



STRYN KOMMUNE

## Plan for habilitering og rehabilitering 2019-2023



# INNHALDSLISTE

1.0 INNLEIING .....	1
1.1 Bakgrunn og formål .....	1
1.2 Visjonen i arbeidet med habilitering og rehabilitering .....	2
1.3 Mandat og planprosessen .....	2
1.4 Arbeidsgruppe og styringsgruppe .....	2
1.5 Høyring og presentasjon av planen .....	3
1.6 Sentrale dokument og føringar .....	3
2.0 HABILITERING OG REHABILITERING .....	4
2.1 Målgruppa for habilitering .....	4
2.2 Målgruppa for rehabilitering .....	5
2.3 Kommunen sitt ansvar for habilitering og rehabilitering .....	5
2.3.1 Ansvar og oppgåvedeling mellom spesialisthelsetenesta og kommunen .....	7
2.4 Sentrale aktørar .....	7
2.5 Kva gjer vi i Stryn? .....	11
3.0 UTFORDRINGBILDET INNAN REHABILITERING OG HABILITERING – NASJONALT OG LOKALT .....	12
3.1 Utfordring i høve ansvarsoppgåver og differensiert tilbod i kommunen .....	14
4.0 KORLEIS SIKRE EIT GODT HABILITERING OG REHABILITERINGSTILBOD I FRAMTIDA? .....	15
4.1 Brukarmedverknad .....	16
4.2 Samhandling og koordinering .....	17
4.3 Faglig kvalitet, arbeidsformer og organisering .....	18
4.4 Kapasitet .....	20
5.0 OPPFØLGING OG EVALUERING AV PLANEN .....	20
REFERANSER .....	1
Vedlegg 1 .....	2

## 1.0 INNLEIING

Kommunane har med tida fått ei viktigare rolle i å sørge for nødvendig helse- og omsorgstenester til befolkninga. Hovudtyngda av habilitering- og rehabiliteringstilbodet skal bli gitt til brukaren der livet levast. Dette da trening og oppøving av funksjonsevne og meistringsevne i dei fleste tilfella har best effekt når det skjer integrert i dagliglivets arenaer. Kommunane vil difor over tid overta fleire rehabiliteringsoppgåver frå spesialisthelsetenesta. Samstundes blir det fleire eldre, fleire overlever alvorleg sjukdom, fleire er kronisk sjuke og det er raskare utskrivning frå sjukehusa. Av den grunn er habilitering og rehabiliteringstenestene i kommunen under aukande press og det er behov for å etablere nye tiltak og gode forløp, endre arbeidsformer og kompetanse.

Habilitering og rehabilitering er eit viktig satsingsområde for regjeringa. Med nasjonal opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering ynskje regjeringa å bidra til at kommunane settast i stand til å gi eit godt rehabiliteringstilbod til innbyggerane. Opptrappingsplanen skal bidra til å styrke brukarperspektivet og betre kvaliteten i tenesta. Den er i hovudsak retta mot at brukar skal få mest mogleg oppfølging og gode tenester der dei bur. Planen gir ei oversikt over hovudutfordringane på habiliterings- og rehabiliteringsfeltet og viser til kortsiktige og langsiktige strategiar for å møte desse.

### 1.1 Bakgrunn og formål

Stryn kommune har til no ikkje hatt ein eigen plan for habilitering og rehabilitering. Våren -18 mottok Stryn Kommune midlar frå Fylkesmannen i Sogn og Fjordane til arbeidet med å styrke habilitering- og rehabiliteringstilbodet i kommunen. Tilskotsordninga er eit av tiltaka i Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019.

Det overordna målet med planen er å styrke tenestene i tråd med Opptrappingsplanen, og i samsvar med krav og tilrådingar i Veileder for rehabilitering og habilitering, individuell plan og koordinator:

- bidra til at kommunen settast i stand til å gi eit godt tilrettelagt rehabiliteringstilbod til innbyggerane og over tid overta fleire rehabiliteringsoppgåver frå spesialisthelsetenesta
- styrke brukarperspektivet
- betre kvaliteten, samhandlinga og koordineringa mellom nivå og innanfor desse

Vidare skal planen:

- styrke pasientar og brukarars moglegheit til å oppretthalde og/eller få att si fysiske, sosiale og/eller psykiske meistringsevne
- førebygge og utsette behov for kompensierende tenester
- sikre tilbod i samsvar med befolkningas behov, mellom anna sikre fagleg innhald, kvalitet og kapasitet, jf. Meld. St. 26 (2014-2015)
- styrke samarbeidet med brukarorganisasjonar, spesialisthelsetenesta, andre sektorar og andre kommunale teneste
- sikre at pasientar og brukarar får oppfylt retten til individuell plan og koordinator, og styrke koordinatorrolla

- sikre at koordinerende eining er tilrettelagt for heilskaplege og koordinerte tenester på tvers av fag, nivå og etatar

Med denne handlingsplanen vil kommunen konkretisere si satsing på habilitering og rehabilitering. Planen skal bidra til at kommunen settast i stand til å gi eit godt tilrettelagt habiliterings- og rehabiliteringstilbod for innbyggjarane sine. Planen skal beskrive prioriteringar og framtidig utvikling av habiliteringa og rehabiliteringa i kommunen, samt konkretisere korleis kommunen skal ivareta befolkninga sitt behov på kort og lang sikt.

## 1.2 Visjonen i arbeidet med habilitering og rehabilitering

Arbeidet med handlingsplanen bygger på visjonen:

- *Tilby hjelp til sjølvhjelp gjennom å byggje på brukarane sine ressursar og ha respekt for brukarane sine val*

Vidare er det overordna målet innan habilitering og rehabilitering i kommunen at brukarane skal få bu lengst mogleg i eigen heim.

Stryn kommune sin visjon «*Vi vil utvikling*» står også sentralt i dette arbeidet.

## 1.3 Mandat og planprosessen

Planen er utarbeida etter mandat frå kommunalsjef Helse- og sosial. I planprosessen har det vore kartlegging av dagens teneste og kvar dei største utfordringane ligg, der medverknad har vore ivaretatt gjennom brukar- og medarbeidarprosessar. Kartlegginga har omfatta spørjeundersøking til mellomleiarar, kommunalsjef, legetenesta og kommuneleiinga for å identifisere kva tilbod Stryn har/ikkje har av føreslåtte strategiar og tiltak frå opptrappingsplanen. Vidare gjennomførte prosjektleiar enkeltintervju med eit utval brukara som representerte ei bredde i forhold til alder, kjønn, bakgrunn og sjukdomsbilde. Brukarane var valt ut av arbeidsgruppa. Prosjektleiar gjennomførte gruppeintervju av tilsette i tenesta for å identifisere kva tilbod dei var fornøgde med, sakna eller meinte burde styrkast/forbetrast. Tilsette som vart intervjuja vart valt av styringsgruppa, arbeidsgruppa og mellomleiarar. 11 brukarorganisasjonar blei kontakta og bede om å gi tilbakemelding til utarbeidinga av planen; Blindeforbundet, Kreftforeningen, Diabetesforbundet, LHL, Reumatikerforbundet (lokallag), HLF (lokallag), MS-foreningen, Norges Handikapforbund, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon FFO, Parkinsonforbundet og Nasjonalforeningen for folkehelse. Ein fekk svar frå 6 av dei. 2 organisasjonar gav tilbakemelding om at dei ynskte planen på høyring. Det vart også gjennomført enkeltmøte med fastlege, koordinerende eining (heretter omtalt som KE), NAV og InVia, samt Frivillegsentralen.

## 1.4 Arbeidsgruppe og styringsgruppe

Arbeidet med plan for habilitering og rehabilitering starta i august 2018 med ei arbeidsgruppe breidt samansett av fagfolk frå ulike etatar og tenesteområder som jobbar med førebyggjande helsetenester, behandling, habilitering og rehabilitering. Arbeidsgruppa har hatt 4 møter i løpet av prosjektperioden.

### Samansetning arbeidsgruppe:

Anita Skarstein, ergoterapeut, prosjektleiar  
Linda Hopland Bergset, psykiatrisk sjukepleiar, medlem av KE  
Reidun Elisabeth Sandnes, ergoterapeut, dagleg leiar Stryn arbeidssenter  
Kine Maren Homdrom, sjukepleiar Vikane Omsorgssenter, rehabiliteringskontakt  
Liv Olaus Flore, sjukepleier heimesjukepleia Stryn  
Tine Camilla Rosenvinge, leiande helsesyster, medlem av KE  
Karin Aaning, representant Eldrerådet i Stryn

Beslutningsorgan i prosjektet var styringsgruppa. For brei forankring og tverrfaglig kompetanse vart den samansett av ulike tenesteleiarar i kommunen og prosjektleiar. Styringsgruppa har hatt 6 møter i løpet av perioden, og har valt ut endelige tiltak i planen.

### Samansetning styringsgruppe:

Anne Karin Høgalmen, leiar for tenesta for funksjonshemma (leiar styringsgruppa)  
Oddhild Hilde, nestleiar Helse- og sosial  
Aslaug Håøy Nygård, områdeleiar Stryn  
Grethe Hilde, områdeleiar Vikane  
Elisabeth Scheen Bøe, leiar fysio- og ergoterapitenesta  
Heidi Vederhus, kommunalsjef Helse- og sosial  
Anita Skarstein, prosjektleiar

## 1.5 Høyring og presentasjon av planen

Planen for habilitering og rehabilitering 2019-2023 har lege ute på høyring på Stryn kommune si heimeside i januar og februar 19. Planen vart sendt til høyring til Rådet for eldre og personar med nedsett funksjonsevne i Stryn, til eit utval organisasjonar og samhandlingskoordinator i Sogn og Fjordane. Det kom høyringsvar frå 4 stk. Presentasjon av ferdig utarbeida plan vart presentert for Rådet for eldre og personar med nedsett funksjonsevne i juni 2019. Helse- og sosialutvalet vart også orientert om planen i møte juni 2019. Planen er lagt ut på Stryn kommune si heimeside og elles gjort kjent i organisasjonen. Arbeidet med planen og planen vart i mai presentert for felles brukarutval i Sogn og Fjordane.

## 1.6 Sentrale dokument og føringar

Dei sentrale føringane og juridiske grunnlaget som er aktuelle for arbeidet med Stryn kommune sin plan for rehabilitering og habilitering er fylgjande:

- Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017 – 2019)
- Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator
- Veileder for oppfølging av personer med store og samansette behov
- Stortingsmelding 26 (2014 - 2015) Fremtidens primærhelsetjeneste
- Stortingsmelding 29 (2012-2013) Morgensdagens omsorg
- Stortingsmelding 14 (2014-2015) Kommunereforma
- Stortingsmelding 15 (2017-2018) Leve hele livet
- Stortingsmelding 19 (2014-2015) Folkehelsemeldinga – mestring og muligheter
- Omsorg 2020
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

- Lov om kommunal helse - og omsorgstjenester
- Lov om helsepersonell
- Lov om pasient- og brukarrettigheter
- Lov om folkehelsearbeid
- Lov om psykisk helsevern

## 2.0 HABILITERING OG REHABILITERING

Habilitering og rehabilitering er tenester spesielt retta mot personar med funksjonsnedsetting og behov for langvarige og samansette helsetenester, og handlar om å sette menneske sine eigne ressursar i sentrum. Målet er å bidra til at menneske med funksjonsnedsetting skal kunne fungere godt og oppleve meistring, sjølvstendigheit og deltaking sosialt og i samfunnet. Habilitering og rehabilitering er avgjerande for å oppnå gode og innhaldsrike liv for flest mogleg,

Plan for habilitering og rehabilitering legg til grunn fylgjande definisjon av habilitering og rehabilitering:

*«Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasients 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 meistringsevne, selvtendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet».*

Forskjellen mellom habilitering og rehabilitering kjem primært til uttrykk i dei utøvande tenestene, der det først og fremst skiljast mellom målgrupper. Felles for begge målgruppene er behovet for eit vidt spekter av faglige tilnærmingar - herunder medisinsk, fysikalsk, sansemessig, kognitivt, sosialt og psykososialt. Behov for gjentakande prosessar gjennom heile eller store deler av livsløpet kan gjelde begge målgruppene, men er særlig framtrudande innan habilitering.

### 2.1 Målgruppa for habilitering

Habilitering blir gitt til personar med funksjonsnedsettingar som er medfødt eller som dei har fått tidleg i livet, og handlar om ny-læring. Brukaren treng bistand til å oppøve nye funksjonar og ferdigheiter som ein i utgangspunktet ikkje har hatt. Behovet varer som oftast livet ut, og tiltak har som mål å utvikle funksjon- og meistringsevne. Målgruppa delast opp i 2 kategoriar etter alder; *barn og unge med behov for habilitering* og *vaksne med behov for habilitering*. Kjenneteiknet med gruppa er at dei ikkje følgjer eit forventet utviklingsløp, og kan sjåast ved for eksempel utviklingshemming, autismeperspektivet, multifunksjonshemming, Cerebral parese, muskelsjukdom og nevrologiske sjukdommar og skade.

## 2.2 Målgruppa for rehabilitering

Rehabilitering blir gitt til personar som har funksjonsnedsetting på grunn av sjukdom eller skade som dei har fått seinare i livet, og handlar om re-læring. Brukaren treng bistand til å øve opp/gjenvinne tidlige ferdigheiter og funksjoner. Målgruppa kan delast i 2 kategoriar etter kvar hovudtyngda av utfordringa ligg; *somatisk rehabilitering* og *rehabilitering psykisk helse og rus*. Eksempel på store diagnosegrupper som treng rehabilitering er hjerneslag, nevrologiske lidningar eller hjerneskade, syn- og eller hørselstap, brot og andre skadar, langvarige og kroniske sjukdommar (Kols, diabetes, hjertekar-sjukdom, kreft, reumatiske lidningar), sosiale problem, adferdsproblem, psykisk lidning, rusproblem, eldre med samansett sjukdomsbilde og funksjonstap og muskel-skjelettplagar som står i fare for å ramle ut av arbeidslivet. Rehabilitering skjer på mange arenaer: på helsestasjonen, i barnehage, i skulen, i heimen, i sjukeheimen, egne rehabiliteringssenter, Nav-kontor og på arbeidsplass. Beste rehabiliteringsresultat for den enkelte brukargruppa oppnåast heime. I kommunen vil rehabilitering utanfor institusjon alltid vere den mest sentrale delen av rehabiliteringstilbodet.

## 2.3 Kommunen sitt ansvar for habilitering og rehabilitering

Kommunen har eit overordna ansvar for å sørge for nødvendig helse- og omsorgstenester for kommunen sine innbyggjarar. Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd skal kommunen tilby sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. Forskrifta Habilitering og rehabilitering legg fylgjande krav og føringar til kommunen (kap 3, §5-9):

- Kommune skal planlegge og ha generell oversikt over habiliterings - og rehabiliteringsbehov i kommunen. Tenestene som inngår i kommunen sitt helse- og omsorgstilbod skal integrerast i eit samla tverrfaglig re-/habiliteringstilbod
- Sørge for at alle som oppheld seg i kommunen skal bli tilbydd nødvendig utredning og habilitering - / rehabiliteringsoppfølging
- Re-/habiliteringstilbodet skal bli gitt uavhengig av pasienten og brukaren si buform
- Den kommunale helse- og omsorgstenesta skal ved behov samarbeide med andre etatar
- Koordinerande eining i kvar kommune skal bidra til å sikre helheitlig habiliterings - og rehabiliteringstilbod. KE skal ha eit overordna ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator
- Kommunen skal legge til rette slik at personell kan melde/motta henvendingar vedrørande behov for habilitering og rehabilitering
- Undersøke og utrede og eventuelt henvise til spesialisthelsetjenesten før habilitering/ rehabilitering settast i gang
- Ha ansvar for formidling av nødvendige hjelpemiddel og tilrettelegging

Dette betyr at kommunen har ansvar for å sikre tenester som kan bidra til stimulering av eiga læring, motivasjon, auka funksjons- og mestringsevne, likeverd og deltaking. Tenestene skal tilbyddas og ytast ut frå eit brukarperspektiv, samordnast - tverrfaglig og planmessig - i eller nærmast brukaren sitt vante miljø som for brukaren er ein meningsfylt tilvære. Tilbodet bør omfatte døgnbasert tilbod i institusjon, dagtilbod, tilbod i brukaren sin heim, arbeid, lærings- og mestringstilbod, hjelpemiddel og tilbod integrert i barnehage, skule, dagtilbod.

Brukarane sitt behov varierer i stor grad når det gjelder innhald, omfang og intensitet i oppfølginga. For eksempel vil nokon ha behov for intensiv og meir spesialisert oppfølging i periodar, mens det i andre periodar er fokus på å lære å mestre livet best mulig med funksjonsnedsettinga. For at Stryn

kommune skal ivareta sitt «sørge-for-ansvar» og imøtekomme behovet hos brukarane forutset det at kommunen har habilitering - / rehabiliteringstilbod med ulik grad av intensitet, kompleksitet og faglig innhald innan funksjonstrening, tilrettlegging og læringstilbod. Kommunen bør ha differensiert tilbod til brukarar med *mindre omfattande*, *middels omfattande* og *omfattande behov*.

<b>Differensiert tilbod i kommunen</b>		
<b>Mindre omfattande behov</b> Målretta og planlagde tiltak, ofte av kortare varigheit.	<b>Middels omfattande behov</b> Spesifikke tiltak knytt til lettare fysiske og psykiske vanskar, arbeidssituasjon, hjelpemiddel og bustad, sosioøkonomiske forhold	<b>Omfattande behov</b> Kompleks og intensiv kommunal habilitering og rehabilitering med høg grad av faglig spesialisering på kommunalt nivå
Mindre funksjonsnedsetting / startande funksjonssvik.	Omfattande bistandsbehov over tid.	Høgt bistandsbehov, vedvarande funksjonssvikt.
Re-/habilitering ved korttidsopphald på omsorgssenter	Re-/habiliteringstilbod i institusjon i kortare periodar	Tilbod i kommunal / interkommunal rehabiliteringsinstitusjon/avdeling (kombinert med rehabiliteringsopphald i spesialisthelsetenesta)
Fysisk tilrettelegging av bustad, skule og arbeidsplass - eventuelt i kombinasjon med gruppetilbod ved frisklivsentral og/eller dagsenter	Tverrfaglig tilbod med rehabiliteringsfaglig kompetanse hovudsakelig i heim, dagtilbod, skule eller på arbeidsplass, eventuelt kombinert med frisklivtilbud	Tverrfaglig tilbod med høg habiliterings- og rehabiliteringsfaglig kompetanse
Individuell plan og koordinator	Individuell plan og koordinator	Individuell plan og koordinator
Lærings- og mestringstilbod	Lærings- og mestringstilbod	Lærings- og mestringstilbod
Kvardagsrehabilitering	Intensiv fysikalsk trening i avgrensa periode	Treningstilbod med høg grad av intensitet
Tverrfaglig ambulant team, også i kombinasjon av heimetenester	Arbeidsretta tiltak	
	Ambulant teneste frå spesialisthelsetenesta, herunder undervisning	Ambulant teneste frå spesialisthelsetenesta
<b>Ansvarsoppgåver for kommunen</b>		
Lett synleg og lett tilgjengelig koordinerande eining		
Sikre system for tverrfaglig utredning		
Sikre system for kartlegging av behov		
Tverrsektorielt samarbeid		
Rehabilitering framfor kompenserande tiltak		
Fagspesifikk kompetanse		



### 2.3.1 Ansvar og oppgåvedeling mellom spesialisthelsetenesta og kommunen

Grensa for kva som er kommunen og spesialisthelsetenesta sitt ansvar for naudsynt re-/habilitering og heilheitlege tenester kan være vanskelig å trekke. Det som er avgjerande for å vurdere kvar rehabiliteringstilbodet skal ytast er behovet for *spisskompetanse / spesialisering, kompleksitet og intensitet*.

I tillegg har Helsedirektoratet utarbeida ein modell som gir forslag til anbefalingar for ansvars- og oppgåvefordeling:

Tilbod som bør ytast i kommunen	Tilbod som bør ytast i spesialisthelsetenesta
<p>Pasientar og brukarar med kroniske sjukdomar og tilstandar innan dei store diagnosegruppene bør som hovudregel få tilbodet i kommunane. Tilbodet må inkludere læring og mestring. Eksempel på område:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• muskel- og skjelettsjukdomar</li><li>• livstilsjukdomar</li><li>• lettare psykiske lidingar</li><li>• diabetes</li><li>• KOLS og lungesjukdomar</li><li>• Kreft</li><li>• rehabilitering i seinare fase innan hjerte- og karsjukdomar, herunder hjerneslag</li><li>• rehabilitering ved mindre omfattande behov etter ortopedisk behandling</li></ul>	<p>Spesialisthelsetenesta må sikre tidlig oppstart av rehabilitering tett integrert med medisinsk behandling i akutt fase for alle aktuelle pasientgrupper</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• bistå kommunane med utredning av behov for behandling, habilitering og rehabilitering</li><li>• tilby utredning og nødvendig oppfølging i akutte fasar og ved betydelige endringar i funksjonsnivå til pasientar med kroniske sjukdomar</li></ul>

Kjelde: Helsedirektoratet

Sidan dette ikkje fører fram til eit tydeleg definert skilje må avklaring finne stad i gjensidig dialog mellom kommune og helseføretaka. Dei lovfesta samarbeidsavtalene skal vere eit virkemiddel for dialog og ansvars- og oppgåvefordeling mellom partane. Sjølv om det settast rammer for ansvar på avtalenivå er det nødvendig med avklaringsamtaler for å sikre gode forløp rundt den enkelte pasient.

### 2.4 Sentrale aktørar

For å dekke innbyggjarane sine ulike behov for rehabilitering og habilitering har Stryn kommune utvikla eit variert habiliterings- og rehabiliteringstilbod som saman med øvrig helse- og omsorgstenestene, andre sektorer (NAV, oppvekst, kultur), spesialisthelsetenesta og frivillige gir brukarane eit best mulig tilbod.

Dei mest sentrale aktørane innan re-/habiliteringsfeltet er:

#### *Fysio- og ergoterapitenesta*

har særlig kompetanse innan re-/habilitering for brukarar i alle aldersgrupper. Brukarane får tenester som blant anna behandling individuelt og i grupper. Trening i dagleglivets aktivitetar, førebyggjande heimebesøk 80+, fallførebyggjande treningsgruppe Sterk og Stødig, tilrettelegging av bustad og

tilpassing av tekniske hjelpemiddel innan rørsle, syn- og hørsel, kommunikasjon, kognisjon og varsling. Tiltaka gjennomførast på ulike arenaer som eigen heim, skule, barnehage og omsorgssentra - og har ofte stor betydning for brukaren si muligheit til å vere aktive og delta på ulike samfunnsarenaer. Kommunen sitt lager for kortvarig utlån av tekniske hjelpemiddel er tillagt avdelinga.

#### *Frisklivssentralen*

er ei kommunal helseteneste som skal førebygge sjukdom og fremme god helse. Frisklivssentralen er eit kompetansesenter for dei som står i fare for å utvikle livsstilsjukdom, eller som alt har utvikla sjukdom, og som ynskjer rettleiing og oppfølging til å endre levevanar og til å mestre eiga helse. Fokusområda er fysisk aktivitet, kosthald og tobakksbruk.

#### *Privatpraktiserande fysioterapeutar*

utgjer ein viktig del av kommunen si samla fysioterapiteneste. Kommunen har avtale med 7 privatpraktiserande fysioterapeutar. Tenesta kan bidra med undersøking, funksjonstrening/motorisk vurdering, behandling, opptrening etter medisinske inngrep og veiledning, informasjon og undervisning.

#### *Fastlegane*

si diagnostisering, oppfølging og behandling av personar med funksjonsnedsetting og kroniske sjukdommar er ein viktig del av det samla kommunale helsetilbodet. Fastlegen har ei medisinfagleg koordineringsrolle, og skal identifisere brukarar med behov for re-/habilitering og delta i arbeidet med å fastsette re-/habiliteringsmål. Fastlegen skal vere orientert om brukaren si ansvarsgruppe og individuell plan.

#### *Heimebaserte tenester*

yter bistand til brukarar som har behov for heimesjukepleie, heimehjelp eller tryggleiksalarm i kortare eller lengre periodar. Heimesjukepleietenesta er nødvendig helsehjelp i form av pleie og omsorg, førebygging og behandling grunna sjukdom og skade. Heimesjukepleietenesta har ei viktig rolle i å oppdage startande funksjonsfall hos heimebuande brukarar og henvise vidare ved behov for utredning og behandling. Heimesjukepleietenesta skal også kartlegge og vurdere behov for tilrettelegging av brukaren sin heim, samt motivere og følgje opp brukarar i rehabiliteringsprosessen med mål om å mestre kvardagen. Heimehjelp vert tildelt personar som på grunn av funksjonssvikt, sjukdom eller skade har behov for personleg/praktisk hjelp eller rettleiing i heimen.

#### *Rehabilitering på omsorgssentra*

blir gitt til personar med behov for oppfølging og rehabilitering heile døgnet. Brukarane får tverrfaglig og tidsavgrensa rehabiliteringstilbod på eit av omsorgssentra i kommunen - Vikane Omsorgssenter eller Stryn Omsorgssenter. Det er 6 rehabiliteringsplassar ved Stryn omsorgssenteret og 5 plassar ved Vikane omsorgssenter.

#### *Tenesta for funksjonshemma*

legg til rette for aktivitetar som gir kjensle av meistring og glede, som gir eit meningsfylt innhald i kvardagen. Tilbodet omfattar heildøgns omsorgsteneste i bustad, praktisk bistand /opplæring og hjelp i heimen for personar med funksjonshemming, støttekontakt og avlastning, tilbod om tilrettelagt arbeid og fritidsaktivitetar.

### *Stryn arbeidssenter*

er eit tilrettelagt arbeids- og aktiviseringstilbod for personar med ulik grad av psykisk utviklingshemming. Det er eit dagtilbod der arbeidsdagen og arbeidsoppgåvene blir tilpassa den enkelte brukar. Eit overordna mål er at brukarane skal oppleve mestringskjensle, og utvikle seg igjennom aktivitetar og arbeidsoppgåver dei utfører på arbeidssenteret.

### *Psykisk helse og rustenesta*

i kommunen er retta mot menneske med psykiske og rusrelaterte lidningar. Fleire av brukarane i tenesta har kombinerte problemstillingar, både somatiske, psykosomatiske, sosiale og psykiske lidningar. Tilbodet omfattar heimeteneste, dagtilbod, psykiatrisk helsearbeidarteneste. Ruskonsulent rettar seg mot menneske med utfordringar i livet på mange plan, og som treng å bli motivert med tett oppfølging, stabilitet og psykisk støtte for å leve det livet dei ynskjer.

### *Helsestasjon- og skulehelsetenesta*

har barn, unge, gravide og foreldre som målgruppe. Formålet med tenesta er å fremme fysisk og psykisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold og førebygge sjukdom og skade. Tenesta har ei viktig oppgåve i å fange opp barn og unge med behov for meir omfattande hjelp og oppfølging for eksempel på grunn av funksjonsnedsetting, problem i familien, psykiske plager eller andre samansette, langvarige behov

### *Barnehage og skule*

er dei viktigaste arenaene for barn og unge. Barn og unge med funksjonsnedsettingar og kronisk sjukdom har rett til eit individuelt tilpassa og likeverdig tilbod som bidreg til ein meningsfull oppvekst uansett funksjonsnivå. Skule skal organisere og tilrettelegge opplæringa slik at den er inkluderande ovanfor alle elevar. Mange har behov for samtidige tenester frå helse- og omsorgstenesta, noko som stiller krav til samordna innsats.

### *Logoped*

utredar og jobbar med menneske som har ulike former for kommunikasjonsvanskar, stemmevanskar, språk- og talevanskar, taleflytvanskar (stamming eller løpsk tale) og svelgvanskar. Språkvanskar er ein alvorlig funksjonsnedsetting som medfører redusert livskvalitet og deltaking i aktivitetar. Eit godt språk rehabiliteringstilbod kan bidra til eit liv med god livskvalitet og kan gjere det mulig for pasienten å delta i samfunnslivet igjen. Stryn kommune har logoped som jobbar opp mot barn/unge. Ved rehabilitering leige Stryn kommune logopedtenester av privat logoped.

### *Psykolog*

kan bidra konsultativt ovanfor barn, unge og vaksne med somatisk lidning, psykisk lidning eller rusavhengighet som har behov for oppfølging, habilitering eller rehabilitering. Stryn Kommune har interkommunalt samarbeid i høve tilgang til psykolog.

### *Nav*

har økonomisk sosialhjelp og gjeldsrådgivning som kommunale tenester. Av særlege fokusområdet har det i Nav vore jobba med aktivitetsplikt for sosialhjelpmottakarar under 30 år, ungdom under 25 år, auke overgang til arbeid (alle grupper) og redusere inngang AAP saker.

### *InVia*

er ei arbeids- og inkluderingsbedrift, og er lokalisert i Stryn i tillegg til Sandane og Nordfjordeid. InVia dekkjer alle kommunar i Nordfjord med attføringstiltak. In Via har avtale med NAV Sogn og Fjordane

om å levere tenester gjennom tiltaka AFT (arbeidsførebuande trening) og VTA (varig tilrettelagt arbeid). InVia har til ei kvar tid mellom 50 og 70 personar inne på tiltak/kurs og er arbeidsgjevar for kring 25 personar.

#### *Kreftkoordinator*

er til hjelp for å koordinere og tilrettelegge kvardagen for kreftsjuke og pårørande på ein best mulig måte, og er ansvarlig for å samordne tilbod og tenester rundt kreftpasientane i kommunen. Vidare skal koordinatoren bidra til gode rutine og system for kreftomsorga i kommunen. Stryn kommune har samarbeid med 3 andre kommunar om ei 50 % stilling som kreftkoordinator. Ordninga er eit samarbeid mellom kommunane og Kreftforeininga. I tillegg har kommunen fire sjukepleiarar med vidareutdanning i lindrande behandling som jobbar særskilt mot kreftomsorg og lindrande behandling ved alvorleg sjukdom, samt for lindring i livets slutfase.

#### *Dementeamet*

er eit kommunalt tenestetilbod som rettar seg både mot den demente og deira pårørande. Teamet kan bistå med kartlegging, råd, informasjon og rettleiing og arrangerar pårørandeskule.

#### *Tildelingsnemda*

er den eininga som mottok henvendingar/søknader om helse og omsorgstenester som er vedtaksberettiga. Det gjelder blant anna heimetenester, institusjonsplassar, matombringning og alarm. Tildelingsnemda er bredt samansett av ulike fagpersonar/leiarar. Det er høg innvilgingsprosent på søknadane i Stryn.

#### *Koordinerande eining (KE)*

i kommunen skal bidra til å sikre heilheitlege og koordinerte tilbod til pasientar og brukarar med behov for langvarige og koordinerte tenester frå ovanfor nemnde tenester som eksisterer i Stryn kommune. KE skal ha oversikt over tenester som eksisterer i Stryn kommune, formidle kontakt, vere ein stad å vende seg til for dei som mottok tenester, tenesteytarar og samarbeidspartnarar, sikre at dei ulike tenestane ein får fungerer saman og sørge for at brukaren får vere med å bestemme kva som er det beste for dei. Eininga sitt overordna ansvar for individuell plan og koordinator er sentral. KE er bredt samansett av ulike tenesteleiarar.

#### *Frivilligsentralen*

i Stryn skal vere ein pådrivar for frivillige tiltak og arbeide for å utvikle gode samarbeidsmodellar mellom frivillige og offentlege etatar. Helse, velferd og mestringsoppleving skapast ikkje berre av helsetenestene og offentlige instansar aleine. For at personar med ulik funksjonsnedsetting skal få muligheit til å vere aktive, oppleve mestring og delta sosialt og i samfunnet er organisasjonar og frivillige lag og foreiningar viktige bidragsytarar.

#### *Pårørande*

og familieomsorga er den usynlige omsorga. Pårørande er ofte brukaren sin viktigast støtte og ynskjer ofte å vere ein ressurs for brukaren. I dag utførast det nasjonalt om lag 100 000 årsverk i den uformelle, familiebaserte omsorga - som er nesten på størrelse med den offentlige omsorgstenesta som utgjer om lag 130 000 årsverk. Stryn kommune har i dag tilbod om ulike avlastningsordningar for pårørande; kortidsopphald på sjukeheim, avlastningsbustad for barn/unge og dagtilbod for demente, dagtilbod psykiatri, dagtilbod på omsorgssentera og arbeidssenteret.

For ytterligere informasjon om status for dei ulike aktørane, sjå vedlegg 1.

## 2.5 Kva gjer vi i Stryn?

Aktørrar innan habilitering- og rehabiliteringstenesta i Stryn Kommune har mange tiltak innan samhandling, arbeidsformer og brukarmedverknad for gi eit godt rehabiliteringstilbod til innbyggjarane.

<b>Brukarmedverknad</b>
Nye søknadsskjema med fokus og spørsmål om «Kva er viktig for deg?»
Forslagskasse
Brukar og pårøranderråd
Individuell plan
Ansvarsgrupper
Bruker- og pårørandepresentasjon i rådgivande organ på politisk og administrativt nivå
Likepersonsarbeid i læring- og mestringstilbod frisklivssentral og pårørandeskule
<b>Samhandling og koordinering</b>
Leiarmøte pleie og omsorg
Tverrfaglig forum for rus og psykisk helse
Tildelingsnemnda
Psykososialt kriseteam
Arbeidsgruppe Vald og overgrep i nære relasjonar
Rettleiingsgrupper – tverrfaglig møtestad Nordfjord psykiatrisenter
Møter med Barne og ungdomspsykiatrisk avdeling, Helse Førde
Nettverk for ressursjukepleier for lindrande behandling og palliasjon
Nettverk i eldremedisin
Nettverk for leiing av pasienttryggleik
Nettverk for fysioterapeutar som jobbar med barn / habiliteringstenesta
Årleg samarbeidsmøte / Kontaktperson-møte med NAV Hjelpemiddelsentral
Årleg møte mellom fysioterapeut og helsestasjon
Årleg samarbeidsmøte NAV, InVia og einingsleiar
Årleg samarbeidsmøter med Eldremedisinsk poliklinikk Nordfjordeid
Årleg møte for kommunane i fylket og Koordinerande eining i Helse Førde - Møteplassen
Årleg samhandlingskonferanse/møte ved Helse Førde
Årleg erfaringskonferanse/møte ved Helse Førde
<b>Fagleg innsats og arbeidsformer</b>
Fallførebyggande treningsgruppe, Sterk og stødig gruppe
Førebyggande heimebesøk 80+
4 vekers gruppe helsestasjon, leia av fysioterapeut
Læring- og mestringstilbod Frisklivssentral
Avvikshandtering
Gruppetilbod i Frisklivssentral: frisk pust, mobilitet og styrke, gruppetimer Gym Stryn
Kartlegging av ernæringsstatus
Ressurspersonar:
<ul style="list-style-type: none"><li>○ Rehabiliteringskontakter</li><li>○ Diabeteskontakter</li><li>○ Hørselkontakter (Hørselssentralen og NAV)</li><li>○ Respirasjonskontakter</li><li>○ Sårkontakter</li><li>○ Hygienekontakter</li><li>○ Forflytningsinstruktørar</li><li>○ Lindrande behandlingkontakt</li><li>○ Synskontakt NAV</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ressurskontakter kreft</li> <li>○ Røris-kontakt</li> <li>○ Rørslekontakt (NAV)</li> <li>○ Kognisjonskontakt (NAV)</li> </ul>
KID kurs (kurs i meistring av depresjon)
KIB kurs (kurs i meistring av belastning)
Pårørandeskule demens
Fysisk aktivitet for personer som treng støtte i kvardagen
Aktivitetstilbod for psykisk utviklingshemma: song, disko, trening
Frivillig arbeid: mandagscafe, dans, mimregruppe, Røde Kors pasientvenn, trillegruppe, sykkelgruppe, turgruppe, seniornett/ «dataklubb»
Rutine ved nyttilsetjing

### 3.0 UTFORDRINGBILDET INNAN REHABILITERING OG HABILITERING – NASJONALT OG LOKALT

Hovudtyngda av tenestene skal ytast nærmast mogleg brukaren – nemlig i kommunen. Tenester som tidligare vart ytt av spesialisthelsetenesta får no kommunen ansvar for. I tillegg aukar behovet for habilitering og rehabiliteringstenester på grunn av auka befolkning og fleire eldre. I framskriven utvikling vil Stryn kommune i 2040 ha ei auke på 44,5% i aldersgruppa 75-79år, og 88,2% auke i aldersgruppa 80+(Kommunedata). I tillegg til fleire eldre har talet brukerar under 67år som mottek omsorgstenester dei siste 10 åra nesten blitt tredobla. Vidare overlever fleire alvorleg sjukdom, fleire har kroniske livsrelaterte sjukdommar og det er raskare utskrivning frå spesialisthelsetenesta til kommunane. Presset på habilitering- og rehabiliteringsteneste aukar, og stille nye krav og gir utfordringar til re-/habiliteringstenesta i kommunen. Opptappingsplanen gir ei oversikt over hovudutfordringane på habiliterings- og rehabiliteringsfeltet nasjonalt; *brukarmedverknad, samhandling og koordinering, faglig kvalitet, arbeidsformer og organisering og kapasitet*. Det lokale utfordringsbilde gjenspeglar i stor grad det nasjonale utfordringsbilde. Presentert utfordringsbilde for Stryn bygger på kartlegginga i prosjektperioden.

#### Brukarmedverknad

Nasjonalt: det er svikt i involveringa av den enkelte i beslutningar om eige liv. Utviklinga av helse- og omsorgstenester har i for lita grad lagt vekt på kva ynskjer og muligheiter brukaren sjølv har til å delta i å planlegge og gjennomføre tenesteytinga og aktivt bidra til å gjenopprette eller forbetre sitt funksjonsnivå. God rehabilitering startar med spørsmålet «kva er viktig for deg?» «Kva er dine ynskje og mål?» «Kva ynskjer du å oppnå med rehabiliteringsarbeidet?». Det sviktar også i involvering av brukarrepresentantar på systemnivå. I tillegg ligg det ein ubrukt ressurs i å gjere brukarorganisasjonane sitt tilbod kjent for alle som kan ha glede av det, og i å samarbeide med brukarorganisasjonane om å utvikle nye tilbod.

Lokalt: det er system for brukarmedverknad og brukarerfaring i utviklinga og evalueringa av sine tenester – men ut frå svar som er gitt kan det tyde på at svar på desse ikkje vert godt nok fulgt opp.

Vidare er det ikkje eit godt nok system for å innhente brukarerfaring i utvikling og evaluering av tenestene. Svar viser at tenestene kan bli flinkare til å systematisk spørje brukaren «kva er viktig for deg?». Brukarar og pårørande seier også at kommunen kan bli betre i høve informasjonsarbeid. Likepersonsarbeidet kan synast som mangelfullt, samt samarbeid med brukarorganisasjonar. Tilbod om individuell plan og koordinator kan bli betre. Brukarar ynskjer også meir brukarstyring av tenestene – til dømes kunne velje tidspunkt for dusj. Brukarar og pårørande opplever at dei ikkje har ein arena til å påverke tenestene, at det kan vere vanskelig å orientere seg om tenestetilbodet og kvar ein skal henvende seg.

### Samhandling og koordinering

Nasjonalt: det er svikt i samhandling og koordinering enten internt på same nivå eller mellom nivåa, samt alvorlig svikt i informasjonsflyten mellom spesialisthelsetenesta og den kommunale helse- og omsorgstenesta. I tillegg opplevast ansvars- og oppgåvefordelinga som uklar. Brukarane opplever tenestene som fragmenterte og at det ofte sviktar i overgangen mellom primær- og spesialisthelsetenesta. Mange brukarar opplever at dei for tidlig blir overlatt til seg sjølv med ansvar for å koordinere eiga oppfølging.

Lokalt: overgangane mellom spesialisthelsetenesta og internt mellom dei ulike tenestene i kommunen opplevast av både brukarar og tilsette i enkelte tilfelle som svak/ for dårlig. I Opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering på nasjonalt nivå vert det vist til KS sitt læringsnettverk for gode pasientforløp for eldre og kronisk sjuke, Stryn kommune deltek ikkje i dette. Stryn kommune har samarbeidsavtaler med Helse Førde, men avtalene kan opplevast som generelle og lite detaljerte. Koordinerande eining har ikkje deltatt i revidering av samarbeidsavtalene. Det er ikkje systematisk bruk av videokonferanse mellom kommune og helseføretak, og tilsette opplever å få mangelfull informasjon frå helseføretaka. Brukarar og tilsette opplever at det interne samarbeidet, tverrfaglig innsats og kommunikasjonen mellom aktørane i kommunen kan bli betre, og det kan bli fleire faste møtepunkt mellom sentrale aktørar. Legane ynskjer tilbakemelding frå fysioterapeutane om kven som får behandling, og ynskjer kommunal overlege. Koordinerande eining i Stryn kommune fungerer ikkje optimalt slik det er idag.

### Faglig kvalitet, arbeidsformer og organisering

Nasjonalt: den største utfordringa gjeld innretninga av tilbodet; tenestene er organisert i siloar – ulike faggrupper og tenester er organisert kvar for seg i eigne organisatoriske einingar. Dette resulterer i at tilbodet framstår fragmentert, at brukarar med store og samansette behov ikkje får tett nok/systematisk oppfølging eller god nok opplæring til eigenmestring. Det er for lite legetenester. I høve rehabilitering i sjukeheim fungerer ikkje det tverrfaglige samarbeidet godt nok, det er mangelfull og lite systematisk nedteikning av nødvendige og relevante opplysningar i pasientjournalar. Kommunane har ikkje tilstrekkelig kompetanse og ressursar til å sikre forsvarlig rehabilitering. Manglande systematikk i kommunal tverrfaglig kartlegging gjer at behov ikkje fangast opp og rammar mange brukargrupper – spesielt eldre med raskt/gradvis funksjonsfall og barn med habilitering-/rehabiliteringsbehov. Når brukarane ikkje fangast opp i tide, aukar risikoen for dårligare eigenmestring og funksjonsfall som kunne vore unngått. Samla resulterer dette i liding for brukarane, tidlige behov for institusjonsplass og unødvendig sjukehusopphald.

Lokalt: i Stryn kommune har 66,9% (2017) av dei tilsette ei fagutdanning. Få tilsette har vidareutdanning innan re-/habilitering. Kommunen sin kompetanseplan er under revisjon. Stryn nyttar ikkje metoden kvardagsrehabilitering til sine innbyggjarar, har heller ikkje tverrfaglige innsatsteam. Læring- og mestringstilbodet kan vidareutviklast. Det er rahbiliteringsplassar ved begge omsorgsentra i kommunen. Nokre tilsette opplever dette som utfordrande med tanke på å samle/sikre rehabiliteringskompetanse og fokus, tverrfaglegheit og ressursbruk. Det er tilbakemelding frå brukarar om at rehabiliteringsopphalda på omsorgsentra kan bli betre og at det er ynskjeleg med ei eiga rehabiliteringsavdeling. Brukarar har gitt tilbakemelding på at grad av rehabiliteringsfokus hjå tilsette i heimesjukepleien varierer frå tilsett til tilsett. System og rutine rundt rehabiliteringskontaktene på omsorgsentra kan forbetrast. Pårørande for brukarar i heimetenesta for funksjonshemma opplever at systematikken rundt ansvarsgruppene kan bli betre.

## Kapasitet

Nasjonalt: kapasiteten i mange deltenester er for dårlig eller enkelttenester manglar. Konsekvensen blir ventelister, manglande heilheitleg tilbod, brot i pasientforløpa og lav intensitet på funksjonstreninga. Det er også lite tilgjengelig tilbod til hørselshemma og svaksynte, samt mangel på varmtvassbasseng.

Lokalt: kartlegginga viser at mange brukarar ynskjer meir trening og oppfølging av fysioterapeut i heimen og hos privatpraktiserande. Tilgang til logoped opplevast som mangelfull av nokre brukarar, pårørande og tilsette. Det er ikkje tilbod om varmtvassbasseng lokalt, noko som er ynskja av brukarar og tilsette. Det er begrensa tilbod for dei med kognitiv svik, synsproblem og hørselshemma. Sansemotorisk trening er det ikkje tilbod om i kommunen. I tenesta for funksjonshemma ynskjer nokre pårørande betre tilbod på ettermiddag og i helgene til brukarane. Tilsette på institusjon og heimtenesta opplever at rehabiliteringsarbeidet- og fokuset vert nedprioritert av fleire årsaker (går inn i hjelperolla i staden for kvardagsmestring). Tilsette i fysio- og ergoterapitenesta og frisklivssentralen ynskjer å vidareutvikle tilbod innan førebygging, tidlig innsats (t.d kvardagsrehabilitering) og læring og mestringstilbod.

### 3.1 Utfordring i høve ansvarsoppgåver og differensiert tilbod i kommunen

Sett i samanheng med ansvarsoppgåver og tredeling av tilbod i kommunen er det områder som peikar seg ut som **svake/manglande**:

Differensiert tilbod i kommunen		
<b>Mindre omfattande behov</b> Målretta og planlagde tiltak, ofte av kortare varigheit.	<b>Middels omfattande behov</b> Spesifikke tiltak knytt til lettare fysiske og psykiske vanskar, arbeidssituasjon, hjelpemiddel og bustad, sosioøkonomiske forhold	<b>Omfattande behov</b> Kompleks og intensiv kommunal habilitering og rehabilitering med høg grad av faglig spesialisering på kommunalt nivå
Mindre funksjonsnedsetting / startande funksjonssvik.	Omfattande bistandsbehov over tid.	Høgt bistandsbehov, vedvarande funksjonssvikt.
Korttidsopphald på omsorgssenter	Re-/habiliteringstilbod i institusjon i kortare periodar	Tilbod i kommunal / interkommunal rehabiliteringsavdeling (kombinert



		med rehabiliteringsopphald i spesialisthelsetenesta)
Fysisk tilrettelegging av bustad, skule og arbeidsplass - eventuelt i kombinasjon med gruppetilbod ved frisklivsentral og/eller dagsenter	Tverrfaglig tilbod med rehabiliteringsfaglig kompetanse hovudsakelig i heim, dagtilbod, skule eller på arbeidsplass, eventuelt kombinert med frisklivtilbud	Tverrfaglig tilbod med høg habiliterings- og rehabiliteringsfaglig kompetanse
Individuell plan og koordinator	Individuell plan og koordinator	Individuell plan og koordinator
Lærings- og mestringstilbod	Lærings- og mestringstilbod	Lærings- og mestringstilbod
Kvardagsrehabilitering	Intensiv trening i avgrensa periode	Treningstilbod med høg grad av intensitet
Tverrfaglig ambulant team, også i kombinasjon av heimetenester	Arbeidsretta tiltak	
	Ambulant teneste frå spesialisthelsetenesta, herunder undervisning	Ambulant teneste frå spesialisthelsetenesta
<b>Ansvarsoppgåver for kommunen</b>		
Lett synleg og lett tilgjengelig koordinerande eining		
Sikre system for tverrfaglig utredning		
Sikre system for kartlegging av behov		
Tverrsektorielt samarbeid		
Rehabilitering framfor kompenserande tiltak		
Fagspesifikk kompetanse		

## 4.0 KORLEIS SIKRE EIT GODT HABILITERING OG REHABILITERINGSTILBOD I FRAMTIDA?

Habilitering og rehabilitering er ein av dei viktigaste bærebjelkane i ei framtidsretta helse- og omsorgsteneste, og er ei investering for samfunnet – ei investering som reduserar behovet for andre tenester. Det er behov for å møte framtida sine utfordringar innan helse- og omsorgssektoren med vilje og evne til utvikle nye løysingar - vi kan ikkje gjere slik som vi alltid har gjort! Det må settast eit sterkare fokus på førebygging, tidlig innsats, styrking av den heimebaserte omsorga, teamarbeid og tiltak som understøttar befolkninga si evne til å meistre eigen kvardag. Meir enn før trengst eit mangfald av tenestetilbod, faglige tilnærmingar og buformer, der den enkelte sitt individuelle behov avgjer tilbodet. For å sikre eit godt habiliterings- og rehabiliteringstilbod til innbyggjarane er det behov for:

- Auka kompetanse
- Auka kapasitet/betre og meir effektiv organisering
- Nye tilbod og arbeidsformer
- God leiing
- Holdnings-, kultur- og prioriteringsendring

Lovkrav og egne behov for betring av tenestene dannar grunnlaget for forslag til tiltak for å styrke habilitering- og rehabiliteringstenestene i kommunen. For å nå målsetninga vil Stryn kommune gjennom denne planen foreslå tiltak innan dei fire utfordringsområda skissert frå Opptappingsplanen: brukarmedverknad, samhandling og koordinering, arbeidsmetode og kapasitet.

#### 4.1 Brukarmedverknad

Brukarane sin medverknad må styrkast. Leiarane bør bruke erfaringar frå brukarane og pårørande i utvikling og gjennomføring av tenestene på både individ- og systemnivå. Kontinuerlige brukarundersøkingar og gode rapporteringsrutine knytt til dette temaet er sentralt for kvalitetsutvikling i tenesta. Vidare har re-/habilitering til formål å bidra til at pasienten og brukar kan oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, sjølvstende og sosial deltaking. Dette forutset eit samla tilbod som legg brukaren sine mål for eige liv til grunn - tilnærminga i tenesta si kontakt med den enkelte bør snuast frå «kva feilar det deg?» til «kva er viktig for deg?». I tillegg forutset det at brukar eller pårørande har tilstrekkelig kunnskap og praktiske ferdigheter til å ivareta eiga helse og mestre livet. Omsorgstenestene må samarbeide med brukar og pårørande om kva støtte og informasjon dei har behov for, og kva kommunen sjølv kan lære av dei pårørande. Kommunen bør tilby differensierte informasjons- og støttetiltak.

Re-/habilitering handlar også om å tilpasse samfunnet slik at menneske med funksjonshemming lettare kan oppnå ein sjølvstendig tilværelse. Gjennom ordinær (god og heileheitleg) planlegging og utvikling må kommunane syte for at nærmiljøet og lokalsamfunnet legg til rette for aktivitet og deltaking for alle.

Forslag til tiltak for å styrke brukarmedverknad:

Brukarmedverknad			
	Tiltak	Ansvarlig	Periode
Individ- og systemnivå	✓ Systematisk bruk av brukarundersøking	✓ Avdelingsleiarane	2019-2023
	✓ Synleggjere tenestene våre betre	✓ Einingsleiarane	2019-2023
	✓ Opprette stilling/ omorganisere ressursar slik at faste personar utfører alle første kartleggingsbesøk	✓ Kommunalsjef helse- og sosial	2021
	✓ Systematisk opplæring i individuell plan og koordinator	✓ Koordinerande eining	2019-2023
	✓ Samarbeide med brukarorganisasjonar om å utvikle nye tilbod	✓ Koordinerande eining	2019-2023
Pårørandeinvolvering	✓ Fokus på informasjon, opplæring og veiledning av pårørande	✓ Einingsleiarane	2020
	✓ Utgreie mulighetene for meir fleksible avlastningsordningar	✓ Koordinerande eining	2019-2023

<b>Universell utforming</b>	✓ Sørge for god og heilheitleg planlegging og kontakt /samarbeid på tvers av sektorgrensene, tenestenivå og ansvarsområde	✓ Kommunalsjef helse- og sosial, fysio- og ergoterapi- Avdelinga, plansjef	2019-2023
-----------------------------	---	--	-----------

## 4.2 Samhandling og koordinering

Kommunen må organisere re-/habiliteringstenestene på ein slik måte at det er mulig å gi eit heilheitlig tilbod og ivareta alle brukargrupper på ein likeverdig måte, uavhengig av diagnose, alder og bustad. Overgangssituasjonar er spesielt sårbare og bør viast spesiell merksemd i habiliterings- og rehabiliteringsprosessen, for eksempel mellom overgangen barn/voksen eller overgangen sjukehus/heim. Dette krev utvikling av heilheitlige, gode forløp.

Når brukarane opplever at enkelttenester ikkje heng saman som ei heilhet, må kommunen (i tillegg til heilheitlege pasientforløp), jobbe for meir koordinerte tenester, kompetanse- og kunnskapsutveksling, oppgaveløysing og tverrfaglig samarbeid internt i kommunen og opp mot spesialisthelsetenesta. Det må også sikrast at koordinerande eining ivaretek alle oppgåvene dei er pålagt.

Forslag til tiltak for å styrke samhandlinga og koordineringa:

<b>Samhandling og koordinering</b>			
	<b>Tiltak</b>	<b>Ansvarlig</b>	<b>Periode</b>
<b>Heilheitlege pasientforløp</b>	✓ Vurdere å delta i KS sitt læringsnettverk for gode pasientforløp	✓ Nestleiar helse- og sosial	2020 - 2022
	✓ Arbeide med å få kommunal overlege	✓ Kommunalsjef helse og sosial, legane	2019
	✓ Opprette system/rutine på at fysioterapeut melder til lege kven som får behandling	✓ Samarbeidsutvalet for fysioterapitenesta	2019
	✓ utarbeide praksis og rutiner for god informasjonsdeling med alle involverte aktørane, særskilt heimhjelp	✓ Einingsleiarane	2019-2020
	✓ Utarbeide funksjonskartleggingskjema ved rehabiliteringsopphald på omsorgssentra	✓ Fysio- og ergoterapitenesta	2019
	✓ Koordinerande eining fungere som kontaktinstans innan re-/habilitering	✓ Koordinerande eining	2019
	✓ Leiinga aktivt nytte kommunalt pasientregister (KPR), iPLOS sumrapport	✓ Einingsleiarane og mellomleiarane	2019-2023
	✓ Styrke tilbodet om koordinator	✓ Koordinerande eining	2019
<b>Samarbeid med spesialisthelsetenesta</b>	✓ Opprette kontakt og eventuelt faste møtepunkt med samhandlingskoordinator i Sogn og Fjordane <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gjere stillinga kjent</li> </ul>	✓ Kommunalsjef helse- og sosial	2019

	✓ Lage oversikt over alle aktuell pakkeforløp innan habilitering og rehabilitering	✓ Nestleiar helse- og sosial	2020
	✓ KE vere pådrivar for å betre samarbeid, utarbeid nye rutine/prosedyrer	✓ Koordinerande eining	2019-2023
	✓ KE delta i arbeidet med revidering av samarbeidsavtalene	✓ Kommunal-sjef helse og sosial	2019-2023
<b>Kvallitet, bruker- og pasientsikkerheit</b>	✓ ALERT kurs for fleire tilsette i heimebasert omsorg og institusjon	✓ Einingsleiarane Stryn og Vikane	2019-2023
	✓ Systematisk arbeide for auka åpenheit om feil/ uynskja hendingar / avvikshandtering	✓ Leiarmøte plei- og omsorg	2019-2023
<b>Koordinerande eining</b>	✓ Omorganisering / revitalisering av koordinerand eining	✓ Koordiinerande eining, kommunalsjef helse og sosial	2019

### 4.3 Faglig kvalitet, arbeidsformer og organisering

For å sikre ei berekraftig omsorgsteneste i framtida er det naudsynt med ei faglig omstilling i re-/habiliteringstenesta som krev endra og høgare kompetanse. For å avdekke behov for kompetanseheving og sikre rutine rundt dette må kommunen utarbeide kompetanseplan i tråd med befolkninga- og sjukdomsutviklinga i kommunen. Vidare krevjast det god leiing frå alle nivå - og tydelig leiing. God leiing handlar generelt om å sette mål og syte for at ein oppnår ynskja resultat. Det handlar om å planlegge, gjennomføre, evaluere og eventuelt korrigere tiltak som får tenesta til å utvikle seg på ein god måte.

Tidlig innsats betyr at fleire brukarar kan få dekt behov utan innlegging, og det skal mindre ressursar til for å oppnå eit godt resultat. Kommunar som har etablert arbeidsmodellar som for eksempel kvardagsrehabilitering vil ha større føresetnad for å fange opp rehabiliteringsbehov tidlig i eit forløp, særleg hos personar med gradvis funksjonsfall på grunn av kronisk sjukdom. Førebyggjande besøksordningar til eldre innbyggjarar som ikkje mottar offentlige teneste kan også fange opp innbyggjarane sitt rehabiliteringsbehov på eit tidlig tidspunkt. Å utvide tilbodet utover alderskriteriet kan difor vere aktuelt. Vidare vil eit godt tilbod innan læring og mestringstilbod kunne sikre tidlig innsats mot sjukdomsutvikling, ei breiare tilnærming til mestring av sjukdom og funksjonssvikt. Vidare vil det sikre at brukarar over tid og gjennom tettare oppfølging får muligheita til å tileigne seg verktøy og kunnskap til å handtere kvardagen på ein betre måte.

Forslag til tiltak for å styrke faglig kvalitet, arbeidsformer og organisering:

<b>Faglig kvalitet, arbeidsformer og organisering</b>			
	<b>Tiltak</b>	<b>Ansvarleg</b>	<b>Periode</b>
<b>Kompetanse</b>	✓ Utarbeide kompetanseplan for kommunen med framskrivning av framtidig behov for kompetanse	✓ Nestleiar helse- og sosial	2019

	✓ Opprette veiledningsgrupper for koordinatarar	✓ Leiar KE	2019-2023
<b>Observere, oppdage og identifisere behov</b>	✓ Systematisk kompetanseheving og veiledning av tilsette i høve kartlegge/oppdage behov for rehabilitering (del av kompetanseplan)	✓ Mellomleiarane, leiarmøte	2019-2023
<b>Tverrfaglige team</b>	✓ Vurdere å etablere møteforma x1 pr. år for alle privatpraktiserande fysioterapeutar, kommunale fysioterapeutar og ergoterapeut + helse og sosialsjef	✓ Kommunalsjef helse- og sosial	2019
	✓ Styrke bustadteam i kommunen (i høve tilrettelegging av eigen bustad - Husbanken og NAV Hjelpemiddelsentral); få med teknisk fagkompetanse	✓ Fysio- og ergoterapiavdelinga	2019
<b>Rehabilitering sjukeheim</b>	✓ Gjennomgang av rehabiliteringstilbodet i institusjon	✓ Kommunalsjef helse- og sosial	2023
	✓ Gjennomgang av ordninga med rehabiliteringskontakt på omsorgssentra.	✓ Einingsleiarane	2019
<b>Læring og mestring</b>	✓ Styrke og vidareutvikle kommunen sitt læring- og mestringstilbod	✓ Leiar Frisklivsentral	2019-2023
<b>Leiing</b>	✓ Leiinga aktivt nyttar måla frå årsrapport som prioriteringsområde for året / arbeide i tråd med målsetning for sektoren	✓ Einingsleiarane og mellomleiarane	2019-2023
<b>Sekundærførebygging</b>	✓ Aktivt jobbe for «Gåstrategi lokalt for eldre»	✓ Folkehelse-Koordinator	2019-2023
	✓ Utreie behov for å vidareutvikle tilbod om førebyggjande heimebesøk	✓ Fysio- og ergoterapiavdelinga	2019
	✓ Informasjonsdag om korleis ta ansvar for eigen alderdom	✓ Prosjektgruppe velferdsteknologi, fysio- og ergoterapiavdelinga	2019
<b>Arbeidsmetode</b>	✓ Etablere tilbod om kvardagsrehabilitering	✓ Kommunalsjef helse- og sosial, fysio- og ergoterapiavdelinga	2019-2023
	✓ Søke om prosjektmidler Fylkesmannen kvardagsrehabilitering	✓ Eiar fysio- og ergoterapiavdelinga	2019
	✓ Sosialt nettverksarbeid for brukarane på omsorgssentra	✓ Primærkontakt ✓ leiar dagtilbod	2019
	✓ Opprette / delta i fagnettverk for tilsette som arbeider med brukarar med sansetap/kommunikasjonsproblem	✓ Mellomleiarane	2019-2023
	✓ Nytte velferdsteknologi som ein del av tenestetilbodet	✓ Prosjektgruppe for velferdsteknologi	2019-2023

#### 4.4 Kapasitet

Eit godt tenestetilbod krev kapasitet. Dette må ein enten finne innan tildelte rammer eller ein kan i budsjettsamanheng forsøke å finne nye ressursar. Kapasitet handlar i stor grad om prioritering. For å styrke/auke tidlig innsats og førebygging, starte opp med kvardagsrehabilitering, samt styrke og vidareutvikle læring- og mestringstilbodet, gi logopedtilbod innan rehabilitering og ivareta oppgåvene til Koordinerande eining vert det sett som eit behov å auke ressursane innan re-/habiliteringstenestene i kommunen. Forslaget og ønsket vil bli meldt inn i økonomiplanen.

Arbeidsgruppa har kome fram til følgjande prioritering for auke i re- og habiliteringstenestene:

Stillingsressursar			
	Tiltak	Ansvarleg	Periode
	✓ 20% stillingsprosent til leiar i koordinerande eining		
	✓ 60% auke ergoterapeut		
	✓ 20% auke frisklivssentralen		
	✓ Auke ressurs innan heimesjukepleietenesta		
	✓ 50% auke logoped		
	✓ 60% auke fysioterapeut		

## 5.0 OPPFØLGING OG EVALUERING AV PLANEN

Planen skal reviderast kvart 4 år.

Handlingsplanen skal evaluerast og justerast årleg. Dette ansvaret ligg til koordinerande eining

## REFERANSER

1. Helse- og omsorgsdepartementet (2016). *Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017 – 2019)*
2. Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste (Meld.st. 26 (2014 - 2015))*
3. Helse- og omsorgsdepartementet (2013). *Morgendagens omsorg (Meld.st. 29 (2012-2013))*
4. Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner (Meld.st. 14 (2014 - 2015))*
5. Helse- og omsorgsdepartementet (2018). *Leve hele livet (Meld.st. 15 (2017-2018))*
6. Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Folkehelsemeldingen – mestring og muligheter (Meld.st. 19 (2014 - 2015))*
7. Helse- og omsorgsdepartementet (2013). *God kvalitet – trygge tenester (Meld.st. 10 (2012 - 2013))*
8. Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*
9. Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Nevroplan 2015. Delplan til omsorgsplan 2015*
10. Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet (2015-2020)*
11. Helsedirektoratet (2018). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*
12. Helsedirektoratet (2018). *Veileder for oppfølging av personer med store og samansette behov*
13. Helsedirektoratet (2019). *Veileder om pårørende i helse og omsorgstenestene*
14. Helsedirektoratet (2015). *Barn og unge med habiliteringsbehov*
15. Helsedirektoratet (2012). *Avklaring av ansvars- og oppgåvedeling mellom kommunene og spesialisthelsetenesta på rehabiliteringsområdet*
16. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator
17. Folkehelseinstituttet (2016). *Utvikling av ny brukerrolle i helse- og omsorgstenester – en beskrivelse av suksessfaktorer. Notat om kvalitetsutvikling nr.5.*
18. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2016) *Regjeringens handlingsplan for universell utforming 2015-2019*
19. Kommunedata, Kommunehelse statistikkbank - <http://khs.fhi.no/webview/>

## STATUS SENTRALE AKTØRAR (2017)

### Ergo- og fysioterapiavdelinga

*Status:* Tenesta er organisert i ei eining og utgjer 2,2 årsverk fysioterapi fordelt på 3 tilsette, og 1 årsverk ergoterapi fordelt på 1 tilsett. I tillegg har kommunen avtale med 7 privatpraktiserande fysioterapeutar (5,1årsverk) som utgjer ein viktig del av kommunen si samla fysioterapiteneste. Frisklivssentralen har 0,4 årsverk.

2017	Antall
<i>Fysio- og ergoterapiavdelinga:</i>	
Rehabiliteringsgruppe slag og afasi	10 brukerar, 2 dagar i veka
Brukar som fikk behandling med fastlønna fysioterapeut	102 pasientar
Trimgruppe sterk og stødig (x1 pr veke)	3 ulike grupper, 33 deltakarar
Førebyggjande heimebesøk 80+	54 gjennomført av 74 aktuelle
Hjelpemiddelarbeid	905 brukarar, utlevert 1062 hjelpemiddel (verdi 3 772 391,-) Tidsbruk: 1252 t
<i>Privatpraktiserande fysioterapeutar:</i>	
Brukarar som fikk behandling med privatpraktiserande fysioterapeut	1142
Venteliste privat fysioterapeut (utgangen 2017)	68 (auke frå 2016)
<i>Frisklivssentral:</i>	
Personar som har brukt tilbodet	57
Frisk pust – utetrening måndag og torsdag	
Trening «mobilitet og styrke» x 1 pr. veke	
Eigentrening Gym Stryn – tilgang til 4 saltimer	
Kurs: Røris og Bra mat for betre helse	



## Legetenesta

*Status:* legetenesta har 6,95 årsverk fordelt på 8 tilsette. Pr. 31.12.17 var det 1 av 10 legeheimlar som stod utan fastlege/avtale med fastlege om tiltreding. Til saman er ca.1,2 av årsverka til kommunale legeoppgåver, det vil sei legetenester ved helsestasjon, skulehelsetenesta, tilsyn ved institusjon, smittevern, rettleiing av turnuslege m.m.

2017

Antall

---

Legetime pr. veke for brukarar på institusjon	0,43t / veke
---	--------------

---

## Heimebaserte tenester

*Status:* Heimesjukepleia og heimehjelpa er organisert i to tenesteområder – Vikane og Stryn. Heimsjukepleia utgjer samla 22,12 årsverk fordelt på 34 tilsette, og heimehjelpa utgjer samla 10,63 årsverk fordelt på 22 tilsette.

2017

Antall

---

Brukarar heimesjukepleie Stryn	91
Brukarar heimesjukepleie Vikane	70
Snitt-tid pr. brukar	3,04t / veke
Heimehjelp	1,15t / veke
Matombringing	133
Tryggleiksalarm	92

---

## Rehabilitering på omsorgssentera

*Status:* Samla er det 108,62 årsverk fordelt på 204 tilsette.

2017

Antall

---

Stryn omsorgssenter – institusjon	29 brukarar (32 pl)
Bustadar med heildøgns teneste	39 brukarar (40pl)
Vikane Omsorgssenter – institusjon	30 brukarar (31pl)
Rehabiliteringspasientar	52 (40 frå sjukehus)

---

## Heimtenesta for funksjonshemma

*Status:* Tenesta er delt inn i 3 grupper. Tilsaman er det 39,51 årsverk fordelt på 71 tilsette.

2017

*Antall*

---

Brukarar heimtenesta	31
Avlastning funksjonshemma brukarar	3
Støttekontakt	60

---

## Stryn arbeidssenter

*Status:* arbeidssenteret har 10,53 årsverk fordelt på 15 tilsette.

2017

*Antall*

---

Brukarar arbeidssenteret	26
--------------------------	----

---

## Psykiatritenesta

*Status:* psykiatritenesta har 4,97 årsverk fordelt på 7 tilsette knytt til heimtenesta, 2,16 årsverk knytt til dagtilbodet og 2 årsverk til psykisk helsearbeidertenesta.

2017

*Antall*

---

Dagtilbod psykiatritenesta	16
Psykisk helsearbeidarteneste	57
Heimteneste	10

---

## Koordinerende eining

*Status:* KE er bredt samansett av ulike tenesteleiarar. Det er ikkje avsett eigen stillingsprosent til arbeidet med KE. KE fattar ikkje vedtak om IP og koordinator.

2017

*Antall*

---

Møter	5
Brukarar med IP i Sampro	11
Brukarar som har avslege tilbod om IP	9

---

Ansvarsgrupper	85
Opplæring Sampro à 2timer	11 (40 deltakara totalt)

---

## Nav

*Status:* Den kommunale stillingsressursen er på 2,8 årsverk, i tillegg til 1,0 stilling for ruskonsulent (finansiert av øyremerka statstilskot).

2017	Antall
Oppfølging frå ruskonsulent	19

---

## Logoped

*Status:* Stryn kommune har 1årsverk innan logoped, knytt til PPT. Arbeidsområde er barn og unge. For eldre med behov for språktrening vert det leigd inn privat logoped.

2017	Antall
Oppfølging frå logoped slagpasienter	8
Stemmetrening	2
Hørsel	1

---

## Psykolog

*Status:* Psykologen har 1 kontordag ein gong i månaden i Stryn, auke til annakvar veke er til vurdering

## Tildelingsnemd

*Status:* Møte x.1pr veke

2017	Antall
Praktisk bistand	0 avslag
Helsehjelp i heimen	0 avslag

---

Bufellesskap

Langtidsopphald 3 avslag

Korttidsopphald 1 avslag

---

## Helsestasjon

*Status:* Helsestasjonen har 5,4 årsverk fordelt på 7 tilsette. Årsverk er lavt samalikna med Kostra gruppe.

## Stryn Frivilligsentral

*Status:* Stryn Frivilligsentral har ein dagleg leiar i full stilling.

2017

---

Mimregruppe ved Vikane Omsorgssenter

Dans på Vikane og Stryn Omsorgssenter

Kaffistova; kafe for eldre på Stryn Omsorgssenter

Matkøyring ut frå Stryn og Vikane Omsorgssenter

Turgruppe frå Triangelen

Seniornett/ «dataklubb» (open for alle)

Sykling utan alder «rett til vind i håret i Stryn Kommune»

Syklar både i Vikane og Stryn sentrum

---

## Pårørande

2017

*Antall*

---

Korttidsopphald omsorgssenter 80

Avlastningsbustad for barn/unge 3

Dagtilbod demente 8

Dagtilbod psykiatri 16

Dagtilbod arbeidssenteret 26

Dagtilbod omsorgssentera 25 (Stryn)

Pårørandestøtte 13

---

