



STRYN KOMMUNE

STRYN KOMMUNE

Plan for habilitering og rehabilitering



2024-2028

Kvalitetskontroll

Utarbeidet av	Christina Sleire, Martin Roland Hansen, Marit Iren Kjerstad, Anita Skarstein og Bente Østreim Ulvedal
Dato	18.04.2024

Vedtatt av	Utval for helse- og sosial (UHS)
Dato	30.05.2024

Innhold

1	INNLEIING	5
2	FORANKRING OG AMBISJONAR	6
2.1	Bakgrunn og formål	6
2.2	Planprosess	6
2.3	Omfang og avgrensing	6
2.4	Arbeidsgruppe	6
3	OVERORDNA MÅL OG FØRINGAR	7
3.1	Mål og visjon	7
3.2	Nasjonale føringar	8
3.3	Lokale føringar	9
4	REHABILITERING OG HABILITERING	10
4.1	Målgruppa for habilitering	10
4.2	Målgruppa for rehabilitering	11
4.3	Kommunen sitt ansvar for habilitering og rehabilitering	11
4.4	Sentrale aktørar	13
5	NASJONALT UTFORDRINGSBILETE. STATUS OG UTVIKLINGSBEHOV	
	STRYN KOMMUNE	14
5.1	Organisering, kompetanse og kapasitet	15
5.2	Samhandling og koordinering	17
6	TILTAK	19
6.1	Tiltaksplan	19
6.2	Økonomiske rammebetingelsar	20
7	PLAN FOR EVALUERING OG OPPFØLGING AV TILTAK	21
7.1	Evaluering og oppfølging	21
7.2	Evaluering og oppfølging av strategi og tiltak	21
	LITTERATURLISTE – REFERANSER	22
	VEDLEGG	23
	Vedlegg 1: Differensiert tilbod	24
	Vedlegg 2: Helse- og omsorgstrappa	25

Forord

Ein god habiliterings- og rehabiliteringsplan er ei investering for kommunen ved at behov for andre tenester blir redusert og at den enkelte kan klare seg raskare sjølv. Vi møter ei tid med stadig større krav til tenestene i kommunen og ei tid kor fleire treng våre tenester, det gjer at vi må tenkje annleis på alle felt – også innan habilitering og rehabilitering. Vi må sikra at vi bruker alle ressursane våre på best mogleg måte, samtidig som vi sikrar alle innbyggjarane våre tenester av god kvalitet.

Revisjonen av denne planen inneheld nokre større endringar og nokre tydelege føringar. Under revisjonen har ein teke Riksrevisjonen sin nye rapport frå 2024 om rehabilitering på alvor. Riksrevisjonen er tydeleg på at mange innbyggjarar ikkje får dei rehabiliteringstenestene ute i kommunane som dei har krav på. I denne revisjonen har vi systematisk sett på korleis kritikken frå Riksrevisjonen passar for Stryn og ut frå det komme med nokre tydelege føringar på kva retning vi bør ta for å sikra gode tenester i framtida. Dagens rehabiliteringstilbod i kommunen er god, men for å møta morgondagens utfordringar med endå større press på tenestene må vi også her tenke annleis.

For Stryn kommune er det viktig med rett ressursbruk og god organisering for å møte den veksande etterspurnaden etter kommunale helsetenester i åra som kjem. Det handler om å ha kvalitet i tenestene og at brukarane skal kunne kjenne seg trygge og oppleve meistring i sine eigne liv. Denne planen vil gje eit viktig bidrag for å oppnå det.

Stryn, mars 2024
Alexander Rande
Kommunalsjef Helse- og sosial

1 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 dagleglivet sine 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.

Heilt tilbake til 2008 har det blitt påpeikt at rehabiliterings- og habiliteringsfeltet har blitt underprioritert. Feltet har hatt svak koordinering, manglande kunnskapsgrunnlag for å vurdere effektivitet og svak brukarmedverknad.

Når det er svakheiter i rehabiliteringstenestene, får det konsekvensar for personen si helse, arbeidsevne, familieliv og fritid. Men det er ikkje berre for den enkelte personen at rehabiliteringstenester er viktig. Rehabilitering har også ei økonomisk side. Tilbod om rehabilitering bidreg til berekraft i helse- og omsorgstenestene ved å fremme sjølvstende, deltaking i utdanning, arbeidsliv og samfunnsliv. Vidare bidreg det til berekraft ved å førebygge, utsette eller redusere tenestebehov og kostnad i andre delar av helse- og omsorgstenesta (Riksrevisjonen, 2024).

Styrking av felta er difor nødvendig og ei målsetting. Denne planen gir ei oversikt og status over hovudutfordringane på habiliterings- og rehabiliteringsfeltet, og viser til kortsiktige og langsiktige strategiar for å møte desse.



Ca 60% av kommunane synes det er vanskeleg å gi gode rehabiliteringstenester grunna manglande prioritering, ledelseforankring og rehabiliteringskompetanse (Riksrevisjonen, 2024)

2 Forankring og ambisjonar

2.1 Bakgrunn og formål

I 2018 starta arbeidet med å utarbeide ein habilitering- og rehabiliteringsplan etter mandat frå kommunalsjef Helse- og sosial. Planen vart godkjend i 2019, og var gjeldande for ein 4 års periode. Det er no behov for revisjon av denne for å sikre langsiktig og heilheitleg planlegging og kvalitetsutvikling av tenestetilbodet.

2.2 Planprosess

Revisjonen tek utgangspunkt i planen som var godkjend i 2019, og dei kartleggingane som vart gjort den gongen. I revisjonen av planen har rapporten frå riksrevisjonen (2024) vore sentral.

2.3 Omfang og avgrensing

Målgruppa for planen er innbyggjarane i kommunen og alle tilsette som yter tenester. Planen gjeld for alle avdelingane i helse- og sosialetaten. Planen omhandlar tenestetilbodet til alle som har eit re- og habiliteringsbehov, og beskriv ikkje særomsorg til enkelte diagnosegrupper. Planen omhandlar somatisk rehabilitering, og går ikkje nærmare inn på psykisk helse og rus. Det temaet er omtala i kommunedelplanane for psykiatri og rusmiddelpolitisk handlingsplan.

2.4 Arbeidsgruppe

Arbeidsgruppa som har revidert eksisterande habilitering- og rehabiliteringsplanen er samansett av fagfolk frå ulike etatar og tenesteområder som jobbar med førebyggjande helsetenester, behandling, habilitering og rehabilitering.

Samansetning arbeidsgruppe:

Avd.leiar fysio- og ergoterapiavdelinga, Bente Østreim Ulvedal

Avd.leiar Stryn arbeidssenter, Martin Roland Hansen

Ergoterapeut, Anita Skarstein

Ergoterapeut Vikane omsorgssenter, Marit Iren Kjerstad

Sjukepleiar Stryn Omsorgssenter, Christina Sleire

3 Overordna mål og føringar

3.1 Mål og visjon

Det overordna målet for planen er at den skal belyse viktige endringar og utfordringar innan rehabilitering og habilitering, og samtidig gje strategiske føringar for å styrke tenesta i kommunen.

Vidare ynskjer ein at planen skal:

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

Stryn kommune sin visjon «**Vi vil utvikling**» står sentralt i arbeidet med rehabilitering- og habiliteringsfeltet. Kommunens verdiar er Stolte – Tydeleg – Rause – Ytande – Nyskapande, og desse bør kjenneteikne tilsette som arbeider med rehabilitering og habilitering.

Kommunens visjonar for re- og habiliteringsarbeidet:

- styrke pasientar og brukarars moglegheit til å oppretthalde og/eller få att si fysiske, sosiale og/eller psykiske mestringssevne
- førebygge og utsette behov for kompensierende tenester
- sikre tilbod i samsvar med befolkninga sitt behov, mellom anna sikre fagleg innhald, kvalitet og kapasitet
- styrke samarbeidet med brukarorganisasjonar, spesialisthelsetenesta, andre sektorar og andre kommunale tenester
- 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
- auka bruk av velferdsteknologi

3.2 Nasjonale føringar

Kommunen har eit overordna ansvar for å sørge for nødvendig helse- og omsorgstenester for kommunen sine innbyggjarar. Dei sentrale føringane 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 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen
- Stortingsmelding 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg
- Stortingsmelding 14 (2014-2015) Kommunereforma
- Stortingsmelding 15 (2017-2018) Leve hele livet
- Stortingsmelding 19 (2014-2015) Folkehelsemeldinga – mestring og muligheter
- Stortingmelding 24 (2022-23) Fellesskap og meistring – bu trygt heime-reform
- Omsorg 2020

3.2.1 Lovkrav

Ansvar for rehabilitering og habilitering i helsetenesta er nedfelt i forskrifter og lovverk. Kommunane sitt ansvar for habilitering og rehabilitering følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 og § 3-2. Kommunene skal tilby innbyggjarane nødvendige helse og omsorgstjenester, herunder sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering.

Lovkrav i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (helse- og omsorgstjenesteloven), lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven), lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven), lov om folkehelsearbeid, lov og psykisk helsevern, forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator og forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene) handla blant anna om at kommunen skal:

- tilby sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
- sørge for at den enkelte pasient og brukar kan medverke ved gjennomføring av eige habiliterings- og rehabiliteringstilbod
- 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 tverrfagleg re-/habiliteringstilbod
- sørge for at alle som oppheld seg i kommunen skal bli tilbydd nødvendig utredning og habilitering - / rehabiliteringsoppfølging
- gi eit re-/habiliteringstilbod uavhengig av pasienten og brukaren si buform
- ved behov samarbeide med andre etatar

- ha ei koordinerende eining som bidreg til å sikre heilheitleg habilitering - og rehabiliteringstilbod
- legge til rette slik at personell kan melde/motta henvendingar vedrørande behov for habilitering og rehabilitering
- sørge for nødvendig undersøking og utredning, og ved behov henvise til spesialisthelsetenesta
- ha ansvar for formidling av nødvendige hjelpemiddel og tilrettelegging

3.3 Lokale føringar

Stryn kommune har vedtatt fleire lokale planar som har betydning for arbeidet med rehabiliteringsplanen. Dette er blant anna kommuneplan samfunnsdel, Leve heile livet, kompetanseplan og demensplan.

- **Kommuneplan samfunnsdel 2013-2024.** Kommuneplanen sin samfunnsdel er det overordna styringsdokumentet for kommunen og skal vere førande for utviklinga i Stryn kommune. Det overordna målet innan helse og omsorgstenestene er at alle innbyggjarar skal ha tryggleik og livskvalitet og at dei får forsvarlege helse- og omsorgstenester ut frå individuell trong.
- **Strategisk kompetanseplan:** Kompetanseplanen blei vedtatt i 2020. Målet med kompetanseplanen er å bidra til å heve kvaliteten på tenestene vi skal levere til innbyggerane
- **Demensplan.** I 2022 vart det utarbeida Demensplan for Stryn Kommune. Hovudmålet i demensplanen er å sikre at dei som vert råka av demens og deira pårørande vert fanga opp i rett tid og får gode og tilpassa kommunale tenester, bidra til eit demensvennleg samfunn og god kompetanse og høg kvalitet på tenestene.
- **Bu trygt heime** (vidareføring av Leve heile Livet). Kommunalt grunnlagsdokument frå 2024 som byggjar på regjeringa si reform «Felleskap og meistring – bu trygt heime». Målet til reforma er å bidra til at eldre kan bu trygt heime, og at behovet for helse- og omsorgstenester blir utsett gjennom betre planlegging, styrka førebygging og meir målretta tenester.

4 Rehabilitering og habilitering

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 egne ressursar i sentrum. Målet er å bidra til at menneske med funksjonsnedsetting skal kunne fungere godt og oppleve meistring, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet. Habilitering og rehabilitering er avgjerande for å oppnå gode og innholdsrike liv for flest mogleg.

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 faglege 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 særleg framtrudande innan habilitering (Evaluering av opptrappingsplan, 2020).

4.1 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 øve opp 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 følgje eit forventet utviklingsløp, og kan sjåast ved for eksempel utviklingshemming, autismeperspektivet, multifunksjonshemming, Cerebral parese, muskelsjukdom og nevrologiske sjukdommar og skade. Det kommunale tilbodet legg

Definisjon rehabilitering og habilitering

Handlingsplanen legge 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» (Helsedirektoratet, 2022)

vekt på tverrfagleg samarbeid, og ytast i tett samarbeid med spesialisthelsetenesta (HABU).

4.2 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 gjenvinne tidlegare 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 høyrselstap, brot og andre skadar, langvarige og kroniske sjukdommar (Kols, diabetes, hjartekar-sjukdom, kreft, reumatiske lidningar), sosiale problem, åtferdsproblem, psykisk lidning, rusproblem, eldre med samansett sjukdomsbilde og funksjonstap og muskel-skjelettplager som står i fare for å ramle ut av arbeidslivet.

Rehabilitering skjer på mange arenaer: helsestasjonen, barnehage, skule, heim, avlastningsbustad, sjukeheim, eigne 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.

4.3 Kommunen sitt ansvar for habilitering og rehabilitering

Kommunen skal sørge for at befolkninga får sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering på kommunalt nivå i samsvar med den enkelte sitt behov. «Sørge-for-ansvaret» inneber at kommunen sjølv kan velje korleis dei organiserer tenestene.

Uavhengig om kommunen yter tenestene sjølv eller inngår avtale med andre offentlege eller private tenesteytarar må kommunen sikre seg eit differensiert tilbod med tanke på intensitet, kompleksitet, omfang og fagleg innhald. Tilbodet skal innehalde funksjonstrening, tilrettelegging og læringstilbod som dekke behovet til kommunen sine innbyggjarar. Tiltaka skal vere målretta og strukturerte (Helsedirektoratet, 2015a).

I følgje riksrevisjonen (2024) bør tenesta bli tilbydt der det kan gi best mogleg effekt for brukar. Dette bør blant anna omfatte:

- Døgnbasert tilbod i institusjon
- Tilbod i brukaren sin heim
- Lærings- og meistringstilbod
- Bruk av tverrfagleg metodikk eller tverrfagleg team

4.3.1 Differensiering av tilbudet

Det er anbefalt å ha ei tredelt framstilling av tilbudet som finst i kommunen. Tredelinga tek utgangspunkt i omfanget av brukaren sitt behov og vektlegg kjenneteikn og innhald i tilbudet framfor organisering. Den omfattar både habilitering og rehabilitering (Helsedirektoratet, 2015a)

For ytterlegare informasjon sjå [vedlegg 1](#).

I Stryn kommune tildeler ein re- og habiliteringstenester ut i frå LEON-prinsippet (Laveste Effektive Omsorgs Nivå), kor ein vender tenester til større grad av førebygging og hjelp til sjølvhjelp. Sjå [vedlegg 2](#).

4.3.2 Kompetansebehov

Helse- og omsorgstenestelova stiller krav om at kommunen skal ha spesifikke fagprofesjonar. I tillegg peikar Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (2015b) på andre sentrale profesjonar kommunen bør ha.

Skal ha	Bør ha
<ul style="list-style-type: none">• Sjukepleier• Fysioterapeut• Ergoterapeut• Psykolog• Lege	<ul style="list-style-type: none">• Sosionom• Vernepleier• Logoped• Audio- og synspedagog• Kompetanse på ernæring

4.3.3 Ansvar og oppgåvedeling mellom spesialisthelsetenesta og kommunen

Kommunen sitt sørge-for-ansvar grensar opp mot spesialisthelsetenesta sitt ansvar. Det som er avgjerande for å vurdere kvar rehabiliteringstilbodet skal ytast er behovet for spisskompetanse / spesialisering, kompleksitet og intensitet.

Sørge-for-ansvaret og oppgåvene kan endre seg over tid på grunn av blant annet fagleg utvikling og helsepolitiske mål. Avklaring av ansvar og oppgåver må jamleg være på dagsorden i samarbeidet mellom helseføretak og kommunar.

Tilbod som bør ytast i kommunen

Pasientar og brukarar med kroniske sjukdomar og tilstandar innan dei store diagnosegruppene bør som hovudregel få tilbudet i kommunane. Tilbodet må inkludere læring og meistring. Eksempel på område:

- muskel- og skjelettsjukdomar
- livsstilsjukdomar
- lettare psykiske lidingar
- diabetes
- KOLS og lungesjukdomar
- kreft
- rehabilitering i seinare fase innan hjarte- og karsjukdomar, herunder hjerneslag
- rehabilitering ved mindre omfattande behov etter ortopedisk behandling

Tilbod som bør ytast i spesialisthelsetenesta

Spesialisthelsetenesta må sikre tidleg oppstart av rehabilitering tett integrert med medisinsk behandling i akutt fase for alle aktuelle pasientgrupper

- bistå kommunane med utredning av behov for behandling, habilitering og rehabilitering
- tilby utredning og nødvendig oppfølging i akutte fasar og ved betydelige endringar i funksjonsnivå til pasientar med kroniske sjukdomar

Anbefalingar til ansvars- og oppgåvefordeling frå Helsedirektoratet

4.4 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 sektorar (NAV, oppvekst, kultur), spesialisthelsetenesta og frivillige gir brukarane eit best mogleg tilbod. Dei mest sentrale aktørane innan re-/habiliteringsfeltet er:

- ✓ Brukaren
- ✓ Fysio- og ergoterapiavdelinga
- ✓ Privatpraktiserande fysioterapeutar
- ✓ Fastlegane
- ✓ Heimebaserte tenester
- ✓ Rehabilitering på omsorgssentera
- ✓ Miljø og velferd
- ✓ Psykiatritenesta i kommunen
- ✓ Helsestasjon- og skulehelsetenesta
- ✓ Pårørande
- ✓ Koordinerande eining
- ✓ Barnekoordinator
- ✓ Logoped (private tenester)
- ✓ Movia
- ✓ Psykolog
- ✓ Tildelingsnemda
- ✓ Frivilligsentralen
- ✓ Nav
- ✓ Hukommelsesteamet
- ✓ Frisklivssentralen

5 Nasjonalt utfordringsbilde. Status og utviklingsbehov Stryn Kommune

Rehabilitering har, saman med habilitering, i mange år blitt peika på som eit av helse- og omsorgstenesta sitt svakaste område (st.meld 26, primærhelsetjenesten – nærhet og helhet). I rapporten Riksrevisjonens undersøkelse av rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene (2024) konkluderer Riksrevisjonen med at:

- Mange pasientar får ikkje dei rehabiliteringstenestene dei har behov for av kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta
- Samhandlinga mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta fungera fleire stader ikkje til det beste for pasientane
- Der det er svakheit i rehabiliteringstenestene får dette store konsekvensar for pasientane si helse, arbeidsevne, familieliv og fritid
- Styringa av rehabiliteringstenestene er mangelfull på alle nivå

Presentert nasjonalt utfordringsbilde er henta frå rapporten frå Riksrevisjonen (2024), som i stor grad speglar det lokale utfordringsbildet. Dette vert skissert i [5.1 «Organisering, kompetanse og kapasitet»](#) og [5.2 «Samhandling og koordinering»](#). I kvart kapitel presenterast utviklingsbehovet til kommunen avslutningsvis. Dette er også basert på tidlegare presentert visjon for rehabilitering- og habiliteringsarbeid til Stryn Kommune.

5.1 Organisering, kompetanse og kapasitet

Mange pasientar får ikkje dei rehabiliteringstenestene dei har behov for av kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta. Ingen kommunar har all den lovpålagte og anbefalte kompetansen tilgjengeleg for sine innbyggjarar. Årsak til dette kan vere mangelfull prioritering og leiarforankring, og at kommunane manglar tilstrekkeleg kompetanse på rehabilitering.

Organisering og forbetring av rehabiliteringstenestene

Nasjonalt utfordringsbilde	Status og utfordring Stryn kommune
➤ Dei fleste kommunane manglar ei generell oversikt over behovet for rehabilitering i kommunen	Koordinerande eining og tildelingsnemd har rutine for mottak og oppfølging av melding om behov for rehabilitering/habilitering. Meldepunktet er synleg og tilgjengeleg.
➤ Kun 30 % har eigen rehabiliteringsplan som er politisk vedtatt	Plan vedtatt i 2020, blir revidert i 2024
➤ 60 % manglar teknologi som kan brukast som hjelpemiddel i rehabiliteringsprosessen (videokommunikasjon, virtuell trening)	Tilbyr ulike former for velferdsteknologi, også videokommunikasjon. Dette er pr i dag ikkje spesielt knytt opp mot rehabilitering. Pågåande prosjekt om digital heimeoppfølging (DHO) i Frisklivssentralen
➤ 43% innhentar ikkje nokon form for tilbakemelding frå pasientane om korleis dei opplever rehabiliteringstenestene (brukarundersøking, forslagskasse, brukerråd)	Bruker- og pårønderåd på begge omsorgssenter Kommunen nyttar brukarundersøking, men ikkje systematisk ift rehabiliteringstenester Har ikkje forslagskasse

Dei kommunale rehabiliteringstenestene

Nasjonalt utfordringsbilde	Status Stryn kommune
➤ Over 40 % tilbyr ikkje døgnbasert rehabilitering i eiga rehabiliteringsavdeling eller -institusjon	Tilbyr ikkje rehabilitering i eiga rehabiliteringsavdeling, men på institusjonsavdeling på begge omsorgssentera. Omsorgssentera har egne rehabiliteringskontakter.
➤ 6% har ikkje avtale med fysioterapeut med driftsavtale	5,1 driftstilskot fordelt på 7 fysioterapeutar
➤ 22% har ikkje eit rehabiliteringstilbod i brukaren sin heim	Tilbyr rehabilitering i heimen gjennom kvardagsrehabilitering

➤ 29% har ikkje tverrfagleg team for rehabilitering	Har ikkje etablert tverrfaglege team (oppfølgingsteam / primærhelseteam / innsatsteam), men nyttar tverrfagleg metodikk
➤ 50% av kommunane har lærings- og meistringstilbod - men kun ein tredjedel har tilbodet som ein integrert del av rehabiliteringsforløpet	Har læring- og meistringstilbod via Frisklivssentral, men tilbodet er ikkje knytt opp mot rehabilitering

Kompetanse og kompetanseutvikling

Nasjonalt utfordringsbilde	Status Stryn kommune
➤ Fleire kommunar manglar lovpålagt kompetanse, spesielt psykolog	Har den lovpålagt kompetansen. Tilbod om psykolog gjennom interkommunalt samarbeid. Psykolog tilbyr i liten grad individuell oppfølging, men arbeider på systemnivå. Målgruppa er barn, unge og familiar.
➤ Fleire kommunar manglar anbefalt kompetanse. Færrest har audio- og synspedagog, deretter ernæringsfysiolog, sosionom, helsefagarbeidar med etterutdanning i rehabilitering, vernepleier og logoped	Manglar anbefalt kompetanse: <ul style="list-style-type: none"> • Har ikkje audio- og synspedagog, ernæringsfysiolog • Logopedressurs er knytt opp mot barn og unge, ved rehabilitering må det kjøpast privat • Sosionom er ikkje knytt opp mot rehabilitering
➤ 43% har ikkje tilsette som har tatt vidareutdanning eller annan type opplæring som gir kompetanse på rehabilitering siste 12 mnd	Få tilsette med vidareutdanning innan rehabilitering og habilitering. Fleire av dei med aktuell kompetanse sit i stillingar som ikkje er knytt opp mot dette arbeidet

Kommunen si kartlegging av behovet for rehabilitering

Nasjonalt utfordringsbilde	Status Stryn kommune
➤ Kun 64% nyttar ICF (internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse) som verktøy for avklaring av behov for habilitering og rehabilitering	ICF nyttast ikkje systematisk i kartleggingsarbeidet, men ligger til grunn i all kartlegging Systematisk bruk av funksjonskartlegging av brukarar på omsorgssentera (eige skjema) Egne prosedyrar for kvardagsrehabilitering og rehabilitering på institusjon

5.1.1 Utviklingsbehov

Utviklingsbehov
➤ Sikre eit fagleg tyngdepunkt, hensiktsmessig og tilstrekkeleg kompetanse og organisering ved å samle rehabiliteringstilbodet i ei avdeling, på eit av omsorgssentera
➤ Auke tal tilsette med aktuell kursing/vidareutdanning innan habilitering og rehabilitering
➤ Sikre kapasitet innan logoped og ernæringskompetanse
➤ Styrke tilbod om opplæring og meistring / Frisklivstilbod
➤ Auke fokus på informasjon, opplæring og rettleiing av brukar og pårørande
➤ Systematisk kartlegging av brukarerfaring etter avslutta rehabilitering
➤ Rett kompetanse på rett plass, til dømes TØRN
➤ Knytte velferdsteknologi og videokommunikasjon opp mot habilitering og rehabilitering

5.2 Samhandling og koordinering

Samhandlinga mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta fungerer fleire stader ikkje til det beste for pasientane.

Mogleg årsak kan vere at koordinerande verkemiddel ikkje blir prioritert av verken kommune eller spesialisthelsetenesta, og at dialogen mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta er mangelfull.

Samarbeidsavtaler og ansvarsfordeling

Nasjonalt utfordringsbilde	Status Stryn kommune
➤ Samarbeidsavtalene mellom kommune og spesialisthelsetenesta er generelle, omhandlar i lita grad arbeidet med rehabilitering	Har ei overordna samarbeidsavtale med Helse Førde. Delavtala «Sikre heilskapleg og samanhengande helse- og omsorgstenester» der rehabilitering vert omtalt.
➤ 40 % meiner at ansvarsforholdet mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta er uklart og fragmentert	Kommunen har hatt auke i ansvaret for levering av habiliterings- og rehabiliteringstenester, som skapar eit stadig bevegelig mål. Opplever difor uklart avgrensing av ansvaret for å levere tenester.

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Kommune og spesialisthelsetenesta har ikkje nok kunnskap om kvarandre sitt tenestilbod, og kan dermed ikkje gi pasientar god informasjon om kva som skjer vidare når ein pasient overførast mellom nivå 	<p>Helsefelleskapet har faste møter i samarbeidsutval</p> <p>Samhandlingskoordinator mellom kommunane og Helse Førde</p> <p>Utfordring med godt samarbeid på riktig nivå</p>
---	--

Koordinerende eining, individuell plan og koordinator

Nasjonalt utfordringsbilde	Status Stryn kommune
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 60% av dei koordinerende einingane (KE) har ikkje tilstrekkeleg bemanning 	<p>KE samansett av nestleiar helse og sosial, einingsleiar skule- og oppvekst og einingsleiar miljø- og velferd (leiar)</p> <p>Barnekoordinator i 100 % stilling</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ordninga med individuell plan og koordinator brukast lite 	<p>Ordninga med individuell plan og koordinator er godt kjent, særleg blant barn med samansette behov. Ikkje systematisk rutine på å gi god nok informasjon til pasientane om retten dei har til ein individuell plan</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 35 % opplever at det er vanskeleg å skaffe koordinator til rehabiliteringspasientar som har behov for det 	<p>Har rutine for oppnemning av koordinator</p> <p>Barnekoordinator har ansvar for opplæring</p>

Samhandling i kommunen og mellom kommune og spesialisthelsetenesta

Nasjonalt utfordringsbilde	Status Stryn kommune
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dialogen mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta er mangelfull, spesielt ved utskrivingsklare pasientar 	<p>Har prosedyrer for melding av avvik til spesialisthelsetenesta</p> <p>Samhandlingskonferanse med Helse-Førde</p>

5.2.1 Utviklingsbehov

Utviklingsbehov
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Styrke og tydeleggjere koordinerende eining sin funksjon og rolle ➤ Styrke tverrfagleg samarbeid og samhandlingsstruktur internt og mellom kommune og spesialisthelsetenesta

6 Tiltak

Tiltak seier noko om kva brukar, pårørande og tilsette kan forvente av Stryn kommune og det kommunale tenesteapparatet framover. I tillegg viser tiltaka prioriteringar kommunen vil gjere på lang og kort sikt.

6.1 Tiltaksplan

Det har vore naudsynt å gjere prioriteringar innan skissert utviklingsbehov. Behova som ein har valt å jobbe vidare med i planperioden 2024 – 2028 er vurdert ut frå viktighet og ressurs, og er:

<p>Organisering, kompetanse og kapasitet</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sikre hensiktsmessig og tilstrekkeleg kompetanse og organisering ved å samle rehabiliteringstilbodet i ei avdeling, på eit av omsorgssentera ➤ Kompetanseheving for aktuelt personale som arbeidar med rehabilitering ➤ Sikre kapasitet innan logoped og ernæringskompetanse ➤ Knytte velferdsteknologi og videokommunikasjon opp mot habilitering og rehabilitering
<p>Samhandling og koordinering</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Styrke og tydeleggjere koordinerande eining sin funksjon og rolle ➤ Styrke koordinatorrolla

Av desse tiltaka vurderer ein at å samle rehabiliteringstilbodet i ei avdeling har høgast prioritet. Dette på bakgrunn av:

- Nasjonal anbefaling om at kommunane bør sikre døgntilbod innan rehabilitering ved intensivt tilbod i kommunal eller interkommunal rehabiliteringsinstitusjon / rehabiliteringsavdeling (i tillegg til generell, enkel, døgnerhabilitering gjennom kortidsplass)(Helsedirektoratet, 2015)
- Forsking viser at pasientar med tilbod i kommunal rehabiliteringsinstitusjon, oppnådde nesten dobbelt så stor funksjonsevne på halvparten av tida samanlikna med korttidsplass på sjukeheim. Dei hadde også mindre behov for tenester etter opphaldet (Johansen et al, 2012 i Riksrevisjonen 2024)

Ved å samle rehabiliteringstilbodet på ei avdeling vil ein i større grad kunne tilby reell døgnbasert rehabilitering, bidra til auka berekrafta i helsetenesta, og sikre eit fagleg tyngdepunkt. Det vil også vere meir effektivt med tanke på organisasjonsstruktur og sikre rett kompetanse for brukarane.

6.2 Økonomiske rammebetingelsar

Økonomisk handlingsrom er ein av dei medverkande faktorane det må takast omsyn til når det skal planleggast for framtidig utviklingsarbeid innan habilitering og rehabilitering.

Handlingsplanen med føringar for utviklande tiltak skal takast med i handlingsdelen av kommunen sin økonomiplan. Retningslinjene må oppdaterast jamleg og vere lett tilgjengelege.

7 Plan for evaluering og oppfølging av tiltak

7.1 Evaluering og oppfølging

Planen skal gjelde for perioden 2024 – 2028.

Planen som heilheit skal evaluerast/reviderast innan 31.01 kvart år, einingsleiargruppa i helse- og sosial er ansvarlege for evalueringa.

7.2 Evaluering og oppfølging av strategi og tiltak

Tiltaksplanen skal evaluerast årleg i samband med årsmeldinga. Leiar for einingane rapporterer om eventuelle avvik i krav til behov, definerte mål og satsingsområde i årsmeldinga. Gjennomgangen kan vere retningsgivande for justeringar og vidareføring av strategi og tiltak.

Litteraturliste – referanser

Evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017 – 2019) (2020)

Henta frå: [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/evaluering-av-opptrappingsplan-for-habilitering-og-rehabilitering-2017-2019/Evaluering%20av%20opptrappingsplan%20for%20habilitering%20og%20rehabilitering%20\(2017-2019\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/evaluering-av-opptrappingsplan-for-habilitering-og-rehabilitering-2017-2019/Evaluering%20av%20opptrappingsplan%20for%20habilitering%20og%20rehabilitering%20(2017-2019).pdf) /attachment/inline/90996333-c371-4e28-89ed-c437533928b1:f98a8d402e8b092e593ac3e4a391556d60d8cce1/Evaluering%20av%20opptrappingsplan%20for%20habilitering%20og%20rehabilitering%20(2017-2019).pdf

Helsedirektoratet (2015a). Tjenestetilbudet - habilitering og rehabilitering i kommunene [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 05. desember 2023, lest 15. mars 2024). Henta frå

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/habilitering-og-rehabilitering-i-kommunene/tjenestetilbudet-habilitering-og-rehabilitering-i-kommunene#referere>

Helsedirektoratet (2015b). Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 15. desember 2023, lest 15. mars 2024). Henta frå

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator#apiUrl>

Johansen, I., Lindbaek, M., Stanghelle, J.K., Brekke, M. (2012) Structured community-based inpatient rehabilitation of older patients is better than standard primary health care rehabilitation - an open comparative study. Disability and Rehabilitation, 34(24): 2039–46. doi: 10.3109/09638288.2012.667193. Henta frå: [Structured community-based inpatient rehabilitation of older patients is better than standard primary health care rehabilitation: an open comparative study - PubMed \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22811111/)

[Rehabilitering \(definisjon og lovforankring\) - Helsedirektoratet](#) (10.11.22)

Riksrevisjonens undersøkelse av rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene, Dokument 3:12 (2023-2024) Henta frå:

<https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2023-2024/rehabilitering-i-helse-og-omsorgstjenestene.pdf>

Vedlegg

Vedlegg 1: Differensiert tilbud i kommunen

Vedlegg 2: Helse- og omsorgstrappa

VEDLEGG 1: DIFFERENSIERT TILBOD

Differensiert tilbud i kommunen		
Mindre omfattende behov Målretta og planlagde tiltak, ofte av kortare varigheit	Middels omfattende behov Spesifikke tiltak knytt til lettare fysiske og psykiske vanskar, arbeidssituasjon, hjelpemiddel og bustad, sosioøkonomiske forhold	Omfattande behov Kompleks og intensiv kommunal habilitering og rehabilitering med høg grad av fagleg spesialisering på kommunalt nivå
Re-/habiliteringsopphald 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 i frikslivssentral og/eller dagsenter	Tverrfagleg tilbod med rehabiliteringsfagleg kompetanse hovudsakleg i heimen, dagtilbod, skule eller på arbeidsplass, eventuelt kombinert med frisklivstilbod	Tverrfagleg tilbod med høg habiliterings- og rehabiliteringsfagleg kompetanse
Individuell plan og koordinator	Individuell plan og koordinator	Individuell plan og koordinator
Kvardagrehabilitering	Lærings- og meistringstilbod	Lærings- og meistringstilbod
Tverrfagleg ambulant team, også i kombinasjon av heimetenester	Intensiv fysikalsk trening i avgrensa periode	Treningstilbod med høg grad av intensitet
	Arbeidsretta tiltak	
	Ambulant teneste frå spesialisthelsetenesta, herunder undervisning	Ambulant teneste frå spesialisthelsetenesta

VEDLEGG 2: HELSE- OG OMSORGSTRAPPA

HELSE – OG OMSORGSTRAPPA

Nivå 1	Nivå 2	Nivå 3	Nivå 4	Nivå 5	Nivå 6	Nivå 7
<p>Førebyggjande heimebesøk</p> <p>Informasjon om tenester og trenings- og aktivitets-tilbod, helsefremjande arbeid.</p> <p>Hjelp til tilrettelegging i eigen heim</p> <p>Formidling av hjelpemiddel</p>	<p>Tryggleiks- alarm og anna varslingsteknol ogi</p> <p>Mat- ombringning</p> <p>Opplæring i bruk av hjelpe- middel</p>	<p>Omsorgs- stønad</p> <p>Støtte- kontakt</p> <p>Dagtilbod / transport</p>	<p>Heime- tenester</p> <p>Trygde- bustad/ Omsorgs- bustad</p> <p>Avlastning utanfor institusjon</p>	<p>Korttids- opphald i institusjon</p> <p>Avlastnings- opphald i institusjon</p> <p>Rehabiliter- ingsopphald</p>	<p>Omsorgs- bustad med bemanning deler av døgnet</p>	<p>Langtids plass i institusjon</p> <p>Omsorgs- bustad med bemanning gjennom heile døgnet</p>