid.
Utvikling av tjenester til innvandrere og minoriteter		

### Tidlig Innsats

Prosess	Tiltak	Tid
<b>Mål: Innbyggerne får støtte til å mestre egen hverdag og fremme egen helse på et tidlig stadium.</b>		
Bedre mestring av egen hverdag	Kapasiteten til å iverksette helsefremmede tiltak og rehabilitering økes.	Vurderes i årlig budsjett-sammenheng.
Brukerne får bedre tilgang på kunnskap om å ivareta egen helse og mestring	Tiltak i regi av prosjektet Aldersvennlig by. Målgruppen for hverdagsmestring utvides.	Fortløpende i tråd med opptrappingsplan
Samarbeid med lokalmiljøet for å forebygge sosial isolasjon.	Gjennom tiltak i regi av Områdeløftet, Aldersvennlig by og Demensvennlig samfunn. Utbedre tilgangen på informasjon på nettsiden.  Videreutvikle samarbeidet for hverdagsmestring	
Kommunens ansatte har kultur for tverrfaglig kartlegging og oppfølging.	Videreutvikle samarbeidet med kultur og fritid, og frivillige.  Videreutvikle HPH	Kontinuerlig



Henvisnings- og samarbeidsrutiner utbedre	Fokus tidlig innsats	Kontinuerlig
		Kontinuerlig

### Aktiv aldring med fokus på kultur og aktivitet i samfunnet

Prosess	Tiltak	Tid
<b>MÅL: Alle eldre gis muligheter for en aktiv aldring</b>		
<p>Redusere risiko for sosial isolasjon og ensomhet</p> <p>Videreutvikle mangfoldet av aktivitetstilbud tråd med eldre's egne interesser og behov.</p> <p>Alle lokalmiljø/bydeler har åpne treffsteder og tilrettelagte kultur og aktivitetstilbud for eldre.</p>	<p>Utprøving av nye samarbeidsmodeller</p> <p>Fysak-koordinatorrolle</p> <p>Utvide og videreutvikle aktivitetstilbudet for hjemmeboende personer med demens. Differensiere lokalisering av tilbud.</p> <p>Utvikling av alders- og demensvennlig samfunn</p> <p>Videreutvikling av Den kulturelle spaserstokken og kulturvertprosjektet</p>	

### Velferdsteknologi

Prosess	Tiltak	Tid
<b>MÅL: Ibestad kommune er en pådriver i utviklingen av velferdsteknologitjenester</b>		
<p>Velferdsteknologi: - styrker muligheten til å være sjef i eget liv.</p> <p>- åpner nye muligheter til å delta i sosiale nettverk bedre via digitale verktøy</p> <p>- frigir tid som kommer flere brukere til god</p>	<p>Det utarbeides en overordnet strategi for bruk av teknologi og IKT- verktøy.</p> <p>Digitale trygghetstjenester med mobil trygghetsalarm, digitale tilsyn etc</p> <p>Automatiserte sikkerhetsløsninger, fleksible løsninger</p> <p>Varslingstjenester med døralarmer , matte alarmer, medisintjenester</p>	<p>2018</p> <p>2018</p> <p>2018</p>

- bidrar til at personer med demens kan bo lenger i eget hus eller i institusjon med åpne dører,	Forenkler arbeidsprosesser for ansatte og støtter samhandlingen mellom partene i helsevesenet Lokaliseringstjenester med GPS og annen teknologi.	
- velferdsteknologi fremmer samhandling.	Nøkkeltjenester med bedre sikkerhet og forenkling av arbeidsprosesser	
- etablering av Helseplattformen	Behandlingstjenester med avstand oppfølging av personer med kronisk sykdom Helseplattformen gir mulighet for dialogbaserte løsninger og bedre informasjonsdeling	

### Kvalitet og kompetanse

Prosess	Tiltak	Tid
<b>MÅL: Helse- og omsorgstjenesten har tilgang på nødvendig kompetanse og bruker den hensiktsmessig.</b>		
Ibestad kommune rekrutterer og beholder kvalifisert arbeidskraft.	Tett samarbeid med forskning og utdanning for å sikre fremtidens kompetansebehov. Alle er tilknyttet gode fagmiljø.	Kontinuerlig Kontinuerlig
Flere heltidsstillinger, økt tverrfaglighet og kultur for utprøving av nye arbeidstidsordninger.	Arbeidet med helhetlige pasientforløp tydeliggjøre roller og ansvar og forbedrer samhandlingen. Praksisplassene forbedres for å øke rekruttering av helsepersonell.	Kontinuerlig 2018
Sikre at eldre får nødvendig tilgang til medisinske tjenester og oppfølging av fastlege	Følge opp plan for heltidskultur i helse og omsorgstjenesten Har en kompetanse- og kvalitetsplan som viser tiltak for å sikre kritiske områder Alle fast ansatte over 25 prosent stilling har en helse- og sosialfaglig utdanning	Kontinuerlig 2016
Øket kontinuitet i hjemmetjenesten	Sykehjemsleger skal ha hel dag på institusjon Følge opp vedtak i Kvalitet i hjemmetjenesten Kvalitetsmelding i eldreomsorgen	2019
Sterk enhetsledelse og nærledelse 24/7.	Utprøving av alternative arbeidstidsordninger for å sikre tverrfaglighet på viktige tidspunkt på døgnet.	2018
Andel høyskoleutdannede ved institusjoner og hjemmetjenester økes	Det etableres strukturer for samarbeid med forskningsmiljøene om kompetanseutvikling og praksisutvikling.	

**Et demensvennlig samfunn**

Prosess	Tiltak	Tid
<b>MÅL: Ibestad kommune er et demensvennlig samfunn.</b>		
Selvbestemmelse, involvering og deltakelse blir en realitet også for personer med demens og deres pårørende.  Økt kunnskap om demens blant folk flest. Tidlig innsats inkluderer personer med demens.  Pasientforløp med systematisk oppfølging og tilpassede tjenestetilbud er utviklet.	Tilrettelegging av lokalsamfunn i regi av "Et demensvennlig samfunn": etablere arbeidsgruppe i samarbeid med Nasjonalforeningen og lokalmiljø.	2018
	Planlegging av tiltak gjennomføres i samarbeid med bruker og pårørende.	2018
	Hverdagsmestring utprøves for personer med demens.	
	Det er utviklet rutiner som sikrer diagnose til rett tid og tett oppfølging etter diagnose.	
	Retten til koordinator og individuell plan tilpasses personer med demens	



→ Engelsk versjon

## Lov om likestilling og forbud mot diskriminering (likestillings- og diskrimineringsloven)

Dato	LOV-2017-06-16-51
Departement	Barn- og likestillingsdepartementet
Sist endret	LOV-2017-12-19-115 fra 01.01.2018
Ikrafttredelse	01.01.2018
Endrer	LOV-2013-06-21-58, LOV-2013-06-21-59, LOV-2013-06-21-60, LOV-2013-06-21-61
Kunngjort	16.06.2017
Korttittel	Likestillings- og diskrimineringsloven

---

### Kapitteleversikt:

Kapittel 1 Innledende bestemmelser (§§ 1 - 5)

Kapittel 2 Forbud mot å diskriminere (§§ 6 - 16)

Kapittel 3 Universell utforming og individuell tilrettelegging (§§ 17 - 23)

Kapittel 4 Aktivt likestillingsarbeid (§§ 24 - 28)

Kapittel 5 Særlige regler i arbeidsforhold (§§ 29 - 34)

Kapittel 6 Håndheving, bevisbyrde og reaksjoner (§§ 35 - 40)

Kapittel 7 Avsluttende bestemmelser (§§ 41 - 44)

Vedlegg 1. International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination (autentisk engelsk tekst)

Part I

Part II

Part III

Vedlegg 2. Internasjonal konvensjon om avskaffelse av alle former for rasediskriminering (norsk oversettelse)

Del I

Del II

Del III

---

Jf. EØS-avtalen vedlegg XVIII nr. 21b og 21c (dir 2006/54 og dir 2004/113).

### Kapittel 1 Innledende bestemmelser

#### § 1. Formål

Lovens formål er å fremme likestilling og hindre diskriminering på grunn av kjønn, graviditet, permisjon ved fødsel eller adopsjon, omsorgsoppgaver, etnisitet, religion, livssyn, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk, alder og andre vesentlige forhold ved en person.

Med likestilling menes likeverd, like muligheter og like rettigheter. Likestilling forutsetter tilgjengelighet og tilrettelegging.

Loven tar særlig sikte på å bedre kvinners og minoriteters stilling. Loven skal bidra til å bygge ned samfunnsskapt funksjonshemmende barrierer, og hindre at nye skapes.

## **§ 2. Saklig virkeområde**

Loven gjelder på alle samfunnsområder.

Loven gjelder ikke ved diskriminering på grunn av alder i forhold som reguleres av arbeidsmiljøloven kapittel 13 og skipsarbeidsloven kapittel 10.

Departementet kan gi forskrift om lovens anvendelse for utsendte arbeidstakere etter arbeidsmiljøloven § 1-7 første ledd.

## **§ 3. Geografisk virkeområde**

Loven gjelder i hele riket, herunder på Svalbard og Jan Mayen. Loven gjelder også på faste og flyttbare installasjoner i virksomhet på norsk kontinentalsokkel, og på norske skip og norske luftfartøyer, uansett hvor de befinner seg.

Kapittel 3 om universell utforming og individuell tilrettelegging, og §§ 24, 25 og 26 om aktivt likestillingsarbeid for så vidt gjelder funksjonsnedsettelse, gjelder likevel ikke på Svalbard og Jan Mayen, installasjoner i virksomhet på norsk kontinentalsokkel, norske skip i utenriksfart og på norske luftfartøyer. Kongen kan gi forskrift om anvendelsen av de nevnte bestemmelsene på disse områdene.

## **§ 4. Ufravikelighet**

Bestemmelsene i denne loven, og forskrifter gitt i medhold av loven, kan ikke fravikes ved avtale.

## **§ 5. FNs rasediskrimineringskonvensjon**

De forente nasjoners internasjonale konvensjon 21. desember 1965 om avskaffelse av alle former for rasediskriminering gjelder som norsk lov.

# **Kapittel 2 Forbud mot å diskriminere**

## **§ 6. Forbud mot å diskriminere**

Diskriminering på grunn av kjønn, graviditet, permisjon ved fødsel eller adopsjon, omsorgsoppgaver, etnisitet, religion, livssyn, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk, alder eller kombinasjoner av disse grunnlagene er forbudt. Med etnisitet menes blant annet nasjonal opprinnelse, avstamning, hudfarge og språk.

Forbudet omfatter diskriminering på grunn av eksisterende, antatte, tidligere eller fremtidige forhold som nevnt i første ledd.

Forbudet gjelder også hvis en person blir diskriminert på grunn av sin tilknytning til en annen person, og diskrimineringen skjer på grunn av forhold som nevnt i første ledd.

Med diskriminering menes direkte eller indirekte forskjellsbehandling etter §§ 7 og 8 som ikke er lovlig etter §§ 9, 10 eller 11.

### **§ 7. Direkte forskjellsbehandling**

Med direkte forskjellsbehandling menes at en person behandles dårligere enn andre blir, har blitt eller ville blitt behandlet i en tilsvarende situasjon, på grunn av forhold som nevnt i § 6 første ledd.

### **§ 8. Indirekte forskjellsbehandling**

Med indirekte forskjellsbehandling menes enhver tilsynelatende nøytral bestemmelse, betingelse, praksis, handling eller unnlattelse som vil stille personer dårligere enn andre, på grunn av forhold som nevnt i § 6 første ledd.

### **§ 9. Lovlig forskjellsbehandling**

Forskjellsbehandling er ikke i strid med forbudet i § 6 når den

- a) har et saklig formål
- b) er nødvendig for å oppnå formålet og
- c) ikke er uforholdsmessig inngripende overfor den eller de som forskjellsbehandles.

I arbeidsforhold og ved valg og behandling av selvstendig næringsdrivende og innleide arbeidstakere er direkte forskjellsbehandling på grunn av kjønn, etnisitet, religion, livssyn, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk bare tillatt hvis denne egenskapen har avgjørende betydning for utøvelsen av arbeidet eller yrket, og vilkårene i første ledd er oppfylt.

Aldersgrenser som følger av lov eller forskrift, og fordelaktige priser på grunn av alder, er ikke i strid med forbudet i § 6.

### **§ 10. Lovlig forskjellsbehandling på grunn av graviditet, fødsel, amming og permisjon ved fødsel eller adopsjon**

Forskjellsbehandling på grunn av

- a) graviditet, fødsel og amming, herunder fravær etter arbeidsmiljøloven §§ 12-1, 12-2, 12-3 første ledd første punktum, 12-4 og 12-8, og
  - b) permisjon forbeholdt hver av foreldrene, jf. folketrygdloven § 14-12 første ledd
- er bare tillatt der forskjellsbehandlingen er nødvendig for å beskytte kvinnen, fosteret eller barnet i forbindelse med graviditet, fødsel eller amming, eller der det foreligger andre åpenbare grunner. Forskjellsbehandlingen må ikke være uforholdsmessig inngripende overfor den som forskjellsbehandles.

Ved forskjellsbehandling på grunn av permisjon ved fødsel eller adopsjon i perioder som ikke omfattes av første ledd, gjelder § 9 første ledd.

Ved ansettelse og oppsigelse er forskjellsbehandling på grunn av graviditet, fødsel, amming og permisjon ved fødsel eller adopsjon aldri tillatt. Dette gjelder også ved forlengelse av midlertidig stilling.

### **§ 11. Adgang til positiv særbehandling**

Positiv særbehandling på grunn av forhold som nevnt i § 6 første ledd er tillatt hvis

- a) særbehandlingen er egnet til å fremme lovens formål,
- b) det er et rimelig forhold mellom formålet man ønsker å oppnå og hvor inngripende særbehandlingen er for den eller de som stilles dårligere og
- c) særbehandlingen opphører når formålet med den er oppnådd.

### **§ 12. Brudd på plikten til universell utforming eller individuell tilrettelegging**

Brudd på §§ 17 og 18 om universell utforming og §§ 20, 21, 22 og 23 om individuell tilrettelegging regnes som diskriminering.

Diskriminering som skyldes mangelfull fysisk tilrettelegging, er uttømmende regulert i §§ 17 til 23 for de rettssubjektene og på de områdene disse bestemmelsene gjelder.

### **§ 13. Forbud mot å trakassere**

Trakassering på grunn av forhold som nevnt i § 6 første ledd og seksuell trakassering, er forbudt.

Med trakassering menes handlinger, unnlater eller ytringer som har som formål eller virkning å være krenkende, skremmende, fiendtlige, nedverdiggende eller ydmykende.

Med seksuell trakassering menes enhver form for uønsket seksuell oppmerksomhet som har som formål eller virkning å være krenkende, skremmende, fiendtlig, nedverdiggende, ydmykende eller plagsom.

Forbudet omfatter trakassering på grunn av eksisterende, antatte, tidligere eller fremtidige forhold som nevnt i § 6 første ledd.

Forbudet gjelder også hvis en person blir trakassert på grunn av sin tilknytning til en annen person, og trakasseringen skjer på grunn av forhold som nevnt i § 6 første ledd.

Arbeidsgivere og ledelsen i organisasjoner og utdanningsinstitusjoner skal innenfor sitt ansvarsområde forebygge og forhindre trakassering og seksuell trakassering.

### **§ 14. Forbud mot å gjengjelde**

Det er forbudt å gjengjelde mot noen som har fremmet klage om brudd på denne loven, eller som har gitt uttrykk for at klage kan bli fremmet, med mindre vedkommende har opptrådt grovt uaktsomt.

Forbudet etter første ledd gjelder tilsvarende overfor vitner i en klagesak, og overfor personer som bistår i en klagesak.

Det er forbudt å gjengjelde mot noen som har unnlatt å gjøre det de har blitt instruert til i strid med § 15.

### **§ 15. Forbud mot å instruere noen om å diskriminere, trakassere eller gjengjelde**

Det er forbudt å instruere noen om å diskriminere i strid med § 6, trakassere i strid med § 13, og gjengjelde i strid med § 14.

### **§ 16. Forbud mot å medvirke til å diskriminere, trakassere, gjengjelde eller instruere**

Det er forbudt å medvirke til å diskriminere i strid med § 6, trakassere i strid med § 13, gjengjelde i strid med § 14, og instruere i strid med § 15.

## **Kapittel 3 Universell utforming og individuell tilrettelegging**

### **§ 17. Universell utforming**

Offentlige og private virksomheter rettet mot allmennheten har plikt til universell utforming av virksomhetens alminnelige funksjoner.

Med universell utforming menes utforming eller tilrettelegging av hovedløsningen i de fysiske forholdene, inkludert informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT), slik at virksomhetens alminnelige funksjoner kan benyttes av flest mulig, uavhengig av funksjonsnedsettelse.

Plikten gjelder ikke utforming eller tilrettelegging som innebærer en uforholdsmessig byrde for virksomheten. Ved vurderingen skal det særlig legges vekt på

- a) effekten av å fjerne barrierer for personer med funksjonsnedsettelse
- b) om virksomhetens alminnelige funksjoner er av offentlig art
- c) kostnadene ved tilretteleggingen
- d) virksomhetens ressurser
- e) sikkerhetshensyn
- f) vernehensyn.

Plikten etter første ledd anses som oppfylt dersom virksomheten oppfyller krav til universell utforming i lov eller forskrift.

Kongen kan gi forskrift om innholdet i plikten til universell utforming på områder som ikke er omfattet av krav i annen lov eller forskrift.

### **§ 18. Særlig om universell utforming av IKT**

Løsninger for IKT som underbygger virksomhetens alminnelige funksjoner, og som er hovedløsninger rettet mot eller stilt til rådighet for allmennheten, skal være universelt utformet fra det tidspunktet som er fastsatt i § 41.

Med IKT menes teknologi og systemer av teknologi som brukes til å uttrykke, skape, omdanne, utveksle, lagre, mangfoldiggjøre og publisere informasjon, eller som på annen måte gjør informasjon anvendbar.

Plikten gjelder ikke IKT-løsninger der utformingens reguleres av annen lov eller forskrift.

Kongen kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om avgrensning av virkeområdet og innholdet i plikten til universell utforming av IKT-løsninger.

### **§ 19. Plikt til å arbeide aktivt for å fremme universell utforming**

Offentlige virksomheter skal arbeide aktivt og målrettet for å fremme universell utforming innen virksomheten. Det samme gjelder for private virksomheter rettet mot allmennheten.

### **§ 20. Rett til individuell tilrettelegging av kommunale tjenester**

Barn med funksjonsnedsettelse har rett til egnet individuell tilrettelegging av kommunale barnehagetilbud, for å sikre likeverdige utviklings- og aktivitetsmuligheter.

Personer med funksjonsnedsettelse har rett til egnet individuell tilrettelegging av kommunale tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven av varig karakter for den enkelte, for å sikre et likeverdig tilbud.

Retten etter første og andre ledd gjelder tilrettelegging som ikke innebærer en uforholdsmessig byrde. I denne vurderingen skal det særlig legges vekt på

- a) tilretteleggingens effekt for å fjerne barrierer for personer med funksjonsnedsettelse
- b) kostnadene ved tilretteleggingen
- c) virksomhetens ressurser.

### **§ 21. Rett til individuell tilrettelegging for elever og studenter**

Elever og studenter med funksjonsnedsettelse ved skole- og utdanningsinstitusjoner har rett til egnet individuell tilrettelegging av lærested, undervisning, læremidler og eksamen, for å sikre likeverdige opplærings- og utdanningsmuligheter.



Retten gjelder tilrettelegging som ikke innebærer en uforholdsmessig byrde. I denne vurderingen skal det særlig legges vekt på

- a) tilretteleggingens effekt for å fjerne barrierer for personer med funksjonsnedsettelse
- b) kostnadene ved tilretteleggingen
- c) virksomhetens ressurser.

#### **§ 22. Rett til individuell tilrettelegging for arbeidssøkere og arbeidstakere**

Arbeidstakere og arbeidssøkere med funksjonsnedsettelse har rett til egnet individuell tilrettelegging av ansettelsesprosess, arbeidsplass og arbeidsoppgaver, for å sikre at de kan få eller beholde arbeid, ha tilgang til opplæring og annen kompetanseutvikling samt utføre og ha mulighet til fremgang i arbeidet, på lik linje med andre.

Retten gjelder tilrettelegging som ikke innebærer en uforholdsmessig byrde. I denne vurderingen skal det særlig legges vekt på

- a) tilretteleggingens effekt for å fjerne barrierer for personer med funksjonsnedsettelse
- b) kostnadene ved tilretteleggingen
- c) virksomhetens ressurser.

#### **§ 23. Rett til individuell tilrettelegging for gravide arbeidssøkere, arbeidstakere, elever og studenter**

Gravide elever og studenter har rett til egnet individuell tilrettelegging av lærested, undervisning og eksamen. Gravide arbeidstakere og arbeidssøkere har rett til egnet individuell tilrettelegging av ansettelsesprosess, arbeidsplass og arbeidsoppgaver.

Retten gjelder tilrettelegging som ikke innebærer en uforholdsmessig byrde. I denne vurderingen skal det særlig legges vekt på

- a) tilretteleggingens effekt for å fjerne barrierer for kvinners deltakelse i utdanning og arbeid
- b) kostnadene ved tilretteleggingen
- c) virksomhetens ressurser.

## **Kapittel 4 Aktivt likestillingsarbeid**

#### **§ 24. Offentlige myndigheters plikt til å arbeide for likestilling**

Offentlige myndigheter skal arbeide aktivt, målrettet og planmessig for å oppfylle lovens formål.

#### **§ 25. Arbeidslivets organisasjoners plikt til å arbeide for likestilling**

Arbeidslivets organisasjoner skal, innenfor sine virkefelt, arbeide aktivt, målrettet og planmessig for å fremme likestilling og hindre diskriminering på grunn av kjønn, graviditet, permisjon ved fødsel og adopsjon, omsorgsoppgaver, etnisitet, religion, livssyn, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk.

#### **§ 26. Arbeidsgivers plikt til å arbeide for likestilling**

Alle arbeidsgivere skal, innenfor sin virksomhet, arbeide aktivt, målrettet og planmessig for å fremme likestilling og hindre diskriminering på grunn av kjønn, graviditet, permisjon ved fødsel og adopsjon, omsorgsoppgaver, etnisitet, religion, livssyn, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk. Arbeidet skal blant annet omfatte rekruttering, lønns- og arbeidsvilkår, forfremmelse, utviklingsmuligheter, tilrettelegging, mulighet for å kombinere arbeid og familieliv og forebygging av trakassering.

I alle offentlige virksomheter, uavhengig av størrelse, og i private virksomheter som jevnlig sysselsetter mer enn 50 ansatte, skal arbeidsgiver innenfor sin virksomhet

- a) undersøke om det finnes risiko for diskriminering eller andre hindre for likestilling,

# 12-1. Krav til planløsning og universell utforming av byggverk

4

(1) Byggverk skal ha planløsning tilpasset byggverkets funksjon.

- **Veiledning til første ledd**

Planløsningen har stor betydning for byggverkets funksjonalitet, brukbarhet, innemiljø, sikkerhet, mulighet for vedlikehold og renhold og lignende.

Planløsningen og størrelsen på byggverk vurderes i forhold til planlagt og sikker bruk, muligheten for god orientering, og hensynet til et godt innemiljø.

Når planløsningen for byggverket utarbeides er det viktig å tenke gjennom forventet persontrafikk til de ulike rommene. Likestilt atkomst til rommene vil innebære at hovedløsningen er brukbar for alle målgruppene som byggverket er beregnet for.

Kravet er i stor grad konkretisert i øvrige bestemmelser i kapittel 12.

(2) Byggverk for publikum og arbeidsbygninger skal være universelt utformet slik det følger av bestemmelsene i forskriften, med mindre byggverket eller deler av byggverket etter sin funksjon er uegnet for personer med funksjonsnedsettelse.

- **Veiledning til annet ledd**

Intensjonen bak kravene om universell utforming bygger på prinsippene om likeverd og like muligheter for alle til å delta i samfunnet.

Ved planlegging og utførelse av byggverk som skal ha universell utforming, må det tas hensyn til at personer med funksjonsnedsettelse kan ha reduserte muligheter for å mestre utfordringer som bruken av byggverket innebærer. Nedsatt fysisk kraft og bevegelse, nedsatt syn, nedsatt hørsel, nedsatt kognitivitet (forståelsestap) og allergier påvirker evnen til å mestre utfordringer.

Ved prosjektering for universell utforming benyttes det et dimensjoneringsgrunnlag basert på personer med ulikt funksjonsnivå. I dimensjoneringsgrunnlaget er nedsatt kraft og bevegelse, nedsatt syn og nedsatt hørsel innarbeidet. Personer som ikke kan kommunisere ved stemmebruk og personer som er ømfintlige for inneklimatefaktorer, inngår også i dimensjoneringsgrunnlaget. Når det prosjekteres med utgangspunkt i personer med funksjonsnedsettelse, gir dette gode løsninger for de fleste. Barn og eldre kan også ha problemer med å oppfatte omgivelsene og orientere seg. Universell utforming gir fleksible og bærekraftige løsninger.

Med begrepet uegnet for personer med funksjonsnedsettelse menes at det sikkerhetsmessig eller praktisk sett ikke vil være mulig for en person å benytte byggverket, eller utøve arbeidsoppgaver på grunn av funksjonsnedsettelsen.

- Et eksempel er en brannstasjon der det vil være krav til at utrykningsenheten er bemannet av mannskap uten nedsatt funksjon. Enheten har krav om rask responstid og skal utføre fysisk krevende oppgaver. Brannstasjonen kan også ha en administrativ enhet som er bemannet av kontorphersonale. De inngår ikke nødvendigvis i utrykningsenheten. Mens det er åpenbart at administrasjonsenheten har krav til universell utforming, kan utrykningsenheten vurderes som uegnet for personer med nedsatt funksjon.
- Et annet eksempel er en restaurant, som både er en bygning der publikum har tilgang og en arbeidsbygning. Arealer der publikum har tilgang må da være universelt utformet. For kjøkken og serveringsfunksjoner må det vurderes på hvilke områder et eventuelt unntak fra kravet om universell utforming kan være aktuelt.

I situasjoner der det vurderes at byggverket etter sin funksjon er uegnet, må det dokumenteres hva som er uegnet og hvilke konsekvenser dette har for universell utforming. Dokumentasjonen kan utføres som en enkel utredning eller notat, der det redegjøres for hvilke avveininger som er gjort og hvordan konklusjonen for egnethet er kommet fram.

I bygninger og byggverk med krav om heis eller løfteplattform inngår disse i hovedløsningen.

## Henvisninger

- [Anvisning 220.300. Universell utforming. Oversikt. SINTEF Byggforsk](#)
- [Anvisning 220.320 Universell utforming av arbeids- og publikumsbygninger. SINTEF Byggforsk](#)
- [Anvisning 220.335. Dimensjonering for rullestol. SINTEF Byggforsk](#)
- [Anvisning 220.114. Orienterbarhet i bygninger. Visuell oppfattelse og forståelse. SINTEF Byggforsk](#)