



# HANDLINGSPLAN FOR HABILITERING OG REHABILITERING

2020 - 2027

**Evalueres innen utgangen av 2023**

## INNHold

<b>1.0 Innledning</b> .....	4
1.1 Bakgrunn .....	4
1.2 Formål.....	5
1.3 Avgrensning.....	5
<b>2.0 Styringsdokumenter</b> .....	6
2.1 Aktuelle lover, forskrifter og veiledere.....	6
2.2 Aktuelle planer .....	6
2.2.1 Opptappingsplan for habilitering- og rehabilitering .....	6
2.2.2 Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre (2017 - 2018).....	7
2.2.3 Muligheten til å velge: .....	7
2.2.4 Mat glede for de eldre: .....	7
2.2.5 De eldres helse- og omsorgstjeneste: .....	7
2.2.6 Pårørendeomsorg: .....	7
2.2.7 Alternative arbeidstidsordninger: .....	8
<b>3.0 Kort om habilitering og rehabilitering, sentrale begreper og arbeidsmetoder.</b> ...	9
3.1 Rehabilitering .....	10
3.2 Habilitering .....	10
3.3 Forskjellene mellom habilitering og rehabilitering:.....	10
3.4 Koordinerende enhet og individuell plan:.....	11
3.5 Brukermedvirkning .....	11
3.6 Tverrfaglig samarbeid .....	12
<b>4.0 utfordringsbildet nasjonalt og lokalt</b> .....	14
4.1 Nasjonale utfordringer .....	14
4.2 Lokale utfordringer .....	14
<b>5.0 Kommunens organisering av helse- og omsorgstjenester</b> .....	15
5.1 Oversikt over tjenestene i helse- omsorg og velferd .....	15
5.2 Rehabiliteringstjenester i Åsnes kommune.....	16
5.2.1 Fysioterapeut voksne.....	16
5.2.2 Hverdagsrehabilitering/Hverdagsmestring .....	16

5.2.3 Ergoterapi.....	16
5.2.4 Fysioterapeuter med kommunal driftsavtale .....	16
5.2.5 Rehabilitering i institusjon.....	17
<b>5.3 Habiliteringstjenester i Åsnes kommune .....</b>	<b>17</b>
5.3.1 Virksomhet for tilpassede tjenester (ViTT).....	17
5.3.2 Fysioterapi barn.....	19
5.3.3 Helsestasjon og skolehelsetjenesten .....	19
<b>5.4 Frisklivssentralen i Solør.....</b>	<b>19</b>
<b>5.5 Rus og psykiatritjenester i Åsnes kommune .....</b>	<b>20</b>
5.5.1 Samtaletjenesten .....	20
5.5.2 Sparbyhuset aktivitetssenter .....	21
5.5.3 Kjølarønningen omsorgsbolig og miljøarbeidertjeneste .....	21
<b>5.6 Åsnes legesenter .....</b>	<b>21</b>
5.6.1 Fastleger i Åsnes i kommune.....	21
5.6.2 Fastlegens rolle i en rehabiliteringsprosess.....	21
5.6.3 Fastlegens ansvar for å melde behov for rehabilitering og habilitering.....	22
<b>6.0 Mål, vurdering og satsningsområder.....</b>	<b>23</b>
<b>6.1 Rehabilitering .....</b>	<b>23</b>
6.1.1 Forebyggende og helsefremmende arbeid.....	23
6.1.2 Forebyggende hjemmebesøk.....	23
6.1.3 Hverdagsmestringsagenter .....	23
6.1.4 Hverdagsrehabilitering, hjemmerehabilitering/innsatsteam.....	24
6.1.5 Rehabilitering og habiliteringskoordinator .....	24
6.1.6 Dagrehabilitering .....	24
6.1.7 Døgnrehabilitering i institusjon foregår i dag på en korttidsavdeling i sykehjem .....	24
<b>6.2 Habilitering .....</b>	<b>25</b>
6.2.1 Virksomhet for tilpassede tjenester (ViTT).....	25
6.2.2 Livsfaseoverganger .....	25
<b>6.3 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten .....</b>	<b>26</b>
<b>7.0 Satsningsområder/forbedringsområder .....</b>	<b>27</b>

## **1.0 INNLEDNING**

### **1.1 BAKGRUNN**

Åsnes kommune har pr. 2. kvartal 2019 7220 innbyggere (Statistisk sentralbyrå, 2019). Kommunen yter helsetjenester til sine innbyggere, og Helse, omsorg og velferd har hovedansvaret for tjenester som omfatter sosial, psykososial og medisinsk habilitering- og rehabilitering. Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator, gir føringer for at kommunen skal planlegge sin virksomhet på dette feltet, samt å ha en overordnet oversikt over kommunens behov. I opptrappingsplanen for habilitering- og rehabilitering (2017–2019) vektlegges fokus på forebygging og tidlig innsats, aktiv omsorg, egenmestring og hverdagsrehabilitering, økt fokus på aktivitet og en bedre oppfølging av ernæring, folkehelse og friskliv. Dette er også i tråd med veilederen for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator (2018).

For å møte nåtidens og fremtidens behov er det besluttet at det skal utarbeides en ny handlingsplan for rehabilitering og habiliteringsfeltet i Åsnes kommune. Etter innføringen av samhandlingsreformen ses en endring i tjenestepaksen og helseutfordringene har endret seg over tid. Folkehelseprofilen viser en stadig endring i befolkningssammensetningen i kommunen. Andelen eldre øker og det blir færre yngre. Samtidig ser man at behovet for kommunale tjenester øker hos den yngre delen av befolkningen. På landsbasis ser man en økning blant brukere i aldersgruppen 18 - 49 år, på 14,4% fra 2014-2017 (kommunehelsa.no).

Folkehelseprofilen for Åsnes kommune er utfordrende og man ønsker å jobbe forebyggende og satsningsområdene er hverdagsmestring og tidlig innsats for å redusere belastningen på kompensierende tjenester.

Habilitering og rehabilitering er i følge helsedirektoratet (2018) nødvendige helsetjenester med sterk vekt på forebygging og tidlig innsats. Forebyggende helsearbeid kan deles inn i tre kategorier, primærforebygging, sekundærforebygging og tertiærforebygging.

Primærforebygging handler om å utsette eller å forhindre sykdommer og/eller funksjonsnedsettelse hos individer som er friske. Sekundærforebygging omhandler å rehabilitering og/eller behandle slik at sykdom eller funksjonsnedsettelse ikke kommer tilbake. Tertiærforebyggende arbeid handler om å redusere følgene av en tilstand slik at pasienten opprettholder funksjon og livskvalitet.

En styrking av habiliterings- og rehabiliteringstjenester kan bidra til en dreining av tjenester i en retning der man demper presset på kompensierende tjenester.

Hva som oppnås i disse tjenestene er sterk knyttet opp til hvorvidt behovet blir identifisert og at tiltak settes inn på et tidlig tidspunkt. Bli tiltak satt på et tidlig tidspunkt er det en større mulighet for å lykkes, og man kan forebygge og redusere behovet for tjenester på sikt (Helsedirektoratet, 2018).

## **1.2 FORMÅL**

Formålet med en handlingsplan for sosial, psykososial og medisinsk habilitering- og rehabilitering er å ha et felles styringsdokument og en administrativ plan for tjenestene. Et annet formål er å sette fokus på fremtidens utfordringer i henhold til feltet, og gi et grunnlag og en felles faglig forståelse.

## **1.3 AVGRENSNING**

Handlingsplanen for habilitering- og rehabilitering vil være gjeldene for alle tjenester i Helse, omsorg og velferd som yter tjenester innenfor sosial, psykososial og/eller medisinsk habilitering- og rehabilitering. Habilitering utføres også i barnehager og skoler.

## **2.0 STYRINGSdokumenter**

### **2.1 AKTUELLE LOVER, FORSKRIFTER OG VEILEDERE**

- Lov om helse- og omsorgstjenester (Lovdata, 2011)
- Pasient og brukerrettighetsloven (Lovdata, 2007)
- Forskrift om habilitering- og rehabilitering, individuell plan og koordinator (Lovdata, 2011)
- Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (2018)
- Lov om helsepersonell (1999)
- Lov om folkehelsearbeid (2011)
- Oppfølging av personer med store og sammensatte behov (Helsedirektoratet, 2019)
- ASA 4313 for perioden 2019 - 2020
- Leve hele livet (2017- 2018)
- Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom.
- Stortingsmelding 45 (2012 – 2013) «Frihet og likeverd. Om mennesker med utviklingshemming»
- Stortingsmelding 26 (2015-2015) «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet»

### **2.2 AKTUELLE PLANER**

#### **2.2.1 OPPTRAPPINGSPLAN FOR HABILITERING- OG REHABILITERING**

Opptappingsplan for habilitering- og rehabilitering (2017–2019) legger føringer for hvordan kommuner bør legge til rette for tjenestene habilitering- og rehabilitering. Opptappingsplanen har som hensikt å være et virkemiddel for å utvikle gode re/habiliteringstjenester. I opptappingsplanen ligger det føringer på at kommunen over tid skal ta over flere oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Sammen med den nye veilederen i habilitering- og rehabilitering, individuell plan og koordinator henvises det til et utfordringsbilde i dagens tilbud i forhold til kapasitet, samhandling og koordinering av

tjenestetilbud, faglig kvalitet, arbeidsformer og organisering. Samtidig løftes temaet brukermedvirkning og et fokus på at det er pasientenes helsetjenester.

### **2.2.2 LEVE HELE LIVET. EN KVALITETSREFORM FOR ELDRE (2017 - 2018)**

Målgruppen for reformen er eldre over 65 år, både de som bor hjemme og de som bor i institusjon. Målgruppen er en gruppe med ulike forutsetninger og har store variasjoner i ønsker og behov. Reformen er i stor grad rettet mot helse- og omsorgssektoren, men alle sektorer må bidra for å skape et mer aldersvennlig samfunn hvor eldre kan være aktive og selvstendige. Reformen skal bidra til at eldre får flere gode leveår der de beholder god helse lenger, god livskvalitet og at de i større grad mestrer eget liv, ved siden av at de får den helsehjelpen de trenger når de har behov for den. Reformen skal også bidra til å ivareta pårørende slik at pårørende kan ha en jevn innsats for sine nærmeste. Videre skal reformen være et bidrag for ansatte i helse- og omsorgssektoren. Ansatte skal oppleve å ha et godt arbeidsmiljø, der de får brukt sin kompetanse og gjort en faglig god jobb. Leve hele livet har definert fem innsatsområder.

1. Et aldersvennlig Norge
2. Aktivitet og fellesskap
3. Mat og måltider
4. Helsehjelp
5. Sammenheng i tjenester

### **2.2.3 MULIGHETEN TIL Å VELGE:**

Reformen skal bidra til større valgfrihet og skal gi en større valgfrihet til å velge tjenesteyter, medvirke til innholdet i tjenestetilbudet, på hvilken måte den ytes og hvor og når tjeneste skal gis.

### **2.2.4 MAT GLEDE FOR DE ELDRE:**

Leve hele livet er en reform som skal bidra til større matglede, enten man bor hjemme eller er på sykehjem eller sykehus. Måltidet skal være en begivenhet i hverdagen, sørge for flere måltider gjennom døgnet og sikre god ernæring med gode kokker og lokale kjøkken.

### **2.2.5 DE ELDRES HELSE- OG OMSORGSTJENESTE:**

Reformen skal bidra til å skape en helsetjeneste der det viktigste spørsmålet er «hva er viktig for deg?» Den skal gi trygghet for at man får hjelp når man trenger det. Den skal invitere til aktivitet og deltakelse og skal gi bistand til selv å mestre hverdagen til tross for sykdom og funksjonstap.

### **2.2.6 PÅRØRENDEOMSORG:**

Leve hele livet er en reform for pårørende. Den skal vise omsorg for de som yter omsorg, og ta vare på de som tar vare på sine nærmeste, slik at de ikke opplever å bli utslitt. Det skal legges til rette for et tett samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og de pårørende.

### **2.2.7 ALTERNATIVE ARBEIDSTIDSORDNINGER:**

Leve hele livet skal være et bidrag for de som jobber i helse- og omsorgstjenester. Den skal være en inspirasjon for å finne nye arbeidstidsordninger og ta i bruk ny teknologi, nye metoder og nye løsninger. Den skal utfordre til å organisere seg slik at det blir større kontinuitet i tjeneste tilbudet, mykere overganger og færre og forholde seg for de som mottar tjenester.

Åsnes kommune har besluttet å satse på å jobbe etter denne reformen.



### **3.0 KORT OM HABILITERING OG REHABILITERING, SENTRALE BEGREPER OG ARBEIDSMETODER.**

Forskrift:

Rehabilitering og habilitering følger av forskrift om habilitering, rehabilitering, IP og koordinator i § 1. Dette inkluderer også individuell plan og koordinator:

«formålet med forskriften er å sikre at personer som har behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering, tilbys og ytes tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse. Formålet er også å styrke samhandlingen mellom tjenesteytere og pasient og bruker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå på tvers av forvaltningsnivåene.

Forskriften skal videre sikre at tjenesten tilbys og ytes

1. Ut fra et pasient og brukerperspektiv,
2. i eller nærmest mulig pasientens og brukerens vante miljø,
3. samordnet, tverrfaglig og planmessig,
4. i en for pasientens og brukerens meningsfylt sammenheng».

Overordnede prinsipper og sentrale krav til tjenesteyting innen sosial, psykososial og medisinsk

#### Verdigrunnet for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering.

Utgangspunktet for re- og habilitering er respekten for menneskeverdet, uavhengig av grad av funksjonshemning eller utviklingshemming og den enkeltes evne til arbeid og aktivitet. Det skal tilstrebes et likeverdig tilbud uavhengig av bosted, alder, kjønn, etnisitet, forutsetninger og behov.

Definisjon habilitering- og rehabilitering gjeldende fra 01.05.2018. Rehabilitering og habilitering, individuell plan og koordinator § 3:

«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 og kunnskapsbaserte tiltak.

Formålet er 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 oppnå best

mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet» (Helsedirektoratet, 2018).

### **3.1 REHABILITERING**

Rehabilitering er tverrfaglige og målrettede prosesser som foregår mellom pasient, pårørende og ulike aktører. Aktørene kan være fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleiere, vernepleiere og/ eller annet fagpersonell og ulike etater. Målet med rehabiliteringsprosesser er å gjenvinne funksjoner for å oppleve best mulig mestringsevne både fysisk, psykisk, sosialt og i arbeidslivet. Rehabilitering kan utspilles i ulike arenaer som for eksempel i hjemmet, på institusjon eller i spesialisthelsetjenesten.

### **3.2 HABILITERING**

Habilitering kan forstås på samme måte som rehabilitering, men dreier seg om tiltak rettet mot barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse. Årsaker til nedsettelsene kan for eksempel være medfødte hjerneskader, utviklingsforstyrrelser, utviklingshemming, ulike syndromer eller nevrologisk skade eller sykdom. Et behov for habilitering kan være livslangt, da pasientene med behov for habilitering har behov for innlæring og vedlikehold av funksjoner og ferdigheter. Målet med habilitering er best mulig funksjon og mestringsevne, og mest mulig selvstendighet.

### **3.3 FORSKJELLENE MELLOM HABILITERING OG REHABILITERING:**

Forskjellene mellom habilitering og rehabilitering er primært uttrykt i de utøvende tjenestene, hvor det først og fremst skiller mellom målgrupper. Brukere og pasienter med behov for habilitering er barn, unge og voksne med medfødt eller tidlig ervervet funksjonsnedsettelse. Rehabilitering er vanligvis rettet mot tilstander som er ervervet senere i livet. Habilitering dreier seg om å lære nye ferdigheter, mens rehabilitering handler om å gjenvinne tapte ferdigheter. Ulikheter i metodisk tilnærming kan grovt deles inn i ny-læring og re-læring.

Felles for begge målgrupper er behovet for et vidt spekter av faglige tilnærminger, herunder medisinske, fysikalske, sansemessige, kognitive, sosiale og psykososiale tilnærminger. Behov for gjentagende prosesser gjennom hele livet kan være nødvendig for begge grupper, men er særlig fremtredende innen habiliteringsfeltet.

### **3.4 KOORDINERENDE ENHET OG INDIVIDUELL PLAN:**

Helse og omsorgstjenesteloven § 7-3, jf. Forskrift om habilitering, rehabilitering individuell plan og koordinator § 6 pålegger kommunene å ha en koordinerende enhet.

Koordinerende enhet har et overordnet ansvar i forhold til individuell plan og koordinator, også for pasienter og brukere som ikke mottar rehabilitering og habiliteringstjenester. Koordinerende enhet skal være en pådriver for tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid for å sikre at pasienter mottar forsvarlige og koordinerte tjenester, inkludert oppnevning av koordinator og igangsetting individuell plan.

Formålet med individuell plan er å:

*«Sikre at pasient og bruker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, sikre pasient og brukers medvirkning og innflytelse, styrke samhandlingen mellom tjenesteytere på tvers av fag, nivå og sektorer (Helsedirektoratet, 2018).»*

Koordinator og oppgaver:

*«en tjenesteyter som skal sikre nødvendig oppfølging og samordning av tjenestetilbudet samt framdrift i arbeidet med individuell plan. Koordinator oppnevnes i forbindelse med individuell plan, men skal også tilbys selv om vedkommende takker nei til individuell plan»*

Individuell plan er et verktøy for å lage et tjenestetilbud som er tilpasset pasienten eller brukers behov, for samarbeid mellom pasienten og de ulike aktørene som yter tjenester, gi en oversikt over pasientens mål. Planen skal gi en strategisk oversikt over pasientens mål og behov.

### **3.5 BRUKERMEDVIRKNING**

Brukermedvirkning defineres i lov om pasient og brukerrettighetsloven§3-1

*«Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasient har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Barn som er i stand til å danne seg synspunkter, skal gis informasjon og høres. Det skal legges vekt på hva barn mener, i samsvar med barnets alder og modenhet.*

*Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker. Det skal legges vekt på hva pasient eller bruker mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven §§3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8.*

I forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator utypes brukermedvirkning videre.

Med brukermedvirkning menes det at pasienten har rett til og mulighet til medbestemmelse og innflytelse over de tjenestene pasienten eller brukeren mottar. Pasienten skal ses på som ekspert på seg selv og eget liv. I et helsefremmende perspektiv er brukermedvirkning en avgjørende faktor. Brukermedvirkning er en arbeidsform med et likeverdig samarbeid mellom pasient og fagperson.

Det overordnede målet med brukermedvirkning er at pasienter skal ha en reell innflytelse på tjenestene både på individ og systemnivå.

### **3.6 TVERRFAGLIG SAMARBEID**

Tverrfaglige prosesser står sentralt i habilitering og rehabilitering og kjennes ved at tjenesteytere på tvers av faggrupper, profesjoner og sektorer samarbeider for at pasienten skal nå sine mål.

Tverrfaglig samarbeid er en forutsetning for å gi gode tjenester der det ytes habilitering- og rehabiliteringstjenester, og gjelder både ved kartlegging, gjennomføring og når prosess/tiltak skal evalueres.

*«Tverrfaglig samarbeid på ulik, men likeverdig kunnskap. De ulike fagpersonene er gjensidig avhengig av hverandre for kunne møte utfordringene til brukers beste. Godt samspill avhenger av at man forstår og kan ta del i den andres virkelighetsoppfatning. Man må kjenne til og respektere hverandres rolle og arbeidsoppgaver. Det stiller krav om dialog og interaktiv involvering faggruppene i mellom og bruker»*

*«Når rehabiliteringsbehovet er sammensatt og komplekst, kreves integrert tverrfaglig samarbeid. Her har faggruppene innsikt i hverandres kompetanse og funksjon, og de ulike faggruppene jobber tett sammen med utgangspunkt i brukerens behov og problemer. Det er en felles forståelse i forhold til oppgavene og det bygges opp felles holdninger til hvordan jobben skal utføres (Helsedirektoratet, 2018)».*

Tverrfaglige prosesser kan foregå på tvers av tjenester, eller mellom ulike avdelinger og etater.

Tverrfaglige prosesser kjennetegnes ved at flere yrkesgrupper jobber sammen om en felles oppgave eller mål og er engasjerte i felles beslutninger, med fokus på det beste for pasienten.

Tverretatlig samarbeid er samarbeid på tvers av etater. Tverretatlig samarbeid foregår mer på organisasjons- og systemnivå.

## 4.0 UTFORDRINGSBILDET NASJONALT OG LOKALT

### 4.1 NASJONALE UTFORDRINGER

Opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017–2019 kaster lys på en fremtidig helsetjeneste som har fokus på pasientens medvirkning. Brukermedvirkning blir derfor et viktig satsningsområde. Opptappingsplanen belyser utfordringer i dagens tilbud med tanke på kapasitet, samhandling og koordinering av tjenester, faglig kvalitet, arbeidsformer og organiseringen av tjenestene. Fragmenterte tjenester oppleves lite hensiktsmessig for pasienten. På sikt er det forespeilet at det skal overføres flere oppgaver til primærhelsetjenesten relatert til rehabilitering. Det vil si at man i Åsnes kommunen kan regne med flere og komplekse rehabiliteringsforløp. Utfordringene er at det ikke blir tildelt økonomiske midler for å håndtere ovennevnte. Dette vil også være en utfordring i alle deler av helse, omsorg og velferd.

### 4.2 LOKALE UTFORDRINGER

En utfordring for planen er at kommunen er i kontinuerlig omstilling. ViTT utetjeneste, hjemmesykepleien og Kjølarønningen ble en enhet, Hjemmebasert omsorg (HBO) fra 1.1.2020. Det er foreløpig ingen klar plan for hvordan dette vil se ut. Det vil her være veldig viktig at man ivaretar samarbeid med habiliteringstjenesten og at man fortsetter å jobbe på tvers av enheter og sektorer. Samtidig vil barnevern, PPT og helsestasjonen, samt barne- og familieteamet organiseres under oppvekst fra 1.4.2020. Det jobbes parallelt med prosjekt «Sammen om en bærekraftig kommune». Gevinsten av prosjektet er at man sammen med politikere og tillitsvalgte skal jobbe fram løsninger på hvordan man kan jobbe bedre med de ressursene man har, samtidig skape et godt samarbeid med frivilligheten og befolkningen for øvrig. Det vil bli benyttet et konsulentfirma i forbindelse med prosjektet. En annen utfordring er at man ikke er ferdig med overordnede planverk som for eksempel kommunens samfunnsdel. Det er lagt føringer både lokalt og sentralt om at man skal jobbe med tidlig intervensjon og forebyggende helsetjenester. Statikkstikk viser et stadig økende antall eldre og med ingen tilførte midler for styrking av kommunens helse- og omsorgstjenester betyr det at man må jobbe smartere med de midlene man har. Det vil si at man må satse på å jobbe med å komme enda tidligere inn og satse reelt på forebyggende tiltak og aktiv omsorg. Tiltakene i planen er derfor primært basert på tidlig innsats og forebygging.

Befolkningsfremskriving Åsnes kommune:

Årstall	2020	2025	2030	2040
<b>Alle aldre</b>	7275	7263	7291	7357
<b>80+</b>	517	584	891	895



## **5.2 REHABILITERINGSTJENESTER I ÅSNES KOMMUNE**

### **MÅLGRUPPER FOR REHABILITERING**

Målgruppene med behov for rehabiliteringstjenester kjennetegnes ved at de har et behov for å gjenvinne tapte funksjoner etter sykdom, skade eller rusavhengighet. Metodene er derfor preget av re-læring og oppøving av tidligere ferdigheter og funksjoner. Mange må lære å mestre livet med varige funksjonsnedsettelse og/eller mestringsutfordringer. Sentralt i rehabiliteringsarbeid er å bevare eksisterende funksjoner, bremse utvikling av funksjonstap, utvikle nye funksjoner. Denne målgruppen har ofte behov for et vidt spekter av tjenester.

#### **5.2.1 FYSIOTERAPEUT VOKSNE**

Kommunefysioterapeut Voksne (16 år +) Oppfølging og opptrening til personer med behov for rehabilitering og korttidsopphold på sykehjem, samt hjemmebesøk. Veiledning av personell på langtidsavdelinger ved sykehjemmet, balansetreningssgrupper for hjemmeboende eldre og treningsgruppe for personer som har hatt hjerneslag. Balansetrening er hensiktsmessig og reduserer risikoen for fall hos hjemmeboende eldre.

#### **5.2.2 HVERDAGSREHABILITERING/HVERDAGSMESTRING**

Hverdagsrehabilitering er et tilbud som gis i pasientens eget hjem eller nærmiljø. Hverdagsrehabilitering har fokus på «Hva er viktig for deg». Hensikten med hverdagsrehabilitering er å bidra til økt selvhjelpenhet i daglige gjøremål slik at pasienten kan mestre sin hverdag i eget hjem. I Åsnes kommune er hverdagsrehabilitering et samarbeid med ergoterapeut, fysioterapeut og hjemmebasert omsorg.

#### **5.2.3 ERGOTERAPI**

Ergoterapitjenesten har to årsverk ergoterapeuter og 50% stilling som for hjelpemiddeltekniker, samt renhold av hjelpemidler etter avtale. Ergoterapeutene har fokus på aktivitet og mestring. De har tett kontakt med brukerne, pårørende og samarbeider med andre etater og faggrupper.

Ergoterapeutene foretar kartlegging av brukernes behov, tilrettelegging og tilpasning av bolig og formidling av tekniske hjelpemidler innen områdene syn, hørsel, bevegelse og kommunikasjon. Tjenesten ytes til hjemmeboende og pasienter i kommunens institusjoner. Hovedtyngden av tjenestemottakerne er voksne og eldre, men også barn og unge.

Ergoterapeutene har et tett samarbeid med NAV hjelpemiddelsentral vedrørende bruker saker, tekniske hjelpemidler og boligsaker. Kommunen har et eget hjelpemiddellager som administreres av ergoterapeutene. Ergoterapeutene er en del av hukommelsesteamet.

#### **5.2.4 FYSIOTERAPEUTER MED KOMMUNAL DRIFSAVTALE**

Åsnes kommune har driftsavtale med 6 fysioterapeuter som til sammen gir fysioterapitjenester tilsvarende 5,5 årsverk. Kommunen har et overordnet ansvar for helse-



omsorgstjenesten, herunder ligger kommunale fysioterapitjenester i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1. Fysioterapeuter med kommunal driftsavtale i Åsnes kommune har et åpent tilbud til kommunens innbyggere, og prioritering av henvendelser skjer ut i fra en vurdering av haste- og alvorlighetsgrad. I vurderingen tas det hensyn til nasjonale og kommunale prioriteringer, og til hvordan fysioterapeutenes totale kapasitet best kan utnyttes. Det trengs ingen henvisning fra lege for å få behandling hos fysioterapeut.

### **5.2.5 REHABILITERING I INSTITUSJON**

Rehabilitering i institusjon foregår i hovedsak på korttidsavdelingen ved Åsnes sykehjem. Avdelingen har 3 spesialsykepleiere med videreutdanning i rehabilitering. Avdelingen har et tett tverrfagligsamarbeid med ergo- og fysioterapi, sykehjemslege og koordinerende enhet. Avdelingen får og henter nødvendig veiledning og samarbeid fra spesialisthelsetjenesten. Åsnes kommune har også avtale med spesialisthelsetjenesten om hospitering.

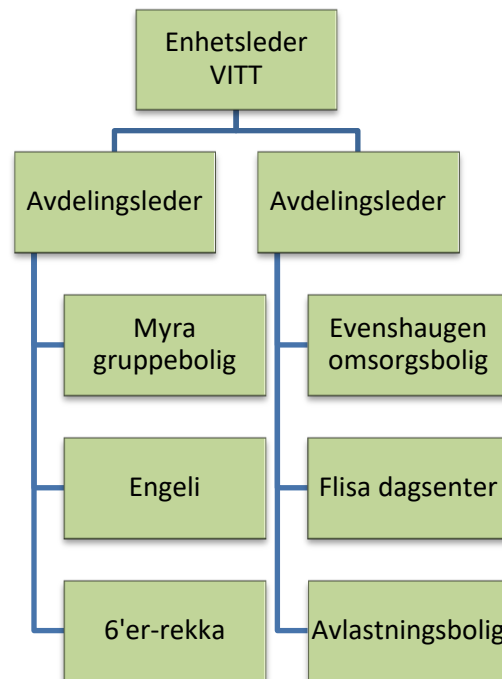
## **5.3 HABILITERINGSTJENESTER I ÅSNES KOMMUNE**

Habiliteringsbegrepet benyttes gjerne ved omtale av prosesser hvor ulike typer tjenester og tilbud gis/formidles til personer med medfødt eller tidlig ervervet sykdom, skade eller funksjonsnedsettelse. Anvendelse av begrepet er særlig kjent fra offentlige instanser som helse- og omsorgstjenester, sosialtjenester og undervisningssektor.

Habiliteringsprosesser blir ofte omtalt som tverrfaglige, og tverrfaglighet blir gjerne betraktet som en forutsetning for å kunne tilby pasient/bruker et helhetlig og samordnet tilbud. Fagområder som ofte vil være representert i habilitering er ulike helsefag som ergoterapi, fysioterapi, psykologi, sykepleie og vernepleie samt fag som medisin, pedagogikk og samfunnsfag. Når representanter fra ulike fagområder gjennomfører og formidler sine tjenester til bruker på en samordnet måte, er målet at et slikt tilbud skal inkludere noe mer enn summen av det som de enkelte fagområder vil kunne tilby hver for seg (flerfaglig). Habilitering som kunnskapsområde bygger altså på vitenskap og forskning fra flere fagområder.

Den enkelte 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 deltakelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet.

### **5.3.1 VIRKSOMHET FOR TILPASSEDE TJENESTER (VITT)**



VITT skal bidra til at brukerne blir mest mulig selvstendige i daglige gjøremål, bidra til trygghet i eget hjem, forebygge sykdom og skade. Dette gjøres gjennom veiledning, motivering, tilrettelegging og ved å bistå brukere med ulike funksjonsnedsettelse i alle livets daglige gjøremål. Brukerne mottar habiliteringstjenester på de steder der hun eller han lever livet sitt, som i hjemmet, i barnehagen, på skolen, på dagsenter, ved ulike fritidstilbud eller andre steder hvor brukere befinner seg. Habiliteringstiltak og prosesser tar utgangspunkt i brukerens behov og livssituasjon. ViTT jobber derfor med habilitering på Myra gruppebolig, på Evenshaugen omsorgsbolig, i Avlastningsboligen for barn/ungdom under 18 år, i brukeres hjem og på Flisa dagsenter.

ViTT har et stort mangfold av brukere. Det er stort spenn i alder, fra små barn til eldre voksne, og et stort spenn i diagnoser og syndrom, hvorav de fleste har behov for tjenester hele livet. Enkelte brukere har vedtak om bruk av tvang om makt (Lov om helse- og omsorgstjenester, kap 9.) Slike vedtak er en del av brukerens habilitering, og det stilles krav om høyskoleutdanning hos tjenesteyter.

ViTT sine mål med habiliteringsarbeidet er at brukerne skal opprettholde ferdigheter og oppleve mestring, og for enkelte også å innøve nye ferdigheter for å bli mer selvstendig.

ViTT deltar i ansvarsgruppemøter og samarbeider med skole, barnehage, Solør barnevernstjeneste, PPT, fastlege, verge, pårørende, NAV, Atico, Fylkesmannen og

spesialisthelsetjenesten. Særlig er sistnevnte, habiliteringstjenesten SI, en viktig samarbeidspartner faglig.

### **5.3.2 FYSIOTERAPI BARN**

Barnefysioterapi (0-16 år): KVELLO-observasjon av barn i barnehage, foreldregruppe i samarbeid med helsestasjonen (ICDP, temaundervisning, trilletur). Utredning av behov og tiltak for barn og unge med eller som står i fare for å utvikle funksjonsnedsettelse. Veiledning av eventuelle samarbeidspartnere, forebyggende tiltak for enkeltindivider eller grupper, habilitering og rehabilitering.

Det er etablerte og gode rutiner for samhandling mellom Helsestasjonen, PPT og barnefysioterapeut og ViTT.

### **5.3.3 HELSESTASJON OG SKOLEHELSETJENESTEN**

Helsestasjonens er et tilbud barn og familier i kommunen. Alle barn følges først opp av jordmønstjenesten i svangerskapet og i barseltid. Videre følges barna opp av helsesykepleier og helsestasjonslege tett gjennom hele sped og småbarnsperioden med hjemmebesøk og 12 obligatoriske helsekontroller. Skolebarn har tilbud om hjelp fra helsesykepleier flere dager i uka. Et ønsket mål er å fremme barns fysiske, psykiske og sosiale utvikling. Kontakt med familien gir et bredt erfaringsgrunnlag for å kunne vurdere barn og familier. Formålet er at barns utvikling følges nøye med på slik at eventuelle medfødte eller ervervede sykdommer og skader oppdages så tidlig som mulig, og gode tiltak settes inn for å hjelpe barnet og familien. Helsesykepleiere og helsestasjonslege støtter foreldre gjennom råd, veiledning, ICDP-kurs, COS-kurs og undervisning. Ved avvik fra normalen henvises barn raskt til ulike avdelinger i spesialisthelsetjenesten og det følges opp videre. Helsesykepleier samarbeider med fastlege, PPT, fysioterapeut, BUP, barnehager og skole. Ofte initieres habilitering ved at helsesykepleiere starter opp tverrfaglige arbeidsgrupper. En godt fungerende helsestasjon er svært viktig for å oppdage de barna som trenger ekstrahjelp, oppfølging og habilitering tidligst mulig. Helsestasjonen er organisert under oppvekst og ligger under enheten familiens hus.

## **5.4 FRISKLIVSSENTRALEN I SOLØR**

Frisklivssentralen er en interkommunal helsetjeneste som er et samarbeid mellom Våler og Åsnes kommune. Målet er å fremme helse og forebygge sykdom ved og gi tidlig hjelp til å endre vaner og mestre helseutfordringer. Frisklivssentralen skal bidra til redusert sykdomsbyrde og sammenhengende helsetjenester og være en samarbeidspartner i kommunens folkehelsearbeid. Frisklivssentralen jobber med befolkningsrettede tiltak basert på utfordringer knyttet opp mot folkehelseprofilen. Disse tiltakene er oppfølging individuelt eller i gruppe innenfor områdene trening, fysisk aktivitet, kosthold, tobakk og motivasjon til

livsstilsendring. Frisklivssentralen har i tillegg ulike lærings- og mestringskurs som depresjonsmestring, diabetes, KOLS og kreft. Læring og mestring er sentralt innen habilitering og rehabilitering og bør sikres en tydelig organisatorisk forankring og en sentral tilhørighet i tverrfaglige tjenesteområder både i kommuner og helseforetak. Formålet med frisklivssentraler er å tilby kunnskapsbaserte og tverrfaglige tjenester som effektivt støtter og fremmer fysisk og psykisk helse og hindrer eller forebygger utvikling av sykdom. Dette innebærer også å mestre livet med sykdom. Medvirkning, individuell tilrettelegging og fokus på egne ressurser for egen helse vektlegges. Frisklivssentralen kan besøkes med eller uten henvisning. Alle som er bosatt i disse kommunene kan benytte seg av Frisklivssentralens tilbud. Pasienter kan henvises av fastlege, annet helsepersonell eller ved at de tar direkte kontakt med Frisklivssentralen.

## **5.5 RUS OG PSYKIATRITJENESTER I ÅSNES KOMMUNE**

Behovet for rehabilitering innen for denne målgruppen kan ha oppstått etter langvarig psykisk lidelse og/eller rusmiddelavhengighet og har særlig vekt på psykiske, kognitive, sosial og psykososiale problemer.

Mange i denne gruppen står i fare for å miste eller ha redusert tilgang til bolig, arbeid, aktiviteter, eller et sosialt nettverk. Å arbeide med grunnleggende levekår er sentrale forutsetninger for å lykkes med rehabilitering for målgruppen. Behov for tverrsektoriell og tverrfaglig samhandling er avgjørende. Tiltak innen somatisk helse og fysisk funksjon skal også ivaretas.

Behandling og rehabilitering er overlappende og et langsiktig arbeid med sterk vekt på mestring av dagliglivet. Omfattende og langvarig rusmiddelavhengighet bør behandles som en kronisk tilstand selv om pasienten er stabil ved hjelp av legemiddelassistert behandling, er rusfrie, vil avhengigheten kunne vedvare (Helsedirektoratet, 2018).

### **5.5.1 SAMTALETJENESTEN**

Samtaletjenesten er en del av psykisk helse- og rustjeneste. Tilbudet er en ytelse til de som har utfordringer i hverdagen og redusert livskvalitet på grunn av sin psykiske helse. Samtaletjenesten har som mål å bedre evnen til å mestre eget liv og egen hverdag på tross av psykiske utfordringer.

Hjelp fra samtaltjenesten kan innebære:

- Målrettet individuell oppfølging
- Kartlegging ved bruk av anerkjente verktøy
- Støttesamtaler/konsultasjoner

- Sosial trening
- Samarbeid med pårørende og/eller andre nære relasjoner
- Bidra i utarbeidelse av individuell plan
- Tverrfaglig samarbeid med andre instanser
- Råd, veiledning og undervisning til andre enheter i kommunen
- Gruppetilbud

### **5.5.2 SPARBYHUSET AKTIVITETSSENTER**

Sparbyhuset aktivitetssenter bruker kultur, fysisk aktivitet, meningsfull hverdagsaktivitet og friluftsliv som virkemiddel for å fremme helse. Målet er å skape innhold og mening i hverdagen gjennom aktivitet og sosiale fellesskap. Gjennom aktivitet ønsker man å inspirere og motivere til medvirkning i egen bedringsprosess.

Tjenesten skal bidra til kunnskap og erfaringer som bidrar til mening, mestring og utvikling i eget liv, samt åpne for deltagelse i lokalsamfunnet.

### **5.5.3 KJØLARØNNINGEN OMSORGSBOLIG OG MILJØARBEIDERTJENESTE**

Denne tjenesten har som oppgave å motivere og bistå brukerne i daglige gjøremål og til å mestre hverdagen best mulig. Tjenesten har et tett samarbeid med Sparbyhuset aktivitetssenter, Atico og spesialisthelsetjenesten. Miljøarbeidertjenesten jobber med rehabilitering og habilitering for personer med ulike utfordringer innen psykisk helse og rustjeneste. Kjølarønnen er organisert under hjemmebasert omsorg.

## **5.6 ÅSNES LEGESENTER**

### **5.6.1 FASTLEGER I ÅSNES I KOMMUNE**

Åsnes legesenter er et kommunalt driftet legesenter. Ved Åsnes legesenter er det åtte fastlegehjemler og en turnuslege(LIS1). Åsnes kommune har fire spesialister i allmennmedisin. Fra høsten (2020) vil det i to av fastlegehjemlene ansettes lege i spesialisering(ALIS).

### **5.6.2 FASTLEGENS ROLLE I EN REHABILITERINGSPROSESS**

Fastlegene har en sentral rolle i en kommunal rehabiliteringsprosess. Fastlegen har hovedansvaret for den medisinske oppfølgingen av pasienten og må derfor involveres i den tverrfaglige samhandlingen av pasientens rehabiliteringsprosess. Fastlegen er nøkkelperson da den ofte har kjennskap til pasientens sosioøkonomiske, familiære og medisinske forhold over mange år. Fastlegen bør

rutinemessig informeres om pasientens rehabiliteringsprosess og bli invitert inn i samarbeidsmøter slik at alle jobber mot samme mål. Fastlegene må involveres på et tidlig tidspunkt slik at medisinsk faglige hensyn vurderes opp mot hva slags kommunalt tilbud den enkelte pasient får.

### **5.6.3 FASTLEGENS ANSVAR FOR Å MELDE BEHOV FOR REHABILITERING OG HABILITERING.**

Fastlegene er de som møter pasientene oftest og har derfor et viktig ansvar i å melde behov for rehabilitering og habilitering til koordinering, fag og forvaltning. Det er derfor viktig at fastlegene kontinuerlig blir informert om kommunenes tilbud innen habilitering og rehabilitering.

## **6.0 MÅL, VURDERING OG SATSNINGSOMRÅDER**

Som tidligere nevnt er det lokalt og sentrale satt føringer på at man skal jobbe med forebygging, tidlig innsats og lokalt vil man styrke hjemmebasert omsorg for at brukerne av tjenesten skal mestre sin egen hverdag på et lavere omsorgsnivå. For å nå dette målet bør man jobbe med og implementere velferdsteknologiske løsninger, kunnskapsbaserte tjenester, forebygging og hverdagsmestring i alle ledd av tjenestene i Helse, omsorg og velferd og en dreining av tjenester fra kompenserende tjenester til aktiv omsorg.

## **6.1 REHABILITERING**

### **6.1.1 FOREBYGGENDE OG HELSEFREMMEDE ARBEID**

Frisklivscentralen er en sentral avdeling når det gjelder forebygging og helsefremmende arbeid.

Hverdagsmestring må være et satsningsområde som etableres i alle avdelinger i helse, omsorg og velferd. Her trengs det utvikling og tiltak, dette kan for eksempel være en kulturendring der fokuset «Hva er viktig for deg» implementeres i hjemmebasert omsorg og i sykehjem. Etablering av hverdagsmestringsagenter kan også være et tiltak. Man bør også se på muligheter for å styrke dagsenter tilbud for eldre hjemmeboende og for brukere av tjenestene i ViTT.

### **6.1.2 FOREBYGGENDE HJEMMEBESØK**

Statistikk viser at andelen eldre i kommunen vil øke i stor grad. De nye eldre vil i større grad enn tidligere generasjoner eldre fremme ønske om å leve aktive og selvstendige liv. Gode levevaner vil kunne bidra til å leve aktive liv lenger og opprettholde helse og funksjonsevne. Det bør derfor ses på muligheter for å etablere «Forebyggende hjemmebesøk». Forebyggende hjemmebesøk skal gi kommunens innbyggere informasjon om aktiviteter og tilbud i kommunal og frivillig regi. Videre bør temaer i forebyggende hjemmebesøk være sikkerhet i hjemmet, den enkeltes funksjonsnivå og behov for hjelpemidler, ernæring, fysisk aktivitet, praktisk bistand, læring og mestring og sosialt nettverk. Et tilbud om forebyggende hjemmebesøk bør gis til de som ikke allerede mottar kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet. Det finnes generell informasjon, prosedyrer og tiltak om forebyggende hjemmebesøk på helsedirektoratets sider.

### **6.1.3 HVERDAGSMESTRINGSAGENTER**

Mestringsagenter er ressurspersoner med kompetanse på området hverdagsmestring. De skal være ambassadører for mestringsfilosofien i sin enhet. En mestringsagent skal holde hverdagsmestringstankesettet varmt, engasjere, veilede og motivere kollegaer og pasienter, oppdage og dele gode eksempler i personalgruppen i sin enhet, invitere til refleksjon over

gode og ikke så gode eksempler. Enhetsledere og avdelingsledere bør motivere hjelpepleiere/helsefagarbeidere til å ta fagskolepoeng i hverdagsmestring og/eller rehabilitering.

#### **6.1.4 HVERDAGSREHABILITERING, HJEMMEREHABILITERING/INNSATSTEAM**

I følge forskriften om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator skal pasienter med et rehabiliteringsbehov få mulighet til å rehabiliteres i eget nærmiljø. Det foreslås derfor å se på muligheter til etablere tverrfaglig innsatsteam som kan tilby rehabiliteringstjenester i pasientens eget hjem. Her kan også velferdsteknologiske løsninger være et alternativ til å utvikle en god og sammensatt rehabiliteringstjeneste. En tverrfaglig kartlegging skal gi tjenesteutøvere en bedre mulighet til å jobbe mot samme mål. Det

#### **6.1.5 REHABILITERING OG HABILITERINGSKOORDINATOR**

Koordinatorrollen på et overordnet nivå er en viktig funksjon for fagutvikling, prosedyreutvikling og koordinering av gode tverrfaglige rehabiliteringsprosesser. Rehabilitering og habiliteringskoordinator er i Åsnes kommune organisert i stab. Koordinatorens oppgaver i Åsnes kommune er:

- Representant for koordinering, fag og forvaltning i sitt fagfelt
- Bindeledd mellom kommunen og kommunenes samarbeidspartnere
- Bidra til etablering av eksterne og interne samhandlingsrutiner
- En pådriver for å bidra til kvalitetsarbeid i tjenesten
- Bidra med daglig veiledning av medarbeidere, pasienter og pårørende
- Planlegge å gjennomføre kurs og fagdager
- Etablere, utvikle og lede rehabiliteringsteam
- Koordinere og følge opp tjenester til den enkelte pasient
- Være kommunens «slagkontakt»
- Ansvarlig for opplæring og tildeling av individuell plan «SamPro»

Det bør jobbes med å øke denne stillingen fra 50 % til 100 %. Dette med grunnlag i at det kommer frem i arbeidsgruppe rehabilitering at man savner en person som i større grad kan ha en generell oversikt og etablere gode tverrfaglige team ut fra den enkelte pasients behov. Det vil si at stillingshjemmelen sett i sammenheng med arbeidsoppgaver blir for liten.

#### **6.1.6 DAGREHABILITERING**

I Åsnes kommune tilbyr kommunefysioterapeut trening i en slaggruppe og to grupper for balansetrening. Det må ses på muligheter for å kunne styrke gruppetilbudene ved Nedre Kjølen. Det foreslås også at man bør se på muligheter for å kunne benytte seg mer av fysioterapeutene med kommunal driftsavtale.

#### **6.1.7 DØGNREHABILITERING I INSTITUSJON FOREGÅR I DAG PÅ EN KORTTIDSAVDELING I SYKEHJEM**



Tydelig tiltaksplaner for å få til en tverrfaglig tilnærming kan være et virkemiddel for å styrke kompetansen og tilbudet. Forskning viser at rehabilitering ved sykehjemsavdelinger har en dårligere rehabiliteringseffekt enn ved rehabiliteringsavdelinger i regi av interkommunale samarbeid (Helsedirektoratet, 2018). Man bør se på muligheter for å styrke rehabiliteringsarbeid ved å samarbeide med nærliggende kommuner. Det er behov for å se på muligheter for å sikre at aktivitet skjer gjennom hele døgnet. Man må se på muligheter for å øke den tverrfaglige kompetansen ved avdeling 3 og sikre en god og tydelig ansvarsfordeling mellom de ulike fagområdene, mens man samtidig har fokus på hva tverrfaglighet innebærer og hvordan man kan dra nytte av hverandres styrker til det beste for pasienten.

## **6.2 HABILITERING**

### **6.2.1 VIRKSOMHET FOR TILPASSEDE TJENESTER (ViTT)**

Det ses en økning i befolkningen i antall barn med spesielle behov, Dette gir et økt behov for habiliteringstjenester etter hvert som barna blir eldre, både i barnehage, skole, avlastning og når de skal over i egen bolig osv. Tjenestemottakerne har fått økt levealder, som i befolkningen ellers. Mottakere av tjenester i ViTT har økt forekomst av sykdom som for eksempel demens. Kroniske sykdommer debuteres også tidligere hos denne pasientgruppen. Dette kan føre til et økt behov for habiliteringstjenester. Tjenestemottakere i ViTT har ofte komplekse og/eller sammensatte diagnoser. Dette kan ofte gjøre at rehabilitering og habilitering blir mer krevende. For at å håndtere ovennevnte er det viktig med etablerte samarbeid med spesialisthelsetjenesten, foreldre og foresatte, barnehager og skoler, og de andre enhetene i HOV. Kommunen er avhengig av at det er tilstrekkelig med ressurser i form av stillinger og kompetanse i enheten. Det jobbes kontinuerlig med å øke antall vernepleiere/miljøterapeuter i ViTT. Det gjøres ved at man tilbyr utdanning og ved rekruttering av nyansatte. Man jobber også kontinuerlig med å øke kompetansen internt for alle ansattgrupper gjennom intern kursing. Det er viktig at kommunen ser at det er behov for økt kompetanse for denne gruppen av tjenestemottakere.

For noen tjenestemottakere som bor i heldøgnsbemannet bolig, er det fysiske begrensninger som reduserer mulighetene for å bedrive ønsket habilitering. Det er derfor nødvendig at man ser på den universelle utforming av byggningsmassen spesielt ved Myra gruppebolig.

### **6.2.2 LIVSFASEOVERGANGER**

Livsfaseoverganger er store endringer i pasient/brukers livssituasjon Livsfaseoverganger er for eksempel overgang fra barnehage til barneskolen og fra barneskolen til ungdomskolen. Det er viktig å sikre at det jobbes godt med overgangene for sårbare brukere som står i

livsfaseendringer slik at de føler seg ivaretatt og er trygge. Den mest sårbare overgangen for mange er overgangen fra ungdomstiden og inn i voksenlivet.

### **6.3 SAMARBEID MED SPESIALISTHELSETJENESTEN**

Det er etablert et samarbeid mellom kommunene i innlandet og spesialisthelsetjenesten i innlandet som jobber med å avklare ansvarsområder for rehabiliteringsfeltet. Det er utarbeidet et utkast som skal jobbes videre med høsten 2020.

## 7.0 SATSNINGSOMRÅDER/FORBEDRINGSOMRÅDER

Område	Mål	Tiltak	Ansvarlig	Frist
<b>Hverdagsmestring Forebyggende og helsefremmende arbeid</b>	<p>Kulturendring Hverdagsmestring Alle jobber etter samme tilnærming Fokus «Hva er viktig for deg?» Lære opp ansatte i intervensjonen MI</p> <p>Et dagtilbud med fokus på, forebygging og mestring. Som samsvarer med kommunens behov.</p>	<p>Plan for implementering av hverdagsmestring i hver enhet. Opplæring mestringsagenter (Intern opplæring)</p> <p>Se på muligheter til å øke kapasiteten for dagtilbud og gruppetrening ved Nedre Kjølén</p>	<p>Enhetsledere Avdelings- ledere</p> <p>Enhetsledere og Avdelings- ledere.</p>	
<b>Brukermedvirkning</b>	<p>Pasientenes helsetjeneste. Sikre bruker- medvirkning i alle ledd av tjenestene, også på systemnivå.</p>	<p>«Hva er viktig for deg» Implementert samtykke, samvalg, informasjon og påvirkning</p>	<p>Koordinering, fag og forvaltning. Avdelingsleder e og tjenesteytere.</p>	
<b>Kompetanse- heving</b>	<p>Et helhetlig og rehabiliterende tankesett. «Rehabilitering i alt vi gjør». Godt tverrfaglig i samarbeid mellom avdelinger og enheter.</p>	<p>Benytte oss av eksisterende kompetanse. Økt tverrfaglig kompetanse. Veiledning E-læringskurs Motivere helsefagarbeidere/ høgskoleutdannede til å ta videreutdanning i hverdagsmestring og rehabilitering.</p>	<p>Enhetsledere og avdelings- ledere Rehabiliterings -koordinator</p>	<p>Fortløp ende i plan- periode n</p>

<p><b>Læring og mestring</b></p> <p><b>Pårørende-samarbeid likemannsarbeid</b></p>	<p>Kommunen har tilbud om læring og mestring til pasienter, brukere og pårørende</p>	<p>Videreutvikle tilbudet hos frisklivssentralen. Se på muligheter for å øke kapasiteten. Se på muligheter for å øke den tverrfaglige kompetansen. Interkommunalt samarbeid.</p> <p>Samarbeid med frivilligheten.</p>	<p>Avdelingsleder Friskliv Rehab-koordinator</p> <p>Sektorleder HOV Sektorleder Samfunnsutvikling Enhetsleder Kultur og Frivillighet.</p>	
<p><b>Sikre gode, helhetlige og trygge livsfaseoverganger</b></p>	<p>Kommunen har gode rutiner og etablerte arenaer for å sikre gode livsfase-overganger</p>	<p>Etablere rutiner for tett samhandling i livsfaseendringer.</p>	<p>Ledere ViTT, helsestasjonen og PPT, ergo/ fysio</p>	<p>Fortløpende i planperioden.</p>
<p><b>Samarbeid spesialist-helsetjenesten</b></p>	<p>Godt samarbeid og avklart ansvarsforhold mellom kommune og spesialist-helsetjeneste</p>	<p>Kontakter for samarbeid og pasientforløp</p>	<p>Rehabiliterings-koordinator</p>	<p>Fortløpende i planperioden</p>
<p><b>Individuell plan</b></p>	<p>Styrking av koordinatorrollen</p>	<p>Styrke samarbeidet med spesialist-helsetjenesten. Opplæring i sampro.</p>	<p>Rehabiliterings-koordinator</p>	<p>Fortløpende i planperioden</p>
<p><b>Velferdsteknologi</b></p>	<p>Velferdsteknologiske løsninger er implementert i tjenestene.</p>	<p>Ta i bruk tilgjengelig velferdsteknologi i alle deler av tjenestene. Sikre at velferdsteknologiske løsninger kan integreres i tilgjengelig IKT-system.</p>	<p>Koordinering, fag og forvaltning. Enhetsledere og avdelingsledere.</p>	<p>Fortløpende i planperioden</p>

<b>Hjelpemiddel- formidling. Kommune/NAV</b>	Kommunen har et hjelpemiddel-lager med oversikt over tilgjengelige hjelpemidler Godt samarbeid og avklart ansvarsforhold mellom kommune og NAV	Opplæring av ansatte i HOV	Leder ergo/fysio-friskliv	Fortløpende i planperioden
<b>Rehabteam/habteam</b>	Tverrfaglig vurdering og god oppfølging av nye brukere	Systematisk tverrfaglig vurdering av rehabiliteringsbehov før kompenserende tiltak. Prosjektmidler?  Vurdere etablering av tverrfaglige rehabiliterings-team og habiliterings-team.	Kommunalsjef HOV. Enhetsledere HOV Rehabiliterings-kordinator	
<b>Interkommunalt samarbeid</b>	En styrket interkommunal rehabiliteringstjeneste.  En styrket interkommunal habiliteringstjeneste.	Etablere samarbeid med nærliggende kommuner.	Kommunalsjef HOV	
<b>Forebyggende Hjemmebesøk</b>	Selvstendige og aktive eldre med god helse og godt funksjonsnivå	Etablere en tverrfaglig sammensatt-arbeidsgruppe	Enhetsleder Hjemmebasert - Omsorg. Avdelingsleder koordinering, fag og forvaltning. Avdelingsleder Ergo,fysio og Friskliv.	
<b>Styrke gruppetreningstilbudet</b>	Forebygge funksjonstap.	Øke kapasiteten på forebyggende	Avdelingsleder Ergo, fysio og	Fortløpende i

<b>ved Nedre Kjølen.</b>	En sosial arena med fokus på en aktiv hverdag	treningsgrupper.	Friskliv.	planperioden.
<b>Etablere et styrket tverrfaglig samarbeid på tvers av sektorer</b>	Tverrfaglig og helhetlig pasientforløp for alle med behov for et sammensatt tilbud.	Etablere gode samarbeids-arenaer på strategisk nivå for å sikre en god og tverrfaglig samhandling.	Kommunalsjef HOV.	Fortløpende i planperioden.