

*Brukere med sammensatte behov skal kunne mestre og delta likeverdig i samfunnet ut fra de forutsetninger den enkelte har.*

## Kommunal plan for habilitering og rehabilitering

Stjørdal kommune 2019 - 2021

K-sak i møte 10. april 2019

---

## Innhold

1	Sammendrag med anbefalinger .....	2
<b>2</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>3</b>
2.1	Formål .....	3
2.2	Planens virkeområde.....	3
2.3	Målgrupper.....	4
2.4	Planprosess.....	4
3	Habilitering og Rehabilitering.....	5
3.1	Begrepsavklaring.....	5
3.1.2	Habilitering.....	5
3.1.3	Rehabilitering.....	6
3.1.4	Brukermedvirkning.....	6
3.1.5	Koordinering .....	6
3.2	Kommunens ansvar, sentrale føringer .....	7
3.3	Samarbeid med spesialisthelsetjenesten .....	7
3.3.1	Forventninger til kommunen.....	8
3.3.2	Brukergrupper.....	8
4	Lokale forutsetninger.....	9
4.1	Omsorg 2032, overordnede mål, og demografisk utvikling .....	9
4.2	Koordineringsfunksjoner – koordinerende enhet .....	10
4.3	Status i habiliterings- og rehabiliteringstilbudet i Stjørdal kommune pr. 2019.....	11
4.3.1	Habiliteringstjenestene .....	11
4.3.2	Rehabiliteringstjenestene .....	14
5	Utfordringsbildet .....	17
5.1	Brukermedvirkning.....	17
5.2.	Samhandling, koordinerte og helhetlige tjenester .....	17
5.3	Prioritere forebyggende og helsefremmende arbeid .....	18
5.4	Tilgjengelighet for alle.....	18
6	Handlingsplan for habilitering- og rehabilitering I Stjørdal kommune .....	19
6.1	Satsningsområder .....	19
6.2	Tiltaksplan.....	20
6.3	Rullering.....	23
	Referanser.....	23

## 1 Sammendrag med anbefalinger

Stjørdal kommune har utarbeidet plan for habilitering og rehabilitering. Planen omfatter alle aldersgrupper, uavhengig av diagnose, og har et gjennomgående fokus på brukermedvirkning. Planen henger sammen med kommunens øvrige planverk, og da nærmest omsorgsplanen, Omsorg 2032. Det er for å sikre sammenheng og forpliktelser på tvers av kommunens etater.

Habilitering og rehabilitering er forankret i helselovgivningen, men kjennetegnes ved at det også innbefatter deltjenester fra flere etater i kommunen. Habilitering og rehabilitering skjer både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene, og utfordringsbildet til fagfeltet blir beskrevet å ligge i skjæringspunktet mellom blåstjenestene og pleie- og omsorgstjenestene.

Det er et overordnet helsepolitisk mål at habilitering og rehabilitering skal styrkes i kommunene og videreutvikles i spesialisthelsetjenesten. For fremtiden må derfor spesialisthelsetjenestens tilbud spisses ytterligere, og noen tilbud som i dag blir gitt av spesialisthelsetjenesten overflyttes og ytes i kommunene (7).

For å illustrere både nåsituasjon og ønsket situasjon, har arbeidsgruppa utarbeidet en habiliterings- og en rehabiliteringspyramide for Stjørdal kommune. Planen munner ut i en handlingsplan der videre satsningsområder og tiltaksplan skisseres.

### *Anbefalinger:*

1: Stjørdal kommune har tverretattlig og tverrfaglig god og bred kompetanse innenfor fagfeltene habilitering og rehabilitering. Vi har dog behov for at tjenestene samordnes og koordineres bedre, slik at tjenestetilbudet blir mere helhetlig og målrettet. Arbeidsgruppen anbefaler at KE sikres tydelige rammer og mandat, at koordinatorene av ansvarsgrupper og individuelle planer får god opplæring, tydelig mandat og får nødvendig myndighet som teamleder. Vi anbefaler at kommunen etablerer praksis med å fatte vedtak på tverrfaglig rehabiliterings tilbud (s.9, 10).

2: Vi ser et stort behov for tverrsektorielt løft for at mennesker med funksjonsnedsetting skal ha likeverdige muligheter for aktiv og meningsfull fritid og arbeid (s. 12).

3: Vi ser at kommunen bør bli bedre på å være tidlige inn med kompetente tiltak til barn med begynnende skeiv eller feilutvikling, både når det gjelder samspill, motorikk og læring. Vi mener «Handlingsveilederen» må implementeres i tjenestene, og vi anbefaler videreutvikling av prosjektet «klar ferdig gå» til også å nå barnehagene (s. 21).

4: Det bør iverksettes opprettelse av dagrehabiliterings tilbud (s.16).

5: Arbeidsgruppa har et stort OBS varsel; med de bestemmelser som er gjort fra staten, at ansvar og oppgaver fra spesialisthelsetjenesten skal overføres til kommunehelsetjenesten, så må kommunen ha en opptrapping av kapasitet for å håndtere trinn 2, 3 og 4 på et faglig forsvarlig nivå (s. 16).

## 2 Innledning

### 2.1 Formål

Brukere med sammensatte behov skal kunne mestre og delta likeverdig i samfunnet ut fra de forutsetninger den enkelte har.

Stjørdal kommune skal ha en struktur og et tjenestetilbud som bidrar til at personer som har behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering får tilgang på nødvendige og relevante tjenester, og som samtidig er i samsvar med kommunens lovpålagte plikt for nettopp dette tjenesteområdet.

De kommunale habilitering og rehabiliteringstjenestene skal være samordnede og koordinerte, stimulere til egen læring, motivasjon, økt funksjons – og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse.

Regjeringen har i Opptreppingsplan for habilitering og rehabilitering 2017 – 2019 (7) bekreftet at det er et mål at kommunene skal overta flere oppgaver fra spesialisthelsetjenesten, og at habiliterings- og rehabiliteringsinnsatsen på sikt skal skje i kommunene. Det er i denne sammenheng pålagt kommunen å utarbeide en helhetlig plan for habilitering og rehabilitering, med intensiver til å starte med en opptrapping og styrking av det kommunale tjenestetilbudet.

*Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator pålegger kommunen å ha en strategi og god oversikt over relevante behov i hver enkelt kommune. Kommunen er pliktig til å planlegge sin habilitering- og rehabiliteringsvirksomhet, slik at den oppfyller krav i lov og forskrift (2).*

Arbeidsgruppa har utarbeidet følgende mål med Kommunal plan for habilitering og rehabilitering i Stjørdal kommune:

- Tjenestene tilbys og ytes ut fra pasient og brukerperspektiv
- Tjenestene er målrettet, tverrfaglig samordnet og systematisk koordinerte
- Systematisk samhandling mellom bruker, pårørende og tjenesteyter
- Tjenestene tilbys og ytes i eller nærmest mulig pasient/brukers vante miljø
- Samhandling mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå, eller på tvers av forvaltningsnivåene

Hva er gjort av tilsvarende arbeid i kommunen tidligere?

«Plan for Medisinsk rehabilitering i 1992, basert på Helsedirektoratets Veilednings-serie: «Medisinsk rehabilitering- planlegging og organisering». Det ble også laget en plan for barn-unge opp til 18 år. I 2002 ble planen revidert (integret i helse- og omsorgsplanen for 2002 – 2006)»  
Anne Strøm.

### 2.2 Planens virkeområde

Stjørdal kommunene er ved lov pålagt å ha oversikt og en strategiplan for habilitering - og rehabiliteringstjenester i kommunen. Det gjelder tjenester som tilbys og ytes etter Helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2 nr.5: Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering (1). Loven er nærmere regulert i Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2).

### 2.3 Målgrupper

Målgruppene for habilitering og rehabilitering er i utgangspunktet alle med redusert funksjon, eller fall i funksjon, og som har behov for sammensatte, planlagte og koordinerte tiltak for å nå eller å vedlikeholde sitt optimale fysiske, sansemessige, intellektuelle, psykiske og sosiale funksjonsnivå, uavhengig av diagnose og alder. Pårørende vil i mange tilfeller også være med i målgruppen, særlig der det dreier seg om barn.

### 2.4 Planprosess



Proessen med *helhetlig plan for habilitering og rehabilitering* startet i 2017. Stjørdal kommune søkte, og fikk innvilget, tilskudd fra fylkesmannen til arbeidet, i forbindelse med ny forskrift og veileder for dette feltet.

Bilde 1 og 2: Fra første plan-workshop

Det aktive arbeidet med planen startet våren 2018 med en workshop for ansatte i etat omsorg som arbeider med habilitering og rehabilitering, kommuneoverlege, fastlege, forvaltningskontoret, IT-avdelingen, og brukerrepresentant fra eldreråd og rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne deltok. I sammenheng med plan-workshopen ble det orientert om arbeidet i politiske fora, der de politiske rådene og komité levekår kom med ytterligere innspill til planen. Planen er skrevet vinteren 2018/2019. En egen arbeidsgruppe ble nedsatt for arbeidet, og de har deltatt med innspill på innhold og oppbygning av planen. Arbeidsgruppa har bestått av:

- Marianne Halsen Bikset, avdelingsleder HMT
- Turid Engan Øren, avdelingsleder barne/ avlastningstjenesten
- Bente Aamodt, avdelingsleder fysio/ergoterapitjenesten
- Jorunn Marie Lyngen, ansatte-representant og ergoterapeut i fysio/ergoterapitjenesten
- Anders Heggem, ansatte-representant og sykepleier i HMT
- Leif Ekren, brukerrepresentant og leder i «Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne»
- Gunnar Uglem, leder i Komite Levekår.
- Ann Kristin Hoås, virksomhetsleder Forebyggende virksomhet.
- Andreas Evenhus, avdelingsleder Psykisk Helse og Rus
- Arve Stoum, avdelingsleder Psykisk Helse og Rus
- Hege Brandsæter, avdelingsleder Bo og Miljøarbeidertjenesten
- Haakon Brende Lind, Christian M Hasfjord, leder forvaltningskontoret og Koordinerende Enhet.

Arbeidsgruppa har i tillegg hatt dialog med følgende virksomheter/tjenester i planarbeidet:

- Teknisk etat (universiell utforming)
- PPT tjenesten med leder av PPT Turid Skumsvoll, og logopedtjenesten Ann Monica Lyngås
- Meråker kurbad
- Regional vurderings enhet (RVE) og Regional koordinerende enhet (RKE)
- Prosjektet Likeverdige Muligheter v/Inga Stokke
- HEMIT, v/ Tanja Skjevik
- Prosjekt døgnrehabilitering v/ Kari Lundgren
- Kommunalt og regionalt prosjekt Helhetlig Pasient Forløp, der fastlegene er representert v/ Ingvild Kjesbu, og hjemmesykepleier v/Stine Slørdal.

## 3 Habilitering og Rehabilitering

### 3.1 Begrepsavklaring

1. mai 2018 redefinerte Helsedirektoratet definisjonen 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 mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet» (2).

Habiliterings- og rehabiliteringsprosesser kan inneholde ulike tiltak, ut fra den enkeltes mål. Aktivitet og deltagelse kan fremmes ved ulike former for funksjonstrening, tilpasning av omgivelser, og bruk av tekniske eller digitale hjelpemidler. Det er et viktig prinsipp at selve opptreningen (fysisk trening, trening i hverdagsaktiviteter, språklig, sosial eller kognitiv trening m.m) doseres slik at brukeren oppnår optimal effekt (16).

I veilederen om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (3) skiller man mellom ulike målgrupper;

#### 3.1.2 Habilitering

Målgruppen med behov for habilitering, er generelt sett personer som har medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse. Med tidlig ervervet menes det at tilstanden er ervervet før man fyller 18 år. For mange innebærer dette at man ikke følger et forventet utviklingsforløp. Målgruppen for habilitering er deltelt: Barn og unge med behov for habilitering, og voksne med behov for habilitering.

Barn og unge med behov for habilitering har ulike sykdommer eller kroniske tilstander. Felles er at tilstanden påvirker funksjonsnivå, læringsevnen og livskvalitet i en slik grad at de har behov for strukturert, tverrfaglig og tverretattlig bistand over tid. Deres diagnose sier vanligvis lite om funksjonsnivå og evne til selvstendighet og deltagelse.

Voksne med behov for habilitering (de over 18 år) har behov for tilrettelegging av bosituasjon, arbeidsdeltakelse, aktiviteter, og det sosiale miljøet. Tverretattlig samhandling er ofte avgjørende. På lik linje med befolkningen for øvrig, øker gjennomsnittlig levealder også til personer med utviklingshemming. Forskning viser imidlertid at noen er disponert for en tidligere aldringsprosess enn den øvrige befolkning (18).

### 3.1.3 Rehabilitering

Målgruppen med behov for rehabilitering kjennetegnes generelt ved at de har behov for å gjenvinne tapte funksjoner etter sykdom, skade, eller rusavhengighet. Arbeidsmetoden kjennetegnes ved at man arbeider med re-læring og oppøving av tidligere funksjoner og ferdigheter.

I veilederen om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, deles målgruppen for rehabilitering i to, somatisk rehabilitering og rehabilitering innen psykisk helse og rus. Ved somatisk rehabilitering er behovet relatert til funksjonsnedsettelse etter sykdom og/eller skade og gjelder i utgangspunktet for alle aldre. For unge og voksne i yrkesaktiv alder, er rehabilitering med arbeid som mål sentralt.

Ved rehabilitering knyttet til psykisk helse og rus kan behovet være oppstått på grunn av alvorlig og langvarig psykisk lidelse og/eller rusmiddelproblemer og har særlig vekt på psykiske, kognitive, sosiale og psykososiale utfordringer. Man har fokus på at tilgang til bolig, arbeid, fritidsaktivitet tiltak for somatisk helse og fysisk funksjon må iverksettes. Det er i stor grad behov for samarbeid på tvers av flere etater og behandlingsnivåer (3).

### 3.1.4 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er en organisert samarbeidsprosess mellom bruker og tjenesteyter, der brukeren har innflytelse på planleggingen og den faktiske utformingen av rehabiliteringstilbudet (9). Brukermedvirkning har alltid to formål; å kvalitetssikre det endelige tilbudet, og å sikre deltagelse i egen prosess. Lov om pasient- og brukerrettigheter regulerer brukermedvirkning på individnivå (5). Det innebærer at den som benytter seg av et tjenestetilbud skal medvirke i valg, utforming og anvendelse av de tilbud som til enhver tid måtte være tilgjengelige. Dette vil igjen innebære økt mestring og kontroll over eget liv. Retten til individuell plan ved behov for langvarige og koordinerte tjenester, hjemles også i denne loven. Tjenestene **skal** ta utgangspunkt i brukerens egne mål.

### 3.1.5 Koordinering

Et kjennetegn ved habilitering og rehabilitering er at flere aktører arbeider sammen for å bistå brukeren til å nå sine mål. Dette innebærer et stort behov for koordinering av tjenestene. Det er utviklet flere verktøy for å lykkes med slik koordinering. Først og fremst er kommunene pålagt å ha en koordinerende enhet (1). Koordinerende enhet skal

- ha overordnet ansvar for oversikt over behov for habilitering og rehabilitering.
- være det naturlige knutepunktet mellom 1. og 2. linjetjenesten.
- igangsette arbeid med individuell plan
- ansvar for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.
- utvikle rutiner og møteplasser for samhandling, informasjon og kompetanseutvikling på tvers av fag og organisering.

Individuell plan og koordinator er verktøy for å oppnå god koordinering rundt den enkelte bruker. Den enkelte bruker har rett til å få utarbeidet en individuell plan, og kommunen har plikt til å sørge for dette (1). Formålet er både å sikre koordinering og helhet i tilbudet, men også sørge for at brukeren

selv er aktivt medvirkende. Koordinator er en tjenesteyter som skal sikre nødvendig oppfølging og samordning av tjenestetilbudet, samt framdrift i arbeidet med individuell plan. Koordinator oppnevnes i forbindelse med individuell plan, men skal også tilbys selv om brukeren takker nei til individuell plan.

Tverrfaglige koordineringsmøter er gode arenaer for å sikre samordning, og i noen tilfeller kan det være hensiktsmessig å etablere en tverrfaglig koordineringsgruppe, ofte kalt ansvarsgruppe. Dette er arenaer brukeren selv deltar på.

### 3.2 Kommunens ansvar, sentrale føringer

Forskrift for habilitering og rehabilitering, kap. 3, stiller følgende krav til kommunen (2):

- Kommunen skal planlegge sin habilitering- 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 habilitering- rehabiliteringstilbud.
- 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).
- Habilitering- og rehabiliteringstilbudet skal gis uavhengig av pasientens og brukerens boform.
- Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal ved behov samarbeide med andre etater.
- Kommunen skal sørge for formidling av nødvendige hjelpemidler og for å tilrettelegge miljøet rundt den enkelte. Kommunen skal vurdere hjelpemidler som ett av flere alternative tiltak på grunnlag av pasientens og brukerens samlede behov. Om nødvendig skal kommunen be om bistand fra Arbeids- og velferdsetaten eller fra andre relevante instanser.

### 3.3 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Habilitering og rehabilitering skjer både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Spesialisthelsetjenestens ansvar ivaretas på sykehus, spesialistklinikker eller hos private institusjoner som har avtale med helseforetakene. Kommunene og spesialisthelsetjenesten er forpliktet til å utarbeide samarbeidsavtaler. Habilitering og rehabilitering skal beskrives i disse avtalene(8). For Stjørdal kommune er dette konkretisert i tjenesteavtale 2 mellom Helse Nord-Trøndelag og Værnesregionen.

Det er i dag forbeholdt fastleger og avtalespesialister å henvise innbyggere bosatt i Midt-Norge til rehabiliteringsinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten. sendes til Regional vurderingsenhet (RVE). Dette gjelder selv om ønsket rehabiliteringsinstitusjon ligger i annen helseregion.

På RVEs nettsider finnes blant annet informasjon om rehabiliteringstilbud, habiliteringstilbud og arbeidsrettet rehabiliteringstilbud, samt informasjon vedrørende henvisning og ventetider (19).

Når flere nivåer har ansvar for en oppgave, kan det oppstå uklarheter i ansvar og oppgaver. Helsedirektoratet publiserte i rapporten *Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet* - en modell til hjelp for å avklare ansvarsfordelingen mellom kommuner og helseforetak (8):



Kommune		Spesialisthelsetjeneste
Behov for tverrfaglig breddekompetanse?	Brukers mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.	Behov for spesialisert kompetanse?
Behov for tverrsektoriell samhandling?		Behov for bredt sammensatt tverrfaglig team samlet på ett sted?
Behov for langvarig og koordinert oppfølging?		Behov for intensiv oppfølging?
Behov for nærhet til brukers <u>livsarena</u> ?		Behov for nærhet til spesialisert, medisinsk kompetanse?
Behov for erfaring knyttet til store diagnosegrupper og relativt hyppig forekommende problemstillinger?		Behov for erfaring knyttet til smalere og mer spissede problemstillinger?

### 3.3.1 Forventninger til kommunen

I 2014 inviterte Helse Midt Norge RHF i samarbeid med KS alle kommuner i Midt Norge til et felles prosjekt. Målet med prosjektet var at kommunene og spesialisthelsetjenesten skulle finne en felles strategi for rehabiliteringsfeltet. Prosjektet identifiserte flere anbefalinger for kommunene (12):

- Kommunene må ha en fleksibel organisering av rehabilitering som kan tilpasses skiftende behov og som gjør det mulig å skreddersy tilbud til individuelle behov.
- Minimumskravet for kompetanse i enheter for rehabilitering og i rehabiliteringsteam/opsøkende rehabilitering, er tilgang på lege, fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier, samt anvendelse av bruker- og pårørendekompetanse.
- Fastlegenes rolle må tydeliggjøres i rehabiliteringsarbeidet, både i forhold til enkeltindivider og tjenesteutvikling.
- Andre sentrale profesjoner som det bør være tilgang på, alt etter brukers behov, er vernepleiere, psykologer og logopeder med generell rehabiliteringskompetanse. Kommunene må også ha kompetanse innen psykisk helse, sosialfag og spesialpedagogikk, for eksempel innen hørsel og syn, samt tilgang på kompetanse fra andre sektorer i kommunen og andre lokale aktører som for eksempel NAV.
- Tverrfaglig oppsøkende/ambulant rehabilitering må være et reelt tilbud i alle kommuner.
- Kommunens innbyggere må ha tilgang på plasser for døgner rehabilitering. Behovet for kommunal døgner rehabilitering anses å ligge mellom 0,3 og 0,5 plasser per 1000 innbygger.
- I de største kommunene anbefales det å opprette egne kommunale rehabiliteringsavdelinger

### 3.3.2 Brukergrupper

I forbindelse med at deler av oppgavene knyttet til habilitering og rehabilitering overflyttes fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, er det identifisert bruker-/diagnosegrupper som egner seg for denne endringen (12).

- Fedme
- Artroser, slitasjeskader
- Bruddskader
- Pasienter som tidligere har fått poliklinisk rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

Det er i samme rapport identifisert bruker-/diagnosegrupper som pr i dag ikke får tilstrekkelig habilitering- rehabiliteringstjenester i kommunene (12).

- Kreft
- Unge, og unge voksne

- Nevrologiske sykdommer
- Hjerneslag
- Psykiske helseproblemer og/eller rusavhengighet
- Ulike grupper med behov for habilitering
- Sansetap

Alvorlig traumatiserte med flere.

## 4 Lokale forutsetninger

### 4.1 Omsorg 2032, overordnede mål, og demografisk utvikling

Strategiplan for helse og omsorgstjenestene for 2017 – 2020, Omsorg 2032, ble vedtatt av kommunestyret 2017. I Omsorg 2032 tydeliggjøres felles retning og målsetning for omsorgstjenestene i kommunen:

Retningen på framtidens helse- og omsorgstjenester i Stjørdal kommune handler om å leve i sitt eget liv: mest mulig og lengst mulig.

Det handler om trygghet i eget hjem og hverdagsmestring.

Mål 2032:

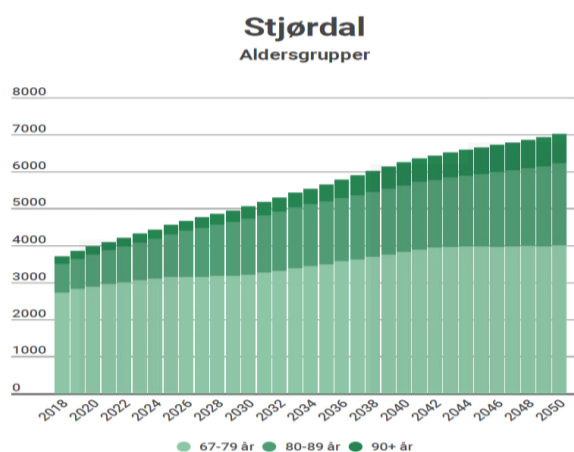
Etat omsorg skal være organisert etter samfunnsoppdraget

Innbyggerne skal være lengst mulig i eget liv og eget hjem

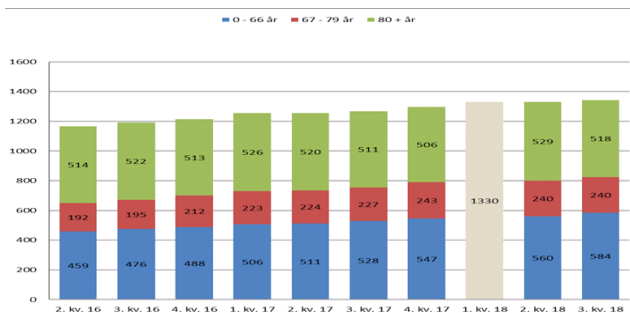
Vi skal implementere hverdagsmestring og forløpstenkning

Det skal etableres moderne og funksjonelle omsorgsomgivelser

Omsorg 2032 beskriver den demografiske utviklingen for kommunen i perioden. Det beregnes en generell befolkningsvekst i Stjørdal på 20 %, der prognosen viser fortsatt vekst i alle kommundelene, størst i sentrum. Prognosene viser vekst frem for alt er forventet i alderen fra 80 år og oppover. Se tabell 1. Tross demografisk utvikling ser vi at det er i aldersgruppen under 67 år vi har størst økning i antall brukere i etat omsorg. Se tabell 2.



Tabell1: Demografisk utvikling over 67 år Stjørdal kommune 2018 - 2050



Tabell2: Utvikling av antall tjeneste mottakere Stjørdal fra 2. kvartal 2016 – 3. kvartal 2018.

#### 4.2 Koordineringsfunksjoner – koordinerende enhet

Stjørdal kommune har siden 2015 avtale med kommunene Tydal, Selbu, Meråker og Stjørdal (Værnesregion samarbeid – VR) om felles forvaltningskontor, der Stjørdal kommune er vertskommune. Det ble samtidig bestemt at det er forvaltningskontoret som har det overordnede ansvaret for koordinerende enhet i VR – kommunene. VR arbeider etter bestiller- utøvermodell (13).

Koordinerende enhet i VR har ansvar for å (13):

- Være pådriver til å sikre god tverrfaglig og enhetlig samordning, og utvikling av helhetlige og målrettede tjenestetilbud
- "En dør inn" for brukere, interne og eksterne samarbeidspartnere innenfor habilitering og rehabilitering.
- Systemansvar for individuell plan for innbyggere med behov for langvarige og sammensatte/koordinerte tjenester
- Forvalte og tildele koordinator for individuell plan. Koordinatorer kan være representert fra ulike avdelinger og etater. I Stjørdal har Barne- og Avlastningstjenesten ansvaret for mange AG og IP.
- Oppfølging og kompetanseutvikling for koordinatorene

Koordinerende enhet har en sentral rolle i å legge til rette og koordinere tjenester gjennom sitt overordna ansvar for individuell plan og koordinator. Forvaltningskontoret i VR har de siste årene hatt flere betydelige organisatoriske endringer, vært direkte påvirket av Stjørdals deltakelse i SIO forsøket, og i tillegg hatt flere lederbytter. Kontoret er påvirket av prosessene, og har blitt stående igjen med redusert rolleavklaring, myndighet og lederforankring ute i tjenestestedene. Arbeidsgruppa har identifisert 5 forbedringspunkter for KE i Stjørdal:

1: Koordinerende enhet må sikres tydelig mandat, og lederforankring, og det må formidles utad en tydelig rolleavklaring for enheten. Helhetlig koordinering på tvers av organisatoriske grenser er avgjørende for helhetlige og koordinerte tilbud på individnivå.

2: Kommunen trenger tilsvarende avklaringer for koordinatorrollen. Det gjelder utnevning av koordinator, hvem kan og skal være koordinator, og koordinator må gis nødvendig myndighet som teamleder (15).

3: Koordinerende enhet skal ha en sentral rolle i å understøtte koordinator sitt arbeid gjennom sitt overordnede ansvar for individuell plan og koordinator. Det er derfor en sentral oppgave for KE å sikre nødvendig oppfølging, opplæring og veiledning av koordinatorene (4).

4: Systematisk oversikt over rehabiliteringsbehov

5: Det er begrenset tilgang på habilitering- og rehabiliteringskompetanse i koordinerende enhet.

#### 4.3 Status i habiliterings- og rehabiliteringstilbudet i Stjørdal kommune pr. 2019

For å illustrere både nåsituasjon og ønsket situasjon, har arbeidsgruppen laget en habiliterings- og en rehabiliteringspyramide for Stjørdal kommune. Den illustrerer både hvilke nivåer et helhetlig tilbud kommunen bør ha, og den viser forholdene på dimensjonering av tjenestebehov og antall brukere. Fargekodene brukes for å illustrere tjenestenes ståsted på kapasitet og kompetanse.

Blå: spesialisthelsetjenesten

Grønt: tilfredsstillende

Gul: under utvikling

Rødt: ikke eksisterende/ikke god nok.

Det er et mål at alle nivåene i pyramidene skal være grønne til planen rulleres i 2021.

*Det må finnes tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å tilby tilstrekkelig høy intensitet i oppfølgingen(16).*

##### 4.3.1 Habiliteringstjenestene



Figur 1: Habiliterings pyramiden i Stjørdal kommune

### *Kapasitet og kompetanse*

Habilitering har mange likhetstrekk med rehabilitering, i sin tverrfaglighet og behov for både trening og tilrettelegging. Habilitering er som oftest en livslang prosess, der hver livsfase har sine særtrekk og utfordringer. For barn i et habiliteringsforløp, så er ofte behovet for fagkompetanse mere kompleks, og innebærer i stor grad behov for tett deltagelse av foreldre/foresatte og pedagogisk personell. En spesiell utfordring er de spesielle overgangene som følger barn, fra barnehage til skole, fra skole til utdanning og fra utdanning til arbeid, og ikke minst til å etablere seg i eget hjem. Teamet rundt voksne habiliteringsbrukere har større likhetstrekk med teamene rundt rehabiliteringsbrukere.

### *Trinn 1: Forebyggende og helsefremmende arbeid*

Et godt forebyggende og helsefremmende arbeid rettet mot alle friske barn og deres foreldre ligger til grunn for alt habiliteringsarbeid. Det handler om gode nærmiljø som stimulerer til mestring og aktivitet, og barnehager og skoler der utvikling, mestring og aktivitetsglede blir ivaretatt. I tillegg innebærer det organisert aktivitet i frivillig sektor; speider, idrettslag, friluftaktiviteter osv.

Noen barn trenger litt ekstra stimuli i hverdagen. Det er barn som ser ut til å ha skjevutvikling eller seinere utvikling sammenlignet med gjennomsnittet. For disse barna og deres foreldre vil det være behov for en grundigere kartlegging enn rutineundersøkelsen på helsestasjon og den kontinuerlige observasjonen som skjer i barnehage og skole. Disse barna har behov for at nettverket rundt har et spesielt fokus på å mestre de daglige aktivitetene.

En slik hverdagsstimulering er også svært viktig for voksne habiliteringsbrukere, og handler om å bli stimulert til å mestre daglige aktiviteter ut fra egne forutsetninger. Det er stort fokus på ADL- trening, som er med på å opprettholde og ivareta funksjoner hos den enkelte. Det kan være deltakelse i personlig hygiene, holde orden i egen bolig, lage mat og vaske klær.

*Trinnet ble kategorisert til gul*, etter en totalvurdering av det ovenstående. Arbeidsgruppa påpeker en stor utfordring på dette nivået:

- Fritidsaktiviteter, dagaktiviteter og arbeid for voksne med funksjonshemming. Utfordringene på dette nivået står beskrevet i «strategidokument for Bo – og Miljøtjenesten» (15), og i prosjektet «likeverdige muligheter» (under arbeid, skriftlig rapport er ikke ferdig).

En oppsummering fra prosjektleder i «Likeverdige muligheter» og fra VL for Bo og Miljø:

- 1: Overgangen fra ung til voksen blir ofte utfordrende, da det er få dag, fritids og arbeidsmuligheter
- 2: Det er for få VTA (varig tilrettelagt arbeid) og VTO (varig tilrettelagte oppgaver), og beregninger ser ut til at behovet for plassene fortsetter å stige.
- 3: Eldre med psykisk utviklingshemming har få hensiktsmessige og fungerende dag-, fritids- og aktivitetsmuligheter.

*Voksne med psykisk utviklingshemming har så begrensede muligheter for meningsfull og aktiv arbeid og fritid, at løsningene i stor grad har blitt kompensert med tjenester og aktiviteter organisert fra omsorgstjenestene alene. Det identifiseres et stort behov for at flere etater, nivåer, frivillige organisasjoner her tar ansvar for at flere får mulighet til en aktiv og meningsfull fritid og arbeid.*

### *Trinn 2: Habilitering*

Habilitering krever tettere oppfølging av personell med spesialisert kompetanse. Målgruppen er barn med definert skjevutvikling med eller uten diagnose. Barna har behov for spesifikk opptrening eller behandling, og familien har behov for veiledning og kanskje avlastning. Tjenesteyterne må ha spesialisert kompetanse som vernepleier, fysio-, ergoterapeut, logoped, spesialpedagog, psykolog,

etc. Habileringsarbeidet må være en integrert del av brukerens barnehage, skole, dag- eller aktivitetstilbud.

*Trinnet ble kategorisert til gul*, på grunn av liten kapasitet. Kommunen har tilgang på både god og bred kompetanse. Men kompetansen er sårbar, da arbeidet er fordelt på få personer fra PPT, fysioterapi- og ergoterapitjenestene, som skal dekke mange behov på bl.a et stort antall barnehager og skoler. Liten kapasitet på dette nivået fører til at den konkrete treningen i for stor grad skjer via andre, som f.eks brukernes ufaglærte assistenter. Bedre kapasitet på terapeuter og spesialpedagoger gir høyere intensitet, og bedre effekt i oppfølgingen.

#### Trinn 3: Intensiv habilitering

Intensiv habilitering har mange likhetstrekk med habilitering, men treningen har høyere intensitet i perioder. For brukeren kan det være viktig å oppnå et løft i funksjon på et bestemt område. Dette kan være språk, motorikk eller ADL. En slik arbeidsform innebærer også å ha lavere intensitet i andre perioder.

*Trinnet ble kategorisert til grønn*. Arbeidsgruppa vurderer at det er god kompetanse, og akseptabel kapasitet på dette nivået. Her er det snakk om perioder med høyere intensitet av oppfølgingen, og Stjørdal kommune har et system for å gi både barn og voksne perioder med intensiv trening. De som arbeider med barn rapporterer om et godt internt samarbeid når det gjelder både kartlegging, målsetting og tiltak, (bl.a. hjelpemiddelprosesser). Flere brukere under 18 år har mottatt tjenesten CIMT terapi (Constraint Induced Movement Therapy), en intensiv treningsmetode, 8 uker med to timers trening hver dag. Det vises her til god dokumentert effekt.

Det er likevel behov for forbedring også på dette nivået, for å øke brukermedvirkning og bedre koordineringsarbeidet både på system- og individnivå.

#### Trinn 4: Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Habiliteringstjenestene regnes som spesialisthelsetjeneste som er tilpasset spesielle typer funksjonshemming. Habiliteringstjenestene for barn og voksne har ansvar for å yte spesialiserte helsetjenester som ikke primært kan forventes fra den øvrige spesialisthelsetjenesten. De spesialiserte habiliteringstjenestene forutsettes i utstrakt grad å ha en utdrettet ambulant arbeidsform og stå i nær samhandling med førstelinjetjenestene. Mennesker med utviklingshemming utgjør en vesentlig del av målgruppa for disse tjenestene.

Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten kan for eksempel inkludere Statped, BUP, Hurdal kompetansesenter (drevet av Blindeforbundet), Frambu og andre spesialiserte kompetansesentre for sjeldne diagnoser, eller Beitostølen helsesportssenter. Brukere over 18 år kan få tilbud på Distriktspsykiatrisk senter (DPS) om problemene er av psykisk karakter.

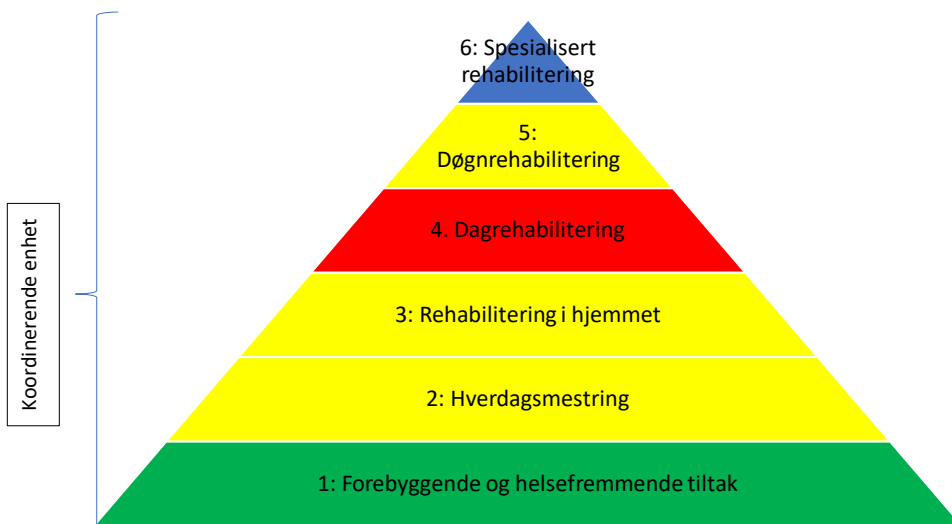
Ifølge NOU 2016:17 er det for voksne mennesker med utviklingshemming en vesentlig mangel i habiliteringstilbud. Selv om en økende del av habiliteringsarbeidet foregår i kommunene mener utvalget at tilstrekkelig kompetanse og kvalitet i spesialisthelsetjenesten er en forutsetning for ett tilfredsstillende habiliteringstilbud. Status-gjennomgang viser at spesialisthelsetjenestene mangler både kompetanse og kapasitet. Dette fører til at tjenesten ikke i tilstrekkelig grad kan drive veiledning ut i kommunene, pasient- og pårørende opplæring og tverrfaglig innsats. Utvalgets gjennomgang viser også at det er mangelfull kvalitetssikring i konkret bruk av tvang (21).

Den kommunale tjenesten opplever at det er vanskelig for brukere med psykisk utviklingshemming å få tilstrekkelig god oppfølging og behandling på spesialisert nivå. Vår oppfatning er at fastlege i stor grad henviser direkte til habiliteringstjenestene, på tross av at behovene ligger i andre

problemstillinger. Spesialisert habiliteringstjeneste skal være et supplement til annen spesialisthelsetjeneste, og ikke en erstatning.

De som arbeider med barn i kommunen opplever at det tar lang tid fra henvisninger til spesialisthelsetjenesten sendes, til de blir behandlet og til arbeid blir igangsatt. For øvrig er samarbeidet på tjenestenivå godt og avklart.

#### 4.3.2 Rehabiliteringstjenestene



Figur 2: Rehabiliteringspyramiden i Stjørdal kommune

#### Kapasitet og kompetanse

Rehabilitering er å bidra til at brukeren opprettholder eller forbedrer sitt funksjonsnivå, det innebærer relæring/opptrening av funksjoner, men også tilrettelegging av bolig, skole, arbeid, fritid, hjelpemidler, ernæring, sosial trening, hverdagsaktiviteter og mye mer. Det er helt nødvendig at hele støtteapparatet arbeider mot brukerens mål, og at opptreningen doseres slik at brukeren oppnår best mulig effekt (16).

#### Trinn 1: Forebyggende og helsefremmende arbeid

Til grunn for alt rehabiliteringsarbeid ligger et godt forebyggende og helsefremmende arbeid rettet mot alle friske, og mot ulike risikogrupper.

Trinnet ble kategorisert grønt, da arbeidsgruppa ser at kommunen har bred og god kompetanse på dette området. Her nevnes noen eksempler på tiltak kommunen satser på;

- Tverrfaglig kurs for barn og deres familier som strever med psykisk helse og overvekt

- Rask Psykisk Helsehjelp
- Forebyggende hjemmebesøk for eldre
- Frisklivssentral, Lærings og Mestringskurs (LMS kurs) i samarbeid med VR
- Fallforebyggende treningsgrupper for eldre
- Aktivitetscenter for eldre
- Helsestasjonen: Treffpunkt, Mestringskurs for ungdom, helsestasjon for ungdom
- Carbon
- Vedtelt
- Tirsdagsklubben; aktivitetstilbud for mennesker med utviklingshemming
- Kurs til brukere med vedvarende utmattelse (ledet av psykolog)
- Bonitas, et sosialt treffsted med meningsfylte aktiviteter
- Knutepunktet, en møteplass for unge voksne

Ang. kapasitet, så mener arbeidsgruppa at spesielt frisklivssentralen har potensiale til betydelig flere gode forebyggende og helsefremmende tiltak (livsstils problematikk), men det begrenses av tilgang på kapasitet og ressurser. VR har felles organisert frisklivssentral, men hver enkelt kommunene har forskjellig løsninger på ressurstilgang knyttet til sentralen.

#### Trinn 2: Hverdagsmestring

Hverdagsmestring er et tankesett og arbeidsmetode som støtter opp rundt målet i Omsorg 2032, «lengst mulig i eget liv og eget hjem». Hverdagsmestring kombinerer verktøy fra bl.a. hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi, med utgangspunkt i hva som er viktig for den enkelte. For å opprettholde funksjon og egenmestring er det helt nødvendig at helperne rundt, både pårørende og tjenesteytere, unngår å gå i «hjelpfella». I Stjørdal har vi bestemt at hverdagsmestring skal implementeres som arbeidsideologi i alle tjenester.

Stjørdal startet i 2014 med Hverdagsrehabilitering som prosjekt. I 2016 ble prosjektet vedtatt implementert i ordinær drift, samtidig som oppgaver, ansvar og omfang ble endret og økt. Hverdagsmestringsteamet består i dag av 10,5 årsverk, med 6 ulike fagbakgrunner. Arbeidsoppgaver er å tilby alle som søker om helse- og omsorgstjenester tverrfaglig kartlegging. Teamet kartlegger ressurser, begrensninger, rehabiliteringsbehov og muligheter, før rehabiliterende eller eventuelle kompensierende tiltak settes inn. Det gjelder søkere/brukere i alle aldre, uavhengig av diagnose, brukergruppe, og boform.

*Trinnet ble kategorisert gult, i hovedsak av to grunner:*

- 1: Arbeidsgruppa mener at mål om å innføre Hverdagsmestring som ideologi i hele etaten ikke er oppnådd.
- 2: Hverdagsmestringsteamet er under evaluering og i utvikling. Utfordringer som er identifisert er at
  - Forvaltningskontoret fortsatt ikke er den eneste døren inn til omsorgstjenestene. Også beskrevet under 4.2.
  - Tjenestevei og informasjonsflyt brukes ikke alltid som avtalt, og da får vi utfordringer i samarbeid mellom egne avdelinger, og ved overganger fra spesialisthelsetjenesten og DMS.
  - Det er et stort antall brukere som hver uke skal kartlegges, både nye søkere, og søkere som trenger nye vurderinger og/eller trygghetstiltak på et høyere trinn i omsorgstrappa. Dette arbeidet må nødvendigvis prioriteres høyt, hvilket medfører lavere kapasitet på tiltak i tidlig innsats, hverdagsrehabilitering og hjemmerehabilitering. Denne brukergruppa, som det er bevist effekt for, får derfor dårligere tilbud enn ønskelig, og intensiteten i trening og oppfølging blir ikke tilstrekkelig for å gi optimal effekt.



### Trinn 3: Rehabilitering i hjemmet

Rehabilitering i hjemmet krever mere spesifikk kompetanse, enn det hverdagsmestring gjør. Målgruppen er brukere med behov for *spesifikk opptrening eller behandling*. Brukere på dette nivået kan også være personer som er i behov av tjenester fra privat fysioterapeut eller logoped. Alle tjenesteutøvere; kommunale, private, og fastlege, skal alle forventes å inngå i ansvarsgruppe, og benytte IP når det er aktuelt.

*Trinnet er kategorisert som gult.*

Arbeidsgruppen anser at kommunen har tilstrekkelig tilgang på relevant kompetanse til å håndtere de faglige utfordringene. Kommunen har akseptable ventelister på tjenester på dette nivået. Det er mangelfull tilgang på logopedtjeneste, og mangelfull samordning mellom de ulike tjenestene, som fargesetter nivået gult.

### Trinn 4: Dagrehabilitering

*Trinnet er kategorisert som rødt, det eksisterer ikke.*

Det er behov for dagrehabiliteringstilbud, etter vedtak, på kommunalt tjenestenivå. Jmfør 3.3.2, både når det gjelder oppgaver som er/blir overført, og til brukergrupper som allerede opplever for dårlig tilbud; brukergruppen unge eldre, samt brukere med samtidig fremtredende somatisk og psykiske utfordringer. Omtales videre under satsningsområde og tiltaksplan, kap. 6.

### Felles for trinn 3 og 4

*Arbeidsgruppa har et stort OBS varsel; med de bestemmelser som er gjort fra staten, at ansvar og oppgaver fra spesialisthelsetjenesten skal overføres til kommunehelsetjenesten, må kommunen ha en opptrapping av kapasitet for å håndtere trinn 3 og 4 på et faglig forsvarlig nivå.*

*Arbeidsgruppa vil også påpeke at det er behov for bedre samhandling og samhandlingsrutiner internt mellom avdelinger og etater i kommunen. Her nevnes spesielt behov for å knytte rehabiliteringskompetanse til rus/psykiatri, logoped, fastlege, voksenopplæring og omsorg nærmere hverandre. Vi anbefaler at kommunen etablerer praksis med å fatte vedtak på samlet tverrfaglig rehabiliteringstilbud på trinn 3 og 4.*

### Trinn 5: Døgnrehabilitering

Døgnrehabilitering ble startet opp som tjeneste ved korttidsavdelingen ved Lånke Bosenter tidlig i 2018. Det er i dag 4 senger avsatt for rehabilitering. I prosjektperioden har det vært tilført fysioterapi ressurs av prosjektmidler; utøvende fysioterapeut, prosjektleder og tjenestekoordinator (administrativ organisert i fysio- og ergoterapitjenesten). Ergoterapiressurs har vært tilknyttet fra Hverdagsmestringsteamet (administrativt organisert i avdeling trygghet og mestring).

*Trinnet er kategorisert som gult.* Det er fortsatt er i prosjektform, og tilbudet er under utprøving og evaluering.

Det er en felles forståelse av at dette er en tjeneste som må bestå, og videreutvikles, til tjenesten skal over i nytt helsehus i 2021. Kapasitetsmessig så erfarer kommunen at 4 plasser dekker dagens behov. Det er nødvendig med avklaring på terapeutressurser for å få tjenesten over fra prosjekt til implementert i ordinær drift.

### Trinn 6: Spesialisthelsetjenesten

Stjørdal kommune har i samarbeidsavtale 2 med Helse Midt-Norge, avtale om at spesialisert rehabilitering ytes i døgnrehabilitering ved Meråker Sanitetsforenings Kurbad, Sykehuset Levanger, Kastvollen Rehabiliteringssenter eller Unicare Helsefort, Hysnes. I ytterst spesielle tilfeller har kommunen brukere som mottar tjenester også på rehabiliteringsenheter ved St. Olav og Sunnaas sykehus (3. og 4. linjetjeneste). Meråker kurbad har i tillegg til tilbud om dagrehabilitering og ambulering rehabilitering. Flertallet av brukere som er i spesialisert rehabiliteringstilbud, blir henvist, og overført, fra andre deler av spesialisthelsetjenesten. Ved behov for spesialisert rehabilitering senere i forløpet eller i kronisk fase, kan fastlegen søke om spesialisert rehabilitering via regionalt henvisningskontor, RVE.

## 5 Utfordringsbildet

### 5.1 Brukermedvirkning

Brukere har rett til å medvirke, og tjenestene har plikt til å involvere brukeren. Samtidig har brukermedvirkning en egenverdi, terapeutisk verdi og er et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene. Brukermedvirkning innebærer at brukeren betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår hans eller hennes problem.

Utfordringer kan være knyttet til at tjenesteyter har mer makt enn bruker/pasient, der tjenesteyter ofte har beslutningsmakt. Bruker/pasient har ofte i gitte situasjon opplevd kontroll-tap. Viktig med god informasjon og understøtte følelse av kontroll over situasjonen. Individuell plan kan være et virkemiddel for å styrke dette arbeidet.

Ved kartlegging av mål, skal alle brukere systematisk bli spurt om «hva er viktig for deg?». Stjørdal kommune må i takt med å implementere mestringstankegangen, samtidig endre tilnæringspraksis i å spørre «hva feiler det deg, hva kan vi hjelpe deg med», til «hva er viktig for deg?». Det er et spørsmål som forplikter i videre tilnærming. Roller og forventninger må avklares, likeledes hva kommunen kan bidra med i forbindelse med måloppnåelse, og hva bruker selv, pårørende eller andre skal bidra med. Kommunen må undersøke «hvilken støtte trenger du for å få til måloppnåelse?»

For at brukermedvirkning skal ha en reell betydning, må Stjørdal kommune være fleksible i tjenestetilbudet. Tjenester må i større grad kunne utføres på tvers av avdelinger og virksomheter, noe som utfordrer den etablerte praksisen. Virksomhetsorganiseringen av etaten i 2015/2016, og prosjektene HPH (helhetlig pasientforløp i hjemmet) og team i omsorg, er alle tiltak med mål om å fremme tjenesteyting på tvers av virksomheter.

### 5.2 Samhandling, koordinerte og helhetlige tjenester

1: Stjørdal kommune etterstreber at søknader om helse- og omsorgstjenester skal rutes en og samme vei; via forvaltningskontoret. Det er fortsatt mange henvendelser direkte til tjenesteytere. Da mister forvaltningskontoret den oversikten det forventes de skal ha.

2: Forvaltningskontoret er instansen der alle behov for rehabilitering i kommunen meldes inn. Kontoret skal ha en kontinuerlig oversikt over hvem som har behov for habilitering og rehabilitering.

3: Samordning mellom tjenestenivå, spesialist helsetjenesten og kommunehelsetjenesten. E-meldingssystemet PLO meldinger mellom nivåene opplever vi fungerer godt, og har gjort samhandlingen mellom nivåene tryggere og mere effektive.

En utfordring i denne sammenheng er prosedyrer og rutiner for søknad om spesialisert rehabilitering, for brukere som allerede mottar kommunale rehabiliteringstjenester. For at søknader skal bli godkjent, må søknadene inneholde et sett opplysninger som er basert på tverrfaglig vurdering. Det er kun fastlege som har henvisningsrett. Likeledes går også svar om utfallet av søknaden kun til bruker selv og fastlege. Denne prosedyren forutsetter god samhandling mellom fastlege og kommunale rehabiliteringsutøvere, og KE. Vi erfarer ofte at søknader blir avslått. RVE opplyser at av alle søknader som kom inn i 2018 ble 36 % avslått. Ettersom svar fra RVE ikke går til KE, brukers koordinator, eller kontaktperson i kommunal rehabiliteringstjeneste, fører det til dårlig samordnet og koordinerte tjenester for brukere. KE mister oversikten over fremdrift i rehabilitering og habiliteringsforløpene til de aktuelle brukerne.

4: Internt i kommunen, mellom ulike avdelinger og ulike etater.

Kommunen har ikke en ordning der brukere får vedtak på tverrfaglig rehabilitering. Tjenester som fysio-/ergoterapi alene er ikke vedtaksbasert, logoped tjenestene er private, helsetjenester fra hjemmesykepleie og rus/psykiatri er vedtaksbasert. Tjenesten «rehabilitering i/utenfor institusjon» har en egen tjenestekode i Profil. Denne brukes i dag bare på Døgnrehabilitering på Lånke, og av hverdagsmestringsteamet. Et vedtak skulle gi pasienten bedre oversikt over hvilke tjenester han skal motta, og samtidig sikre samordnede tjenester.

I EPJ systemet Profil, som Stjørdal bruker, mangler det funksjon for intern meldingsutveksling mellom avdelinger, og det mangler også en «alarmfunksjon» som skulle kunne varsle en annen avdeling om aktuell informasjon om bestemte brukere. Kommunen løser det med mail, telefon, eller møter i gangen. Det er ikke sikkert nok.

### 5.3 Prioritere forebyggende og helsefremmende arbeid

Forebygging er en mangetydig og positivt ladet betegnelse for forsøk på å eliminere eller begrense en uønsket utvikling. Forebygging har å gjøre med påvirkning av årsaker og prosesser som kan settes i sammenheng med utvikling av problemer. Forebyggingslogikken hviler på ideen om tidlig intervensjon, jfr "føre vår – prinsippet": jo tidligere vi gjør noe, jo bedre (20). Et av hovedmålene med Samhandlingsreformen (2012) var å utvikle tydeligere rolle til kommunene, slik at de i større grad kan oppfylle ambisjonene om forebygging og innsats tidlig i sykdomsforløp. Intensjonene er gode, og kommunen har både lyst og intensjoner om å svare ut de forventningene. Det er dog fortsatt en utfordring å prioritere forebyggende og helsefremmende tiltak, da kommunen både på system og individ nivå, stadig blir satt på å prioritere mellom oppgaver lengre opp i omsorgstrappa. Årsakene er tilsvarende både på system og individnivå, internt i avdelinger. Her har alle et ansvar til å synliggjøre behov for prioriteringer; politisk administrativt og ute i tjenestene.

### 5.4 Tilgjengelighet for alle

Brukere med funksjonsnedsettelse, og de med psykisk utviklingshemming til særs, opplever at det er en høy barriere for kunne delta på fritidsaktiviteter på samme nivå som andre. Utfordringene er komplekse; sosiale barrierer (mangel på kunnskap/holdninger), men også mangel på tilgjengelighet, informasjon, transport, hjelpemidler og ledsagere. Tilbudene som brukergruppa har er oftest initiert av omsorgspersoner innad i omsorgsetaten, eller foreldre.

## 6 Handlingsplan for habilitering- og rehabilitering I Stjørdal kommune

### 6.1 Satsningsområder

Viser til kapittel 4.1 der overordnede mål i Omsorg 2032 beskrives;

*1: Etat omsorg skal være organisert etter samfunnsoppdraget.* Det betyr at tjenesteyting innen habilitering og rehabilitering til enhver tid må tilstrebe å være i forkant av kommunens demografiske utvikling og være forberedt på hvor i tiltakskjeden trykket til enhver tid vil være størst. Dette kan også innebære etablering av nye samhandlingsformer på tvers av avdelinger, nivåer og etater.

Koordinerende enhet: Vi må ha en enhetlig praksis med at forvaltningskontoret skal være den ene døra inn til omsorgstjenestene. Forvaltningskontoret skal ha oversikt over hvem som har behov for rehabilitering og habilitering. Stjørdal kommune må videre ha en målrettet satsning på at ansvarsgruppemøter og individuell plan skal være nyttige verktøy. Da må koordinatrollen styrkes.

*2. Innbyggerne skal være lengst mulig i eget liv og eget hjem.* Dette krever en styrking av hjemmetjenestene med blant annet oppbygging av større tverrfaglig kompetanse, samt implementering av hverdagsmestring som tankegang i hele Enhet Omsorg (jfr. neste punkt). Brukermedvirkning og pårønderarbeid vil også være viktige i dette arbeidet.

*3: Vi skal implementere hverdagsmestring og forløpstenkning.* Stjørdal kommune er aktive i flere prosjekt og prosesser som er direkte knyttet til mål 3: Helseplattformen, Responssenter, TESSA, TEAM i omsorg og Likeverdige muligheter. Mere om Likeverdige muligheter og Velferdsteknologi

#### *Likeverdige muligheter*

Aktiv Ung var likeverdige muligheter forprosjekt i 2016-2017. Der jobbet vi med å kartlegge hva Stjørdal kommune har å tilby av aktiviteter for unge funksjonshemmede i alderen 16 – 25 år. Det ble samtidig avdekket en del utfordringer i brukernes forløp i samme aldersperiode, i det ungdommene skal etablere seg på selvstendig grunn. Hvilken boform skal de velge?

Med likeverdige muligheter har vi som målsetning å få overgangen fra ung til unge voksne til å bli sømløs, og å sikre brukergruppen aktivitet og deltakelse i samfunnet. Den største utfordringen er i fra videregående skole og over i jobb. Samarbeid med NAV og Fides blir viktig. Det er en utfordring at det er mangel på VTA-plasser. Prosjektet ser at NAV må inn i ansvarsgruppa i god tid før 18 års alder, for å avklare arbeidsevne og vurdere uføregrad. Videregående skole jobber for at brukerne *ikke* skal få 100 % uføregrad. Stjørdal kommune har 35 VTA-plasser, noe som er for lite. Prosjektet Likeverdige muligheter stiller nå spørsmålet om veien videre.

#### *Velferdsteknologi*

Velferdsteknologi er teknologi som kan bidra til økt ryggighet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet. Teknologien skal kunne styrke den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for nedsatt funksjonsevne. Kommunen skal styrke kunnskap om innovasjon og utvikle en innovasjonskultur, som skal gi medarbeiderne handlingsrom til å teste ut og implementere nye teknologiske løsninger. Det er viktig å ha dedikerte ansatte på avdelingene til å føre an i implementeringsarbeidet.

#### *4: Det skal etableres moderne og funksjonelle omsorgsomgivelser*

Helsehus – etablering av nytt helsehus starter opp våren 2019, og forventes ferdig i 2021. Døgnrehabiliteringsplasser som i dag er plassert ved Lånke Bosenter, er planlagt flyttet hit.

Universell utforming er en forutsetning i det offentlig rom, for likeverdige muligheter til deltakelse. Det kan være utfordrende og vanskelig å lykkes med god universell utforming, og involvering av bruker og fagkompetanse er fremtredende viktig for å lykkes.

## 6.2 Tiltaksplan

1: *Etat omsorg skal være organisert etter samfunnsoppdraget:*

<b>Mål</b>	<b>Tiltak</b>	<b>Ansvar</b>	<b>Tidsfrist</b>
Velfungerende KE, og kompetente koordinatore	Avklaring av ansvar og myndighet Opplæring av koordinatore, event. Implementere bruk av SAMPRO Generelt kompetanseløft for KE	Leder forvaltningskontoret, Christian Hasfjord	01.10.2019
Oversikt over behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering	KE skal ha systematisk oversikt	Leder forvaltningskontoret, Christian Hasfjord, KE	1.juli 2019
Organisere og vedtaksfeste habilitering og rehabiliteringsforløp	Vedtaksfeste «rehabilitering» og «habilitering», med spesifisering på organisasjonsnivå, kompetanse behov, tidsramme og evalueringsdato	Leder forvaltningskontoret, Christian Hasfjord	1.juli 2019
Systematisk brukermedvirkning på individnivå, inkl. pårørendemedvirkning	Ta i bruk SIO –sjekklister på forvaltning  Brukermedvirkning og pårørende arbeid. Kan modell fra demensomsorgen overføres til andre enheter?	Leder forvaltningskontoret, Christian Hasfjord	31.des.2019
Ha på plass fungerende henvisningsrutiner for samhandling mellom helseforetak, fastlege og kommune	HPH, samarbeid med HNT, fastlegene og RVE/RKE	Prosjektmedarbeider Guri Lyngstad	31.des 2019
Rehabilitering, habilitering som tiltak på tvers av avdelinger og enheter	Team i omsorg	Prosjektmedarbeider Guri Lyngstad	31.aug 2019

2: Innbyggerne skal være lengst mulig i eget liv og eget hjem:

<b>Mål</b>	<b>Tiltak</b>	<b>Ansvar</b>	<b>Tidsfrist</b>
Ansvar avklaring for alternativ kommunikasjon for brukere over 18 år.	Avklaring av hvem som har overordnet kommunalt ansvar for ASK hjelpemidler for voksne brukere, etter videregående opplæring	Leder PPT Turid Skumsvoll.	1.juli 2019
Inkludere logoped som behandlings tjeneste i rehabilitering og habilitering til brukere i alle aldre.	Avklaring av henvisningsprosedyrer og samarbeid med logopedtjenesten og de kommunale tjenestene  Utrede behov, muligheter, organisering og kostnader av å etablere logoped som behandlingstjeneste, målgruppe er brukere i alle aldre, nivå 3 og 4 i pramiden for rehabilitering og nivå 2 og 3 habilitering.	Leder PPT Turid Skumsvoll og leder KE; Christian Hasfjord.  Leder PPT Turid Skumsvoll	1.juli 2019  31.des.2019
<b>Meningsfull fritids tilbud for alle</b>	Fritids tilbud som er egnet for sin brukergruppe, eldre, unge eldre med psykisk utviklingshemming	VL (Åse Slind)	30.juni 2020
<b>Meningsfull hverdag, med arbeid for alle</b>	Flere i arbeid VTO - VTA	VL (Åse Slind).	30.juni .2020
Tilpasset rehabiliterings-tilbud for unge eldre, psykisk, mentalt friske.	Dagrehabilitering unge eldre  Utrede behov, muligheter, kostnader	Forebyggende enhet, VL AK Hoås	1.des 2019
Tilpasset rehabiliterings-tilbud for personer med kombinerte behov for rehabilitering, forsterket oppfølging psykisk uhelse.	Dagrehabilitering voksne med kombinert tiltaksbehov somatikk/psykisk helse, rusproblematikk  Utrede behov, muligheter, kostnader	Psykisk Helse og Rus, VL Ann Helen Børstad	1.des 2019
Rehabiliteringskompetanse i avdeling psykisk helse og rus.	Styrket rehabiliterings kompetanse og kapasitet i hjemmetjenesten og avdeling rus/psykiatri  Utrede behov, muligheter, kostnader	Psykisk Helse og Rus, VL Ann Helen Børstad	1.des.2019

3: Vi skal implementere Hverdagsmestring og forløps tenkning:

<b>Mål</b>	<b>Tiltak</b>	<b>Ansvar</b>	<b>Tidsfrist</b>
Sømløs oppfølging til brukere med sammensatte og langvarige koordinerte tjenester	Avklaring av funksjon til koordinerende enhet, tilsvarende til mål/tiltaksboks 1.	Leder forvaltningskontoret, Christian Hasfjord	1.juli 2019
Ha på plass fungerende henvisningsrutiner for samhandling mellom helseforetak, fastlege og kommune	Som mål/tiltaksboks 1.	Prosjektmedarbeider Guri Lyngstad	31.des 2019
Enkel samhandling internt i kommunen, mellom ulike avdelinger	Elektronisk samhandling innenfor en og samme profilbase  Innføre LEAN som arbeidsmetodikk i KE og HMT	Systemansvarlig Bente Jørgensen/Sølvi Nymo  Leder forvaltning og HMT	31.juli 2019  1.10.2019
Enkel samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, samt øvrige aktuelle instanser	Innføre Helseplattformen med standardiserte pasient-/brukerforløp	Rådgiver, Kristine Larsen	Pågående prosess, som avhenger av andre instanser
Ta vare på støttekontakter og treningskontakter	Kommunen må ha oversikt over de som har behov for disse tjenestene, oversikt over aktive støttekontakter, treningskontakter og søkere. Opplæring og oppfølging av TK og SK	Alle fire VL, etat omsorg	1.juli 2019
Unngå skeiv og feilutvikling fra tidlig alder	Tidlig innsats barn i førskolealder; Klar ferdig gå – barnehage, implementere handlingsveileder	VL Hoås	31.des.2019

4: Det skal etableres moderne og funksjonelle omsorgsgivelser

<b>Mål</b>	<b>Tiltak</b>	<b>Ansvar</b>	<b>Tidsfrist</b>
Offentlige bygg som planlegges og bygges i Stjørdal skal være godt tilrettelagt for likeverdig aktivitet og deltakelse., Alle innbyggere skal kunne bruke det offentlige rom på lik linje, uavhengig av funksjonsnivå og event behov for fremkomst middel.	Relevant kompetanse og erfaring fra brukere og rehabilitering skal være med i planlegging og prosjektering av det offentlige rom og bygg. Det er å anbefale også ved planlegging av private boligkompleks i Stjørdal sentrum.  I nærmeste fremtid må universiell utforming gis oppmerksomhet i helsebygg som Helsehuset og nye Fosslia Omsorgs senter. Svømmehall og andre idrettsbygg Skoler	Rådmann Anne Kathrine Slungård,  Respektive etatsjefer for teknisk etat, etat omsorg, oppvekst og kultur.	Kontinuerlig prosess

### 6.3 Rullering

Kommunal plan for habilitering og rehabilitering er nå utarbeidet for første gang. Det er en fagplan med konkret tiltaksplan, og den skal ses i sammenheng med Helse og Omsorgsplan 2032. Kommunal plan for habilitering og rehabilitering rulleres hvert 2 år, og dermed første gang i 2021.

### Referanser

- 1: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- 2: Forskrift for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator  
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256?q=forskriftomhabilitering>
- 3: Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov.  
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>
- 4: Helsedir. Veil.serie 3-91 s.20
- 5: Lov om folkehelsearbeid  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=folkehelseloven>
- 5: Pasient- og brukerrettighetsloven  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient-ogbrukerrettighetsloven>
- 6: Forvaltningsloven  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10/>
- 7: Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d64fc8298e1e400fb7d33511b34cb382/NO/SVED/OpptrappingsplanRehabilitering.pdf>
- 8: Avklaring av ansvars og oppgavefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet (2012) <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/avklaring-av-ansvars-og-oppgavedeling-mellom-kommunene-og-spesialisthelsetjenesten-pa-rehabiliteringsområdet>
- 9: Fra Bruker til Borger, NOU 2001:22  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2001-22/id143931/>
- 10: Omsorg 2032, strategiplan for helse – og omsorgstjenester 2017- 2020. Stjørdal kommune 2017
- 11: Avklaring av ansvars og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet. Helsedirektoratet 2012
- 12: Prosjektrapport rehabilitering i Midt- Norge. Helse Midt-Norge 2014
- 13: Rapport Interkommunal koordinerende enhet (KE) 2015
- 14: Bautz-Holter, Erik, Sveen, Unni med flere, utfordringer og trender i rehabilitering, Tidsskrift for Den norske legeförening nr. 3, 2007; 127:304-6
- 15: Strategidokument for bo- og miljøtjenesten Stjørdal kommune 2019 – 2021
- 16: Habiliterings- og rehabiliteringsplan Melhus kommune, 2018, Agenda Kaupang
- 17: Døgnrehabilitering Etat omsorg, Stjørdal kommune 2017
- 18: <https://naku.no/kunnskapsbanken/utviklingshemming-og-aldring>
- 19: RVEs nettsider: <https://hnt.no/avdelinger/senter-for-virksomhetsstotte-og-utvikling/samhandlingsavdelingen/regional-koordinerende-enhet-rke>
- 20: <http://www.forebygging.no/Artikler/2007-1998/Problemer-og-paradokser-i-forebyggende-arbeid/>
- 21: På lik linje – åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming, NOU 2016: 17  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-17/id2513222/sec1>