

Habilitering og rehabilitering

Temaplan for Sømna kommune

2019-2022



Innhold

1. Innledning	3
1.1 Hovedfunn	3
1.2 Mandat, organisering og prosess	4
2. Habilitering og rehabilitering	6
2.1 Kommunens ansvar for habilitering og rehabilitering	6
2.1.1 Ansvarsfordeling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten	7
2.1.2 Overordnede føringer	8
2.1.3 Kommunale føringer	11
3. Dagens habiliterings- og rehabiliteringstjenester i kommunen	13
3.1 Kommunale aktører innen habilitering og rehabilitering	13
3.1.1 Hjemmetjenesten	14
3.1.2 Rehabilitering; hverdagsrehabilitering og døgnrehabilitering	14
3.1.3 Miljø- og psykiatritjenesten	16
3.1.4 Legetjenesten	16
3.1.5 NAV	16
3.1.6 Koordinerende enhet/individuell plan	16
3.1.7 Lokal hjelpemiddelsentral	19
3.1.8 Helsestasjonen	20
3.1.9 Logoped	20
3.1.10 Fysioterapitjenesten	20
3.1.11 Ambulante tjenester	21
3.1.12 Skole og barnehage	21
3.1.13 Etablerte fagteam i pleie- og omsorgstjenesten med egen koordinator	21
3.2 Aktivitetstilbud	22
3.3 Velferdsteknologi	22
3.4 Innspill fra brukerorganisasjoner og råd	24
4. Utfordringsbildet nasjonalt og lokalt	27
5. Morgendagens tankesett	32
6. Mål	34
7. Tiltak for å styrke habilitering- og rehabiliteringstjenesten	35
7.1 Oversikt over tiltak	36
7.2 Utdypning av tiltak	39

1. Innledning

Kommunen yter mange tjenester til sine innbyggere og har også ansvar for habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator pålegger kommunen å planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet, samt å ha en generell oversikt over behovet i kommunen.

Temaplanen vil belyse kommunens oppgaver og ansvar, status på dagens tjenester og organisering og hvilke utfordringer vi møter i dag og i fremtiden. Det er utarbeidet mål og tiltak slik at planen skal fungere som et styrings- og arbeidsdokument for de som jobber med og mot disse brukergruppene.

1.1 Hovedfunn

For å møte dagens og fremtidens utfordringer innen habiliterings- og rehabiliteringsfeltet med en fremtidsrettet tjeneste vil det være behov for en endring og styrking av kommunens tjenester. Vi vil få en økende andel eldre og også flere brukere med kroniske sykdommer og sammensatte behov, som krever tverrfaglig og koordinert oppfølging. Det vil fordre mer kapasitet, kompetanse og innovasjon i tjenestene.

Det er mange enheter som utgjør kommunens habiliterings- og rehabiliteringstjeneste og det er utfordringer knyttet både til strukturer på systemnivå og samhandling. Avklaringer knyttet til ansvarsfordeling og roller, spesielt i forhold til koordinatorrollen og rolleavklaring mellom tjenesteytere og tjenesteytere/brukere må prioriteres.

En viktig del av habiliterings- og rehabiliteringstjenesten er samarbeid med spesialisthelsetjenestene og på flere områder er dette utfordrende i forhold til det helhetlige og koordinerte tilbudet. Overgangen fra spesialisthelsetjeneste til kommunehelsetjeneste er i bedring, men tjenesteavtalen blir ikke fulgt opp i tilstrekkelig grad.

«Hva er viktig for deg» er et gjennomgående tema i planen. I dagens tjenester kan brukeren stå i fare for å bli en passiv mottaker av helsetjenester fordi brukeren ikke får god nok anledning til å involvere seg i egen prosess. Det er viktig med bevisstgjøring av ansvar for egen helse og at kommunen kan tilby et kvalitativt og godt tilbud som skal bidra til økt mestring. En økt satsing på individuell plan er nødvendig.

Velferdsteknologiske løsninger er i vinden og er en naturlig del av utviklingen av tjenestene knyttet til rehabilitering og habilitering.

Det er gjennom arbeidet med temaplanen etablert en god dialog med flere av brukerorganisasjonene og de har og vil spille en viktig rolle for å sikre et rehabiliterings- og habiliteringstilbud som står i samsvar med brukernes behov.

1.2 Mandat, organisering og prosess

Rådmannen nedsatte i oktober 2018 en prosjektgruppe som skulle utarbeide temaplanen.

Prosjektgruppen har bestått av enhetsleder pleie og omsorg Guro Knygh, enhetsleder helse Laila Estensen, ledende helsesykepleier Berit Sund, enhetsleder kultur og velferd Eline Monsen og fagleder plan og utvikling Marianne V. Grøttheim, som også har hatt rollen som prosjektleder. Formannskapet har vært styringsgruppe. Det har vært avholdt to utvidede prosjektgruppemøter der fysioterapitjenesten, logoped, Helgeland Rehabilitering og leder for hjelpemiddelsentralen har vært invitert.

Prosjektgruppen fikk mandat til å utarbeide en temaplan som skulle inneholde følgende:

- En kartlegging og tilstandsvurdering på området.
- Vurdering av fremtidige behov
- Synliggjøring av behov for tverretattlig og eventuelt interkommunal samhandling for å kunne realisere planen
- Forslag til tiltak og prioriteringer på området
- Vurdere endringer i dagens organisering
- Synliggjøring av brukerinvolvering

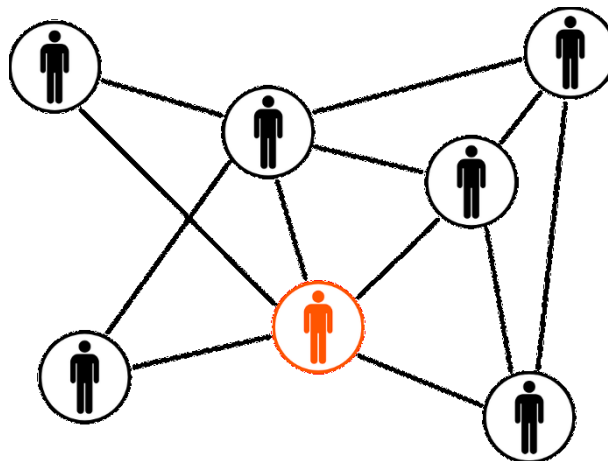
Arbeidsgruppa har avholdt 8 møter. Arbeidet med planen har vært orientert om og diskutert i formannskapet, ungdomsrådet og eldrerådet. 27.2 ble det arrangert kafédialog der brukerorganisasjoner i Sømna og Sør-Helgeland ble invitert. Det kom mange gode innspill i møtet og i tillegg fikk brukerorganisasjonene mulighet til å komme med skriftlige tilbakemeldinger i etterkant. Forslag til temaplan ble oversendt brukerorganisasjoner og pensjonistforeningen i mai med ny mulighet for å komme med tilbakemeldinger på planen. Til sammen kom det inn 5 skriftlige svar. Alle innspillene er nøye vurdert og de er i hovedsak tatt med i planen.

I tidlig fase ble det sett på om det var muligheter for å samarbeide med nabokommuner om å utarbeide planen. Da vi var på veldig ulike stadier i prosessen ble det besluttet å utarbeide planen

alene, men at man må vurdere om det er mest hensiktsmessig å gjennomføre noen av tiltakene interkommunalt.

Det er ikke utarbeidet en overordnet plan for helse- og omsorgssektoren i kommunen. Det er gjennomført en områdegjennomgang for pleie- og omsorgssektoren. Denne ble ferdigstilt i januar 2019 og er et viktig bidrag i utarbeidelsen av temaplanen for habilitering og rehabilitering.

Habilitering og rehabilitering inkluderer også rus og psykisk helse. Denne temaplanen omhandler i mindre grad dette tema, men har hovedfokus på det somatiske.



Brukeren i sentrum – og som gjerne har mange fagpersoner å forholde seg til!

2. Habilitering og rehabilitering

Habilitering omhandler brukere og pasienter med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse, mens **rehabilitering** vanligvis retter seg mot funksjonstap på grunn av tilstander som er ervervet senere i livet. Begrepene benyttes hovedsakelig om å gjenvinne tapte funksjoner og ferdigheter som man én gang har hatt eller å bygge opp nye, slik at pasienten i større grad selv kan mestre hverdagen.

Definisjonen av sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering følger av forskrift om habilitering og rehabilitering § 3: «*Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.*» Habiliterings- og rehabiliteringstjenester skal fremme mestringsevne og understøtte brukerens innsats for best mulig fysisk, psykisk, sansemessig, kognitiv og sosial funksjonsevne. Målet er best mulig selvstendighet og deltakelse. Pasientens og brukerens behov, ressurser og mål skal være utgangspunktet for tiltak og tjenester i en habiliterings- og rehabiliteringsprosess. Tjenestene må tilpasse sine bidrag ut fra hva pasient og bruker definerer som sine mål. Dette stiller krav til individuell tilnærming og høy grad av pasient- og brukermedvirkning.

Spørsmålet «**Hva er viktig for deg?**» er sentralt ved kartlegging og utredning av behov. Hva opplever bruker som verdifullt og meningsfullt? Hva erfares som utfordringer og hindringer for selvstendighet og ønsket deltakelse?

2.1 Kommunens ansvar for habilitering og rehabilitering

Kommunens overordnede ansvar følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 som pålegger kommunene å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester. Ansvarer omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

Ansvarer speiler retten til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjenester etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a.

2.1.1 Ansvarsfordeling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten

Ansvarsfordelingen reguleres av helse - og omsorgstjenesteloven § 7-1, spesialisthelsetjenesten §2-5 og forskrift for habilitering og rehabilitering hvor ansvaret vurderes ut fra tre sentrale faktorer; *behov for spesialistkompetanse, kompleksitet og behov for intensitet*. Følgende modell med anbefaling for fordeling av ansvar og oppgaver mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten er utarbeidet av Helsedirektoratet:

Kommune		Spesialisthelsetjeneste
Behov for kompetanse knyttet til muligheter og begrensninger i nærmiljø?	 Brukers mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.	Behov for spesialisert kompetanse?
Behov for langvarig og koordinert oppfølging?		Behov for kompleksitet?
Behov for tverrsektoriell samhandling?		Behov for intensitet?

Vektingsmodell i forhold til avklaring av om det er kommunen eller spesialisthelsetjenesten som skal gi tilbud om rehabilitering eller om dette skal skje i samarbeid. Avklaringen skal skje i gjensidig dialog.

Tilbud som bør ytes i kommunen	Tilbud som bør ytes i spes.helsetj.
Tilbud til pasienter og brukere med kroniske sykdommer og tilstander innen de store diagnosegruppene; f.eks.: ● Muskel- og skjelettsykdommer ● Livsstilssykdommer ● Lettere psykiske lidelser ● Diabetes ● KOLS og lungesykdommer ● Kreft ● Rehabilitering i senere fase innen hjerte- og karsykdommer, herunder hjerneslag ● Rehabilitering ved mindre omfattende behov etter ortopedisk behandling.	Rehabilitering av særlig kompleks art, i akutte faser og ved betydelige endringer i funksjonsnivå, for eksempel til pasienter med: ● Progredierende nevrologiske tilstander ● Ved betydelige endringer og i akutte faser ● Nevrologiske tilstander som CP, hjerneslag med komplekse utfall, spinalskade, traumatisk hodeskade ● Amputasjoner ● Multitraumer ● Sjeldne sykdommer og tilstander

Forholdet mellom kommunen og Helgeland rehabilitering (HRIS)

HRIS er per i dag en kommunal enhet, men fungerer likevel som en spesialisthelsetjeneste.

Kommunen kjøper tjenester fra HRIS på lik linje med andre kommuner. I hovedsak er det tjenester som dag- og døgnopphold og polikliniske tjenester (for eksempel lymfedrenasje). Det er politisk vedtak om mulighet for å søke inn flere pasienter ved behov.

Pleie- og omsorgstjenesten i kommunen fatter vedtak om rehabiliteringstjenester i kommunal regi.

HRIS sin hoved pasientgruppe henvises fra inntakskontoret i Tromsø. Her må fastlege søke inn pasient til rehabilitering til inntakskontoret som fatter vedtak om tilbud. HRIS tilbyr rehabilitering for 9 diagnoser (kreft, subakutte og kroniske hjerneslag, hjerte, lunge, muskel/skjelett, CFS/ME 8kronisk utmattelsessyndrom), ortopedi og komplekse sammensatte lidelser).

Det er våren 2019 igangsatt en strategiprosess; "HRIS 2025", som skal se på hele tjenesten.

2.1.2 Overordnede føringer

I tillegg til Helse- og omsorgstjenesteloven er det en rekke lover, forskrifter og andre føringer som kommunen må forholde seg til. De viktigste lovene er bruker- og pasientrettighetsloven, folkehelseloven, lov om psykisk helsevern, helsepersonelloven og lov om spesialisthelsetjenesten.

Under følger en oppsummering over de viktigste forskrifter og sentrale føringer:

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

Forskriftens §5 utdyper kommunens ansvar for habilitering og rehabilitering;

- Kommunen skal planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet og ha en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen. Tjenester som inngår i kommunens helse- og omsorgstjenestetilbud, skal integreres i et samlet tverrfaglig re-/habiliteringstilbud.
- Kommunen skal sørge for at alle som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, jf. § 1 og §3.
- Rehabilitering- og habiliteringstilbudet skal gis uavhengig av pasientens og brukerens boform. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal ved behov samarbeide med andre etater.

Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)

Budskapet i planen er at det må jobbes annerledes enn i dag. Dagens arbeidsformer fører til at mange brukere med kronisk sykdom og med store og sammensatte behov ikke får tett nok oppfølging eller god nok opplæring til egenmestring. Manglende systematikk i kommunaltverrfaglig kartlegging rammer mange brukergrupper. Ved utvikling av tjenestene må det tenkes i form av forløp, informasjon må deles mellom tjenestetilbyderne for at forløpene skal henge sammen. Det er behov for mer teambaserte tjenester og mer systematikk i oppfølgingen og ansvarsdelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten må bli tydeligere.

Meld. St. 15 Leve hele livet (2017-2018)

De fem viktigste satsingsområdene i reformen er:

- Aldersvennlig Norge
- Aktivitet og fellesskap
- Mat og måltider
- Helsehjelp
- Sammenheng og overgang i tjenestene

FNs menneskerettighets konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne

Konvensjonens hovedformål er å sikre personer med nedsatt funksjonsevne like muligheter til å realisere sine menneskerettigheter, samt å bygge ned hindre som vanskeliggjør dette.

Konvensjonen skal bidra til å motvirke diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne.

Meld. St. 47 Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid (2008-2009)

Målet med samhandlingsreformen er bedre folkehelse og bedre helse- og omsorgstjenester på en bærekraftig måte. Strategiene er å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre.

Pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp nærmest mulig der de bor. Man skal få rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom en helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste som er tilpasset den enkelte bruker. Et viktig element i samhandlingsreformen er at hovedtyngden av habiliterings- og rehabiliteringsinnsatsen skal skje i kommunen der brukeren bor. En oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene er altså lagt til grunn.

Meld. St. 26 Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (2014-2015)

Stortingsmeldingen tar utgangspunkt i å skape «pasientens helsetjenestene» og å gjøre kommunene i stand til å oppfylle samhandlingsreformens intensjoner om koordinerte og helhetlige pasientforløp. Hva som er viktig for bruker skal være det sentrale utgangspunkt for utforming av tjenestene; fra *“hva feiler det deg?”* til *“hva er viktig for deg?”* Det skal legges vekt på mer involvering av brukere og pårørende i beslutninger om tjenestetilbudet. Tiltak som kan bistå personen i å gjenvinne funksjons- og mestringsevne skal prioriteres fremfor kompenserende hjelp der det er mulig. Det er særlig tre satsingsområder; økt kompetanse, bedre ledelse og teamorganisering.

Meld. St. 29 Morgendagens omsorg 2020 (2012-2013)

En mulighetsmelding for omsorgsfeltet som først og fremst skal gi helse- og omsorgstjenestens brukere nye muligheter til å klare seg selv bedre i hverdagen til tross for sykdom, problemer eller funksjonsnedsettelse. Innovasjon, medborgerskap, likestilling, aktiv omsorg og hele livsløpet er hovedfokuset i denne meldingen.

Meld. St. 10 God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten (2012-2013)

Meldingen fokuserer på å gi ny oppmerksomhet på innholdet i tjenestene. Det overordnede målet for kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet er et mer brukerorientert helse- og omsorgstilbud, økt satsing på systematisk kvalitetsforbedring, bedre pasientsikkerhet og færre uønskede hendelser.

Veilederen: Barn og unge med rehabiliteringsbehov – samarbeid mellom helse- og omsorgssektoren og utdanningssektoren om barn og unge som trenger samordnet bistand

Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet ønsker med denne veilederen å bidra til at barn og unge med funksjonsnedsettelser eller kroniske sykdommer får mulighet til aktiv deltakelse i samfunnet. Det er viktig at de to sektorene samarbeider for å oppnå dette. I veilederen legges det særlig vekt på å beskrive brukernes rettigheter og sektorenes plikter slik at tjenesteytere i både utdanningssektoren og helse- og omsorgssektoren kan planlegge og samarbeide om et forutsigbart og godt koordinert tilbud.

2.1.3 Kommunale føringer

Kommuneplanens samfunnsdel

Kommuneplanens samfunnsdel ble vedtatt i 2017 og har 3 overordnede mål, blant annet helsefremmende lokalsamfunn. Flere av strategiene gir føringer for arbeidet med habilitering og rehabilitering;

- Være en pådriver og tilrettelegger for flere aktive år med god helse.
- Økt fokus på hjemmebaserte tjenester. Legge til rette for at flest mulig kan bo hjemme og klare seg selv i hverdagen.
- Vi skal fremme mestring og god fysisk og psykisk helse i alle livsfaser.
- Gode oppvekstvilkår for alle barn og unge.
- Prioritere sosiale virkemidler som reduserer sosiale ulikheter i helse og livsvilkår.
- Redusere utenforskap.

Hele planen kan du lese her:

[Kommuneplanens samfunnsdel](#)

Tjenesteavtale med Helgelandssykehuset

I 2018 ble tjenesteavtalene mellom Sømna kommune og Helgelandssykehuset reforhandlet.

Tjenesteavtale 2 vil ha innvirkning på kommunens tjenester knyttet til habilitering og rehabilitering.

Tjenesteavtalen omhandler *retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning,*

habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og

sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte

tjenester. Formålet med avtalen er blant annet å bidra til samordnede tjenester og

avklare hvem som skal yte de aktuelle tjenestene, bidra til samarbeid tilknyttet

koordinerende enhet, sikre faglig forsvarlighet og brukermedvirkning.



Kommunens ansvar i tjenesteavtale 2:

- Etablere koordinerende enhet som skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til brukere/pasienter med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering.
- Ha gjensidig kontakt og samarbeid gjennom faste kontaktpunkter, møteplasser og systematisk informasjonsutveksling.
- Utarbeide retningslinjer for samarbeidet mellom kommunen og helseforetaket.

- Til enhver tid ha oppdatert kontaktinformasjon tilgjengelig for samarbeidspartnere.
- Kommunen skal tilby utarbeidelse av individuell plan og/eller koordinator til brukere/pasienter med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester.
- Kommunen skal legge til rette for ambulante tjenester i kommunen (tjenester som gis fra spesialisthelsetjenesten til f.eks. pasienter i private hjem, kommunale døgnbaserte omsorgsboliger og sykehjem. Et eksempel er akuttpsykiatrisk team).
- Kommunen skal tilby individuell veiledning til aktuelle brukere som en del av behandlingen.
- Informere aktuelle brukere/pasientgrupper om gruppebaserte lærings- og mestringstilbud i helseforetaket og i kommunen.
- Samarbeide med helseforetaket om lærings- og mestringstilbud der dette er hensiktsmessig.

Status:

De fleste planer kommunen har med Helgelandssykehuset er generelle og overordnet. Det skal lages retningslinjer for psykisk utviklingshemmede med følge på sykehus. Lærings- og mestringssenteret har invitert kommunene til deltakelse i avstandsoppfølging av diabetes. Sykehuset har flere kurs opp mot enkelte pasientgrupper. Et eksempel er de som får diagnosen diabetes 2. Disse blir oppfordret til å reise på kurs i Sandnessjøen. Helgelandssykehuset reiser også ut til kommuner og har kurs. OSO (overordnet samhandlingsorgan) har som formål å utvikle et velfungerende samarbeid mellom kommunene og Helgelandssykehuset, for dermed å legge til rette for gjennomføring av samhandlingsreformen, og videreutvikling av god samhandling, gode prosesser og gode, sammenhengende pasientforløp. Områdesjef fra Brønnøy kommune representerer Sør-Helgeland og saker fra kommunen meldes opp til henne.

Det er 2 møter i året mellom kommunen og Helgelandssykehuset, fordelt på tre bolker:

Samarbeidsmøte 1: samarbeidsmøte mellom administrativ og faglig ledelse i primærhelsetjenesten og spesialisttjenesten på Helgeland.

Samarbeidsmøte 2: Samarbeidsmøte mellom politisk og administrativ ledelse i HSYK og Helgelandskommunene.

Samarbeidsmøte 3: (dialogmøte/kurs): dialogmøte mellom fastleger og leger i primærhelsetjenesten og klinikkene i HSYK.

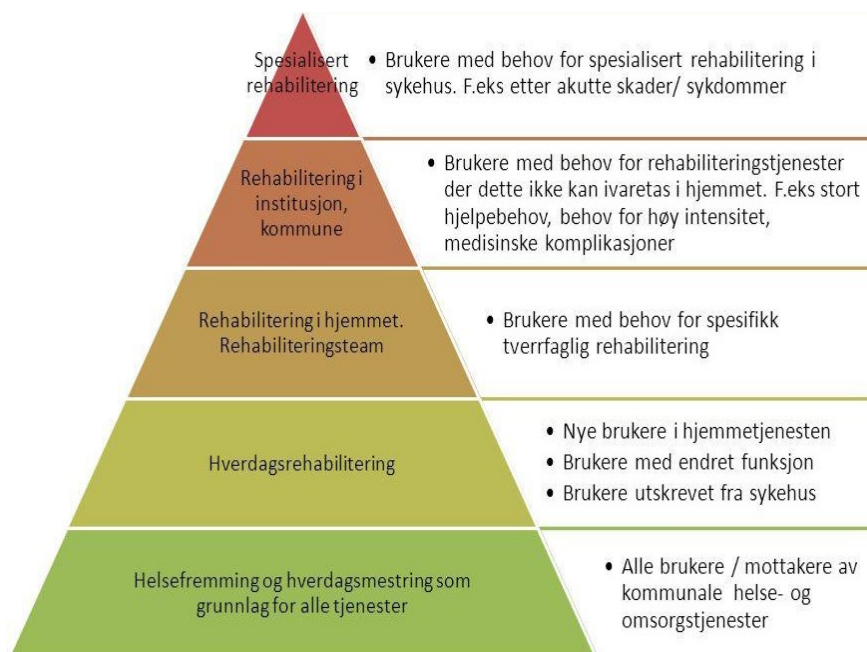
Tjenesteavtalen blir ikke i fulgt opp i tilstrekkelig grad verken fra kommunen eller spesialisthelsetjenesten.

3. Dagens habiliterings- og rehabiliteringstjenester i kommunen

Rehabilitering og habilitering skjer på mange arenaer: på helsestasjonen, i barnehagen, i skolen, i hjemmet, i fritidsaktiviteter, i sykehjem, i miljø- og psykiatritjenesten, ved NAV-kontoret og i samarbeid med arbeidsgiver på arbeidsplasser m.fl. Det er mange potensielle bidragsytere, både i og utenfor kommunen. Å se tjenester i sammenheng er sentralt for å sikre et habiliterings- og rehabiliteringstilbud som er samordnet, tverrfaglig og planlagt.

3.1 Kommunale aktører innen habilitering og rehabilitering

For at kommunen skal ivareta sitt sørge - for – ansvar og imøtekomme behov hos hele spekteret av pasient - og brukergrupper forutsettes det et habiliterings- og rehabiliteringstilbud med ulik grad av intensitet, kompleksitet og faglig innhold. Kommunen bør ha tilbud til pasienter og brukere med mindre omfattende, middels omfattende og omfattende behov. Tjenestene bør tilbys der det kan gi best mulig effekt for brukeren. I de fleste tilfeller vil trening og oppøving av funksjonsevne og mestringsevne ha best effekt når det skjer integrert i dagliglivets arenaer. Noen vil i tillegg ha behov for tilbud i institusjon i korte perioder. Rehabiliteringspyramiden er valgt for å illustrere sammenheng mellom behov og omfang på tjenester.



Alle har nytte av forebyggende innsats og hverdagsmestring, mange har nytte av hverdagsrehabilitering, mens noen få har behov for spesialisert rehabilitering. Den enkelte bruker må være med å bestemme, både i planlegging, gjennomføring, evaluering og eventuell avslutning.

Under følger en oversikt over kommunens ulike tjenester knyttet til habilitering og rehabilitering:

3.1.1 Hjemmetjenesten

De største endringene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene de siste tiårene har skjedd i hjemmetjenestene, og det er først og fremst hjemmesykepleien som vokser. Som følge av en rekke reformer har ansvar og oppgaver blitt overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. I tillegg kommer omstilling i spesialisthelsetjenesten med kortere liggetid, mer dagbehandling og poliklinisk behandling. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har dermed fått nye brukergrupper med mer faglig krevende og komplekse medisinske og psykososiale behov. Det er fortsatt et stort gap mellom det tjenestetilbudet som gis i eget hjem og det som tilbys i institusjon, spesielt for de eldste aldersgruppene. Både kvalitets- og ressursmessig ligger det et stort potensial i en enda sterkere utbygging av hjemmetjenestene. De hjemmebaserte tjenestene møter ofte brukere og pårørende i tidlig fase av sykdomsutvikling, og kan bidra til at de kan leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfull hverdag i fellesskap med andre. En sterkere hjemmetjeneste kan også forebygge ytterligere funksjonssvikt og sykdomsutvikling og bidra til å utsette institusjonsinnleggelse eller gjøre institusjonsopphold unødvendig. Det er derfor behov for å øke satsing på hjemmetjenester og tidlig innsats. Dette vil også gi grunnlag for å videreutvikle samarbeidet mellom den offentlige omsorgstjenesten, den frivillige og familiebaserte omsorgen og spesialisthelsetjenesten.

Kommunens syn- og hørselskontakt er underlagt avdelingen for hjemmesykepleie.

3.1.2 Rehabilitering; hverdagsrehabilitering og døgntilbud

Det er sentrale føringer på at kommunen bør sikre døgntilbud innen rehabilitering i to kategorier; generell, enkel døgntilbud gjennom korttidsplasser i sykehjem og intensivt tilbud i kommunal eller interkommunal rehabiliteringsavdeling (interkommunal anbefales for kommuner under 40 – 60 000 innbyggere for å sikre økonomisk og faglig grunnlag for driften). Forskning på effekt av å organisere rehabilitering i egen avdeling sammenlignet med rehabilitering i korttidsplass i sykehjem viser at førstnevnte er mer kostnadseffektivt for kommunen og gir bedre resultat for pasienten. Funksjonsevne øker nært dobbelt så mye på halvparten av tiden ved rehabiliteringsavdeling, sammenlignet med rehabilitering i korttidsplass.

Tjeneste/døgn	2016	2017	2018
Liggedøgn sykehjem totalt	11413	11054	11691
Døgnrehabilitering/korttidsplasser sykehjem	844	747	1186
Hverdagsrehabilitering	3	4	6

Hverdagsrehabilitering/ hverdagsmestring

Høsten 2015 startet Sømna opp prosjekt hverdagsrehabilitering; “fra passiv mottaker til aktiv deltaker”. Bakgrunn for deltagelse i prosjektet var en økende alderssammensetning i kommunen og landet for øvrig. Ved å innføre hverdagsrehabilitering som metode skulle tjenesten bli god på å støtte bruker til mestring av ønskelige aktiviteter i hverdagen. På den måten kunne bruker bevare og vedlikeholde funksjon og helse, og dermed utsette pleiebehov.

Hverdagsrehabilitering er rehabilitering og forebygging mens brukeren bor i eget hjem.

Hverdagsrehabilitering starter med spørsmålet: hva er viktig i livet ditt nå? For svært mange handler det om å mestre hverdagslivets utfordringer. Målstyrt, tidsavgrenset og tverrfaglig rehabilitering gir personen mulighet til deltagelse. Hverdagsrehabilitering inkluderer kombinasjon av trening, teknologiske løsninger, endring av omgivelser og samarbeid med pårørende og andre aktuelle parter. Bruker blir tilbudt hverdagsrehabilitering i stedet for, eller i tillegg til, hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand.

Hverdagsmestring er et tankesett som vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen uansett funksjonsnivå. Denne grunnleggende tenkemåten styrer hverdagsrehabilitering. Dette tankesettet er ikke forskjellig fra tradisjonell rehabilitering, og det er derfor ikke unikt for hverdagsrehabilitering.

Hverdagsrehabilitering er teambasert og koordineres av avdelingsleder i hjemmesykepleien. Lønnskostnader tilsvarende 40 % stilling er de to siste årene blitt finansiert via eksterne prosjektmidler. Det er et mål å integrere dette i ordinær drift. Kommunen har ikke per i dag mulighet til å gi mer hverdagsrehabilitering. Kapasiteten kan økes dersom kommunal fysioterapeut ansettes.

Døgnrehabilitering

Kommunen tilbyr døgnrehabilitering i form av korttidsplass i sykehjemsavdeling. Kommunen har per i dag ikke mulighet til å ta inn flere på døgnrehabilitering. Ved mer spesialisert og intensiv døgnrehabilitering kjøper kommunen kommunal rehabilitering ved HRIS.

Det fattes enkeltvedtak på tildelt tjeneste i koordinerende enhet for voksne.

3.1.3 Miljø- og psykiatritjenesten

Målgruppen til tjenesten er personer med medfødt eller tidlig ervervet funksjonsnedsettelse som har behov for langvarige og koordinerte tjenester og habilitering. Psykiatritjenesten bistår mennesker med psykiske og/eller rusrelaterte lidelser.

3.1.4 Legetjenesten

Fastlegene har et medisinskfaglig koordineringsansvar og har en viktig rolle i habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet. Fastlegen skal ivareta en medisinskfaglig koordineringsrolle og samarbeide med andre relevante tjenesteytere om egne listeinnbyggere, jf. Fastlegeforskriftens § 19:

Medisinskfaglig koordinering og samarbeid. Ved langvarige og koordinerte tjenester skal fastlegen informere pasientene om forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator i kommunen.

3.1.5 NAV

NAV er en viktig aktør for å få brukere som mottar habilitering eller rehabilitering i arbeid eller tilbake i arbeid. For brukere av NAV med behov for spesielt tilpasset innsats foretar NAV en arbeidsevnevurdering. Her ser NAV på hva slags krav arbeidslivet stiller og vurderer muligheter og begrensninger hos brukeren. Ved hjelp av forskjellige tiltak tilpasset den enkelte har NAV mulighet til å hjelpe personer å komme nærmere arbeidslivet igjen. NAV har også ansvar for sykefraværsoppfølging og kan delta i ansvarsgrupper. NAV kan opprette individuell plan til de brukere som har behov og ønsker en tilpasset plan.

3.1.6 Koordinerende enhet/individuell plan

Koordinerende enhet har som hensikt å sikre koordinerte tjenester til de som trenger det. Enheten skal være et sted å henvende seg til for tjenestemottakere og tjenesteytere/samarbeidspartnere.

Alle kommuner og regionale helseforetak er gjennom lov og forskrift pålagt å ha en koordinerende enhet for rehabilitering og habilitering.

Ansvar for koordinerende enhet i kommunen er tillagt funksjonsområder innenfor enhetene helse og pleie og omsorg, hvor ressursene fra ordinær tjenesteproduksjon inngår i koordineringen. Koordinerende enhet for barn og unge koordineres av ledende helsesykepleier og koordinerende enhet for voksne er underlagt pleie og omsorg.

Både individuell plan, rehabilitering og habilitering forutsetter at det arbeides planmessig der en har fokus på koordinering og samarbeid på tvers av fag, sektorer, etater og forvaltningsnivå. Ansvar går ut på å være synlig og tilgjengelig for både tjenesteytere og tjenestemottakere.



Dette innebærer:

- Utvikling og kvalitetssikring av rutiner for individuell plan og innpasse disse i de kommunale retningslinjer for organisering av kommunens tjenestetilbud til personer med behov for koordinerte tjenester.
- Motta og saksbehandle søknader om koordinator og/eller individuell plan etter gjeldende lovverk.
- Sørge for at kommunen har et sett av koordinatorene rekruttert fra ulike avdelinger, helse – og omsorgstjenesten, sosialavdelingen, og skole- og barnehagetjenesten.
- Sørge for at koordinatorene får opplæring og veiledning.
- Enheten skal ha oversikt over habiliterings – og rehabiliteringstilbudet i kommunen.
- Enheten skal ha en samlet oversikt over bruken av individuelle planer i kommunen og hvem som er koordinator.
- Bistå i utformingen av god samhandling og samarbeidsrutiner mellom tjenesteytere som har roller innenfor habilitering og rehabilitering.
- Veiledning til publikum og andre tjenester ved tvil om hva som er den rette instans i hjelpearbeidet overfor den enkelte.

Det er behov for kontinuerlige oppdatering av lovverk og saksbehandling og dette er krevende i en travel arbeidsdag. Helsestasjonen har koordineringsansvar for barn 0-20 år. Stort sett går dette ut

på å koordinere ansvarsgrupper og individuell plan for barn med sammensatte behov. Møtene er alltid tverrfaglige og foreldre/foresatte/ungdommen er med. Det er mest samarbeid med skole(r), PPT, BUP, barnevern, logoped, fysioterapeut og miljøtjenesten. Habiliteringsteamet ved Helgelandssykehuset kobles inn i komplekse saker. Det er ingen andre enheter/avdelinger i kommunen som er koordinører for barn og unge i Sømna. I forhold til tildeling av støttekontakt/avlastning er det ingen formell samarbeid mellom helsestasjon og PLO. Det vurderes fra sak til sak.

Individuell plan (IP)

Mottar man flere typer tjenester fra kommunen eller andre tjenesteytere over lang tid, kan man ha rett til å få individuell plan. Planen skal inneholde mål, ressurser og behov og skal beskrive tjenestene, tiltakene og virkemidlene som er aktuelle for brukeren. Hensikten er å se alle tjenestene man mottar i sammenheng med hverandre for å skape større trygghet og forutsigbarhet og et mest mulig helhetlig og tilpasset tilbud. En individuell plan gir ikke flere rettigheter, men skal være et verktøy for samarbeid mellom bruker og tjenesteapparatet, og mellom de ulike tjenesteyterne. Det er ikke nødvendig å ha individuell plan for alle tjenester, bare for de tjenestene det kan være nyttig å koordinere. Det er heller ikke noe krav å ha en individuell plan selv om man mottar flere tjenester, og planen kan ikke utarbeides uten samtykke. Brukeren og evt. pårørende må selv være aktivt med i hele planprosessen.

Oversikt over antall brukere med IP fordelt på de ulike tjenestene i kommunen siste tre år

Tjeneste	2016	2017	2018
PLO	4	5	6
Helsestasjon	4	4	4
NAV	0	0	0

I Sømna kommune er det få individuelle planer. Det skyldes flere forhold, blant annet et etterslep på grunn av kapasitetsutfordringer og at det er mange av brukerne som ikke ønsker en individuell plan.

Det er startet et arbeid med å ta i bruk det digitale verktøyet Visma Sampro i forhold til IP. Dette er tidkrevende og det må settes mer i system fra koordinerende enhet sin side.

3.1.7 Lokal hjelpemiddelsentral

Hjelpemidler er viktig for mange av brukerne og pasientene og kan bidra til at de mestrer hverdagen bedre. I Sømna er ansvaret for hjelpemiddelsentralen hos PLO og det er leder for hjemmetjenesten som er ansvarlig for tilbudet. Ca. 10-20 % av stillingen går til å drifte hjelpemiddelsentralen. Behovet er en god del større og dette går blant annet utover oppdatering på informasjon eller aktivitet fra hjelpemiddelsentralen sin side. Andre utfordringer ved hjelpemiddelsentralen er økt behov for lagerkapasitet, ha nok utstyr tilgjengelig og forsvarlig renhold. Hjelpemidlene står plassert på ulike lager og lokaler, da hovedlageret ikke har nok kapasitet. Kommunen har ikke alt utstyret det skulle hatt på det kommunale lageret. Dette gjelder utstyr til korttidsutlån for de som ikke har krav på å få dekket dette av NAV. Renhold av utstyr er ikke forsvarlig, da det i dag ikke finnes noe egnet sted for dette.

Kommune	Antall aktive brukere	Antall brukere med utleverte hjelpemidler i perioden	Antall nye brukere i perioden	Antall hjelpemidler utlevert	Antall hjelpemidler innlevert	Samlet verdi utleveringer
Sømna	282	91	44	287	179	824.886
Bindal	281	72	24	336	233	1.201.776
Vega	233	48	19	419	118	969.659
Vevelstad	75	17	6	105	18	463.377

I Nordland fylke i 2018 er det kun 7 kommuner der verdien av hjelpemidler som blir lånt ut, er mindre enn Sømna kommune. Under vises kostnadsutviklingen fra 2013 og til 2018. Summen er verdien av utstyret som blir levert ut fra hjelpemiddelsentralen. Dette er ikke utgifter som belastes kommunen, men dekkes av NAV hjelpemiddelsentral. Kommunens kostnader er knyttet til å drifte sentralen, altså til leder for hjelpemiddelsentralen og vaktmester.

	2018	2017	2016	2015	2014	2013
Sømna	824.886	686.664	575.418	513.010	652.037	601.784

Det har skjedd en endring i hva personene selv må holde seg med. Det som regnes som dagligvarer/ting du enkelt får tak i har forsvunnet fra hjelpemiddelsentralens varesortiment. For eksempel det meste av datautstyr og mobilutstyr.

3.1.8 Helsestasjonen

Helsestasjon- og skolehelsetjenesten har kontakt med alle barn og deres familier. Tjenesten har en viktig funksjon i forhold til å avdekke behov for habilitering og rehabilitering. De skal også være en samarbeidspartner i oppfølging av barn og unge.

Alle barn følges tett opp på helsestasjonen de første 2 årene, deretter blir kontakten sjeldnere. Der det oppdages avvik i utvikling i løpet av de første årene, etablerer helsestasjonen ansvarsgruppe så snart som mulig. Helsesykepleier er mye tilstede på begge skolene, og det er først og fremst her man blir koblet inn i forhold til barn som har spesielle behov. Per i dag koordinerer helsestasjonen ca. 30 ansvarsgrupper. Det er vanligvis 2 møter per år per barn. Det varierer hvor mye jobbing det er rundt det enkelte barnet/ungdommen. Mange ganger kobles helsestasjonen inn i forbindelse med utredninger, men trekkes ut når utredningen er over. Noen ganger kobles helsestasjonen inn med bakgrunn i skolens eller de foresattes bekymring for barnets utvikling/adferd. Helsestasjonen jobber mye tverrfaglig, men det er lite formelt samarbeid. Vi har god kontakt med skolene og PPT, men jobber ofte sammen fra sak til sak. Det er lite overordnet samarbeid. Det foreligger en formell samarbeidsavtale med BUP (barne- og ungdomspsykiatrien).

3.1.9 Logoped

Sømna kommune har ansatt logoped i 100 % stilling. 25 % av tiden er logopeden ved Helgeland rehabilitering. Resten av tiden fordeles ved Berg og Vik skole, Sømna barnehage, Bakketun barnehage og pleie- og omsorgstjenesten.

3.1.10 Fysioterapitjenesten

Sømna kommune har per i dag ingen kommunal fysioterapeut, men 3 fysioterapeuter har driftsavtale med kommunen på til sammen 270 %. 100 % driftstilskudd tilsvarer kr. 444.600 (per 1.7.2018). Kommunen kjøper i tillegg fysioterapitjenester knyttet til behov ved arbeidsstua, institusjon, sykehjem og helsestasjon. Det er leder for helse som følger opp samarbeidet.

3.1.11 Ambulante tjenester

Kommunen har per i dag ingen ambulante team, men bistås fra spesialisthelsetjenesten med blant annet eget habiliteringsteam ved Helgelandssykehuset, akuttpsykiatrisk team ved Voksenpsykiatrien, avdeling Brønnøysund og alderspsykiatrisk team ved Kløveråsen i Bodø.

3.1.12 Skole og barnehage

Tilrettelegging i barnehage og skole er viktig for barn med helse- og funksjonsutfordringer, da de får en stor del av sitt habiliteringstilbud der. Helsetjenestene er støttetjenester som bistår barnet/eleven, familien og barnehage/skole med veiledning og behandling. Både barnehage og skole samarbeider primært med logoped, PPT (pedagogisk psykiatrisk tjeneste) og helsestasjon. Helsestasjonen er sentral i dette arbeidet, dersom det er behov for koordinerende tiltak. Ved behov for tiltak utover dette kan det gis veiledning fra habiliteringstjenesten eller spesial helseteam, som for eksempel autismeteamet. Det er kvalifiserte testere i kartleggingsverktøyet LOGOS ved skolen.

Ved overgang fra barnehage til skole er det etablert et godt samarbeid, og gode rutiner i oppfølging av barn med behov for tilrettelegging. I forhold til universell utforming er ikke barnehagebyggene i dag direkte universelt utformet og det vil være utfordringer med å ta imot barn med større funksjonshemninger (for eksempel barn med behov for rullestol, barn med hørselsproblematikk og barn med behov for skjerming).

3.1.13 Etablerte fagteam i pleie- og omsorgstjenesten med egen koordinator

Palliativt team

Interkommunal kreftsykepleier (koordinator) gir i samarbeid med fagteam i kommunen tilbud til pasienter med kreft uansett alder, type kreftsykdom og sykdommens varighet. Tilbudet er frivillig og gratis. Kreftsykepleier skal være en ressurs for pasient, pårørende og helsepersonell i kommunene, og kan bidra til å tilrettelegge hjemmesituasjonen og hverdagen, koordinere tverrfaglig innsats (sosionom, fysioterapeut, hjemmesykepleie, sykehus m.fl.), samt gi informasjon og veiledning. Helsepersonell ved sykehjem og i hjemmebaserte tjenester kan også ta kontakt ved behov for råd og veiledning.

Demensteam

Tverrfaglig ressursgruppe som ledes av demenskoordinator.

Demensteamets funksjon:

- Være tilgjengelig for pasient og pårørende
- Bindeledd mellom pasient, pårørende og hjelpeapparat
- Utredning i samarbeid med lege
- Anbefale hjelpetiltak
- Være pårørendekontakt i samarbeid med demensforeningen i Sømna
- Være behjelpelig med undervisning og veiledning av pårørende

3.2 Aktivitetstilbud

Det er mange tjenester knyttet til habilitering og rehabilitering. I tillegg tilbys en rekke aktiviteter, både kommunalt og i regi av frivillige. Under følger en oversikt over noe av det som tilbys:

- Arbeidssstua - et åpent aktivitetstilbud for eldre i Sømna. Tilbudet er lokalisert på Sømna Omsorgssenter
- Musikkbasert miljøbehandling - generasjonssang, musikkstund på sykehjemsavdeling og colours (miljøtjenesten).
- Dagsenter for demente på Solkroken. Tilbud 5 ganger i uka. Aktivitør i samarbeid med frivillige.
- Psykiatrikaféen. Åpent tilbud for alle. Drives i samarbeid med frivillige 2t. hver fredag.
- Turgruppe 1 gang i uka i regi av psykiaritjenesten. I tillegg tilpasses individuelle trenings- og turtilbud for brukere i tjenesten.
- Sømna Frivilligsentral er et viktig sosialt møtepunkt i kommunen. Det er åpent alle dager og det foregår en rekke sosiale og fysiske aktivitetstiltak. Sentralen har blant annet samarbeid med pleie- og omsorgstjenesten.
- Mange gode idretts- og kulturtilbud.

Det er flere private aktører som tilbyr blant annet pilates, bassengtrening, treningsveiledning, psykomotorisk fysioterapi, fysioterapi, yoga og trening. I tillegg har vi en rekke lag og foreninger som tilbyr mange aktiviteter. Totalt sett foregår det mye bra i kommunen, men det kan være utfordrende som innbygger å få god nok informasjon om aktivitetene.

3.3 Velferdsteknologi

Velferdsteknologi kan defineres som «*teknologisk assistanse som skal understøtte og forsterke brukernes trygghet, sikkerhet og mobilitet, samt muliggjøre økt fysisk og kulturell aktivitet*».

(Helsedirektoratet) Det er også vanlig å bruke begrepet om teknologi som kan gjøre det lettere for

kommunen og andre og tilby velferdstjenester. Helsedirektoratet sier at bruk av velferdsteknologiske løsninger kan bidra til økt trygghet og bedre tjenester for brukere og pårørende. Erfaringer viser også at velferdsteknologi kan gi mer effektiv bruk av ressurser i helse- og omsorgstjenestene i kommunene, noe også rapporten fra Nasjonalt velferdsteknologiprogram i 2017 viser. Når teknologi og tjenester er godt tilpasset brukerens behov, gir de økt opplevelse av mestring, trygghet og selvstendighet for brukerne som mottar tjenesten.

Helsedirektoratet har kommet med nasjonale anbefalinger som de anbefaler kommunene å innføre.

Status over innføring av nasjonale anbefalinger i Sømna kommune:



	Innført	Kommentar
Elektronisk medisineringsstøtte (elektronisk medisindispenser)	Ikke tatt i bruk	I sømna kommune ser vi ikke behovet for dette per i dag, da avstandene er små og overkommelig. Dette er noe som kan egne seg godt for blant annet LAR-pasienter, noe vi per i dag ikke har i våre tjenester.
Digitalt tilsyn	Ikke tatt i bruk	Det benyttes ikke digitalt tilsyn, men enkelte blir ringt. Dette er noe man kan se for seg å ta i bruk etterhvert.
Logistikk-løsning for mer optimale kjøreruter og bedre kvalitet på tjenester	Ikke aktuelt	Dette er foreløpig ikke aktuelt i Sømna på grunn av at vi er en liten kommune.
Digitale trygghetsalarmer	Ikke tatt i bruk	Stort ønske om å ta dette i bruk. Viktig å få alarmer som både er digitale og mobile. Slik åpner man for en helt annen tjeneste og frihet for pasientene.
Responstjenester	SOS er kommunens responscenter	Det er ikke aktuelt å gå inn for en sentralisert responscenter-løsning. Det er viktig med lokal kjennskap til pasientene. Det sparer både tid og antall utrykninger ved at tjenestene svarer på alarmene selv og på den måten avverger utrykninger.
Tekniske krav til trygghetsteknologi	Ja	Følger den nasjonale standarden.

Andre ting som er innført i kommunen:

Helsestasjonen har mobilitetsløsninger på saksbehandling og journal. Det har vært jobbet med i mange år og er nylig tatt i bruk, noe som letter arbeidet betraktelig. Pleie og omsorg og legekantor har elektronisk meldingsutveksling. Dette er et system for utveksling av informasjon til/fra alle sykehus i Nordland, Trøndelag og Universitetssykehuset i Oslo. I tillegg til lokalt legekantor i Sømna, Brønnøy og HRIS.

Helse, PLO, skole, barnehage og kultur og velferd har tilgang på det elektroniske systemet Sampro. Dette er en digital løsning der enhetene kan skrive individuell plan og dele med andre godkjente enheter. Dette brukes i ulik grad og det mangler rutiner for arbeidet og oppfølging av arbeidet. Det er også behov for opplæring og veiledning av de som skal bruke verktøyet.

Utfordringer ved innføring av velferdsteknologi knyttet til habilitering og rehabilitering i Sømna:

Kommunen er helt i startgropen i forhold til å ta i bruk velferdsteknologi. Det er et stort potensial i forhold til å utnytte den velferdsteknologiske utviklingen. Det gjelder både konkrete hjelpemidler, men også bedre samkjøring av data (bedre kommunikasjonsplattformer og arbeidsmåter) mellom de som jobber rundt brukerne, for å gi en bedre helhetssituasjon rundt pasienten.

Kjente utfordringer per i dag er at vi ligger etter i forhold til allerede pålagt lovgivning i forbindelse med GDPR og hjemmetjenestens pc-park. Hjemmebaserte tjenester har ingen mulighet til å skrive og lagre data om pasienten direkte på stedet. Rapporter må skrives i etterkant, og det er få maskiner tilgjengelig. Andre utfordringer er kunnskapen, både blant ansatte og hos brukere. Det vil være en stor omstillingsprosess for mange å ta i bruk stadig flere digitale løsninger.

Å innføre ny teknologi er kostbart og det må tas gradvis i en situasjon med presset kommuneøkonomi. Sømna er en liten kommune og det vil være fordeler med å samarbeide med andre kommunen om å innføre nye løsninger. Våren 2019 ble kommunen med på et stort digitaliseringsprosjekt som omfatter alle kommunene på Helgeland med tittelen; "Digitale Helgeland". Velferdsteknologi er prioritert på topp i denne satsingen.

3.4 Innspill fra brukerorganisasjoner og råd

Følgende spørsmål har det kommet innspill på fra brukerorganisasjoner, elderråd og ungdomsråd:

- *Hva er et godt habiliterings- og rehabiliteringstilbud for de brukere du/dere representerer?*

- *Hva mener du/dere fungerer bra i forhold til habiliterings- og rehabiliteringstilbudet i Sømna kommune?*
- *Hva mener du/dere kan bli bedre?*
- *Hvordan kan du/dere bidra til at tilbudet i kommunen blir bedre?*

Under følger en oppsummering av innspillene:

- Oppfølging av dyslektikere i kommunen oppleves ulik utfra hvilken skole du går på. Berg skole og Brønnøy videregående skole har et stort fokus på dysleksi, men det kan oppleves noe mangelfullt på mellomtrinn og ungdomstrinn. Det er viktig å gi elever og foresatte god informasjon om ulike hjelpemidler og stønadsordninger.
- Viktig å samordne tjenestene og få bedre koordinering ved å ha en koordinator. Slitsomt å forholde seg til mange ulike tjenester. Krever økt samtykke om informasjon fra sykehus til kommunen.
- Den som fatter vedtak om tjenester er samme som skal utøve tjenesten. Det er en svakhet. Helseesykepleier er viktig. Hun ser behovet, men har ikke budsjettansvar.
- Styrking av kompetanse: Ergoterapeut som jobber mot alle brukergrupper, fysioterapeut, spesialsykepleiere innen KOLS, geriatri, palliativ, hud, epilepsi, lunge/hjerte, psykiatri, audiopedagog og kostveileder.
- Økt bruk av hjelpemiddelsentralen. Egen stilling bør knyttes til å drifte en lokal hjelpemiddelsentral/lager, f.eks. en ergoterapeut. Sentralen må ha eget rom for visning av hjelpemidler. Ønsker raskere tilgang på hjelpemidler og kanskje felles hjelpemiddellager med nabokommunene. Ønsker at hørselskontakt er tilknyttet hjelpemiddelsentralen.
- Logoped som også jobber med slagpasienter.
- Brukerorganisasjonene må skolere sine egne brukere.
- Råd for funksjonshemmede er et lovkrav som kommunen bør påse at eksisterer. Rådet må få uttale seg og tas med når det gjelder planlegging innenfor mange sektorer.
- Helsestasjon for eldre med fokus på blant annet syn, hørsel, mat og aktivitet. Mål om å nå flest mulig med et godt tilbud ved blant annet oppsøkende hjemmebesøk.
- Videreføre det gode arbeidet som gjøres på helsestasjonen.
- Viktig å jobbe mer forebyggende.
- Tidlig innsats. Kartlegge behov og starte opp.
- Ha fokus på god dialog med brukerne. Også de "krevende" brukerne. Etablere møteplasser og løse konflikter på lavest mulig nivå.
- Ønsker brukerombud som ikke har budsjettansvar.

- Bedre informasjon om hva som finnes av tilbud. Organisasjonene har mye kunnskap som de ønsker å bidra med.
- Kompetanseheving til brukere og pårørende. Pårørende må få nok og riktig informasjon slik at de vet om utfordringer og kan bli styrket i rollen som støtte. Viktig med interkommunalt samarbeid og innhenting av spisskompetanse fra sykehus til å gjennomføre kurs/samlinger.
- Fange opp de som har hørselsvansker og følge opp disse. I dag må brukere selv ta kontakt og de er ukjent med tilbudene som finnes i kommunen. Kommunen må gi god informasjon om hørselsvansker, samt rettigheter. Hjelpemidler må informeres om og tilpasses.
- Ønsker bedre informasjon på hjemmesidene.
- Bør ha større kapasitet innen hverdagsrehabilitering samt styrke kompetansen.
- Ønsker å vite mer om hva kommunene prioriterer i forhold til tjenesteavtalene med sykehuset.
- Fokus på mestring og motivasjon. Det er felles for alle brukerorganisasjonene.
- Økt samhandling. Epikriser stopper ofte hos lege, slik at for eksempel helsesykepleier ikke får disse. Det samme gjelder innen psykiatri. Kan dette endres?
- Viktig at legene informerer om likepersoner og tilbud som finnes i kommunen
- Ønsker interkommunalt samarbeid om døgnrehabilitering da små kommuner ikke kan stille med nødvendig kompetanse.
- Viktig at alle får rehabiliterings- og habiliteringsplan tilpasset den enkelte.
- Opprette ansvarsgrupper slik at pasienten vet hvem de kan snakke med.
- Personer må tidlig i behandlingsforløpet få vurdert sitt individuelle rehabiliteringsbehov. Det bør vurderes om personen har andre helserelaterte tilleggs-utfordringer og om det er behov for sosial, psykososial og/eller medisinsk rehabilitering.
- Individuell vurdering av situasjonen og hvordan pasienten mestrer hverdagen.
- Foreta god vurdering om pasienten har behov for rehabilitering i kommunen eller ved en spesialisert rehabiliteringsinstitusjon.
- Kommunen må søke ut, dersom kompetansen ikke finnes lokalt, eller det må søkes et samarbeid med spesialisthelsetjenesten og andre aktører.
- Rehabilitering fungerer best når den er tverrfaglig og blir rettet mot både praktiske, sosiale og emosjonelle aspekter ved den kognitive funksjonen i dagliglivet.
- Ha fokus på ensomhet og sosiale møteplasser.

4. Utfordringsbildet nasjonalt og lokalt

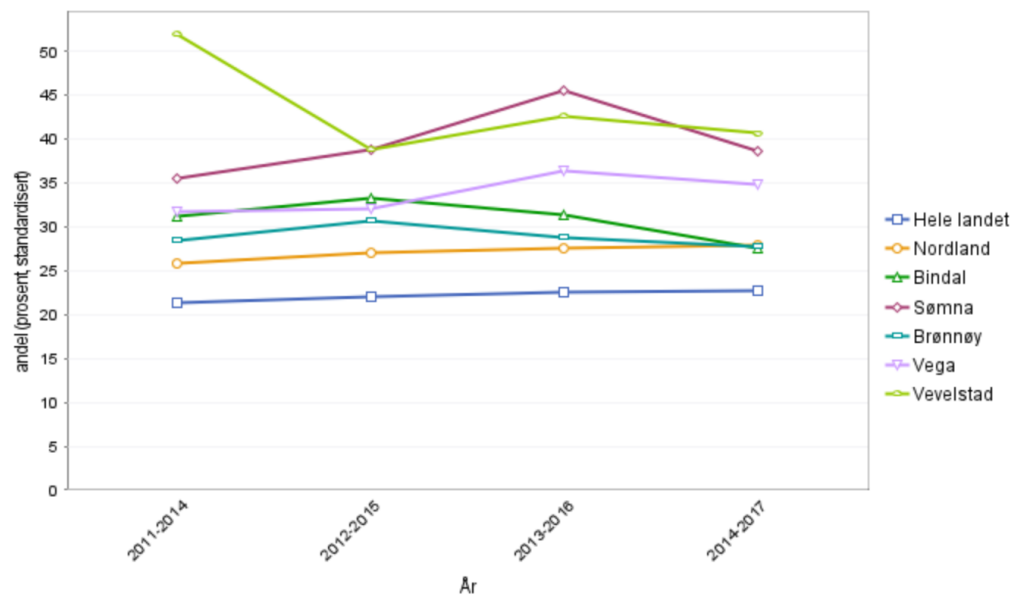
Regjeringens opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering peker på svikt i brukermedvirkning, kapasitet, samhandling og koordinering, samt svikt i faglig kvalitet, arbeidsform og/eller organisering som utfordringer i dagens tilbud. Det lokale utfordringsbildet gjenspeiler i stor grad det nasjonale utfordringsbildet. I tillegg har vi følgende lokale utfordringer:

- Det blir flere og flere eldre innbyggere i årene som kommer
- Folk ønsker å kunne bo lengre hjemme
- Det er mange ensomme
- Vanskelig å rekruttere helsepersonell
- Innsatsen må dreies til et økt fokus på forebygging
- Det er store sosiale forskjeller (høy andel barn i lavinntektsfamilier)
- Andelen sosialhjelpsmottakere og uføre er høy.

Pasientgrupper

I motsetning til tidligere hvor smittsomme sykdommer var en utfordring, er det nå ikke - smittsomme sykdommer som står for de aller største sykdommene. I likhet med landet for øvrig er det muskel- og skjelett, samt psykisk helse i form av lettere psykiske plager som er det mest fremtredende. I tillegg er det diabetes, kreft (senvirkning og etterbehandling), hjerte- og karsykdommer, rusproblemer, demens, overvekt/fedme, atferdsproblematikk og utviklingsforstyrrelser, hudlidelser (eksem og psoriasis) og allergi som utgjør hovedutfordringer i sykdomsbildet. Noen av disse sykdommene vil kreve målrettet tverrfaglig rehabilitering. Flere overlever alvorlig sykdom, og flere får kroniske, livsstilsrelaterte sykdommer. Mange lever derfor lenge med sykdom og redusert funksjonsnivå eller sansetap av ulik grad. En stor andel av disse har flere sykdommer og funksjonsnedsettelse samtidig.

Diagrammet under viser andelen overvektig/fedme ved sesjon. Sømna har gått litt ned, men ligger langt over snittet for landet og Nordland. Kommunen mangler tilbud til folk som ønsker å endre livsstil.



Antall personer med demens, og personer med psykisk helse- og rusutfordringer, anslås å bli en økende utfordring som må møtes. Nylig ble kartleggingen BrukerPlan gjennomført for tredje gang; en kartlegging som omfatter brukere av kommunalt tjenesteapparat med rus- og/eller psykiske lidelser. Brukerne har til dels svært dårlig fysisk og psykisk helse. Brukergruppens til dels svært dårlige helsetilstand og utfordringer rundt meningsfull aktivitet, nettverk og sosiale relasjoner tilsier at kommunen bør være forberedt på at denne brukergruppen vil ha behov for sammensatte og koordinerte tjenester fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten fremover.

Aldersfordelingen i Sømna frem til 2040

	2020	2025	2030	2035	2040
0-24	572	523	491	465	445
25-34	194	201	191	175	165
35-44	205	207	225	229	215
45-69	700	685	674	655	620
70-79	217	235	214	234	276
80 år og eldre	121	139	182	195	208

Kilde: SSB – basert på MMMM-tall.



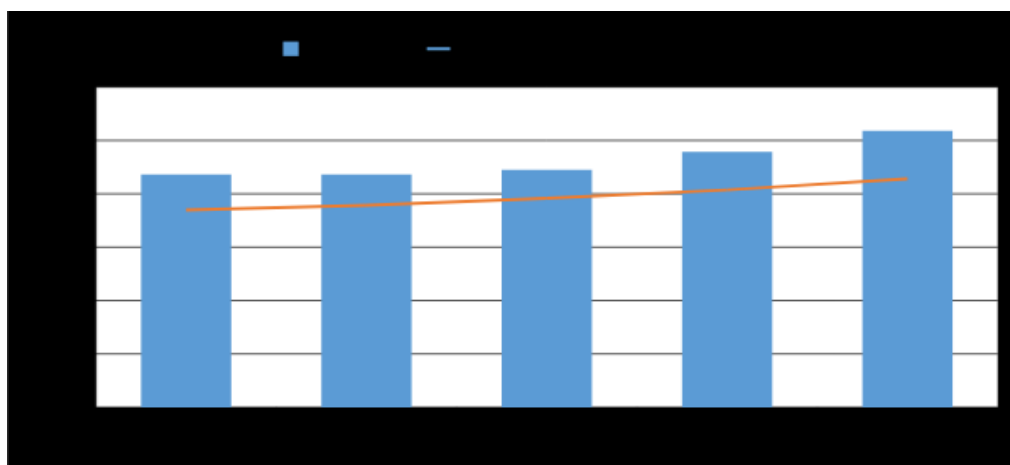
Den demografiske utviklingen med økt antall eldre, er blant annet et utslag av bedre helse. Vi lever lenger og befolkningen har tilsvarende økt antall funksjonsfriske år. Foreløpig ser det ut til at antall år med redusert funksjon ikke har økt. Det er likevel slik at kommunene må ha et høyt fokus på å forebygge store utfordringer knyttet til demografiske endringer.

Forsørgerbrøken

Tabellen viser forsørgerbyrden, altså utviklingen av forholdet mellom yrkesaktive og pensjonister (P), yrkesaktive og uføre (U) og yrkesaktive og barn (B). Yrkesaktive er her definert som aldersgruppen mellom 20 og 66 år. Pensjonister er definert som 67+.

	2018	2018	2018	2018	2035	2035	2035	2035
Kommune	P	P+U	P+B	P+B+U	P	P+U	P+B	P+B+U
Bodø	4,69	2,94	1,69	1,32	3,10	2,17	1,45	1,16
Brønnøy	3,84	2,18	1,48	1,06	2,57	1,65	1,28	0,94
Vevelstad	2,58	1,58	1,30	0,92	2,10	1,35	1,17	0,84
Sømna	2,91	1,68	1,34	0,94	2,01	1,29	1,18	0,84
Vega	2,45	1,54	1,30	0,94	1,64	1,13	0,99	0,74
Bindal	2,32	1,28	1,22	0,79	1,49	0,93	0,95	0,64

Prognose over forsørgerbyrde i Sømna kommune sammenlignet med landssnittet, basert på MMMM-alternativet med middels vekst.



Kilde: Helse Nord

Demografiske utviklingstrekk truer bærekraften i Sømna og de andre kommunene i Nordland. Svekkes forsørgerbrøken i kommunene vil også bærekraften svekkes. Sømna er ikke blant de 20

mest kritiske kommunene, men ligger under landssnittet. Dette kan skape utfordringer med å ivareta befolkningens behov for tjenester.

Kapasitet og kompetanse

Utviklingen stiller økte krav både til kapasitet og kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det er ikke bare behov for personale med mer kompetanse, men delvis også med en annen kompetanse enn det man tradisjonelt har tenkt og planlagt for i tjenestene. Statistisk sentralbyrås framskrivninger av tilbud og etterspørsel blant helse- og sosialfaglig personell tyder på at det på kort sikt er yrkesgrupper som psykolog, fysioterapeut, ergoterapeut, vernepleiere og sykepleiere som er den største utfordringen, men på lengre sikt vil også tilgangen til helsefagarbeidere skape utfordringer for Sømna. Andelen tjenestemottakere vil øke med årene og det vil gi utslag i behovet for antall årsverk som tabellene nedenfor viser.



I arbeidet med planen har vi gjennomgått hvilken kompetanse som innehas i kommunen. Vi dekker mange områder, men har også utfordringer med enkelte fagstillinger. Dette kan skyldes at vi er en

liten kommune og vi klarer dermed ikke å få spesialkompetanse på alle områder. Det er heller ikke økonomi til å opprette mange nye stillinger. I 2019 ble det et kompetanseløft i tilbudet, med ansettelse av psykiatrisk sykepleier. Det er i tillegg fattet vedtak på å ansette kommunal fysioterapeut fra høsten 2019, samt intensjonsvedtak om å ansette to interkommunale psykologstillinger hvor Sømna kommune disponerer én 75 % stilling. Fra 2020 er det lovkrav om å ha ergoterapeut og dette er en stilling som er etterspurt og nødvendig. Det er i dag to spesialsykepleiere innenfor fagområdet diabetes og kreft og en liten andel av kommunale tjenester som innehar spesialisert fagkunnskap innen rehabilitering og habilitering.

Sømna kommune vil trenge styrket kompetanse i forhold til demensomsorg, geriatri, rehabilitering og habilitering, forebygging, psykisk helsearbeid, lindrende omsorg, velferdsteknologi, avansert sykepleie og styrke lederutdanning innen pleie- og omsorg.

I tillegg mangler følgende fagpersonell: kommunal fysioterapeut, ergoterapeut, geriatrisk sykepleier, psykolog, ernæringsfysiolog, audiopedagog og synspedagog.

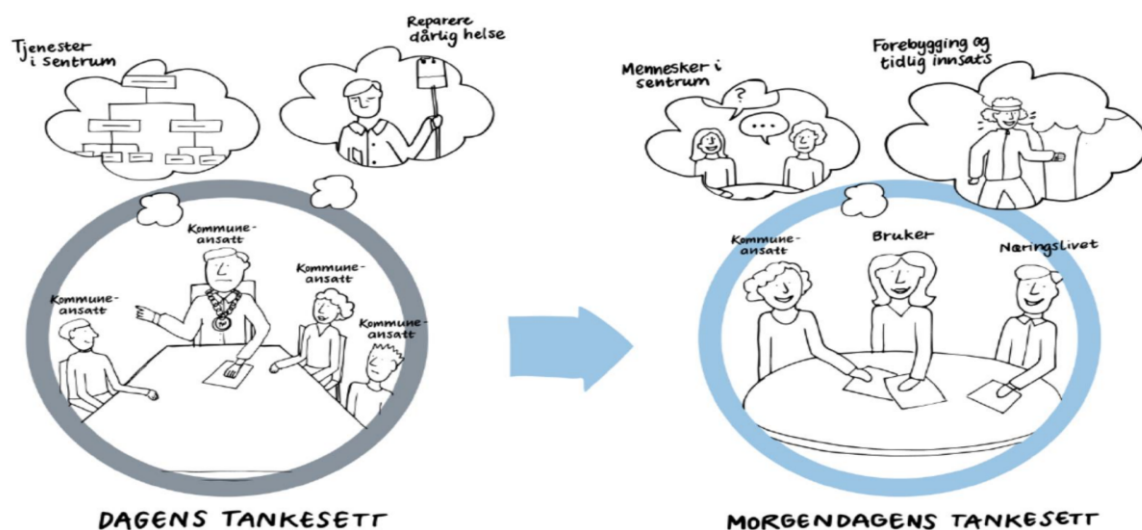
Utviklingen stiller større krav til samarbeid, og det er behov for innovasjon og utvikling av tjenestene i tråd med endrede behov.



5. Morgendagens tankesett

Forebygging og helsefremming

I et livsløpsperspektiv vil tiltak knyttet til forebygging med stor sannsynlighet kunne få store konsekvenser for livskvalitet og antall gode leveår. Forebygging i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er kanskje det området som skiller seg mest fra prioriteringer som spesialisthelsetjenesten står overfor – men samtidig der nyttepotensialet kan være størst. Dette er ikke bare et økonomisk spørsmål, men også et etisk spørsmål om verdighet. Kommunen har et like stort ansvar for å legge til rette for helsefremming og mestring som å behandle sykdom og gi omsorg.



Samskaping

Med bakgrunn i blant annet den demografiske utviklingen i Sømna er det et økt behov for å utvikle tjenestene i dialog med lokalsamfunnet; kommune 3.0 - samskapingskommunen. Begrepet blir brukt for å signalisere en ny rolle for kommunen, hvor vi er på vei bort fra det såkalte "servicesamfunnet" og over mot "fellesskapssamfunnet". Kommunen er ikke lenger først og fremst en myndighet (kommune 1.0), og heller ikke lenger en servicevirksomhet (kommune 2.0). Kommunen er et demokratisk ledet fellesskap av aktive og ressurssterke innbyggere (kommune 3.0). Brukeren er ikke bare en kunde, men også en innbygger som skal bidra til fellesskapet og være en likeverdig partner i samskapingen. Etter inspirasjon fra Danmark har flere norske kommuner etter hvert tatt i bruk dette begrepet. Det er særlig innenfor hverdagsrehabilitering man ser at dette har kommet lengst. Erfaringene viser at det tar tid å endre rollene i tråd med ambisjonene som begrepet innebærer. Nye roller krever ny kompetanse, nye verdier og metoder for dialog med de berørte aktørene. Også i Sømna vil det være viktig å ha fokus på prinsippene i kommune 3.0 i

utviklingen av helse- og omsorgstjenestene. Gode helse- og omsorgstjenester handler om å gi alle mulighet i hverdagen. Det oppnår vi ved å forvente ansvarlighet og aktivt medspill fra alle. Utvikling av kommunen 3.0 handler om å utvikle rollen som samfunnsaktør i tillegg til rollen som tjenesteprodusent. Denne dreiningen er viktig skal kommunen klare å løse velferdsoppgavene i fremtiden.

Bruker- og pårørendemedvirkning

Brukermedvirkning er viktig for at brukerne skal kunne ta en mer aktiv rolle og i større grad bli en ressurs i eget liv. Dette stiller større krav til omsorgstjenestene, som i større grad enn tidligere må kartlegge og forstå brukerens behov. Videre må omsorgstjenestene gjennom kommunikasjon og støtte, tilrettelegge for at brukerne reelt kan delta i beslutninger som angår dem selv. Ved tildeling av tjenester er det viktig å legge vekt på brukerens situasjon og hva som er viktig for brukeren. Bruken av spørsmålet «Hva er viktig for deg?» kan være et viktig virkemiddel for å få frem hva som egentlig betyr noe for brukeren og hva det skal være fokus på. Om man skal ta mestring og brukernes mål på alvor, må man møte brukerne på en annen måte enn det som før har vært vanlig.

6. Mål

Gjennom arbeidet med planen og derav involvering av brukerorganisasjoner og ulike råd har det pekt seg ut et hovedmål som kommunen skal tilstrebe å følge de neste årene.

Hovedmålet er at *brukeren er sikret et kvalitativt godt og effektivt habiliterings- og rehabiliteringstilbud med fokus på hva som er viktig for han/hun for å oppleve mestring.*

Skal vi oppnå dette må vi ha noen klare delmål:

- Koordinerende enhet og koordinatorrollen er styrket
- Individuell plan skal tilbys alle som har behov
- Kompetansen er styrket og det er økt fokus på tverrfaglig samarbeid og samhandling
- Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten er styrket og ansvarsfordelingen er tydelig
- Velferdsteknologi er innført
- Det er økt fokus på kommune 3.0 - samhandling med bruker/pårørende og frivillighet.



7. Tiltak for å styrke habilitering- og rehabiliteringstjenesten

Spørsmålet «Hva er viktig for deg?» vil ha et gjennomgående fokus i alle tiltak som utarbeides. Hva opplever pasient og bruker som verdifullt og meningsfullt? Hva erfares som utfordringer og hindringer for selvstendighet og ønsket deltakelse? Et differensiert tjenestetilbud er viktig for å kunne sette brukeren i fokus



7.1 Oversikt over tiltak

Nr.	Tiltak	Gjennomføring				Kostnad og finansiering i kr.			Ansvar for oppfølging
		2019	2020	2021	2022	Omstilling drift	Ekstern finans.	Økt budsjett-ramme	
1	Tverrfaglig og tverretatlig samarbeid/samhandling	X	X	X	X	X	X	X	Alle
2	Styrking av koordinerende enhet	X	X			X		X	Helse og PLO
3	Frisklivsentral		X	X	X	X	100.000		Helse
4	Individuell plan	X	X	X	X		X	X	Alle
5	Lokalt hjelpemiddellager	X	X			X		X	PLO/teknisk
6	Samhandling med spesialist helse-tjenester	X	X	X	X	X			Alle
7	Velferdsteknologiske løsninger	X	X	X	X	X	X	X	Alle
8	BTI	X	X	X	X	X	X		Helse
9	Gode overganger mellom og i tjenestene	X	X	X	X	X			Alle

Nr.	Tiltak	Gjennomføring				Kostnad og finansiering i kr.			Ansvar for oppfølging
		2019	2020	2021	2022	Omstilling drift	Ekstern finans.	Økt budsjett-ramme	
10	Styrket fokus på ernæring	X	X	X	X	X	X	X	Helse/PLO
11	Dysleksivennlig skole	X	X	X	X	X			Skole
12	Læring og mestring	X	X	X	X	X			Helse/PLO
13	God dialog og samarbeid med brukerorganisasjoner	X	X	X	X	X			Alle, helse har overordnet ansvar
14	Råd for funksjonshemmede	X	X	X	X			X	Administrasjonen
15	Økt bruk av tolk	X	X	X	X	X			Kultur og velferd
16	Vurdering og kartlegging	X	X	X	X	X			PLO/Helse
17	Kunnskapsbasert tjenesteutvikling	X	X	X	X	X	X		Alle
18	LOS-funksjon	X	X	X		X	X		Kultur og velferd

Nr.	Tiltak	Gjennomføring				Kostnad og finansiering i kr.			Ansvar for opp- Følging
		2019	2020	2021	2022	Omstilling drift	Ekstern finans.	Økt budsjett- ramme	
19	Musikkbasert miljøbehandling	X	X	X	X	X			Kultur og velferd
20	Lysbehandling		X	X	X	X	X	X	Helse
21	Sosiale møteplasser		X	X	X	X	X	50.000	Kultur og velferd
22	Konferanse/fagdag	X					X		Prosjektgruppe
23	Transport		X				X	X	PLO/teknisk
24	Samskaping – kommune 3.0	X	X	X	X	X			Alle
25	Generelle primærforebyggende tiltak	X	X	X	X	X	X		Alle
26	Revidere planen				X	X			Leder helse/PLO

7.2 Utdypning av tiltak

1) Tverrfaglig og tverretatlig samarbeid og samhandling

Rett kompetanse til rett tid og riktig sted! Det er i dagens organisering av tjenester knyttet til habilitering og rehabilitering mange ulike enheter, team og grupper. Det er også ønske om å opprette nye team, som blant annet geriatrik team og mestringsteam som i større grad skal jobbe utadrettet mot både enkeltpersoner og familier. Fokuset må være på hvordan man kan videreutvikle teamarbeid/fagteam for å sikre tverrfaglighet, fleksibilitet, helhet og kontinuitet. Dette inkluderer også hverdagsrehabilitering/hverdagsmestring da man ser at det ved ny teamstruktur og økt samhandling kan være et stort potensial for å tilby dette i langt større grad.

Det vil være behov for en større gjennomgang av alle tjenestestrukturer innen helse- og omsorgsfeltet og samarbeidsformer med andre enheter knyttet til rehabilitering og habilitering i kommunen, for å vurdere og foreslå en mer optimal organisering.

Helsestasjon for eldre og hjemmebesøk til de som er over 75 er også tiltak som er kommet opp i arbeidet med planen. Det er fornuftig at dette inngår som en del av videreutvikling av teamstruktur i kommunen slik at vi kan sikre et kvalitativt godt tilbud med god ressursutnyttelse og dermed økt bærekraft.

Interkommunale løsninger for å kunne samarbeide mer om de spesielle kompetanseområdene, slik brukerorganisasjoner og enheter selv har et ønske om må vurderes i dette arbeidet. Eksempel på dette er spesialsykepleier innen rehabilitering og ernæringsfysiolog.

2) Styrking av koordinerende enhet

Brukerens koordinator har et særlig ansvar for å sikre at brukers rett til medvirkning blir ivaretatt, og derfor bør koordinatorenes kompetanse særlig styrkes.

Muligheter for å slå sammen koordinerende enhet for barn og voksne skal vurderes. Dette må sees i sammenheng med en strukturgjennomgang av alle enheter knyttet til habilitering og rehabilitering.

Det er viktig at det settes av tilstrekkelig med tid til opplæring av leder av koordinerende enhet. Verktøy som støtter opp under brukermedvirkning skal brukes der dette er hensiktsmessig. I tillegg til individuell plan kan dette for eksempel være en kunnskapsbasert fagprosedyre om hvordan koordinator kan styrke brukermedvirkning ved utarbeidelse av mål i individuell plan. Sømna kommune vil jobbe mer systematisk med hvordan den enkelte bruker og pårørende involveres i å vurdere behov og bestemme hvilke tiltak som skal settes i gang. Brukerne skal være aktive og likeverdige deltakere. Den enkeltes familie og nettverk skal trekkes med i re-/habiliteringsforløpet og ved behov få tilbud om faglig veiledning, avlastning og støtte. Dette innebærer at man hele tiden må vurdere pårørendes behov for støtte og være særlig oppmerksom på pårørende som er i en særlig utsatt situasjon.

3) Frisklivsentral

Basert på kommunens utfordringer med levevaner, fysisk og psykisk helse er det viktig at det etableres et tilbud til denne brukergruppen. Kommunen er pliktig til å ha et tilbud til befolkningen som ønsker å endre livsstil, noe vi per i dag ikke har, men som har vært etterspurt fra alle enheter knyttet til helse- og omsorgstjenesten. Måten frisklivssentral organiseres på har vært forsket på i mange år med gode resultater. Frisklivssentralen skal inneha tilbud til barn, voksne, eldre og familier som har behov for oppfølging. Dette kan gjelde innenfor psykisk helse, fysisk helse, ernæring, søvnproblemer m.m. Organiseringen kan også i høyere grad bidra til god oppfølging av personer/familier som har vært på ulike helseopphold andre steder i landet. Tilbudet må hele tiden baseres på innbyggernes behov.

Organiseringen av frisklivsentral må sees i sammenheng med tiltak nr. 1; tverrfaglig og tverretattlig samarbeid og samhandling. Nye lovkrav trer i kraft fra 2020; ergoterapeut og psykolog. I tillegg ble det lovkrav om fysioterapeut i 2018. Det er gjort vedtak på at vi skal ansette kommunal psykologer tilsvarende 75 % fra 2019. Dette inngår i et interkommunalt samarbeid. Det er i økonomiplan for 2019-2022 vedtak om å ansette kommunal fysioterapeut, men det er ikke tatt stilling til hvordan vi skal ivareta lovkravet om ergoterapeut. Det vil også være naturlig å trekke inn tiltak knyttet til mestring og læring, noe som er sentralt innen rehabilitering og habilitering. Vi er en liten kommune og vi må utnytte ressursene på en god måte. Høsten 2019 skal det jobbes frem et forslag om opprettelse av frisklivsentral og hva den skal inneholde.



4) Individuell plan (IP)

Alle enheter med brukere som har krav på IP benytter Sampro som verktøy. Ledende helsesykepleier er «superbruker» og veileder de andre enhetene. Flere brukere skal få tilbud om IP. Det utarbeides retningslinjer for arbeidet med IP.

5) Hjelpemidler

- Rom til renhold må komme på plass for å tilfredsstille krav om hygiene. Det er også behov for større lager for hjelpemidler. Renhold og lager legges inn som forslag i investeringsbudsjettet for 2020-2024.
- Kommunen ser på mulighetene for evt. interkommunalt samarbeid i forhold til utlån og tilpasning av hjelpemidler. Dette ses i sammenheng med organiseringen av tjenester knyttet til habilitering og rehabilitering.
- Informasjon om hjelpemidler, både innad i organisasjonen og til brukere/innbyggere skal bli lettere tilgjengelig.

6) Samhandling med spesialisthelsetjenesten

Kommunen jobber for bedre samhandling med Helgelandssykehuset og god dialog med representant i OSO (overordnet samhandlingsorgan). Ved samhandlingsmøter deltar representanter fra helse- og omsorgstjenestene, samt administrativ ledelse. Viktig at oppgavefordeling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten til enhver tid er avklart for å sikre kvalitet og oppfølging.

Tjenesteavtale 2 skal gjøres kjent- og følges opp- av alle som jobber med habilitering og rehabilitering. Ansvar for å følge opp tjenesteavtalen i kommunen legges til enhet for helse.

7) Velferdsteknologi og økt digitalisering

Velferdsteknologi er ikke et mål i seg selv, men et virkemiddel for å realisere viktige verdier for brukere og tjenestene. Velferdsteknologi skal bidra til å nå målet i samhandlingsreformen om å gi bærekraftige helse- og omsorgstjenester. Det er en nasjonal målsetting at velferdsteknologi skal kunne tilbys som en integrert del av kommunens helse- og omsorgstilbud innen 2020. Sømna kommune er en av 18 kommuner på Helgeland som skal delta i en stor satsing på digitalisering, «Digitale Helgeland». Prosjektet er innvilget skjønnsmidler i en periode på 3 år. Prosjektet startet med en digitaliseringskonferanse over 2 dager i mai. Velferdsteknologi er trukket frem som et prioritert satsingsområde.

Det må kontinuerlig ses på digitale løsninger for kommunikasjon med brukere og det må sikres en god implementering der både ansatte og brukere blir ivarettatt. Brukerorganisasjoner bør trekkes med i planleggingen.

Under er en prioritert liste over innføring av velferdsteknologi:

- Digital tverrfaglig samhandling (enhetene tar aktivt i bruk Visma Sampro)
- Kursing av helsepersonell
- Styrking av IT-staben som kan bistå i etablering og daglig drift.

- Mobil pleie - håndholdte terminaler for å kunne ha med elektronisk pasientjournaler ut til brukerne.
- E-rom. Dette er det samme som mobil pleie, men er beregnet på institusjoner.
- Digitale/mobile trygghetsalarmer som er uavhengige av hvor man befinner seg. De har sensorteknologi som kan registrere både hvor brukeren befinner seg og kan kommunisere med helsepersonell.
- Økt bruk av skype/video-overføring mellom sykehus og bruker/kommunalt helsepersonell.

8) BTI - samhandlingsmodell for bedre tverrfaglig innsats

Jo tidligere vi kommer inn for å forebygge og avdekke utfordringer, jo bedre. Det må startes allerede under graviditeten. Kommunen deltar for tiden (2019-2020) i et toårig kompetansehevingsprogram gjennom KoRus som heter "Tidlig inn". Her er fokus på rus, psykiatri og vold i svangerskapet og spedbarnstiden. Målet er å sikre tidlig innsats og et helhetlig kommunalt tjenestetilbud for barn, unge og deres familier med samordnede tjenester av høy kvalitet. Kommunen tar i bruk BTI-modellen som skal kvalitetssikre helhetlig og koordinert innsats uten at det blir brudd i oppfølgingen. Modellen gir en oversikt over handlingsforløp, og kan bidra til å rette opp i svikt i samhandling mellom tjenester både på lokalt, regionalt og statlig nivå.

9) Gode overganger i og mellom de ulike tjenester

Det vil være viktig å styrke kartlegging og forbedre rutiner for å sikre gode og sømløse overganger mellom livsfasene for de som ikke mestrer hverdagslivet og/eller som har utviklingsrelaterte diagnoser. Planleggingen av overgangen fra tjenester til barn og over i tjenester for voksne må starte tidlig. Her kan planlegging av botilbud, utdanning og aktivitet nevnes.

- Det er etablert overgangsrutiner mellom barnehage og skole og mellom ulike trinn, men disse har behov for revidering.
- Rutiner må holdes jevnlig oppdatert og skal være kjent blant de ansatte.
- Det holdes jevnlig overgangsmøter ved behov.

10) Ernæring

Ernæring er viktig i alle livsfaser og det er behov for veiledning og økt kunnskap i alle tjenester som jobber med habilitering og rehabilitering, både i forhold til forebygging og ernæringsvansker. Det primærforebyggende fokuset gjennom helsefremmede barnehager og skoler må holdes ved like og det er også behov for kontinuerlig fokus og oppdatering. Ved opprettelse av frisklivscentral vil kostveiledning og oppfølging inngå som en viktig del av tilbudet.

11) Dysleksivennlig skole

Likt og godt tilbud til alle barn som har utfordringer med dysleksi har høyt fokus. Rutiner for oppfølging, samt økt fokus på tilrettelegging og bruk av hjelpemidler skal sikres. Elever og foresatte skal ha god informasjon om stønadsordninger og hjelpemidler. «Språkkommune»-satsingen som omhandler alle elever, også de med dysleksi, skal videreutvikles.

12) Læring og mestring

Et viktig grunnleggende element i å fremme ny brukerrolle er det man på fagspråket kaller empowerment, altså å styrke brukerens evne til å forstå, vurdere og anvende informasjon og helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Dette gjelder både beslutninger knyttet til livsstils valg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten.

Tiltak må tilpasses målgruppens forutsetninger. Brukere som ikke selv kan oppsøke helse- og omsorgstjenester eller ivareta egen helse, er avhengig av både pårørende og helsepersonell. Dette innebærer at informasjon om hvordan man øker helsekompetansen blant disse gruppene også må rettes mot hjelpeapparatet og pårørende. Der det er behov for veiledning fra annen kompetanse enn det vi selv innehar kan videokonferanser i høyere grad benyttes.

Dette tiltaket inngår også som en viktig del av frisklivssentralen og samarbeidet med brukerorganisasjonene, spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester.

13) God dialog og samarbeid med brukerorganisasjoner

- Det legges opp til faste årlige treffpunkt mellom kommunen og brukerorganisasjoner.
- Det skal utvikles en funksjon på kommunens hjemmeside der brukerorganisasjoner registrerer seg (organisasjon, kontaktinformasjon og hva formålet med organisasjonen er). Kommunen er behjelpelig med å få dette på plass, men brukerorganisasjonene selv er ansvarlig for oppdatering av informasjon. Her kan de også legge ut kurs/arrangement som publiseres på kommunens hjemmeside.
- Alle aktører som jobber med/mot denne målgruppen skal være kjent med hvilke brukerorganisasjoner som kan kontaktes og hva de kan bistå med. I samarbeid med brukerorganisasjoner, private aktører og spesialisthelsetjenesten skal det jevnlig tilbys kurs som svarer til behovet. Enhetene inviterer de ulike brukerorganisasjoner på fagmøter.
- Det utarbeides informasjonsbrosjyre over tilbud/tjenester og brukerorganisasjoner som er tilgjengelig både digitalt og i papir.

14) Kommunalt utvalg for funksjonshemmede

For ny valgperiode fra høsten 2019 skal det jobbes for å opprette et utvalg for funksjonshemmede (tidligere råd). Utvalget skal høres i alle saker som angår denne gruppen. Det er viktig at dette ikke begrenses til kun helse, men alle sektorer der dette kan være relevant. Det har tidligere vært utfordrende å få representanter i dette utvalget og muligheten for å slå dette sammen med eldrerådet har vært diskutert. Dette anbefales ikke.

15) Økt bruk av tolk

For noen brukere og pårørende er det nødvendig med tolk i møte med helse- og omsorgstjenestene. Kommunens tolketjeneste skal derfor brukes når det er nødvendig for å gi forsvarlig helsehjelp, informasjon og sikre at brukerens mulighet for medvirkning ivaretas.

16) Vurderings- og kartleggingskompetanse

Det er et økende behov for vurderings- og kartleggingskompetanse. For å avdekke behov for habilitering og rehabilitering kreves det at ansatte innehar god vurderingskompetanse, samt at det finnes gode systemer og kartleggingsverktøy for avdekking og registrering av behov på individ- og systemnivå.

17) Kunnskapsbasert tjenesteutvikling

Det er viktig at kommunen hele tiden driver kunnskapsbasert. De siste årene har det kommet en rekke kartleggingsverktøy og undersøkelser som kommunen har tatt i bruk. Dette er blant annet BrukerPlan og Ungdata. Folkehelseloven pålegger kommunene å ha oversikt over helsetilstanden blant befolkningen og faktorer som påvirker dette, både positivt og negativt. Det vil derfor være viktig å gjennomføre jevnlige brukerundersøkelser som grunnlag for videre målrettet utvikling av habiliterings- og rehabiliteringstjenestene. Dette er et supplement til de andre kartleggingsundersøkelsene. Kommunen skal jobbe videre med det løpende oversiktsarbeidet og sikre tverrfaglig oppfølging av kartlegginger og undersøkelser.



Planer som vil ha påvirkning på habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet gjennomgås og oppdateres ved behov.

18) LOS-funksjon

Våren 2019 startet arbeidet med å etablere en LOS-funksjon, et 3-årig prosjekt som kommunen har fått tilskudd til. Målet er at ungdom som faller utenfor, eller som er i ferd med å falle utenfor ordinær skolegang og jobb raskere skal komme tilbake til dette igjen. LOS funksjonen skal fungere som et bindeledd mellom ulike tjenester i ungdommens og familiens liv, og skal bistå og følge opp de som er sårbare i faser som kan være utfordrende, for eksempel i overgang mellom ungdomsskole og videregående skole.

19) Musikkbasert miljøbehandling (MMB)

MMB er tiltak der en bruker sang, musikk, rytmisk trening, dans og annen bevegelse integrert i en helhetlig omsorg. Dette kan være opplegg for enkeltpersoner eller i grupper. Nyere forskning viser at systematisk bruk av MMB med utgangspunkt i hver enkelt persons behov kan styrke velvære, livskvalitet, trivsel og opplevelse av egenverd. Det kan også lindre symptomer som uro, depresjon, passivitet og angst.

I Sømna har kulturskolen og helsesektor samarbeidet om MMB-tiltak siden 2015. LIMOG (Et liv i musikk og glede) startet opp som prosjekt og er nå et fast tilbud som når flere. Ukentlig samles beboere, pleiepersonell, pårørende, aktivitører og kulturskoleansatt til aktive musikkstunder. En gang i uken bidrar også biblioteksjefen med dikt og små fortellinger. Barnehagene i kommunen deltar i generasjonssang der de eldste i barnehagene besøker en av avdelingene på omsorgsheimen med eget musikk- og bevegelsesprogram. Kulturskoleansatt besøker også enkeltpersoner med sang og musikk der det er ønske og mulighet for det. Miljøtjenesten og kulturskolen samarbeider om musikktilbud for 8 brukere med ulike livsutfordringer (LIMOG Colours). Dette musikktilbudet fra kulturskolen brukes også i sommerskolen som Nordnorsk pensjonistskole arrangerer i samarbeid med NAV. Rundt 20 personer ansatt i pleie og omsorg har gjennomført kurset ABC MMB 2018/19 og en av musikkpedagogene i kulturskolen videreutdanner seg innen musikk og helse ved Norges Musikkhøgskole 2018–2020. Pleie- og omsorg og kultur og velferd i Sømna kommune deltar i regionalt nettverk for MMB, og arbeidet for å øke kunnskapen, skaffe kompetanse og ta i bruk MMB på flere områder vil være en kontinuerlig prosess og satsing for Sømna samfunnet.

20) Lysbehandling

Kommunen skal bidra til å se på mulige løsninger for å kunne tilby lysbehandling. Det er mange innbyggere som har behov for dette tilbudet knyttet til hudplager. Nærmeste sted for å få lysbehandling er i Mosjøen. Kommunen må vurdere både mulighet for å organisere dette lokalt, samt interkommunal løsning som del av nytt distrikts-medisinsk senter.

21) Sosiale møteplasser

Økt og videreutviklet samarbeid med Frivilligsentralen.

Det må være fokus på å tilrettelegge for flere sosiale møteplasser, i alle aldersgrupper. Dagsenter for demente er et eksempel.

22) Konferanse/fagdag

I samarbeid med Nordnorsk Pensjonistskole planlegges det en stor konferanse høsten 2019 der ulike temaer knyttet til habilitering og rehabilitering er på dagsplanen. Deler av konferansen vil være åpen for alle og enkelte deler vil være for spesielt interesserte, enten det er fagarbeidere, brukere eller pårørende. Det legges opp til en konferanse for hele Sør-Helgeland. Dette støttes av midler kommunen har fått fra Fylkesmannen til utarbeidelse av denne planen. Et viktig bidrag for å styrke kompetansen på rehabiliterings- og habiliteringsfeltet.

23) Transport

Det kjøpes inn kommunal bil som skal ha plass til rullator og rullestol. Krav til å kjøre bilen skal kun være sertifikat klasse b, og den kan benyttes av kommunens avdelinger og frivilligsentralen. Dette blir et tiltak som vil bidra til økt sosialisering og trivsel i hverdagen.

24) Samskaping - «Kommune 3.0»

Sømna kommune ønsker å fremme en ny brukerrolle der brukeren er aktivt deltakende i re-/habiliteringen, jamfør prinsippene i kommune 3.0. Dette innebærer å ta i bruk brukernes egne ressurser på nye måter, med økt fokus på mestring i hverdagslivet med utgangspunkt i den enkeltes behov, ressurser og mål. Kommunens ansatte skal møte innbyggere som har nedsatt funksjons- og mestringsevne med spørsmålet «Hva er viktige for deg? Og hvordan kan vi løse dette? heller enn «Hva trenger du hjelp til?». En slik positiv forventning til egen mestring kan, for eksempel for en eldre person med nylig hoftebrudd,

åpne for å fortsette med være en aktiv medspiller i eget liv istedenfor som en mottaker av hjelp. For at ansatte skal kunne motivere og bistå brukerne i å være aktiv deltakende i egen re-/habilitering ønsker kommunen å øke de ansattes kompetanse innen endringsmetodikk.

Frivilligheten har en viktig rolle i utviklingen av kommune 3.0 I løpet av 2019 skal det utarbeides en kommunal frivillighetsmelding basert på blant annet kartleggingen av frivilligheten som ble gjennomført høsten 2018.

25) Generelle primærforebyggende tiltak

I tillegg til tiltak som er nevnt over er det viktig at kommunen har fokus på primærforebyggende tiltak, det vil si tiltak som når store deler av befolkningen, før de får behov for habilitering og rehabilitering.

Eksempler på dette er strøing av glatte fortau, brøyting av veier, trafikksikkerhetstiltak og tilrettelegging av tuområder. I Sømna er det vedtak om å jobbe helsefremmende i barnehage og skole og dette er et viktig primærforebyggende tiltak som også kan bidra til å utjevne sosiale forskjeller. Det jobbes med å revidere trafikksikkerhetsplanen for å videreføre status som trafikksikker kommune.

De primærforebyggende tiltakene omtales gjennom andre kommunale planer.

26) Revidere planen

Planen revideres hvert fjerde år.