



ReHabiliteringsplan Overhalla kommune

2019-2024

Forord

Habilitering og rehabilitering handler om å sette menneskets egne ressurser i sentrum. Det handler om å gi alle muligheten til å oppnå egenmestring og et best mulig funksjonsnivå. Et riktig og godt rehabiliteringstilbud gir nye muligheter til å klare seg selv bedre i hverdagen til tross for sykdom, problemer eller funksjonsnedsettelse.

Alle skal kunne leve gode liv i Overhalla uavhengig av bakgrunn og livssituasjon.

Habilitering og rehabilitering er avgjørende for å oppnå gode og innholdsrike liv for flest mulig. Dette stiller store krav til kunnskap og kompetanse på tvers av mange fagfelt. Når noen er langvarig syk, betyr habilitering og rehabilitering også mye for de som er rundt. Det er viktig for de pårørende at den de er glad i får hjelp og mestrer hverdagen ut fra sin situasjon. God oppfølging gir både trygghet og håp. Ved å få hjelp til å mestre en ny og krevende livssituasjon får man mulighet til å leve det livet man ønsker selv om sykdom eller skade preger hverdagen.

I møte med tjenestene i kommunen skal den enkeltes egne behov, ressurser og mål være utgangspunktet. Brukeren skal være en aktiv medspiller og ikke bare en mottaker av hjelp.

Nasjonal opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017 fastslår at et viktig mål i framtidens rehabilitering er at brukeren skal få mest mulig oppfølging i hjemkommunen; i eget hjem, barnehage eller skole. Det foreslås 200 mill. kroner i statlige stimuleringsmidler til opptrappingsplanen fra 2017. 100 mill. kroner foreslås som øremerket tilskudd og 100 mill. kroner som en økning i kommunerammen. Stimuleringsmidlene til planen foreslås økt til 300 mill. kroner innen 2019.

Med denne ReHabiliteringsplanen vil Overhalla kommune konkretisere sin satsing på habilitering og rehabilitering. Dette gjør vi gjennom konkrete mål og tiltak som skal sikre bedre samordnet innsats og helhetlig ivaretagelse av den som trenger det, kunnskapsbasert tjenesteutvikling og ta i bruk gode digitale løsninger som gjør tilbudet mer tilgjengelig for brukerne. Noe av målsetningen i den nasjonale opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering er at kommunene skal settes i stand til å kunne overta flere oppgaver. Det er viktig at Overhalla kommune har en god kunnskapsutvikling innenfor habilitering og rehabiliteringsfeltet til det beste for innbyggerne

Habilitering og rehabilitering er en viktig bærebjelke i en fremtidsrettet helse- og omsorgstjeneste, og vi ønsker med denne planen å styrke tilbudet til våre innbyggere.

Innhold

1.0 INNLEDNING	4
2.0 HABILITERING OG REHABILITERING	6
2.2 Presiseringer og avgrensninger	7
2.3 Kommunens ansvar og oppgaver	8
2.4 Habilitering og rehabilitering i Overhalla	9
2.4.1. Sentrale aktører i rehabilitering	10
2.4.2. Habilitering for barn og unge	11
2.4.3. Voksenhabilitering	12
2.4.4. Rehabilitering i institusjon	13
2.4.5 Rehabilitering utenfor institusjon	13
2.4.6. Helsefremmende og forebyggende arbeid som grunnlag for alle tjenester	14
3.0 TILTAK FOR STYRKETHABILITERING OG REHABILITERING	15
3.1 Mestring og medvirkning	15
3.2 Samordnet innsats i gode forløp	17
3.3 Kunnskapsbasert tjenesteutvikling	20
3.4 Digitale løsninger for bedre mestring	21
4.0 ØKONOMISKE KONSEKVENSER AV HANDLINGSPLANENS TILTAK	21

HANDLINGSPLAN 2019-2024

1.0 INNLEDNING

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 bistand¹. Habilitering og rehabilitering er tjenester spesielt rettet mot personer med funksjonsnedsettelse og behov for langvarige og sammensatte helsetjenester. Målet er å bidra til at også mennesker med funksjonsnedsettelser og sykdom skal kunne fungere godt og oppleve mestring, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. Kommunene har etter hvert fått 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. Det overordnede målet med denne handlingsplanen er at kommunens innbyggere skal motta helhetlige og kunnskapsbaserte habiliterings- og rehabiliteringstjenester som støtter opp under mestring, brukermedvirkning og deltakelse.²

Hovedgrepene er å videreføre og videreutvikle eksisterende tiltak, arbeidsformer og gode forløp som støtter opp under dette. Helse- og omsorgstjenestene i Overhalla kommune er som i andre kommuner, under økende press. Dette gjør det nødvendig å organisere tjenestene slik¹ 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. For å sikre at de viktigste tiltakene blir iverksatt i planperioden vil følgende tiltak prioriteres i Overhalla:

BEST MULIG, LENGST MULIG I EGET LIV Overhalla kommune vil videreutvikle gode og helhetlige forløp i overgangen mellom institusjon og hjem. Ved å styrke kapasiteten rundt oppfølging før og etter utskriving av både unge, voksne og eldre pasienter fra sykehus til sykehjem eller til egen bolig skal den enkelte raskere få støtte til god egenmestring og opptrening av funksjonsnivå så tidlig som mulig.

KOORDINERENDE ENHET FOR HABILITERING OG REHABILITERING. Overhalla kommune vil styrke og videreutvikle koordinerende enhet. Koordinerende enhet skal bli mer synlig og lettere tilgjengelig. Brukere som har langvarige og/ eller sammensatte behov, skal få tilbud om individuell plan (IP) og koordinator. Ansatte skal få systematisk opplæring av dette, slik at de blir trygge i rollen som koordinator og kjent med verktøyet IP

¹ Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019

² Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator 2018

1.1 UTFORMING AV PLANEN

Det ble oppnevnt ei arbeidsgruppe og ei styringsgruppe 2016. Planen ble ferdigstilt mai 2019

Arbeidsgruppe

Heidi Kildal	Enhetsleder Helse og familie
Maia S Engblom	Fagleder Fysio- og ergoterapitjenesten
Marita Følstad	Enhetsleder Bo- og miljøtjenesten
Linn Hege K. Løvold	Frisklivskordinator
Tone Mette Flått	Fagutviklingssykepleier helse og omsorg
Silje Engstad	Ergoterapeut

Styringsgruppe

Per Tvete	Fastlege
Trude Lerfald	Enhetsleder hjemmetjenesten
Kirsten Svarliaunet	Enhetsleder institusjon
Astrid Marie Bakken	Brukerrepresentant, rådet for mennesker med funksjonshemming
May Vold	Saksbehandler
Hege D Lysberg	Fagleder helsestasjon
Bente Brauten	Fagleder Rus- og psykisk helsetjeneste
Dagfinn Johansen	Fagsjef oppvekst
Bente Eidesmo	Fagsjef helse og omsorg
Siri Hongseth	Enhetsleder for kultur og samfunn

Mandatet har vært å få laget en dynamisk rehabiliteringsplan som er i tråd med kommuneplan og overordnede nasjonale planer/målsettinger.

Planen skal kunne møte dagens og fremtidens utfordringer når det gjelder ReHabilitering

2.0 HABILITERING OG REHABILITERING

Denne ReHabiliteringsplanen legger til grunn følgende definisjon av habilitering og rehabilitering

- Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasient og brukers livssituasjon og mål.
- Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak.
- Formålet er at den enkelte pasient og bruker, 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.³

Selv om habilitering og rehabilitering betegnes som tidsavgrensede prosesser, er det mange som heller mener det er en livslang prosess. Mange personer med kronisk sykdom og langvarige og sammensatte behov trenger målrettet innsats over tid for å bevare og bedre funksjon og lære seg å leve og mestre livet med funksjonsnedsettelse. Det kan være en glidende overgang mellom forebygging, behandling og rehabilitering.⁴ Dette gjelder for eksempel personer med kroniske sykdommer og tilstander som utviklingshemming. Personer som har levd med skader eller sykdom i mange år tenker gjerne på rehabilitering som den mestringsprosessen de selv gjennomgår, og ikke bare de konkrete tjenestene de mottar. Habilitering og rehabilitering har samme definisjon, men retter seg mot ulike grupper.

Målgruppe for habilitering

Habilitering gis til personer med funksjonsnedsettelser 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.⁵

Målgruppe for rehabilitering

Rehabilitering gis til personer som har funksjonsnedsettelser 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

³ Forskrift for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator §3 2018

⁴ Opptreppingsplan for habilitering og rehabilitering 2016

⁵ Veileder for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator 2018

hovedtyngden av utfordringer ligger; somatisk rehabilitering og rehabilitering innen psykisk helse og rus.⁶

Videre i planen brukes i hovedsak samlebetegnelsen ReHabilitering for habilitering og rehabilitering, med mindre det er behov for nærmere presisering og avgrensning.

2.2 Presiseringer og avgrensninger

Innbyggerne i Overhalla kommune 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. Overhalla kommune tar utgangspunkt i brukernes funksjon og behov, og ikke i diagnose, alder og boform. I planen sees funksjonshemming som et resultat av forholdet mellom personen, helsetilstanden og de fysiske og sosiale omgivelsene. Rehabiliteringsplanen bygger på sentrale prinsipper og overordnede krav og anbefalinger til tjenesteyting innen ReHabilitering.^{7 8} Denne planen 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.

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 planen.

Unge og voksne i yrkesaktiv alder har ofte ReHabilitering med utdanning og arbeid som målsetning. Arbeidsrettet rehabilitering behandles i liten grad direkte i denne planen.

For målgrupper og tjenesteområder som ReHabiliteringsplanen ikke omfatter vises det til andre relevante og til dels overlappende kommunale planer som har betydning for den totale innsatsen innen habilitering og rehabilitering:

- Folkehelseplan 2011-2014
- Oversiktsdokument – Folkehelse i Overhalla
- Rusmiddelpolitisk handlingsplan 2011-2015
- Demensplan 2022
- Boligsosial handlingsplan 2012-2020
- Universell utforming, handlingsplan for Overhalla kommune 2011-2014
-

Andre relevante planer:

- Kompetanseplan 2015-2018
- Digital nyskaping- digitaliseringsstrategi for Overhalla kommune 2018-2021

⁶ Veileder for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator 2018

⁷ § forskrift for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator 2011

⁸ Veileder for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator 2018

2.3 KOMMUNENS ANSVAR OG OPPGAVER

Kommunen har et overordnet ansvar for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester for kommunens innbyggere, deriblant sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering.

Koordinerende enhet skal være et synlig kontaktpunkt hvor brukere, ansatte og samarbeidspartnere kan få råd om tjenester og tilbud innen re-/habilitering, og veiledning om individuell plan og koordinator. Kommunen har plikt til å ha en koordinerende enhet som skal bistå personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester.⁹¹⁰

Kommunens ansvar innebærer også formidling av hjelpemidler og tilrettelegge miljøet rundt den enkelte. Personer med nedsatt funksjonsevne har rett til individuell tilrettelegging av kommunale tjenestetilbud.¹¹

Barn med nedsatt funksjonsevne har rett til individuell tilrettelegging av kommunalt barnehage- og skoletilbud.¹²¹³

2.3.1 FORHOLDET MELLOM SPESIALISTHELSETJENESTENS OG KOMMUNENS OPPGAVER

Både kommunene og spesialisthelsetjenesten har ansvar for å sørge for at brukere får nødvendig ReHabilitering og helhetlige tjenester. Som for annen helsehjelp, skal hovedtyngden av ReHabilitering skje i nærmiljøet til brukeren, som oftest i hjemkommunen, mens spesialisthelsetjenesten skal bidra med spesialisert kompetanse. Begge parter skal bidra med gjensidig veiledning.

I ReHabiliteringsfeltet vil det ikke alltid være klart på hvilket nivå oppgavene skal ivaretas. Det vil avhenge av kompleksiteten i ReHabiliteringen, 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 partene¹⁴. 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:

⁹ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester 2011

¹⁰ Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator 2011

¹¹ §6 Lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne 2013

¹² §19g Lov om barnehager

¹³ §1-3 Opplæringsloven

¹⁴ Lov om kommunale tjenester, Lov om spesialisthelsetjenester

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 <ul style="list-style-type: none"> • muskel- og skjelettsykdommer • livsstilssykdommer • lettere psykiske lidelser • diabetes • kols og lungesykdommer. • kreft • rehabilitering i senere fase innen hjerte og karsykdommer, 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: <ul style="list-style-type: none"> • progredierende neurologiske tilstander • ved betydelige endringer og i akutte faser: • neurologiske tilstander som CP, hjerneslag med komplekse utfall, spinalskade, traumatisk hodeskade • amputasjoner • multitraumer • sjeldne sykdommer og tilstander
Videre anbefales at kommunene styrker tilbudet innen sansetap, læring og mestring og endring av levevaner	Tiltak fra spesialisthelsetjenesten må omfatte både utredning, behandling, veiledning og opplæring

Kilde: Helsedirektoratet 2015

Helsedirektoratet foreslår at den avgjørende faktoren for hvorvidt ReHabilitering bør foregå i spesialisthelsetjenesten eller i kommunen er hvilket behov brukeren har for spesialisert medisinsk faglig kompetanse. Videre at tilbud til store brukergrupper som hovedregel skal utvikles i kommunene. 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. Det kan være utfordrende å kunne være tydelig på hvilke ReHabiliteringsoppgaver og målgrupper kommunen skal ha ansvar for. Grenseflaten mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten er derfor en viktig arena for faglig dialog, ledelse og videreutvikling og finansiering av tjenestene.

2.4 REHABILITERING I OVERHALLA

Det føres ingen samlet statistikk over antall personer med funksjonsnedsettelse i Norge, men anslagene varierer fra rundt 10 - 30 % av befolkningen. På landsbasis har 13,6 % av brukere med vedtak om ReHabilitering i hjemmet individuell plan, men innsamlet data tyder på at enda flere hadde hatt nytte av dette.¹⁵ Pr. 01.01.2019 har Overhalla kommune 51 personer som er innvilget koordinator og 32 av disse har også individuell plan.

I 2018 har Overhalla kommune 3862 innbyggere, men befolkningen øker i antall og det blir flere eldre. SSB forventer at Overhalla i 2040 vil ha 4534 innbyggere.¹⁶

Tabellen viser at det kan forventes nær en dobling av antallet personer over 80 år og ca. 50 % flere personer i alderen 67 til 79 år. Særlig i perioden 2023 – 2040 er det estimert en sterk vekst i aldersgruppen 80 år og eldre som tradisjonelt har etterspurt kommunale helse- og omsorgstjenester.

De siste tiårene har veksten i etterspørselen etter tjenestene likevel vært størst 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

¹⁵ Nasjonale kvalitetsindikatorer Helsedirektoratet 2017

¹⁶ SSBs statistikkbank

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.¹⁷¹⁸

Brukerens behov varierer i stor grad med tanke på innhold, omfang og intensitet i oppfølgingen. Noen har 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.¹⁹

2.5.1 SENTRALE AKTØRER I REHABILITERING

Fysio- og ergoterapitjenesten har særlig kompetanse innen ReHabiliteringsarbeid 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. Tiltakene gjennomføres på ulike arenaer som skole, barnehage, privatpraktiserende fysioterapiklinikker, rehabiliteringsavdeling på sykeheimen og i eget hjem. Tiltakene har ofte stor betydning for brukernes mulighet til å være aktive og delta på ulike samfunnsarenaer.

Tjenesten har i dag 100% årsverk kommunal fysioterapeut, 100% turnusfysioterapeut, 50% ergoterapeut, 70% hjelpemiddelkoordinator og 180% driftstilskudd for privatpraktiserende fysioterapeuter, som til sammen tilsvarer 5 årsverk. Overhalla Fysioterapi på Skage og Fysiotrim1 på Ranemsletta utgjør en viktig del av kommunens samlede fysioterapitjeneste.

Namdal rehabilitering har siden oppstart i 2006 vært en del av den kommunale ReHabiliteringstjenesten da Overhalla er en av eierkommunene. Namdal Rehabilitering tilbyr døgnbasert rehabilitering på Høylandet. Namdal rehabilitering utfører i tillegg spesialisert rehabilitering etter avtale med Helse Midt-Norge. Det er utarbeidet en samordna plan for dette arbeidet.

Fastlegenes diagnostisering, oppfølging og behandling av personer med funksjonsnedsettelse og kroniske sykdommer er en viktig del av det samlede kommunale helsetilbudet. Fastlegen har en medisinskfaglig koordineringsrolle, og skal identifisere brukere som har behov for ReHabilitering og delta i arbeidet med å fastsette ReHabiliteringsmål. 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 trinnvis forverring som til en viss grad kan reverseres. Fastlegens rolle for disse må være tydelig

¹⁷ St.meld.29;32. Morgendagens omsorg

¹⁸ Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering

¹⁹ Veileder for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator 2018

definert ved å være tilgjengelig for diagnostikk og behandling av funksjonsfall, i tillegg til å bidra til 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 funksjonsnedsettelse, problemer i familien, psykiske plager eller andre sammensatte, langvarige hjelpebehov.

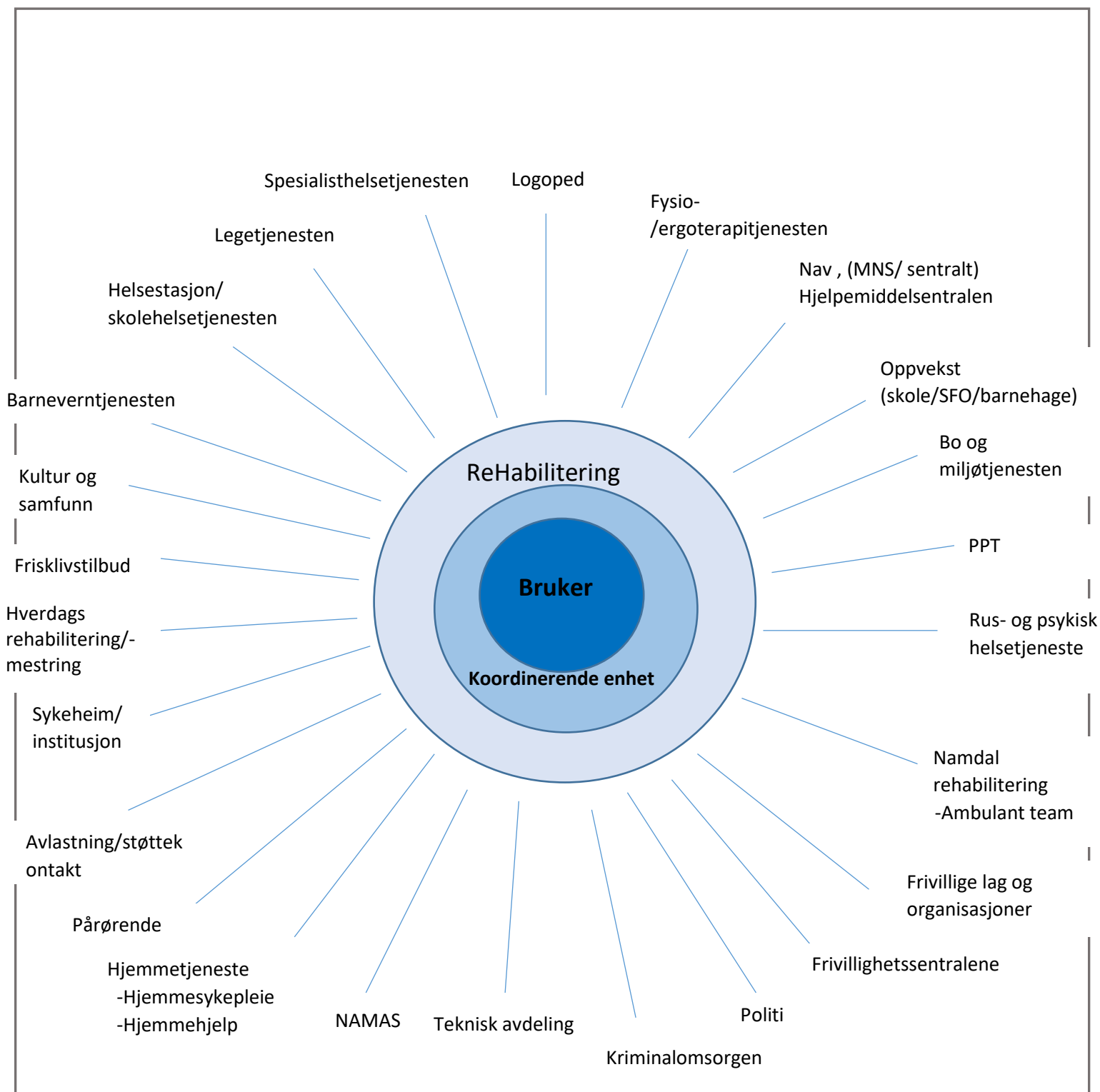
Rus og psykisk helsetjeneste har oppfølging av personer med lettere-, moderate- og alvorlige psykiske lidelser og rusutfordringer. Tjenesten er et lavterskeltilbud som brukeren selv, pårørende, fastlege eller andre fagfolk kan henvise til. Tjenesten tilbyr individuelt og gruppetilbud. Rus- og psykisk helsetjeneste samarbeider med andre kommunale tjenester som hjemmehjelp, hjemmesykepleie, helsestasjonen, institusjon og NAV. Tjenesten har ofte koordineringsansvar til brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester.

Hjemmesykepleien har en viktig rolle i å oppdage begynnende funksjonsfall hos hjemmeboende brukere og henvise til 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. Det er over tid jobbet målrettet i Hverdagsrehabiliteringstjenesten for å styrke samarbeid rundt felles brukere og øke kompetanse om hverdagsmestring i hjemmesykepleien og andre tjenester. Dette arbeidet er tenkt å videreutvikles i planperioden.

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. De med behov for individuell tilrettelegging og oppfølging i barnehage og skole har også ofte kontakt med PPT. Mange har behov for samtidige tjenester fra helse- og utdanningssektoren, noe som stiller krav til samordnet innsats.

Frivillige aktører består av et mangfold av organisasjoner, lag og foreninger som på ulike måter bidrar og legger til rette for at personer med ulike funksjonsnedsettelse får mulighet til å være aktive, oppleve mestring og delta sosialt og i samfunnet.

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 ivaretatt 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.



2.5.2 HABILITERING FOR BARN OG UNGE

Barn og unge med funksjonsnedsettelse skal ha mulighet for å oppnå og beholde størst mulig selvstendighet, inkludering og deltakelse på alle livets områder.²⁰ Mange av brukerne og deres familier har behov for tverrfaglige og tverrsektorielle tjenester helt fra småbarnsalder til voksen alder, eller hele livet. Det er snakk om samarbeid mellom helsestasjon- og skolehelsetjeneste, ergo- og fysioterapitjenesten, fastlegen, bo- og

²⁰ Barn og unge med habiliteringsbehov 2015

miljøtjenesten, avtalefysioterapeuter, pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT), barnehage/skole, NAV og idretts-/kulturtilbud.

Sentrale samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten er Habiliteringstjenesten for barn og unge (HABU), barneavdelingen på sykehuset Levanger, StatPed, Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP).

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 ungdom til ung voksen) og arenaer (for eksempel fra videregående skole til dagtilbud) er særlig kritiske faser.

Samarbeidet og koordineringen med hjelpeapparatet kan oppleves som krevende og belastende. For barna og familien er det viktig å ha størst mulig kontinuitet i oppfølgingen, og at verktøy som ansvarsgrupper, koordinator og IP benyttes for å få til en målrettet og samordnet innsats. 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.

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. 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. Barn og unge med langvarige og sammensatte helse- og omsorgsbehov og deres foreldre kan trenge veiledning, avlastning og botiltak.²¹

2.5.3 VOKSENHABILITERING

Voksne personer 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. Bo- og miljøtjenesten har et særlig ansvar for denne målgruppen i samarbeid med andre tjenester på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer. Etaten har også ansvar for drift av avlastningstilbud, og skal sikre at brukerne får nødvendige helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand og støttekontakt m.m. De fleste brukerne i Bo – og miljøtjenesten bor i egne leiligheter og samlet på ett tun. Overhalla kommune er i gang med byggetrinn 1 på helsetomta. Det skal settes opp en to-etasjes bygning, bofellesskap, med til sammen 18 omsorgsleiligheter. Bo- og miljøtjenesten skal disponere 7 leiligheter i 1.etg, samt avlastningsleilighet med plass til inntil tre brukere. I andre etasje blir det 10 leiligheter til fleksibelt bruk for flere brukergrupper som har behov for omsorgsleiligheter. Det vil også være arealer i begge etasjer tiltenkt brukt til dagsenter for brukere som ikke bor i bofellesskapet. Nybygget vil i stor grad være preget av

²¹ IS-0429 Rapport Undersøkelse om behov og tilbud innen habilitering og rehabilitering 2014

velferdsteknologiske løsninger som muliggjør at brukerne er mest mulig selvstendige og deltagende i egen hverdag.

2.5.4 REHABILITERING I INSTITUSJON

Personer med behov for oppfølging og rehabilitering hele døgnet får tverrfaglig og tidsavgrenset rehabiliteringstilbud på sykeheimen. Målet er at brukerne skal komme hjem og fungere best mulig etter avsluttet opphold. I Overhalla har vi tilbud om dette på Overhalla sykeheim og Namdal Rehabilitering.

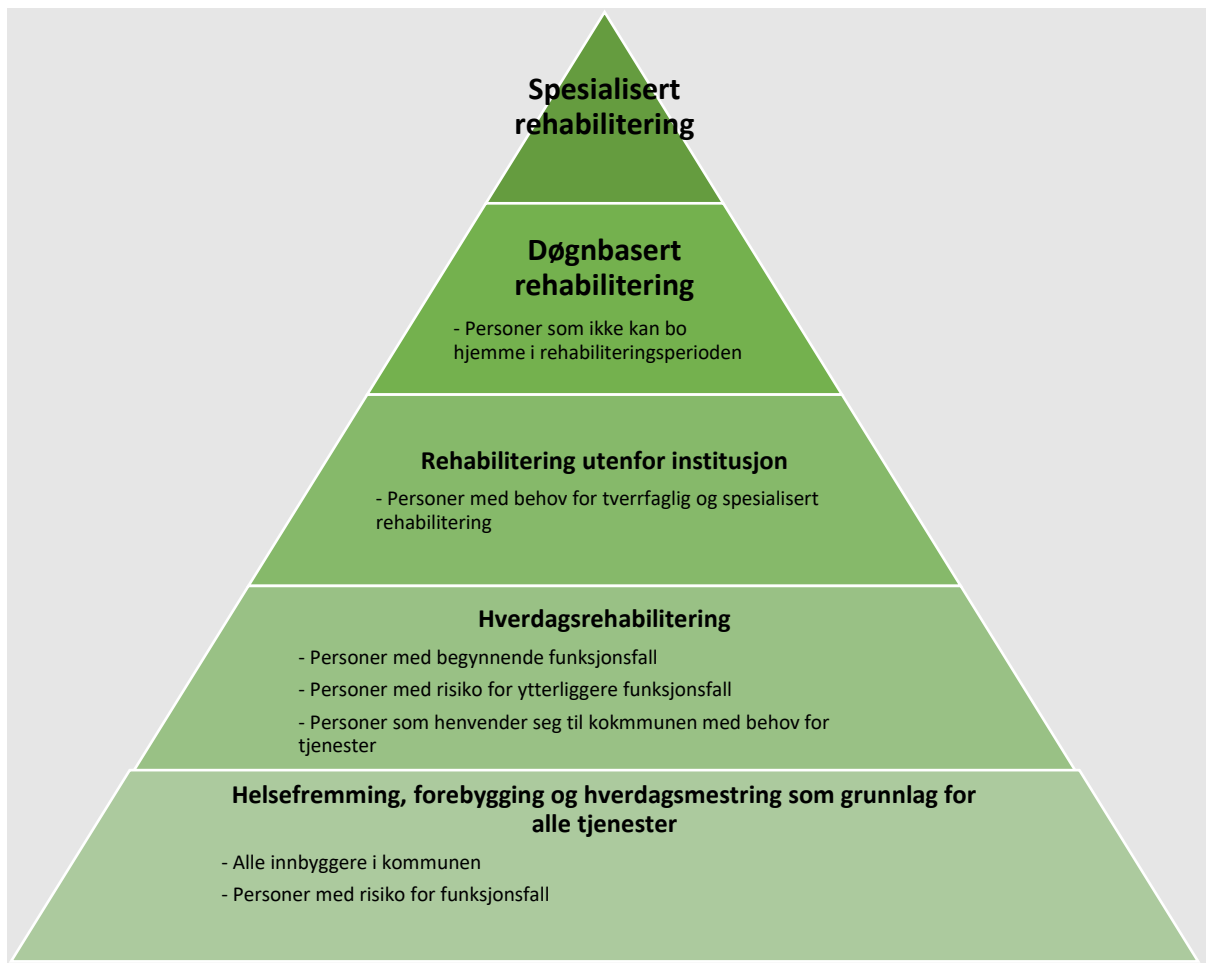
2.5.5 REHABILITERING UTENFOR INSTITUSJON

Rehabilitering utenfor institusjon omfatter alle rehabiliteringstiltak som gjennomføres for hjemmeboende personer; enten i brukers hjem, nærmiljøet eller i kommunens lokaler.

Hverdagsrehabilitering -aktiv i eget liv i eget hjem

Hverdagsrehabilitering er rehabilitering og forebygging mens brukeren bor i eget hjem. Målgruppen er hjemmeboende voksne og eldre personer som har vansker med å mestre hverdagen på grunn av begynnende funksjonsfall, og som henvender seg til kommunen med behov for kommunale tjenester. Hverdagsrehabilitering starter med spørsmålet: hva er viktig i livet ditt nå? For svært mange handler det om å mestre hverdagslivets utfordringer. Målstyrt, tidsavgrenset og tverrfaglig rehabilitering gir personen mulighet til deltagelse. Hverdagsrehabilitering inkluderer kombinasjon av trening, teknologiske løsninger, endring av omgivelser og samarbeid med pårørende. I hverdagsrehabilitering/-mestring er innsatsen tverrfaglig og basert på en intensiv innsats, den er tidsavgrenset og målstyrt. I Overhalla samarbeider ergoterapeut, fysioterapeut, sykepleiere og andre medarbeidere innen pleie- og omsorgstjenesten. Treningen foregår i eget hjem og tar utgangspunkt i den enkeltes ressurser, ønsker og muligheter. Det overordnede målet med hverdagsrehabilitering er å fremme brukernes hverdagskompetanse og funksjon i daglige aktiviteter.²²

²² Rapport Hverdagsrehabilitering Overhalla 2016



2.5.5 HELSEFREMMEDE OG FOREBYGGENDE ARBEID SOM GRUNNLAG FOR ALLE TJENESTER

Friskliv

[Overhalla Friskliv](#) er en kommunal helse- og omsorgstjeneste med tilbud om hjelp til å endre levevaner, primært innenfor områdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. Målgruppen er personer som har behov for støtte til å endre levevaner på grunn av økt risiko for, eller begynnende utvikling av sykdom eller lidelse som kan relateres til levevaneområdene. Overhalla Friskliv har fokus på helsefremmende faktorer og mestring av egen helse. Det gis strukturert oppfølging, primært gjennom individuell helsesamtale og ulike gruppetilbud innen de nevnte levevaneområdene. Overhalla Friskliv gir i tillegg tilbud om hjelp til mestring av utfordringer knyttet til psykisk helse, samt lærings- og mestrings tilbud for personer med kroniske sykdommer og lidelser. En oppfølgingsperiode har som regel en varighet på 12 uker. Under oppfølgingsperioden skal det rettes fokus mot tiden etterpå. Overhalla Friskliv skal ha oversikt over aktuelle samarbeidspartnere med tilbud innenfor de ulike levevaneområdene. Dette kan være frivillige lag og foreninger, brukerorganisasjoner, private aktører og deltakerstyrte tiltak.

Seniortrim

Fallforebyggende trening for hjemmeboende eldre som ønsker å bli sterkere og få bedre balanse. Gruppene deles inn etter nivå, ingen øvre aldersgrense, nedre aldersgrense på 65+

Forebyggende hjemmebesøk

Overhalla kommune ønsker at eldre i kommunen har god livskvalitet og en trygg alderdom. Derfor tilbyr vi et forbyggende hjemmebesøk til innbyggerne det året de fyller 75 år. Målgruppen er eldre som ikke mottar kommunale pleie- og omsorgstjenester. Formålet er å kunne bidra til at eldre mennesker i kommunene kan bevare helse og muligheten til å bo trygt og selvstendig i egen bolig lengst mulig. Hovedfokuset ved besøket er råd og veiledning om å kunne oppretthold best mulig helse og funksjonsnivå i hverdagen. Aktuelle tema vil være helse, ernæring, fysiske omgivelser og aktiviteter i hverdagen. Det blir gitt informasjon om kommunale tjenester og aktivitetstilbud. Videre gis råd og veiledning med hensyn til fall/ulykkesforebyggende tiltak og tilrettelegging av bolig. Der det er ønskelig tas en gjennomgang av bolig for å se om noe kan endres/tilrettelegges.

3.0 TILTAK FOR STYRKET REHABILITERING

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

For å nå målsettingene vil Overhalla kommune gjennom denne planen foreslå 25 tiltak i planens fire hovedområder. Samme tiltak står beskrevet i handlingsplanen som skal ha årlig revidering i planperioden. De fire hovedområdene er:

- 1. Mestring og medvirkning*
- 2. Samordnet innsats i gode forløp*
- 3. Kunnskapsbasert tjenesteutvikling*
- 4. Digitalisering som støtter egenmestring*

3.1 MESTRING OG MEDVIRKNING

Overhalla kommune ønsker å fremme en ny brukerrolle der brukeren er aktivt deltakende i ReHabiliteringen. Dette innebærer å ta i bruk brukernes egne ressurser med økt fokus på mestring i hverdagslivet med utgangspunkt i den enkeltes behov, ressurser og mål. Overhalla kommune vil at ansatte skal møte innbyggere som har nedsatt funksjons- og mestringsevne med spørsmålet «Hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå?» heller enn «Hva trenger du hjelp til?». ²³ Brukerens koordinator har et særlig ansvar for å sikre at brukers rett til medvirkning blir ivaretatt, og derfor bør koordinatorenes kompetanse særlig styrkes. Verktøy som støtter

²³ Ness.N n fl. 2012

opp under brukermedvirkning skal brukes der dette er hensiktsmessig. Overhalla kommune 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 ReHabiliteringsforløpet og ved behov få tilbud om faglig veiledning, avlastning og støtte.

Overhalla kommune ønsker åpenhet og deltakelse rundt kommunens tjenester og at befolkningen opplever at deres erfaringer og behov har betydning i utformingen av tjenestetilbudet.²⁴ Overhalla kommune vil utvikle tjenestene sammen med brukere og pårørende, ikke bare for dem. Kommunen vil i større grad legge til rette for å etablere systemer for innhenting av brukeres og pårørendes erfaringer og synspunkter. I tillegg til samarbeid og dialog med Eldrerådet og råd for funksjonshemmede.

Ansvar for læring og mestring er delt mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.²⁵ Spesialisthelsetjenesten skal i hovedsak gi brukere og pårørende lærings- og mestringstilbud som er relativt korte, intensive og ofte diagnosespesifikke. Kommunen har hovedansvar for å etablere lærings- og mestringstilbud med fokus på forebygging og helsefremming, samt det å leve med langvarig sykdom eller helseutfordringer.²⁶ Overhalla kommune vil ha et lærings- og mestringstilbud som best mulig møter ulike brukergruppers behov og skal inngå som del av ReHabiliteringsforløpet.

Overhalla kommune vil

- Sikre brukers rett til aktiv deltakelse og medvirkning på systemnivå og individnivå gjennom å ha system som legger til rette for at brukere på en enkel måte kan gi tilbakemeldinger.
- At informasjon om kommunen tjenester er lett tilgjengelig. Tjenesten skal ha en adresse for brukere og andre samarbeidspartner.
- At alle i kommunen med et ReHabiliteringsbehov som oppfyller kriteriene for rettigheter på koordinatord og/eller individuell plan skal få tilbud om det.
- Bidra i arbeidet med å fremme folkehelse og endre levevaner hos befolkningen i positiv retning.
- Sikre høy nok rekruttering til at man til enhver tid kan etablere funksjonelle grupper innen læring og mestring

Tiltak for å nå målene

1. Systematisk bruk av metoder og verktøy for å få frem brukerens ressurser, muligheter og motivasjon. Gjennomføre brukerundersøkelse annethvert år.
2. Ha brukerrepresentant med i plan- og bygningsarbeid og frisklivsaktiviteter.
3. Styrke koordinators kompetanse gjennom årlig koordinatorskole.
4. Tilrettelegge for at samarbeidet kan foregå elektronisk
5. Ha oppdatert og lett tilgjengelig informasjon på hjemmesiden
6. Tilby minimum to gruppetilbud per år innenfor fysisk aktivitet
7. Gjennomføre minimum ett kostholdkurs per år- *Bra mat for bedre helse.*
8. Tilby individuell oppfølging og slutteveiledning innenfor tobakk
9. Gjennomføre kurs enten i mestring av belastning (KiB) eller mestring av depresjon (KiD) en gang per år.
10. Etablere diagnoseuavhengige lærings- og mestringstilbud for voksne som lever med langvarige helseutfordringer

3.2 SAMORDNET INNSATS I GODE FORLØP

Tidlig, tverrfaglig og systematisk kartlegging av behov

²⁴ §3-10 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

²⁵ Særavtale til tjensteavtale 2. 6, 10- Samarbeid om opplæring av pasienter, brukere og pårørende i et lærings- og mestringsnettverk

²⁶ Veileder for frisklivssentraler 2016

Overhalla kommune vil arbeide for bedre samhandling mellom de ulike tjenestene. Dette skal gjøres gjennom videreutvikling av tverrfaglige arbeidsformer og koordinerende enhet.

Tidlig, tverrfaglig og systematisk kartlegging av behov når en person opplever sykdom eller funksjonssvikt er det viktig å kartlegge muligheten for ReHabilitering så tidlig som mulig. Tidlig innsats er viktig for brukere i alle aldersgrupper. Målet er å øke funksjons- og mestringssevnen 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.²⁷ For å lykkes bedre med å fange opp personer med funksjonsfall og mulig behov for ReHabilitering vil vi i Overhalla kommune ha fokus på å styrke kompetanse til ansatte og utvikle systemer for tverrfaglig og tverrsektoriell samhandling. Fastlegene skal i sterkere grad bidra til tidlig identifisering og henvisning til ReHabilitering og bidra til helhetlige forløp. Kommunen vil vurdere ulike former for primærhelseteam der leger og andre faggrupper er samlokaliserte og samhandler tett i tråd med sentrale føringer.²⁸

Som et ledd i å styrke tidlig innsats for barn og unge vil Overhalla kommune bruke [BTI \(Bedre Tverrfaglig Innsats\)](#) som verktøy (info på hjemmesiden).

Samordnet og tverrfaglig innsats

Personer med langvarige og sammensatte behov trenger ofte tverrfaglig bistand fra på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer. Overhalla kommune vil forbedre og koordinere den tverrfaglige og tverrsektorielle innsatsen og utvikle helhetlige forløp for personer med sammensatte og langvarige behov. ReHabiliteringen skal ha en tydelig plass i forløpene. Særlig fokus må rettes mot å sikre overganger; som for eksempel fra ungdom til voksenliv, ved utskrivning fra spesialisthelsetjeneste til kommune og utskrivning fra korttidsavdelingen til hjemmet. Grensen mellom ansvaret for ReHabilitering 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. Målet er å sikre bedre brukerflyt og bedre utnyttelse av kommunens ulike forebyggende og ReHabiliterende tiltak, noe som kommer både brukere og kommunen til gode.

Kommunen ønsker å bedre samordningen mellom kommunal fysioterapi og avtalefysioterapeuter, og mellom disse tjenestene og spesialisthelsetjenesten. Det er også viktig å styrke samarbeidet mellom kommunens somatiske helsetjenester og rus- og psykisk helsetjeneste.

Personer med syns- og hørselstap har ofte behov for rehabilitering for å kunne mestre hverdagen og delta på ulike arenaer, som for eksempel i arbeidslivet. En rekke kommunale tjenester kan bidra i disse brukernes ReHabiliteringsprosess: Syns- og audiopedagogisk tjeneste (SAPT), fysio- og ergoterapitjenesten, hørselskontakter, Rådgivningskontor for hørselshemmede og hjemmesykepleien. En uklar ansvars- og oppgavefordeling mellom

²⁷ Tuntland H, Ness N.I Hverdagsrehabilitering 2014

²⁸ St.meld. 26 Fremtidens primærhelsetjeneste -nærhet og helhet

kommunale tjenester og tjenestenivå gjør at brukere med sansetap opplever brudd og forsinkelser i sitt ReHabiliteringsforløp.

Da behovet for rehabilitering og oppfølging ved sansetap forventes å øke i takt med at antallet eldre innbyggere øker er det viktig å videreutvikle tjenestene til denne målgruppen. For å sikre at brukerne får riktige og nødvendige hjelpemidler til rett tid skal organiseringen av kommunens hjelpemiddeltjeneste videreutvikles. I 2018 fikk vi nytt system for registrering av det kommunale korttidslageret. Målet er å gjøre enkle hjelpemidler mer tilgjengelig for brukere og pårørende, og å forbedre og effektivisere ressursbruken i den kommunale hjelpemiddeltjenesten.

Overganger

En av kommunens hovedstrategier er at innbyggerne skal kunne bo hjemme så lenge de ønsker. For å få dette bedre til er det behov for en satsning på tiltak som støtter opp under brukernes egenmestring og som sikrer gode brukerforløp, uavhengig av om brukerne har hjemmetjenester eller ikke. Dette kan for eksempel være brukere som ikke er i målgruppen for hverdagsrehabilitering, men som trenger tilrettelegging og oppfølging for eksempel ved utskrivning fra korttidsopphold til eget hjem. Hensikten er at brukere med korttids plass på sykehjem i størst mulig grad får tverrfaglige tjenester som bidrar til bedring og vedlikehold av funksjon, og at overgangen til eget hjem planlegges og tilrettelegges best mulig. For å sikre bedre og mere effektivt arbeid rundt denne gruppen trenger vi økte ressurser innen fysio-ergoterapitjenesten der ventetiden for tjenester i dag er lengre enn vi ønsker (se statistikk)

Overhalla kommune vil

- Være tydelige i samarbeidet med spesialisthelsetjeneste om hvem som har ansvaret når i ReHabiliteringsprosessen.
- At tjenestene skal komme i gang så raskt som mulig etter at behovet for målrettet tverrfaglig innsats er meldt
- Bruke BTI som verktøy i tillegg til IP og Sampro på barn og unge.
- Ha god tverrfaglig samhandling mellom privatpraktiserende fysioterapeuter og kommunens øvrige helsetjenester
- Ha gode prosedyrer for personer som opplever sansetap
- At det kommunale hjelpemiddellageret er lett tilgjengelig for brukerne.
- At innbyggerne skal få bo hjemme så lenge de ønsker

Tiltak

11. Ha faste samarbeidsmøter med spesialisthelsetjenesten ved å involvere flere ansatte sammen med fagsjef helse.
12. Ha gode interne møtestrukturer der nye brukeres behov kartlegges (ofte enn koordinerende enhet)
13. Regelmessig internundervisning i BTI, workshop Sampro
14. Ha flere faste treffpunkt med de privatpraktiserende
15. Lage gode prosedyrer for personer med sansetap og for det kommunale hjelpemiddellageret
16. Internundervisning av ansatte på hjelpemidler
17. Øke antallet årsverk innen fysio-/ergoterapitjenesten for å sikre raskere og bedre tilbud knyttet til hjemkomst og overganger

Koordinerende enhet

Alle kommuner og helseforetak skal ha en koordinerende enhet for habilitering- og rehabilitering. Koordinerende enhet skal være synlig og lett tilgjengelig for brukere og

samarbeidspartnere. Koordinerende enhet skal ha generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstilbud i kommunen.²⁹ Målgruppa er personer fra 0 til 100 år med sammensatte vansker eller som har uklare behov som ikke dekkes av en enkelt virksomhet. Personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester, kan ha rett til individuell plan eller å få utpekt en koordinator. Koordinerende enhet kan kontaktes via telefon, e-post eller ved personlig oppmøte.

Individuell plan utløser ingen flere rettigheter eller tjenester i seg selv, men er et samarbeidsdokument mellom bruker/pasient og hjelpeinstansene som skal bidra til at brukeren opplever et mer helhetlig tjenestetilbud i sin hverdag. Planen skal ikke utarbeides uten samtykke fra den det gjelder.

Koordinator er en person som har ett spesielt ansvar for å hjelpe brukeren med å samordne tjenestene.

Koordinerende enhet behandler søknader om individuell plan og koordinator.³⁰

Overhalla kommune vil

- At personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal vite at de har rett på en individuell plan og en koordinator
- At Koordinerende enhet skal samordne tiltak for personer med sammensatte behov som trenger støtte fra flere kommunale tjenester.
- At brukeren i praksis skal oppleve en dør inn til hjelpeapparatet

Tiltak

18. Ha en velfungerende og tilgjengelig koordinerende enhet for ReHabilitering
19. Informere kommunens ansatte om Koordinerende enhet regelmessig via enhetsledere og videre i alle organisasjoner. Bruke kommunens informasjonskanaler på en god måte for å nå flest mulig

Bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten

Samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten er styrt gjennom lovverk og tjenesteavtaler.³¹ Ansatte kan oppfatte tjenesteavtalene som for lite konkrete i enkeltsaker og det erfarer at nødvendige helseopplysninger ikke alltid er tilgjengelig når bruker skrives ut til kommunale rehabiliteringstjenester. Basert på erfaringer med samhandlingsreformen er det behov for en tydeligere avklaring av ansvars- og oppgavefordeling mellom nivåene innen ReHabiliteringsfeltet. Særlig fokus bør rettes mot å utvikle systematikk for brukerforløp, gjensidig kompetanse- og kunnskapsutveksling, oppgaveløsning og tverrfaglig samarbeid. Dette arbeidet vil kreve forankring i ledelse på alle nivåer og i underutvalgene i samhandlingsstrukturen mellom Overhalla kommune og Helse Midt Norge. 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.

²⁹ Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015

³⁰ §forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator 2011

³¹ Tjenesteavtale 2 og 6

Overhalla kommune vil

- Utvikle og ta i bruk standardiserte og kunnskapsbaserte brukerforløp (inkludert fagprosedyrer) for definerte målgrupper innen ReHabilitering for å sikre helhetlige tjenester i overgangen mellom tjenestenivåene.

Tiltak

20. Lage rutiner for gjensidig hospitering og kompetanseutveksling mellom spesialisthelsetjeneste og kommune
21. Utvikle et systematisk brukerforløp i samarbeid med spesialisthelsetjenesten

3.3. KUNNSKAPSBASERT TJENESTEUTVIKLING

Den faglige omstillingen i arbeidsformer og tilbud som er nødvendig for å sikre gode ReHabiliteringstjenester krever god kompetanse og forskningsbasert kunnskap.³² 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.³³

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. I dag benytter også Overhalla kommune flere ulike journal- og dokumentasjonssystemer som ikke kommuniserer med hverandre, og det varierer i hvilken grad man enkelt kan ta ut data og rapporter fra systemene. Det er behov for bedre tilgang til data som grunnlag for statistikk, kvalitetsforbedring, styring, planlegging og forskning innen helse- og omsorgstjenestene. Veiledning og kompetansedeling er verktøy som kan bidra til kompetansebygging og bedre samhandling mellom tjenestenivåene. Det vurderes om kommunene også skal få lovfestet veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten, noe som vil bidra til å likestille tjenestenivåene og synliggjøre at kompetansen i kommunen verdsettes like høyt som kompetansen i spesialisthelsetjenesten.

Overhalla kommune vil

- At ansatte har god kompetanse i ReHabilitering
- At det foregår jevnlig hospitering mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten
- At vi velger behandlingsmetoder som har god faglig tyngde og dokumentasjon

Tiltak

22. Styrke ansatte sin kompetanse i ReHabilitering. Ansatte skal holde seg faglig oppdatert gjennom kurs og videreutdanning
23. Utvikle og tilby ansatte gjensidig hospiteringsordning mellom relevante ReHabiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten

3.4 DIGITALE LØSNINGER FOR Å FORBEDRE MESTRING

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 ReHabiliteringsprosess. 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

³² Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017

³³ Grimsmo A. <http://tidskriftet.no/sites/default/files/pdf>

egentrening gjennom videokommunikasjon og dataspill. Overhalla kommune vil legge til rette for utprøving, spredning og innovasjon av denne type velferdsteknologi innen ReHabilitering.

Overhalla kommune satser, 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 tverretatlig samarbeid. Kommunen er også en viktig pådriver for satsingen på e-kommunikasjon mellom interne og eksterne tjenester. Overhalla kommune har vært tidlig ute med å bruke elektronisk individuell plan i Sampro. Vi erfarer at denne typen verktøy forenkler arbeidsprosessene og gi ansatte mer tid til oppfølging av brukerne.

Overhalla kommune vil

- At brukerne ved hjelp av velferdsteknologi er mest mulig selvhjulpne i egne hjem lengst mulig.
- At kommunens boliger er universelt utformet og tilrettelagt for utstrakt bruk av velferdsteknologi.

Tiltak

24. Ta i bruk trygghets- og sikkerhetsteknologi, kompensasjons- og velværeteknologi, teknologi for sosial kontakt og teknologi for behandling og pleie.
25. Øke kompetansen innen velferdsteknologi (se kompetanseplan)

4.0 ØKONOMISKE KONSEKVENSER AV HANDLINGSPLANENS TILTAK

Stortinget vedtok i Statsbudsjettet for budsjettåret 2017 å etablere et kommunalt stimuleringsstilskudd på 91 millioner kroner for at kommunene skal omstille sin kompetanse og utvikle sine ReHabiliteringstjenester i årene fremover. Dette skal være tilskuddbaserte midler forvaltet av fylkesmennene, og kommer i tillegg til en økning i frie inntekter med 100 millioner på dette området. Overhalla kommunes andel av de frie midlene er 80 000.

HANDLINGSPLAN OVERHALLA KOMMUNE 2019-2024

(skal revideres årlig i planperioden)

Satsingsområde	Nr.	Tiltak	Når	Engangs-kostnad	Varige drifts-utgifter	Ansvar
Læring, mestring og medvirkning	1	Systematisk bruk av metoder og verktøy for å få frem brukerens ressurser, muligheter og motivasjon. Gjennomføre brukerundersøkelse annenhvert år	Feb årlig			Enhetsleder HF
	2	Ha brukerrepresentant med i plan- og bygningsarbeid og frisklvsaktiviteter	Hele året			?
	3	Styrke koordinators kompetanse gjennom årlig koordinatorskole.				Enhetsleder HF
	4	Tilrettelegge for at samarbeidet kan foregå elektronisk				Enhetsleder HF
	5	Ha oppdatert og lett tilgjengelig informasjon på hjemmesiden				Enhetsleder HF
	6	Tilby minimum to gruppetilbud per år innenfor fysisk aktivitet	Vår og høst årlig			Fysioterapi-tjenesten
	7	Gjennomføre minimum ett kostholdkurs per år- <i>Bra mat for bedre helse</i>	Vår årlig			Frisklvs koordinator
	8	Tilby individuell oppfølging og slutteveiledning innenfor tobakk	Fortløpen de			Frisklvs Koordinator
	9	Gjennomføre kurs i mestring av belastning (KiB) og mestring av depresjon (KiD) en gang per år.	Årlig			Rus- og psyk, helsetjeneste
	10	Etablere diagnoseuavhengige lærings- og mestringstilbud for voksne som lever med langvarige helseutfordringer				Frisklvs Koordinator
Samordnet innsats i gode forløp	12	Ha faste samarbeidsmøter med spesialisthelsetjenesten ved å involvere flere ansatte sammen med fagsjef helse	Årlig			Fagsjef helse
	12	Ha gode interne møtestrukturer der nye brukeres behov kartlegges (ofte enn koordinerende enhet)	Ukentlig (Inntak?)			Enhetsleder HF
	13	Regelmessig internundervisning i BTI	Årlig			Prosjektstilling BTI
	14	Ha flere faste treffpunkt med de privatpraktiserende	Høst og vår			Fagleder fysio
	15	Lage gode prosedyrer for personer med sansetap og for det kommunale hjelpemiddelageret				Ergoterapeut
	16	Internundervisning av ansatte på hjelpemidler	Årlig			Ergoterapeut
	17	Øke antallet årsverk innen fysio-ergoterapitjenesten for å sikre raskere og bedre tilbud knyttet til hjemkomst og overganger				Enhetsleder HF
	18	Ha en velfungerende og tilgjengelig koordinerende enhet for ReHabilitering	2 g/mnd			Enhetsleder HF
	19	Informere kommunens ansatte om Koordinerende enhet regelmessig via enhetsledere og videre i alle organisasjoner. Bruke kommunens informasjonskanaler på en god måte for å nå flest mulig	Fortløpen de			Enhetsleder HF
	20	Lage rutiner for gjensidig hospitering og kompetanseutveksling mellom spesialisthelsetjeneste og kommune				Enhetsleder HF Fagsjef helse

Kunnskapsbasert tjenesteutvikling	21	Utvikle et mer systematisk brukerforløp i samarbeid med spesialisthelsetjenesten				Fagsjef helse
	22	Styrke ansatte sin kompetanse innen ReHabilitering. Ansatte skal holde seg faglig oppdatert gjennom kurs og videreutdanning	Fortløpende			Enhetsleder HF
	23	Utvikle og tilby ansatte gjensidig hospiteringsordning mellom relevante ReHabiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten				Enhetsleder HF
Digitale løsninger	24	Ta i bruk trygghets- og sikkerhetsteknologi, kompensasjons- og velværeteknologi, teknologi for sosial kontakt og teknologi for behandling og pleie.				Enhetsleder HF' Ergoterapeut Vaktmester
	25	Øke kompetansen innen velferdsteknologi (se kompetanseplan)				?

i