



ÅLESUND KOMMUNE

Re-/habiliteringsplan 2016-2020



“Hva er viktig for deg - hvordan kan vi bistå deg i å nå dine mål?”

Sammendrag og leseveiledning

«Re-/habiliteringsplan 2016-2020» er en plan for alle i kommunen - fra fødsel til livets slutt - som har behov for habilitering og rehabilitering. Planen har derfor en vid målgruppe og er skrevet for «alle» (brukere og pårørende, ansatte i kommunen, fagpersoner, politikere, samarbeidsparter m.m.). Planen er laget for å gi innsikt og oversikt over fagfeltet, den er derfor omfattende og har en del fagterminologi. Det er skrevet anbefalinger i blå bokser på slutten av de fleste kapitlene, og på bakgrunn av alle anbefalingene er det utarbeidet seks hovedmål.

I denne planen brukes betegnelsen **re-/habilitering** for å dekke både habilitering og rehabilitering. Habilitering og rehabilitering er i prinsippet det samme, forskjellene kommer til uttrykk i de utøvende tjenestene hvor det skilles på målgrupper. Bakgrunnen for et behov for **habilitering** kan være enten medfødte eller tidlig ervervet sykdom eller tilstand.

Målgruppen kjennetegnes ved å ha langvarige behov som for noen varer livet ut.

Rehabiliteringsbegrepet benyttes hovedsakelig om å gjenvinne tapte funksjoner som man en gang har hatt. Metodikken vil derfor være preget av re-læring av tidligere funksjoner og ferdigheter. Det er mer utfyllende informasjon om dette i kapittel 3.

Begrepet re-/habilitering har tradisjonelt først og fremst vært knyttet til somatiske sykdommer. I helse- og omsorgstjenesteloven ble det i 2011 imidlertid presisert at habilitering og rehabilitering er «sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering». Eksempler på store pasientgrupper med et re-/habiliteringsbehov kan være:

- Personer med langvarige eller kroniske sykdommer, f.eks. kols, diabetes, hjerte- og karsykdom, kreft, og reumatiske lidelser.
- Personer med sosiale problemer, atferdsproblemer, psykiske lidelser og rusproblemer
- Eldre med sammensatt sykdomsbilde og funksjonstap
- Personer med muskel-skjelettplager som står i fare for å falle ut av arbeidslivet
- Barn med medfødte eller ervervede funksjonstap
- Personer med utviklingshemming.
- Personer som har gjennomgått hjerneslag
- Personer med nevrologiske lidelser eller hjerneskader
- Personer med syns- og/eller hørselstap
- Personer med brudd og andre skader

Grunnlaget for re-/habiliteringsarbeidet i kommunen skal være spørsmålet: «Hva er viktig for deg – og hvordan kan vi bistå deg i å nå dine mål?» Grunnlaget er basert på tre verdier: respekt for menneskeverdet, brukermedvirkning og tverrfaglig samarbeid.

Ulike re-/habiliteringstilbud kan fremstilles som en pyramide; med mange brukere og lite spesialiserte tilbud på det nederste trinnet, og stadig færre brukere og mer spesialisert høyere opp i pyramiden. Dette blir fremstilt grafisk og beskrevet i kapittel 3.3.

Framtidens utfordringer innen re-/habilitering og i helse- og omsorgssektoren generelt, kan ikke møtes med å gjøre mer av det vi alltid har gjort. Ressursene må forvaltes slik at vi får mest mulig ut av dem. Dersom vi skal få mer ut av en begrenset ramme, må det arbeides mer med folkehelse og tiltak som understøtter befolkningens evne til å mestre egen hverdag enn det som blir gjort i dag. De kommunale tjenestene skal også legge til rette for, promotere og støtte opp under frivillig innsats blant annet ved å samarbeide med ideelle organisasjoner om rekruttering, organisering, koordinering, opplæring, motivasjon og veiledning. Satsing på re-

/habilitering og folkehelse er sentrale virkemiddel til å møte framtidige utfordringer, forutsatt at tjenestene organiseres og dimensjoneres riktig.

I kapittel 4 omtales kommunale og sentrale føringer for re-/habiliteringsarbeidet. Samhandlingsreformen signaliserer at kommunene bør ta et større ansvar for rehabilitering til store pasientgrupper som tidligere fikk sin rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. De pasienter som bør få sine rehabiliteringstilbud i tilknytning til hjemmet, eller som har behov for tverrfaglig oppfølging over tid, skal få dette i kommunen. Mange opplever ansvarsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen som uklar. Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder om dette, og Helse Midt-Norge og KS har utarbeidet en prosjektrapport om ansvarsdelingen. Mer om dette kan leses i kapittel 7.

Flere stortingsmeldinger de senere årene har fremhevet hvor viktig habilitering og rehabilitering er, og påpeker samtidig behovet for en dreining i tjenestene. Innovasjon og bruk av velferdsteknologi og hverdagsrehabilitering trekkes også frem som viktige virkemidler. I Kommuneplan for Ålesund kommune 2008-2020 blir habilitering og rehabilitering beskrevet som sentralt i kommunens tjenestetilbud. Kommunen ønsker å legge til rette for at innbyggerne skal ha mulighet til å mestre egen hverdag og være ressurs i eget liv lengst mulig. Forebyggende tiltak i alle sektorer skal legge til rette for gode oppvekst- og levekår og gjøre det lettere å ta de sunne valgene. Det skal være god dialog mellom brukere, pårørende og tjenesteutøvere.

Det er mange virksomheter og tjenester som arbeider med re-/habilitering, og kompleksiteten er stor. For mer informasjon og oversikt over alle aktørene, se kapittel 5. I dette kapittelet blir både status og utfordringer for disse aktørene/tjenestene/virksomhetene beskrevet.

Pasienten/brukeren er den viktigste aktøren i all habilitering og rehabilitering. Brukerperspektivet legger til grunn at alle tiltak og tjenester i en habiliterings- og rehabiliteringsprosess skal ta utgangspunkt i pasient/brukers kunnskap, ressurser, behov og mål. Mer om dette finner du i kapittel 3 og kapittel 6.

Habilitering og rehabilitering er flere tjenester satt sammen til en helhet. Derfor er dette et krevende område. De ansatte må ha kompetanse på mange felt, må ha evne til å samarbeide med bruker, pårørende, kollegaer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten, og med andre støttespillere i andre samfunnssektorer. Hvilken kompetanse som kreves innen re-/habiliteringsfeltet blir omtalt i kapittel 8.

Det er utarbeidet 6 hovedmål for å møte dagens og fremtidige utfordringer innen re-/habiliteringsfeltet, og disse er:

1. Aktiv brukermedvirkning (på individnivå, gruppenivå og kommune/systemnivå).
2. Re-/habilitering og hverdagsmestring i alt vi gjør.
3. Re-/habilitering i eller nærmest mulig brukerens vante miljø.
4. God kvalitet, basert på bred tverrfaglig kompetanse.
5. Sømløse overganger og godt samarbeid mellom tjenester/nivå.
6. Effektiv og målretta bruk av samfunnets ressurser (bærekraftig utvikling og innovasjon).

Strategiene for å oppnå disse hovedmålene er beskrevet i kapittel 9.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	6
1.1 Mandat	6
2. Målgruppe og grunnlaget for planarbeidet	8
3. Hva er habilitering og rehabilitering?	8
3.1 Tverrfaglig og flerfaglig samarbeid	10
3.2 Brukermedvirkning	11
3.3 Re-/habiliteringspyramide	13
4. Viktige føringer innen re-/habiliteringsområdet	15
4.1 Sentrale føringer	15
4.2 Kommunale føringer	18
5. Re-/habiliteringstilbudet i kommunen – Organisering, kapasitet, utfordringer	19
5.1 Folkehelsearbeid – helsefremmende og forebyggende tiltak	20
5.1.1 Folkehelseprofil	21
5.2 Aktivisering- og velferdstjenester	21
5.3 Samarbeid med frivillige	22
5.4 Re-/habilitering for barn og unge	24
5.4.1 Livslange tjenester	24
5.4.2 Helsestasjon og skolehelsetjenesten	25
5.4.3 Barnehager, skoler og PPT	25
5.5 Tjenester i hjemmet	27
5.5.1 Åpen omsorg (hjemmetjenesten)	27
5.5.2 Bemannede boliger	29
5.5.3 Prosjekt Hverdagsrehabilitering	30
5.5.4 Psykisk helsearbeid og rusarbeid	30
5.6 Tildelingskontoret og Koordinerende enhet	32
5.7 Voksenopplæring	35
5.7.1 Logoped og audiopedagogtjenesten	35
5.8 Ergoterapi, fysioterapi, syn- og hørsel	36
5.8.1 Kommunale ergoterapeuter, fastlønte fysioterapeuter, syn- og hørselskontakt	37
5.8.2 Fysioterapeuter med avtalehjemmel (kommunalt driftstilskudd)	39
5.9 Legetjenesten	42
5.10 Rehabilitering i institusjon	43
5.10.1 Ordinære sykehjemsplasser	43
5.10.2 Kollen rehabilitering	44
5.11 Tilrettelegging og bruk av hjelpemiddel	46
5.11.1 Arbeid	46
5.11.2 Hjelpemidler (kommunale og statlige)	47
5.11.3 Bomiljø og universell utforming	48
6. Brukermedvirkning og helhetlige pasientforløp	49
6.1 Brukermedvirkning, pårørende og nettverkets rolle	49
6.2 Helhetlig pasientforløp	50
7. Ansvarsdeling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten	53
7.1 Ansvarsdeling og samarbeidsavtaler	53
7.1.1 Prosjekt rehabilitering i Midt-Norge	53

7.2	Kompetansedeling og veiledning	57
7.3	Helse Møre og Romsdal	57
7.4	Privat rehabiliteringsinstitusjon med avtale	58
7.5	Rehabilitering av personer med kreft	59
8.	Kvalitet, kompetanse og tjenesteutvikling	60
8.1	Kompetansekrav.....	60
8.1.1	Velferdsteknologi	63
8.2	Kommunal økonomi, forskning og innovasjon.....	65
9.	Hovedmål, strategier og handlingsplan	69
9.1	Hovedmål	69
9.2	Handlingsplan	72
10.	Litteraturliste	75
	Vedlegg 1	76

1. Innledning

Ålesund kommune har utarbeidet en re-/habiliteringsplan for å etablere en samlet oversikt over mange av de tjenester/virksomheter som er involvert i en rehabiliterings- og habiliteringsprosess, og for å lage en samlet strategi for å møte fremtidige utfordringer innen dette feltet. Planen skal sikre ivaretagelse av befolkningens behov for re-/habilitering på både kort og lang sikt. Planen er en fagplan til Kommuneplanen, og er beskrevet i Planstrategi 2012-2015.

Framtidens utfordringer innen re-/habilitering og i helse- og omsorgssektoren generelt, kan ikke møtes med å gjøre mer av det vi alltid har gjort. Ressursene må forvaltes slik at vi får mest mulig ut av dem. Dersom vi skal få mer ut av en begrenset ramme, må det arbeides mer med folkehelse og tiltak som understøtter befolkningens evne til å mestre egen hverdag enn det som blir gjort i dag. Satsing på re-/habilitering er derfor et sentralt virkemiddel til å møte framtidige utfordringer, forutsatt at tjenesten organiseres og dimensjoneres riktig.

1.1 Mandat

Bystyret vedtok i februar 2013 «Planstrategi 2012-2015», der det ble bestemt at det skal utarbeides en rehabiliteringsplan og at fysioterapiplan for perioden 2010-2014 skal revideres og inkluderes i re-/habiliteringsplanen.

Rådmannen vedtok i august 2013 et mandat til en prosjektgruppe som skulle utarbeide forslag til en re-/habiliteringsplan. Prosjektgruppa fikk i oppdrag å klargjøre hvilke tjenester planen skal omfatte, og gjennomgå hvordan arbeidet med re-/habilitering fungerer i dag i kommunen. Forslag om endringer skulle ha som siktemål å oppnå bedre ressursutnyttelse og tverrfaglig samhandling mellom de ulike tjenestene.

Planen skal være bruker- og samhandlingsorientert og bygge på samhandlingsreformens målsettinger om helhetlige forløp. Tjenester gitt av kommunale fysioterapeuter og private fysioterapeuter med kommunalt driftstilskudd skal være en del av re-/habiliteringsplanen. Eksisterende fysioterapiplan forutsettes å utgå.

Gruppa fikk også i oppdrag å gjøre rede for hvilken kompetanse som trengs for å møte fremtidige utfordringer, herunder også hvilken kompetanse det bør satses på i fremtidig rekruttering og kompetanseutvikling.

Bruk av velferdsteknologi vil være en fremtidig del av tjenestene, og bør omtales i planen.

Strategier og tiltaksplan må være i tråd med gjeldende budsjett og økonomiplan.

Prosjektgruppa har bestått av:

- Håvard Overå, teamleder for stabsteam helse og velferd (prosjektleder)
- Birgitte J. Sætre Bonesmo, rådgiver i stabsteam helse og velferd (sekretær)
- Brit Krøvel, leder for utviklingssenter for hjemmetjenester i Møre og Romsdal.
- Lisbeth Løvoll/Solveig Kiperberg Viddal, teamleder for ergo-/fysio-/syn- og hørselstjenesten.
- Ståle Ræstad – hovedtillitsvalgt Norsk sykepleierforbund.
- Hanne Tønning – hovedtillitsvalgt Delta.
- Unni Kvangarsnes - saksbehandler ved Tildelingskontoret.
- Kathrin Kobbavik, folkehelsekoordinator i stabsteam helse og velferd.

- Lene Mjelva, sykepleier i Hjemmetjenester Indre Bydel.
- Sissel Brandal, avdelingsleder for Kollen rehabilitering ved Spjelkavik omsorgssenter.

Prosjektgruppa fikk i oppdrag å legge opp til en arbeidsprosess der berørte fagmiljø, nettverk og interessegrupper fikk komme med innspill til arbeidet.

Det har vært 26 møter i arbeidsgruppa, og flere fagpersoner har blitt invitert til gruppa for informasjon og diskusjon. Dette har vært fagpersoner innen velferdsteknologi, psykisk helse og rus, habilitering, kreftkoordinator, aktivisering- og velferdstjenester, hverdagsrehabilitering og andre.

Det har også vært møter mellom enkeltpersoner fra arbeidsgruppa og rådgivende samarbeidsutvalg for kommunale og private fysioterapeuter. Videre har det vært møter med Tildelingskontoret og andre fagpersoner i rådmannens stab.

I utgangspunktet skulle planen være en somatisk rehabiliteringsplan, men det er vanskelig å skrive en god og fremtidsrettet plan uten at den også omhandler habilitering. Fordi det har vært nødvendig å involvere mange i prosessen med å utarbeide planen, har planarbeidet tatt noe lenger tid enn først antatt.

Medvirkning - kartleggingsundersøkelse

I februar 2014 gjennomførte arbeidsgruppa en kartleggingsundersøkelse for å sikre medvirkning i planarbeidet. Det ble bedt om innspill/svar på spørsmål til planarbeidet fra kommunale virksomheter, samarbeidsaktører, brukerorganisasjoner/råd og utvalg, og private fysioterapeuter med kommunalt driftstilskudd. Totalt 37 innspill ble sendt inn. En anonymisert oppsummering av svarene følger som vedlegg til planen (vedlegg 1).



2. Målgruppe og grunnlaget for planarbeidet

Re-/habiliteringsplanen for Ålesund kommune skal favne alle i kommunen - fra fødsel til livets slutt - som har behov for habilitering og rehabilitering.

Grunnlaget for re-/habiliteringsarbeidet i kommunen skal være spørsmålet: «**Hva er viktig for deg – og hvordan kan vi bistå deg i å nå dine mål?**»

Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i respekten for menneskeverdet, brukermedvirkning og et tverrfaglig samarbeid.



Foto: Andreas Winter

3. Hva er habilitering og rehabilitering?

«Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet» (Forskrift om rehabilitering og habilitering kapittel 2, § 3).

Formålet med forskriften (§ 1) er å sikre at personer som har behov for **sosial, psykososial eller medisinsk** habilitering og rehabilitering, tilbys og ytes tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse. Begrepene «sosial, psykososial og medisinsk» er ikke et uttrykk for at tjenestene organisatorisk må splittes opp. For mange pasienter og brukere vil behov for habilitering og rehabilitering ofte være knyttet til flere av områdene samtidig. Mange vil ha behov for tjenester knyttet til egenomsorg, å mestre å bo i egen bolig, å bruke transportmidler, å forholde seg til andre mennesker i nærmiljøet, å delta i organiserte aktiviteter og mer generelt i samfunns- og arbeidsliv.

Formålet med forskriften er også å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient/bruker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene. Forskriften skal videre sikre at tjenestene tilbys og ytes:

- ut fra et pasient- og brukerperspektiv,
- i eller nærmest mulig pasientens og brukerens vante miljø,
- samordnet, tverrfaglig og planmessig,
- i en meningsfylt sammenheng for bruker og pasient.

Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i respekten for menneskeverdet, uavhengig av graden av funksjonshemming og den enkeltes evne til aktivitet og arbeid. Et helhetlig menneskesyn må ligge til grunn.

Habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten skal fremme personlig ansvar og egenmestring. Den enkeltes ressurser og potensial skal være utgangspunktet. Menneskets rett til selv å bestemme over eget liv og å formulere egne mål er sentralt. Åpenhet og god kommunikasjon, deling av kunnskap og klargjøring av alternativer er viktige forutsetninger for aktiv deltakelse og medvirkning.

Habilitering og rehabilitering er i prinsippet det samme, forskjellene kommer til uttrykk i de utøvende tjenestene hvor det skilles på målgrupper. Ulikheter i metodisk tilnærming kan grovt inndeles i ny-læring og re-læring.

Habilitering

Bakgrunnen for et behov for habilitering kan være enten medfødte eller tidlig ervervet sykdom eller tilstand. Med tidlig ervervet menes at tilstanden er ervervet før 18 år. Målgruppen kjennetegnes ved å ha langvarige behov som for noen varer livet ut. Habilitering innebærer bistand til å oppøve nye funksjoner og ferdigheter som vedkommende i utgangspunktet ikke har hatt. Det har som mål å utvikle funksjonsevnen og/eller mestringsevnen med sikte på størst mulig grad av selvstendighet og livskvalitet. Forebyggende tiltak for å bevare eksisterende funksjoner og bremse utvikling av funksjonstap er et viktig område.

I helsedirektoratets nettbaserte «Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator» (2015) listes følgende eksempler på brukergrupper med behov for habilitering: tidlig ervervede hjerneskader og utviklingsforstyrrelser, syndromer som medfører kognitive vansker, utviklingshemming, autismespekterforstyrrelser, nevrologiske skader eller sykdommer, nevromuskulære sykdommer (f.eks. muskeldystrofier, CP og ryggmargsbrokk).

Tidlig intervensjon er særlig viktig innen habilitering. Tverrfaglig tilnærming og samspillet mellom medisinske, pedagogiske og psykologiske tiltak er sentralt for barns mulighet for læring og utvikling.

En habiliteringsprosess omfatter forebygging, avdekking, igangsetting av tiltak, evaluering og vedlikehold, hvor evaluering er en sentral del av prosessen.

God planlegging av livsløpsoverganger er særlig viktig for pasienter og brukere med habiliteringsbehov. Langsiktig planlegging med avklaring av ansvar og kunnskapsoverføring mellom sektorer og nivåer er nødvendig. Forløpet/prosessen fra barn til voksen innebærer flere livsfaseoverganger. Godt samarbeid på tvers av fag og sektorer er i denne sammenhengen avgjørende for god koordinering. Tidlig innsats og forebyggende tiltak er også sentrale elementer i dette.

Overganger fra ungdom til voksen innebærer utfordringer knyttet til utdanning, arbeid og etablering i egen bolig. I tillegg må unge med habiliteringsbehov forholde seg til endringer i tjenestetilbudet i forbindelse med overgang fra barne- og ungdomstjenester til tjenester rettet mot voksne som målgruppe.

Overføring av informasjon mellom barnehabiliteringen og voksenhabiliteringen, er en vesentlig forutsetning for at barn og unge med behov for tverrsektorielle og sammensatte tjenester skal oppleve kontinuitet i tjenestetilbudet.

Rehabilitering

Rehabiliteringsbegrepet benyttes hovedsakelig om å gjenvinne tapte funksjoner som man en gang har hatt. Metodikken vil derfor være preget av re-læring av tidligere funksjoner og ferdigheter. Mange må lære å mestre et liv med varige funksjonsnedsettelse. Å bevare eksisterende funksjoner, bremse utvikling av funksjonstap, utvikle nye funksjoner og tilpasse livet til nye forutsetninger er også sentralt.

Ordet «tidsavgrensede» i definisjonen av habilitering og rehabilitering innebærer ikke å skulle forutse det absolutte sluttpunktet for tiltakene. I «Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator» (Helsedirektoratet 2015) står det: *«Med tidsavgrenset menes at målperioden gjennom forløpet tidfestes, og at dette blir evalueringspunkter som gir grunnlag for nye mål. For noen kan målet nås gjennom én målprosess uten behov for flere tiltak. For andre kan behovet være mer omfattende og kreve flere målprosesser hvor tiltak prioriteres i en logisk rekkefølge.»*

Re-/habilitering er en prosess som omfatter flere tjenester som til sammen utgjør et helhetlig behandlingsforløp. Re-/habilitering dreier seg ikke om én enkelt tjeneste eller ett tiltak, men om flere tjenester og tiltak satt i system, og om samarbeidet mellom yrkesutøvere og personer som trenger sammensatt, planlagt og koordinert bistand for å nå sine mål.

Habilitering og rehabilitering var tidligere sett på som tiltak som først kunne iverksettes etter avsluttet medisinsk behandling. I «Nasjonal plan for habilitering og rehabilitering 2008-2011» påpekes det at nyere forskning dokumenterer at umiddelbar oppstart av rehabilitering, tett integrert i den akuttmedisinske behandlingen fører til bedre overlevelse og funksjon.

Rehabilitering psykisk helse og rus

Behovet for rehabilitering innen psykisk helse og rus kan oppstå på grunn av alvorlig og langvarig psykisk lidelse og/eller rusmiddelproblemer og har særlig vekt på psykiske, kognitive, sosiale og psykososiale utfordringer. Behandling og rehabilitering er overlappende og et langsiktig arbeid med sterk vekt på mestring av dagliglivet. («Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator»).

3.1 Tverrfaglig og flerfaglig samarbeid

Re-/habilitering skal være tverrfaglig. En tverrfaglig vurdering innebærer at relevant profesjonsfaglig personell kartlegger pasientens/brukers ressurser og behov ut fra sin kompetanse. Mål og tiltak utformes i nært samarbeid mellom fagpersonene og pasient/bruker. Slik sikres enhetlig forståelse av behov og at det arbeides mot felles mål. Kunnskap om effekt av tiltak må vektlegges for å sikre god ressursutnyttelse. Profesjonsfaglig kompetanse ved kartlegging og vurdering av behov anses som sentralt, også i tilfeller hvor tiltakene i noen grad planlegges utført ved bruk av medhjelpere uten profesjonsfaglig kompetanse.

Den enkeltes behov er styrende for hvilke aktører som er nødvendig for å sikre et forsvarlig tilbud. Målene med habilitering og rehabilitering er ikke avgrenset til behov som helse- og omsorgstjenesten alene kan dekke. Begrepet aktør kan innebære ulike fagpersoner innad i samme enhet eller ulike sektorer som eksempelvis barnehage- og utdanningssektoren, arbeids- og velferdsetaten NAV, kultur og fritid. Samarbeidet kan også inkludere ulike private eller frivillige tilbud som eksempelvis brukerstyrte tiltak gjennom brukerorganisasjonenes likemannsarbeid.

Tverrfaglig samarbeid kan defineres som *”en form for teamarbeid som tilstreber en helhetlig tilnærming for å nå felles mål.(-) Felles mål og oppgavens art krever at man går på tvers av vanlige yrkesroller og kompetansegrenser ved fordeling av arbeid”*. (K. og P. Lauvås, 1998) Flerfaglig samarbeid er tradisjonelt knyttet til et hierarki basert på status og kompetanse, mens tverrfaglighet ikke er mulig uten likeverdighet. Samhandlingsprinsippet er en hjørnestein i rehabiliteringsarbeidet og forutsetter samhandling mellom likemenn. Både mellom bruker, profesjoner og nettverk er den gjensidige respekten en forutsetning for et best mulig resultat.

Det er mange «fallgruver» i det tverrfaglige samarbeidet. Arbeidet blir ofte preget av at en bestiller/rekvirerer bestemte tjenester framfor å legge fram en utfordring/behov som man i fellesskap skal prøve å løse. En forutsetning for å kunne fungere effektivt og dermed arbeide målrettet på kvalitativt høyt nivå, er at det legges til rette for at fagpersonene får tid og mulighet til å arbeide seg sammen til et team, å skape en «vi-følelse».

3.2 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er når bruker er aktiv deltaker i planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak. Pasienten/brukeren er den viktigste aktøren i all habilitering og rehabilitering. Brukerperspektivet legger til grunn at alle tiltak og tjenester i en habiliterings- og rehabiliteringsprosess skal ta utgangspunkt i pasient/brukers kunnskap, ressurser, behov og mål.

Begrepet «empowerment» er ofte brukt for å utdype viktige perspektiver i medvirkning. Det kan oversettes med myndiggjøring eller «å gjøre sterk». Dette er en ressursfokusert tilnærming som vektlegger å ta utgangspunkt i den enkeltes ressurser, ferdigheter og kompetanse.

Graden av mestring i hverdagen avhenger av den enkeltes mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en meningsfylt tilværelse. For at kommunene skal kunne hjelpe folk til å mestre hverdagen, må brukerne i større grad medvirke i tjenesteytingen. Det er viktig å legge til rette for reell brukermedvirkning for alle – også for barn. (Meld.St.16 - Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)). Familieperspektivet er også viktig å ta med i habilitering av barn.

I veileder «Sammen om mestring» (Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne 2014) fra Helsedirektoratet, står det at brukeren skal være viktigste aktør, der følgende hovedpunkter nevnes som viktige:

- *«Økt brukerinnflytelse fordrer at alle tjenester og utøvere har en systematisk tilnærming til samarbeidet med brukeren, både i den enkeltes behandling/bedringsprosess og i utvikling av helse- og omsorgstjenestene.*
- *Tilsetting av medarbeidere med brukererfaring styrker brukerperspektivet i tjenestene.*

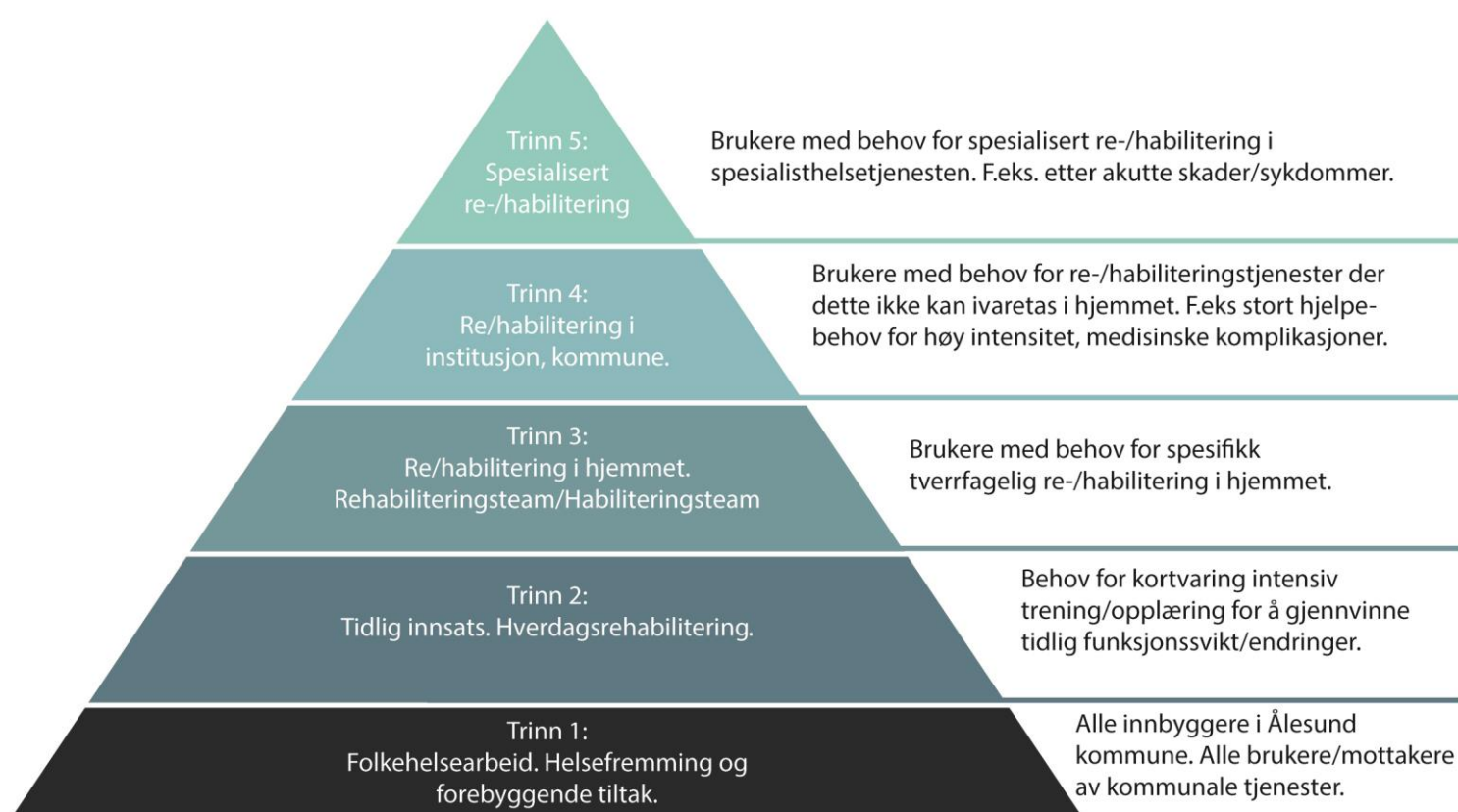
- *Pårørende er en ressurs og bør møtes som en samarbeidspartner ut fra den rollen de innehar, og samtidig sikres nødvendig støtte og avlastning.*
- *Barn som pårørende skal ivaretas ut fra sine egne behov – og er et ansvar for både kommunen og spesialisthelsetjenesten.*
- *Tjenesteapparatet bør informere og oppmuntre brukerne til å ta kontakt med brukerorganisasjonene, brukerstyrte sentre, selvhjelpsgrupper eller andre frivillige organisasjoner, og eventuelt bidra til å opprette kontakten».*

Viktige arbeidsmetoder som ivaretar brukermedvirkning er individuell plan og bruk av koordinator. Individuell plan (IP) er brukerens egen plan. IP skal utarbeides sammen med bruker og gjenspeile brukerens behov, ønsker og mål. Planen skal bidra til at brukeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, og er en viktig premiss når det fattes vedtak om tjenester. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte bruker, sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

3.3 Re-/habiliteringspyramide

De ulike re-/habiliteringstilbudene som finnes eller er under utvikling kan framstilles som en pyramide; med mange brukere og lite spesialisert tilbud på det nederste trinnet, og stadig færre brukere og mer spesialisert høyere opp i pyramiden¹. Ressursinnsatsen bør settes inn tidlig og være størst i starten, for å bidra til at innbyggerne mobiliserer egne ressurser til å kunne leve et langt, godt og verdig liv. Når riktig og tilstrekkelig bistand gis tidlig, kan mestringsevnen øke slik at man beveger seg nedover i pyramiden, noe som igjen vil øke den enkeltes selvstendighet og redusere behovet for hjelp. Når tjenestene kommer inn sent og med lite hjelp, kan konsekvensen være at det da etter hvert er behov for et betydelig større hjelpebehov enn det var i utgangspunktet.

Re-/habiliteringspyramide for Ålesund kommune



Trinn 1: Folkehelsearbeid; Helsefremmende og forebyggende tiltak

Satsing på folkehelsearbeid er en grunnleggende investering for et bedre liv og et bærekraftig samfunn. Helsefremmende og forebyggende tiltak vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen uansett funksjonsnivå og livssituasjon. Brukerstyring og vektlegging av den enkeltes ressurser står sentralt, og det innebærer en vektlegging av støtte til mestring av ønskelige aktiviteter i hverdagen framfor å sette inn kompensierende tiltak.

Folkehelseinstituttet vektlegger barnehage og skole/SFO som de viktigste arenaene for forebygging av psykiske helseproblemer/psykiske lidelser og rusproblemer senere i livet.

¹ Pyramidene er basert på Helsefremmingsplanen 2013 til Kristiansand kommune, men er deretter bearbeidet av arbeidsgruppa, andre fagpersoner og team Kommunikasjon i rådmannens stab. Dette for å lage en pyramide som inkluderer sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering.

Trinn 2: Tidlig innsats/hverdagsrehabilitering

Tidlig innsats handler om å gjenkjenne tidlig funksjonssvikt eller endringer hos brukere som har hjemmetjenester eller andre tjenester i kommunen. Videre kan det være en breddekartlegging og iverksetting av tiltak når brukere tar kontakt for første gang med kommunen.

Både barnehagene og skolene har programmer for tidlig innsats. For mer informasjon om dette, se kapittel 5.4.

Hverdagsrehabilitering er en tidlig og tverrfaglig innsats som er avgrenset i tid og som tar utgangspunkt i brukernes egne ressurser for å styrke funksjons- og mestringsevnen. Et stort antall norske kommuner har innført, eller er i ferd med å innføre hverdagsrehabilitering som en del av tjenestetilbudet. Inspirasjonen er hentet fra svenske og danske kommuner, som har veldig gode erfaringer med hverdagsrehabilitering. I Danmark er nesten alle kommunene i gang med å innføre en modell for hverdagsrehabilitering, og i Norge er det 105 kommuner som gjør praktisk erfaring med hverdagsrehabilitering (per april 2015). Hverdagsrehabilitering representerer et brudd med tradisjonelle pleie- og omsorgstjenester. Flere kaller hverdagsrehabilitering for et paradigmeskifte og illustrerer dette med at man går fra: «*Hva er problemet du trenger hjelp til?*» til «*Hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå?*» Og fra «*Lengst mulig i eget hjem*» til «*Lengst mulig aktiv i eget liv*». For mer informasjon om Hverdagsrehabilitering i Ålesund, se kapittel 5.5.3 og 8.2.

Ålesund kommune har ikke hverdagsrehabilitering som en integrert del av tjenesten, og hverdagsrehabilitering gjennom prosjekt tilbys først og fremst til eldre personer. Noen kommuner i Norge har hverdagsrehabilitering for alle aldersgrupper som har et rehabiliteringspotensial, men de fleste kommunene tilbyr hverdagsrehabilitering til personer over 18 år. Hverdagsrehabilitering for personer med utviklingshemming eller som har psykiske problemer er lite utprøvd i Norge. Per 2015 er det fire kommuner som har fått prosjektmidler til dette.

Trinn 3: Re-/habilitering i hjemmet og re-/habiliteringsteam

Hjemmet er et godt sted for re-/habilitering fordi brukeren kjenner seg trygg der, og kan forholde seg til kjente omgivelser og utfordringer i dagliglivet. I hjemmet får en også trene på aktiviteter som det er viktig for den enkelte å mestre for å kunne fortsette å bo hjemme. Det er få som i dag får rehabilitering i eget hjem, men kommunen har private fysioterapeuter med kommunalt driftstilskudd som har hjemmebehandling som ansvarsområde.

Tverrfaglige re-/habiliteringsteam kan være en god organisering for å sikre basiskompetanse innen re-/habilitering. Teamene kan fungere som ressurs for øvrige tjenester. De kan også ha en sentral rolle i å sikre god forvaltning av kompetanse i forbindelse med ambulante tjenester og veiledning fra spesialisthelsetjenesten. De bør være sentrale i kartlegging av behov og for planlegging og gjennomføring av tilbud til hjemmeboende. Teamene bør ha nært samarbeid med koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Fagpersonene i teamene bør ha overlappende kompetanse. Fleksibel oppgavedeling bør tilstrebes samtidig som spisskompetanse hos den enkelte ivaretas.

Re-/habiliteringsteam kan arbeide tverrfaglig i brukerens hjem, men bør også kunne brukes til arbeidsutprøving/rehabilitering i samarbeid med arbeidsgiver og NAV.

Ambulante re-/habiliteringsteam kan være sammensatt av ressurser fra spesialisthelsetjenesten, være team med deltakere både fra spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, eller team som bare har fagpersonell fra primærhelsetjenesten.

Ålesund kommune har per i dag ikke et re-/habiliteringsteam eller ambulante re-/habiliteringsteam. Innen rus- og psykisk helse finnes det Psykisk helseteam og ulike oppfølgingstiltak innen rusrehabilitering – for mer informasjon, se kapittel 5.5.4. I Meld.St. 26 («Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet») blir det informert om at regjeringen vil legge til rette for en mer teambasert helse- og omsorgstjeneste, bl.a. gjennom «primærhelseteam» og «team for brukere med sammensatte behov».

Trinn 4: Re-/habilitering i institusjon, kommune.

Effektiv drift og god gjennomstrømming av pasienter på korttidsplasser kan redusere det totale behovet for langtidsplasser i institusjon. På en korttidsplass er hensikten at pasienten skal øke sitt funksjonsnivå og dermed kunne bo hjemme og være aktiv lenger i eget liv. De ansatte må tenke og handle helsefremmende, og ha som målsetning at pasienten skal klare mest mulig på egen hånd. I Ålesund kommune er det korttidsplasser på flere av sykehjemmene, men det er imidlertid for lite rehabilitering og aktivitet ved disse korttidsplassene. Videre er det en kommunedekkende spesialavdeling for rehabilitering – Kollen rehabilitering - ved Spjelkavik omsorgssenter med 14 plasser. For mer informasjon, se kapittel 5.

Ålesund kommune har heldøgnsbemannede barneboliger for habilitering, og har hel-/deldøgns bemannede boliger for personer med psykiske lidelser og /eller ruslidelser.

Trinn 5: Spesialisert re-/habilitering.

For innbyggerne i Ålesund kommune er det tilbud om spesialisert re-/habilitering ved Helse Møre og Romsdal og Helse Midt- Norge. Videre kan det kjøpes spesialiserte plasser ved private institusjoner. For mer informasjon, se kapittel 7.

4. Viktige føringer innen re-/habiliteringsområdet

4.1 Sentrale føringer

«Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid» (St.meld.nr. 47/2008-2009) trekker opp linjene for framtidens helse- og omsorgstjeneste. Forebygging, tidlig intervensjon, rehabilitering og mestringsstrategier skal bremse behovet for kostnadskrevende behandling og pleie i sykehus og sykehjem. Dette skal gi bedre helse og funksjonsevne hos den enkelte innbygger, og samtidig bidra til en bærekraftig økonomisk utvikling i velferdssamfunnet.

Samhandlingsreformen signaliserer at kommunene bør ta et større ansvar for rehabilitering til store pasientgrupper som tidligere fikk sin rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. De pasienter som bør få sine rehabiliteringstilbud i tilknytning til hjemmet, eller som har behov for tverrfaglig oppfølging over tid, skal få dette i kommunen.

Som følge av samhandlingsreformen kom ny «Lov om helse- og omsorgstjenester i kommunene» i 2011. I denne loven betegnes rehabilitering som «sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering».

Mange viktige føringer innen habilitering er omtalt i «*Handlingsplan for habilitering av barn og unge*» (2009). Planen peker på en del utfordringer innen habilitering, og disse problemstillingene blir også belyst i forskrift og stortingsmeldinger som nevnes nedenfor.

Ny «*Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*» trådte i kraft 1. januar 2012. Den beskriver ansvar og oppgaver for henholdsvis kommunen og spesialisthelsetjenesten. Nytt i forskriftene er at brukere med behov for komplekse, langvarige og koordinerte tjenester skal tilbys en koordinator. Helsedirektoratet utarbeidet i 2015 en nettbasert veileder til forskriftene.

«*Innovasjon i omsorg*» (NOU 2011:11) har lagt fem hovedutfordringer til grunn for endringsbehov i fremtidig omsorg. Disse er de samme utfordringene som omtales i Stortingsmelding 25 (2005-2006) «*Mestring, muligheter og mening*»: 1) nye brukergrupper, 2) aldring, 3) knapphet på omsorgsytere, 4) medisinsk oppfølging og 5) aktiv omsorg.

Stortingsmelding 29 «*Morgendagens omsorg*» (2012-2013) innleder med følgende sitat: «*Omsorgskrisen skapes ikke av eldrebølgen, men av forestillingen om at omsorg ikke kan gjøres annerledes enn i dag.*» (Kåre Hagen) I meldingen står det videre at rehabilitering må være en naturlig og selvstendig del av all innsats og pleie. Det ligger et rehabiliterende element i all god behandling. Dette fordi det er et mål å styrke brukerens muligheter for egenmestring og opprettholdelse av funksjonsnivå så lenge som mulig.



Hverdagsrehabilitering blir i «*morgendagens omsorg*» omtalt som et viktig ledd i en dreining fra kompenserende tiltak i pleie- og omsorg til aktivisering og egenmestring i hverdagen. En faglig omlegging til mer aktiv hjelp gir omsorgstjenesten flere verktøy å arbeide med. Også velferdsteknologi omtales i stortingsmeldingen som en viktig del av omsorgstjenesten i fremtiden: «*Morgendagens omsorgstjeneste skal skape tjenestetilbud sammen med brukerne, samhandle med pårørende, ta i bruk velferdsteknologi og mobilisere lokalsamfunnet på nye måter.*».

I veileder «*Sammen om mestring*» (Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne 2014) fra Helsedirektoratet (s. 57) står det at: «*Tidlig, god og tilpasset behandling og systematisk oppfølging kan hindre forverring av*

problemet/lidelsen og legge til rette for bedringsprosesser. Tidlig intervensjon ved psykiske problemer og rusmiddelavhengighet bør være normen, særlig ved mistanke om alvorlige og langvarige lidelser. Tidligintervensjonsprogrammer skal øke befolkningens kunnskap om

psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet gjennom informasjonskampanjer som bidrar til at berørte personer søker hjelp tidligere. Samtidig bør helse- og omsorgstjenesten respondere raskt og effektivt ved mistanke om problemer. Sentrale aktører er eksempelvis helsestasjon, skolehelse-tjenesten, fastlegen, medarbeidere i psykisk helse- og rustjenesten i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Systematisk oppfølging av brukeren er avgjørende for et godt forløp, og forutsetter et tillitsfullt og forpliktende samarbeid med bruker, pårørende, innad i tjenesten og mellom tjenestenivåene». Videre står det at rehabilitering kan være et langsiktig arbeid etter langvarig rusmiddelavhengighet eller alvorlige psykiske lidelser, som kan avløses av systematisk oppfølging og støtte.

I Stortingsmelding 26 «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet» (2014-2015) står følgende: «Mange kommuner mottar god habilitering og rehabilitering i kommunene i dag, og mange kommuner har flerfaglige rehabiliteringsteam og fungerende samarbeidsordninger mellom de ulike deltjenestene.

Flere pasient- og brukergrupper får likevel fortsatt ikke det habiliterings- og rehabiliteringstilbudet de bør få.

Det er behov for både økt kapasitet, økt kompetanse, nye tilbud og bedre organisering.» Det blir også skrevet i

meldingen at forskning viser at de beste rehabiliteringsresultatene for enkelte brukergrupper oppnås hjemme, og at behandling og rehabilitering i brukerens hjem også gir størst pasienttilfredshet.

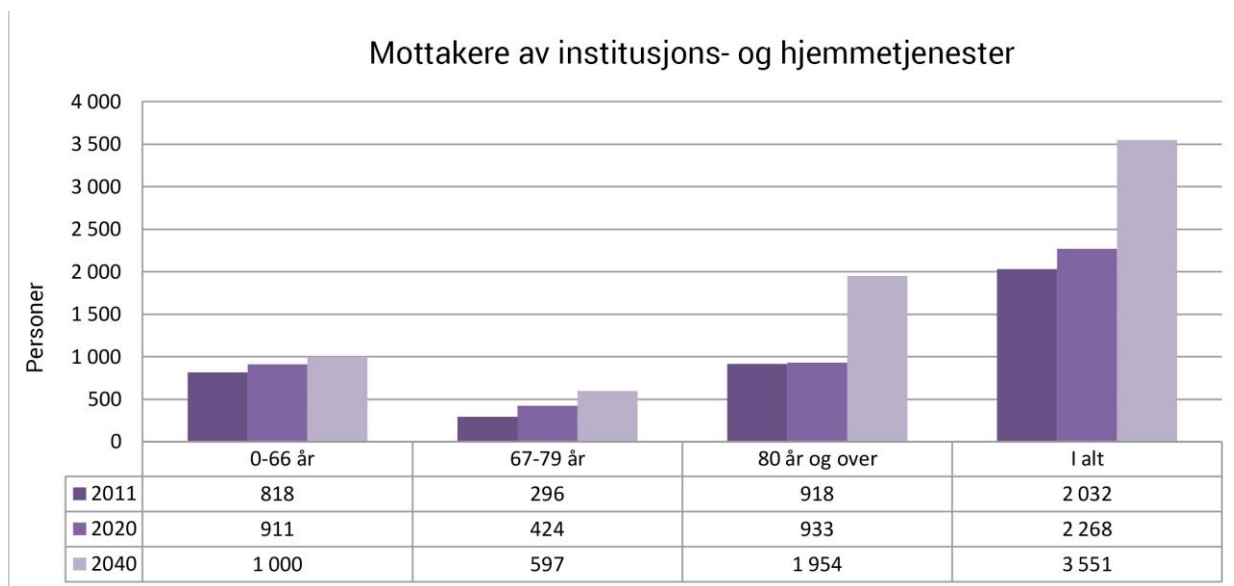
Hverdagsrehabilitering blir nevnt spesielt som viktig i kommunene. Stortingsmeldingen viser også til at pasient- og pårørendeopplæringen i kommunene skal

styrkes og at dette skal gjøres gjennom helse- og omsorgstjenesteloven. Det blir også vist til at det skal vurderes om det skal gis direkte tilgang til fysioterapeut uten henvisning fra lege eller annen henvisende instans. Det står også i stortingsmeldingen at regjeringen vil ta sikte på å utarbeide en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering som vil ha sitt hovedfokus rettet mot kommunene.



4.2 Kommunale føringer

Framskrivninger utarbeidet for Ålesund kommune av SSB (se figur nedenfor) viser samme utvikling som på landsbasis. Gruppen fra 0-67 år vil øke noe, men det vil ikke bli en markant økning. Om lag 2/3 av pleie- og omsorgsbudsjettet går i dag til yngre brukere (under 67 år). Tallet på eldre over 67 år med behov for institusjons- og hjemmetjeneste i kommunen vil bli doblet frem til 2040 (fra 1214 personer i år 2011 til 2551 personer i år 2040), og med en videreføring av dagens tjenester medfører dette en tilsvarende økning i årsverk. Dette vil ikke være bærekraftig, og kommunen er avhengig av å finne alternative metoder for å utnytte de ressursene en har til rådighet i tjenesten.



Figur: Behov for institusjonsplasser eller hjemmetjenester i Ålesund kommune. Det er mellomalternativet i SSBs framskrivninger som ligger til grunn for illustrasjonen. Kilde: «Nye vegar til framtidens velferd - Regjeringa sin strategi for innovasjon i kommunesektoren. Publikasjonskode: H-2289».

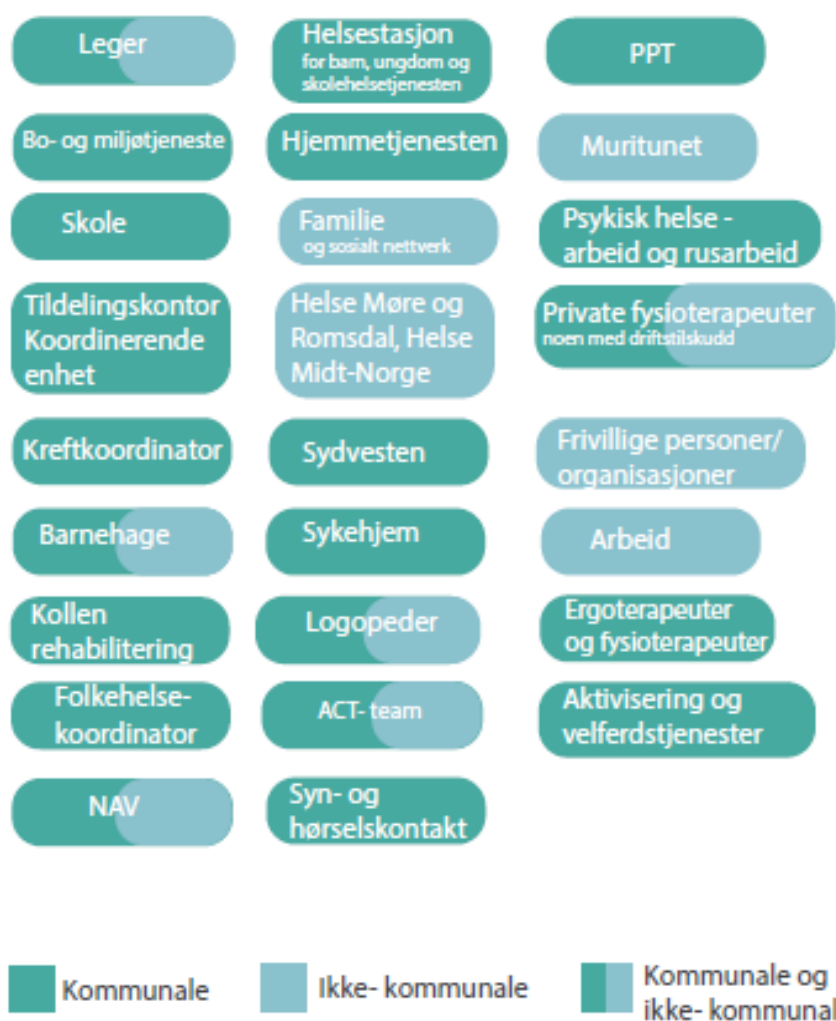
Kommuneplan

Gjeldende kommuneplan er for perioden 2008-2020, men i 2014 og 2015 har den vært til rullering, og ny samfunnsdel av kommuneplanen skal behandles i januar 2016. I utkast til plan er et av de overordnede målene i den nye samfunnsdelen er å skape en trygg og god helse- og omsorgstjeneste som bidrar til god helse og som forebygger sykdom. Når sykdom rammer, skal helse- og omsorgstjenesten behandle, lindre og bistå i rehabilitering på best mulig måte. Målet er flest mulig gode leveår for alle, og reduserte sosiale forskjeller i befolkningen. Habilitering og rehabilitering skal være sentralt i kommunens tjenestetilbud. Vi ønsker et samfunn som legger til rette for å gi innbyggere mulighet til å mestre egen hverdag og være ressurs i eget liv lengst mulig. Forebyggende tiltak i alle sektorer skal legge til rette for gode oppvekst- og levekår og gjøre det lettere å ta de sunne valgene. Det skal være god dialog mellom brukere, pårørende og tjenesteutøvere. Det henvises til kommuneplanen på kommunens nettsider for å lese mer om mål og strategier for årene 2015-2027.

5. Re-/habiliteringstilbudet i kommunen – Organisering, kapasitet, utfordringer

I dette kapittelet vil flere av de tjenestene som arbeider med re-/habilitering gjennomgås med tanke på organisering, kapasitet og utfordringer. Det er i forbindelse med dette arbeidet laget en oversikt for å gi et bedre bilde over kompleksiteten og mange av de tjenestene/aktørene som kan være involvert i en re-/habiliteringsprosess. Tjenestene er satt opp i tilfeldig rekkefølge (se nedenfor). Det er også satt opp en liste på eksempler på store pasientgrupper med re-/habiliteringsbehov etter denne oversikten.

Mulige aktører i en re-/habiliteringsprosess



Oversiktskartet er utarbeidet av arbeidsgruppa i samarbeid med team kommunikasjon i rådmannens stab.

Forklaring til oversiktskart: Oversikten inneholder kommunale tjenester (grønn farge), tjenester som ikke er kommunale, men som kan inngå i et re-/habiliteringsløp (lys blå farge). Videre er det med tjenester/virksomheter som er både private/statlige og kommunale (definert med to farger).

Eksempler på store pasientgrupper med re-/habiliteringsbehov (Meld.St.26 Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet):

- Personer som har gjennomgått hjerneslag
- Personer med nevrologiske lidelser eller hjerneskrader
- Personer med syns- og/eller hørselstap
- Personer med brudd og andre skader
- Personer med langvarige eller kroniske sykdommer, f.eks. kols, diabetes, hjerte- og karsykdom, kreft, og reumatiske lidelser.
- Personer med sosiale problemer, atferdsproblemer, psykiske lidelser og rusproblemer
- Eldre med sammensatt sykdomsbilde og funksjonstap
- Personer med muskel-skjelettplager som står i fare for å falle ut av arbeidslivet
- Barn med medfødte eller ervervede funksjonstap
- Personer med utviklingshemming.

5.1 Folkehelsearbeid – helsefremmende og forebyggende tiltak

Folkehelsearbeid handler om å legge til rette for og fremme befolkningens helse og trivsel, og å redusere faktorer som har negativ innvirkning (folkehelseloven § 3). Satsing på folkehelsearbeid er en grunnleggende investering for et bedre liv og et bærekraftig samfunn (trinn 1 i pyramiden i kapittel 3.3). God helse er en forutsetning også for andre mål, som for eksempel et produktivt arbeidsliv, effektiv læring og overskudd til å bidra i frivillig arbeid. Høy sykkelighet og lav funksjonsevne medfører påkjenninger og kostnader både for den enkelte og for samfunnet i form av helse- og omsorgstjenester, sykefravær og trygd.

Erkjennelsen av «helse i alt vi gjør» er kjernen i folkehelsearbeidet. I folkehelseloven kommer denne erkjennelsen til uttrykk gjennom at ansvaret for befolkningens helse ikke er lagt til helsetjenesten, men til kommunen som sådan. Ålesund kommune har en folkehelsekoordinator som skal samordne ulike tiltak og koordinere den forebyggende innsatsen i kommunen, samt være pådriver for nye tiltak. Koordinatorens rolle innebærer også å kartlegge områder i kommunen der det trengs målrettet helsefremmende innsats.

Helsen påvirkes av alt fra grunnleggende forhold som levekår og oppvekstvilkår, arbeid og arbeidsmiljø, bomiljø og andre miljøfaktorer, til livsstil og bruk av helsetjenesten. Det skal legges til rette for at alle barn og unge skal få en god start i livet, for et inkluderende arbeidsliv med trygge og helsefremmende arbeidsplasser, og for aktiv og trygg aldring. Innsatsen skal rettes mot å gjøre tjenester og arenaer i ulike faser av livet mer helsefremmende.

Forebyggende og helsefremmende tiltak må ha høy prioritet, både for å bedre livskvaliteten til den enkelte, men også for å unngå kostbar «reparasjon». Prioriteringer og tiltak må være tydelige og synlige i andre sektorplaner enn bare helsesektorens. Alle sektorer er viktige for å skape gode oppvekst- og levekår, og for å utvikle et samfunn som legger til rette for sunne levevaner og fremmer fellesskap, trygghet og deltagelse.

«Folkehelsearbeid handler både om å fremme livskvalitet og trivsel, gjennom deltagelse i sosialt fellesskap som gir tilhørighet og opplevelse av mestring, og om å redusere risiko for sykdom, funksjonsnedsettelse, psykiske og sosiale problemer» (Meld.st.19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen).

5.1.1 Folkehelseprofil

Kommunen er gjennom folkehelseloven § 5 pålagt å ha oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer. Gjennom dette arbeidet skal kommunen identifisere folkehelseutfordringer (§§ 5 og 21), og kommunen har plikt til å iverksette nødvendige tiltak for å møte disse utfordringene (§ 7). Prioriteringer og tiltak må være tydelige og synlige i andre sektorplaner enn bare helsesektorens. Alle sektorer er viktige for å skape gode oppvekst- og levekår, og for å utvikle et samfunn som legger til rette for sunne levevaner og fremmer fellesskap, trygghet og deltagelse.

Gjennomgangen av helsetilstand og påvirkningsfaktorer i Ålesund viser at folkehelsen generelt kan sies å være god; kommunen skårer bedre enn landet ellers på mange områder. Å være bedre enn et gjennomsnitt trenger imidlertid ikke å være godt nok.

Forventet levealder er høyere i Ålesund enn landet ellers. Kommunen skårer også bedre på en rekke viktige levekårsindikatorer; andelen av arbeidsledige, personer med lav inntekt, uføretrygdete, sosialhjelpsmottagere og eneforsørgere er lavere. Andelen med videregående eller høyere utdanning er høyere enn landsnivået. På skoleområdet i Ålesund ser en at trivselen hos elevene er høyere, og frafallet i videregående skole er mindre enn i landet ellers.

Ålesund kommune har mindre av en rekke sykdommer, bl.a. hjerte- og karsykdommer, overvekt/fedme og diabetes type 2. Også psykiske lidelser har kommunen noe mindre av enn landsgjennomsnittet, men når nesten 13 prosent av innbyggerne oppsøker primærhelsetjenesten årlig på grunn av psykiske lidelser/symptomer, er dette en for høy andel selv om den er lavere enn landsgjennomsnittet. Mange personer med somatiske sykdommer sliter også med psykiske lidelser og/eller rusavhengighet.

Folkehelseprofilen viser at selv om det er en lavere andel med overvekt og fedme i kommunen vår, er det nesten 23 prosent av de sesjonerte og 15 prosent av tredjeklassingene som har overvekt eller fedme. I underkant av fire prosent av tredjeklassingene hadde fedme.

Ungdommene i Ålesund røyker heldigvis i liten grad. Kun to prosent av ungdomsskoleelevene og seks prosent av elevene ved første trinn i videregående skole røyker. Dette er omtrent halvparten av andelen ungdommer som røyker i resten av landet. Over 80 prosent av ungdommene i Ålesund mener i tillegg at å røyke reduserer statusen i vennemiljøet.

Det som skiller seg ut i negativ retning når en sammenligner seg med andre kommuner er andelen voksne som røyker og antall nye krefttilfeller. Av krefttyper er det særlig lungekreft, prostatakreft og kreft i fordøyelsesorganene kommunen har mer av enn landet ellers. Rehabiliteringstilbudet for kreftpasienter i Midt-Norge vurderes som utilstrekkelig (se kapittel 7.1.1 og 7.5 hvor dette omtales), og er et område det bør satses på i Ålesund. Ålesund kommune har spesielt mange kreftoverlevende på grunn av en høyere andel kreft enn andre kommuner samtidig som dødeligheten av kreft ikke er høyere.

5.2 Aktivisering- og velferdstjenester

Mange av virksomhetene og tjenestene i Ålesund kommunen arbeider forebyggende, men kommunen har en virksomhet som i hovedsak arbeider forebyggende i hele kommunen, og som er en integrert del av helse- og omsorgstilbudet. Virksomheten er Aktivisering- og velferdstjenester og arbeider med; forebyggende tiltak overfor eldre i egen bolig, med kartlegging og utredning av personer med sykdommen demens/demensteam, aktivisering og

dagtilbud (primært til personer over 60 år), seniorsenter, teknisk hjelpemiddelservice/hjelpemiddellager (se også kapittel 5.11.2), støttekontakt til personer over 18 år, Frivilligsentral (inkl. ansvar for natteravntjenesten). Virksomheten har som målsetting å bidra til at den enkelte skal kunne bo i eget hjem så lenge de ønsker det.



Virksomheten samarbeider med mange aktører, og driver forskningsarbeid og utviklingsarbeid gjennom små og store prosjekter. Virksomhet aktivisering- og velferdstjenester har jevnlig møter med et mangfold av frivillige organisasjoner for planmessig utvikling og samhandling mellom frivillig og offentlig sektor.

ANBEFALINGER:

- Alle virksomhetene i Ålesund kommune må prioritere forebyggende tiltak fremfor kostnadskrevende «reparasjoner».
- Kommunen bør videreutvikle dagsentertilbudet ut ifra behov, og videreutvikle aktivitets- og avlastningstilbudet (både i institusjon og i hjemmet).

5.3 Samarbeid med frivillige

Samfunnet står overfor store omsorgsutfordringer i årene som kommer. Disse framtid utfordringene kan ikke overlates til de kommunale helse- og omsorgstjenestene alene, men vil kreve at vi leter fram, mobiliserer og kan ta i bruk samfunnets samlede omsorgsressurser på nye måter. Deltakelse i det sivile samfunnet er like mye en væremåte som en handlingsmåte, og mange deltar i frivillig arbeid i Norge. Det ligger store muligheter i å engasjere flere i frivillig arbeid innen re-/habiliteringsfeltet.

Frivillige må rekrutteres, motiveres, opplæres, følges opp og ivaretas. For å ivareta frivillige omsorgsressurser må offentlige aktører være støttespillere og gartnere som sår og vedlikeholder de frivillige ressursene. Muligheten i samspillet mellom frivillig og offentlig sektor er spennende, og i et folkehelseperspektiv et stort potensial for forebyggende og helsefremmende gevinster både for frivillige og enkeltpersoner med et hjelpebehov.

I kommunen bidrar frivilligheten til å utvikle gode velferdstilbud blant annet innen områdene:

- Demensomsorg (tur- og aktivitetsgrupper, dagaktivitet på Sunnmøre museum/Gavlen, besøksvenner, samtalegrupper, pårørendeskole).

- Sosiale, kulturelle og fysiske aktiviteter innen forebyggende helsefremmende arbeid til seniorer.
- Forebyggende tiltak rettet mot ungdom – Natteravner.
- Igangsetting av selvhjelpsgrupper og «Lyst på livet».
- Samarbeid med utdanningsinstitusjoner, lag og organisasjoner på sykehjem om ulike tiltak (mat, sosiale tilstelninger m.m.)
- Samarbeid med enkeltpersoner på sykehjem om å være besøksvenn/turvenn.



Bilde 1: Dagaktiviteter i kommunal regi. Bilde 2: Frivillige fra Aksla vel.
Foto: Ålesund kommune

Omsorgstjenesten har hatt stor vekst i flere år. Med utgangspunkt i de demografiske utfordringene bør kommunen videreutvikle organisering som støtter opp under forebyggende og helsefremmende aktiviteter og som utløser ressurser hos brukere, organisasjoner og i lokalsamfunnet. Det vil kunne bidra til tidlig innsats, forebygging, sosialt nettverksarbeid og rehabilitering.

I 2015 kom det en «*Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet*» (2015-2020) utarbeidet av Helse- og omsorgsdepartementet, Frivillighet Norge og KS. Strategien har fire hovedgrep som skal legge til rette for et systematisk og godt samarbeid mellom offentlig og frivillig sektor, redusere ensomhet samt rekruttere og beholde frivillige på helse- og omsorgsfeltet. De fire hovedgrepene er:

- Mobilisering
- Samspill og samarbeid mellom frivillig sektor og kommunen
- Kompetanse, utvikling og innovasjon
- Forenkling og tilrettelegging.

ANBEFALINGER:

- Flere kommunale virksomheter bør involvere frivillige i sine tjenester for å samarbeide om aktivitetstilbud o.l. Dette kan bidra til å øke livskvaliteten til bruker

og deres pårørende. En måte å gjøre dette på er gjennom samarbeid med virksomhet Aktivisering- og velferdstjenester/Frivilligsentralen, som har stor kontaktflate til frivillige organisasjoner og enkeltpersoner.

5.4 Re-/habilitering for barn og unge

5.4.1 Livslange tjenester

Bakgrunn for behovet for livslange tjenester kan være enten medfødt eller tidlig ervervet sykdom eller tilstand. Tjenestene som kommunen yter skal være helhetlige, sammenhengende og samordnede basert i individuelle behov og personlige ønsker. I dette ligger også rehabilitering- og habiliteringstjenester.

Kommunale tjenester som omtales som en del av livslange tjenester, er bl.a. helsestasjon, skole, barnehage, samlokaliserte boliger, avlastningstilbud, ulike sysselsettingstilbud, etter skoletilbud (ESTO), brukerstyrt personlig assistanse (BPA) med mer.



Prosjekt Livsløpsgarantien

Personer med utviklingshemning og andre sammensatte behov, mottar tjenester fra et stort antall statlige og kommunale instanser. Prosjektet «Livsløpsgarantien» ble påbegynt i 2012 og rettet seg mot målene i samhandlingsreformen: Å stimulere til kommunesamarbeid om helse- og omsorgstjenester, fremme utvikling av tilbud som bidrar til forebygging og tidlig intervensjon, bedre pasientforløp og samarbeid med spesialisthelsetjenesten, bidra til mer tilgjengelige helsetjenester og stimulere til økt kvalitet, bringe frem nye modeller som samhandling og organisering av kommunale helse- og omsorgstjenester og samarbeidstiltak med spesialisthelsetjenestene, og bidra til bedre ressursutnyttelse av samlet innatts i helsetjenesten.

Livsløpsgarantien bygger på foreldre sitt uttrykte behov for en garanti om at tjenestene i kommunen er satt i system, og at systemet arbeider på vegne av bruker. Hjelpemiddelet må være beredt når et barn med utviklingshemning blir født. Systemet må ivareta alle overganger og fungere gjennom alle livsfaser. Foreldre har beskrevet at første fase i livsløpet er en kritisk og særlig viktig fase.

Livsløpsgarantien skal inneholde ett system. Systemet er koordinering av tjenestene gjennom et livsløp for personer som har behov for livslange tjenester. Innad i systemet skal kommunen ha synlige, tydelige og klare retningslinjer for hvem som gjør hva, hvor foreldre og brukere kan henvende seg, og hva en kan forvente av hjelpeapparatet. Sømløse overganger er spesielt viktige.

Prosjektet *Livsløpsgaranti* bygger på retten mennesker med utviklingshemning i Ålesund har, til et selvstendig liv. Mennesker med utviklingshemning skal kunne leve sine egne liv etter egne valg på flest mulig arenaer, og i sosialt verdsatte roller. Et selvstendig liv som voksen person bygger imidlertid på at den enkelte ut fra sine forutsetninger, fra fødsel til voksen alder, gjennom omsorgs- og opplæringstiltak har blitt gjort i stand til å kunne bruke og ha utbytte av denne rettigheten. Kommunen som tjenesteansvarlig skal legge grunnlag for, sikre, og sørge for dette i forpliktende samhandling med pårørende. Brukermedvirkning og størst mulig grad av valgfrihet skal alltid gjelde.

Prosjektet er avsluttet og ulike tiltak er iverksatt i ordinær tjeneste, som oppstart av Koordinerende enhet, opprettelse av «koordinatorskole», utarbeidelse av meldesystem for å fange opp koordinerte behov m.m. Prosjektrapporten kan leses i sin helhet på kommunens nettsider.

5.4.2 Helsestasjon og skolehelsetjenesten

Helsestasjonene for barn og unge har en viktig funksjon i det helsefremmende og forebyggende arbeidet ved at de har kontakt med det store flertallet av barn i kommunen (Trinn 1 i pyramiden, kapittel 3.3).

Helsestasjonene mottar fødselsmelding på samtlige barn i kommunen og får informasjon fra sykehusene dersom et barn fødes med sykdom eller funksjonshemning. Helsestasjonen følger barnet fra nyfødtp perioden til skolepliktig alder. Helsestasjonen, som er et tilbud til hele barnebefolkningen, har en unik mulighet til å fange opp barn med spesielle behov tidlig og være bidragsytere i habiliteringsarbeidet. Helsestasjonenes kjennskap til barnefamilier gir en særskilt mulighet til å avdekke og å følge opp psykososiale problemer.

Både kommunale fysioterapeuter og ergoterapeuter har treffetid (lavterskeltilbud) på helsestasjonene (for mer informasjon, se kapittel 5.8.).

Skolehelsetjenesten skal i samarbeid med hjem, elever, foreldre, skole og øvrige samarbeidspartnere kartlegge og yte bistand til elever med helsemessige problemer, som har sammenheng med skolesituasjonen.

Ålesund kommune har også en Helsestasjon for ungdom der ungdommer kan få veiledning og svar på ulike spørsmål. Det er også mulig å få gratis time hos lege ved denne helsestasjonen.

5.4.3 Barnehager, skoler og PPT

Barn og unge med habiliteringsbehov har ofte behov for samtidige tiltak fra helse- og omsorgstjenesten og fra barnehage og skole. Helsetilbudene blir i størst mulig grad gitt på de arenaene der barn og unge befinner seg i det daglige. Dette krever fleksibilitet i tjenestetilbudet fra de ulike tjenestene/virksomhetene.

Utredning og diagnostisering om habilitering gjøres oftest i spesialisthelsetjenesten, mens tiltakene i stor grad gjennomføres i kommunen. Habilitering i barnehage og i skole utføres

ofte på bakgrunn av en sakkyndig vurdering fra pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) med bakgrunn i uttalelse fra spesialisthelsetjenesten. Habilitering utføres også på bakgrunn av uttalelse fra fysioterapeut og ergoterapeut.

De fleste som er ansatte i PPT har pedagogisk kompetanse, men PPT har også personer med annen type kompetanse som synspedagog og psykolog. Barnehagene og skolene har pedagogisk personell, men også (i varierende grad) andre yrkesgrupper som miljøterapeuter og assistenter.

PPT hadde tidligere to logopeders for barn, men disse ble overført til Voksenopplæringa i 2012 for å samle logopedressursene på ett sted. Det er i dag lang ventetid på logpedtjenester (for mer informasjon, se kapittel 5.7.1.). Det bør vurderes om kapasiteten er tilstrekkelig og om organiseringen av tjenesten er hensiktsmessig.



I **kartleggingsundersøkelsen** som arbeidsgruppa har gjennomført, var det bare én skole og én barnehage som svarte (se vedlegg 1). Skolen som svarte mener at deres målgruppe for re-/habilitering vil være elever med store fysiske handicap, store lærevansker eller elever med andre store hjelpebehov. I et re-/habiliteringsløp samarbeider skolen med fastlege, helsesøster, PPT, Barnehabiliteringa og ofte barneavdelinga ved Åse sykehus. Skolen har positive erfaringer med å samarbeide med andre i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Utfordringene for skolen ligger ofte i å finne personer som kan stå som koordinatore over tid og følge den som har behov for hjelp i ulike faser i livet.

Barnehager, skoler/SFO og helsestasjonene er viktige arenaer for forebygging av psykiske helseproblemer/psykiske lidelser og rusproblemer senere i livet. Helsesøstertjenesten, miljøterapeuter og skolenes sosiallærere er viktige ressurser for lavterskelarbeid med barn og unge som har utfordringer som kan medføre psykiske helseplager. Kommunen må satse på et bredt og godt tilbud, både for forebygging og for tidlig intervensjon.

ANBEFALINGER:

- Prosjekter som «Livsløpsgarantien» må benyttes som utgangspunkt for arbeid knyttet

til habilitering, men bør også være til inspirasjon ved all tjenesteyting, også rehabilitering.

- Å arbeide for at flere innen barnehage/skole/PPT ønsker å være koordinatorene i re-/habiliteringssaker.
- Utvikle større tverrfaglig kompetanse inn i barnehagene/skolene og SFO.
- Det må være tilstrekkelig med logopedkompetanse for barn i kommunen, og det bør evalueres om organiseringen av logopedene er hensiktsmessig.
- Kommunen må ha tilstrekkelig med personell/kompetanse til å håndtere de utfordringer/problemer som barn/unge har før de får utvikle seg til mer alvorlige problemer (diagnoser).

5.5 Tjenester i hjemmet

5.5.1 Åpen omsorg (hjemmetjenesten)

Hjemmetjenesten gir, etter vedtak fra Tildelingskontoret, brukere som har behov for det nødvendig bistand i hjemmet. Bistanden kan gis som en langsiktig løsning eller i en kortere periode for å bistå brukeren til å gjenvinne muligheten til å ivareta egen omsorg (i f.eks. en rehabiliteringsprosess). Dette for at brukeren skal kunne bo lengst mulig i eget hjem.

Hjemmetjenesten må ses på som den solide grunnmuren i re-/habiliteringspyramiden (se kapittel 3.3.). Tjenesten har bl.a. ansvar for de som har behov for bistand til hverdagsmestring, hverdagsrehabilitering og spesifikk tverrfaglig re-/habilitering. I et samfunnsperspektiv vil det være helt avgjørende at hjemmetjenesten ivaretar disse behovene for å unngå at det utløses behov for bistand høyere opp i pyramiden. Tildelingskontoret for helse- og omsorgstjenester har en viktig rolle med å avklare hva som er målsetting for bistanden i hjemmet sammen med bruker og eventuelt pårørende. Vurderingene bør gjøres ved et (tverrfaglig) hjemmebesøk, og tjenestene må utvikles i samarbeid med hjemmetjenesten som skal iverksette bistanden. (For mer informasjon om dette, se kapittel 5.6.).

Ansatt i hjemmetjenesten er opptatt av at bruker skal føle egenmestring i hverdagen da dette bidrar til at brukerne kan bo lengst mulig hjemme og være lengst mulig aktiv i eget liv. Noen ganger kan imidlertid knapphet på tid gjøre at oppgaver som skulle/burde vært gjort av bruker blir gjort av helsepersonell, og da blir brukers egenmestring lavere. Ut i fra svarene i **kartleggingsundersøkelsen** (se vedlegg 1), kan det se ut som at virksomhetene ikke ser på den daglige aktiviteten for å bistå brukerne i egen mestring av meningsfulle aktiviteter som rehabilitering. Det kan også se ut til at mange aspekt ved rehabilitering ikke er tatt med i betraktning, slik som samarbeid med logopedtjeneste, voksenopplæring, psykolog, ulike aktivitetstilbud i kommunen og så videre.



Det må være en målsetting for kommunen at re-/habiliteringsideologien skal være gjennomgående i alle aktiviteter i hjemmetjenesten og skal vises gjennom kultur, holdninger og kompetanse. Kommunens satsing på hverdagsrehabilitering (se senere) bør prege alle kommunens virksomheter innen hjemmetjenestene.

I hjemmetjenesten er brukerne delt mellom primærgrupper, noe som kan bidra til en god og helhetlig oppfølging av brukernes eventuelle rehabiliteringsbehov. I St.meld. 26 «*Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*» anbefales det at kommunene oppretter «primærhelseteam» for å sikre tverrfaglighet og mer koordinerte tjenester. «*Et primærhelseteam er en flerfaglig gruppe med helse- og sosialpersonell som arbeider sammen for å levere lokalt tilgjengelige helse- og omsorgstjenester til en befolkning av en definert størrelse uavhengig av alder, kjønn, diagnoser mv.*» (St.meld. 26). Kjernen i et slikt primærhelseteam består av allmennlege, sykepleier og administrativt personell, men andre kan kobles på teamet avhengig av behov og oppgaver. Det kan også opprettes egne team for brukergrupper med særlige sammensatte og komplekse behov, f.eks. re-/habiliteringsteam.

Hjemmetjenesten kartlegger, søker, og ordner med ulike hjelpemidler til brukerne, og kontakter ergo- og fysioterapeut ved behov. Dette gjelder både ved akutte og langvarige behov. Andre tjenester og fagpersoner blir også kontaktet dersom det er behov for det, som f.eks. psykiatrisk sykepleier. I arbeidsgruppas **kartleggingsundersøkelse** kommer det frem at hjemmetjenesten ser det som sin oppgave å forordne ulike hjelpemidler som kan føre til økt egenmestring eller bedre personalets arbeidssituasjon. Men det ser ikke ut til at behovene blir tatt til vurdering og diskusjon i et tverrfaglig miljø. Dette til tross for at hjemmetjenestene oppgir at denne oppgaven oppleves som utfordrende og tidkrevende.

Velferdsteknologi blir i liten grad benyttet til re-/habiliterende tiltak i hjemmetjenesten, men det arbeides gjennom prosjekt o.l. for at teknologi skal benyttes i større grad enn i dag. Utviklingssenter for hjemmetjenester i Møre og Romsdal og ALV Møre og Romsdal er viktige pådrivere og samarbeidspartnere.



«Salongbordpiloten». Foto: Trondheim kommune

Gjenkjennelse av tidlig funksjonsendring

Det er viktig å kunne gjenkjenne tidlig funksjonsendring (fysiske, psykiske og sosiale) hos brukere som har hjemmetjeneste. Dette for å kunne sette inn tidlig innsats for å forebygge nye eller ytterligere endring. Men også for å kunne gi helsefremmende og forebyggende tiltak i stedet for kompenserende tiltak. For å gjenkjenne tidlig funksjonsendring er det viktig at ansatte i hjemmetjenesten vet hva de skal se etter (markører), som f.eks.; *«er det ting i leiligheten som tyder på lite bevegelse (livet er tilrettelagt rundt salongbordet – se bilde)», «bruker slutter å åpne døra, lar den stå ulåst», «lager seg bevegelsesløyper i huset/strategiske støttepunkt», «vanskelig å motivere til å være med på ting» m.m.* Det er også viktig at det utarbeides rutiner for hvordan dette skal følges opp.

God dialog med bruker/pårørende er helt avgjørende for brukerens muligheter til god re-/habilitering. Det er viktig at det er et godt samarbeid, og en gjensidig enighet og forståelse om hva som skal gjøres. Tilbudet må sees i sammenheng med andre tilbud i kommunen for å skape en effektiv og målrettet bruk av ressurser. De ansatte må derfor ha et godt samarbeid med andre kollegaer i helse- og omsorgstjenesten, i spesialisthelsetjenesten og med andre støttespillere i andre samfunnssektorer.

Det er i dag forholdsvis lite kommunikasjon mellom personalet i hjemmetjenesten og ergo- og fysioterapeuter. Dette innebærer at personalet i hjemmetjenesten ikke vet hvem som er brukernes kontaktperson innenfor ergo- og fysioterapitjenestene. Hjemmetjenesten vet minimalt om hva fysioterapeuter foretar seg, eller hvilket treningsopplegg de har for brukerne. Dette gjør det vanskelig for hjemmetjenesten å bistå brukerne når de er usikre på øvelser eller restriksjoner. Hjemmetjenesten vet svært sjelden om brukerne har privat eller kommunal fysioterapeut, og de vet lite om organisering av denne tjenesten. For å sikre tilstrekkelig med kompetanse og koordinering i hjemmetjenesten bør det være ressursperson for re-/habilitering i hver hjemmetjenestevirksomhet. Det bør også være faste møtepunkt/samarbeidsmøter mellom hjemmetjenesten, aktivisering- og velferdstjenester og fysio-/ ergoterapitjenestene, eventuelt andre utifra behov.

5.5.2 Bemannede boliger

Alle hjemmetjenestevirksomhetene i kommunen har også ansvar for ulike typer boliger som; boliger for personer med utviklingshemming, boliger for eldre, bokollektiv for eldre og korttidsopphold/avlastning i bokollektiv, samt egne bemannede boliger innen psykiske lidelser/ruslidelser og Rehabiliteringsboliger innen ruslidelser.

Virksomhet Bo- og miljøtjenester har ansvar for barne- og avlastningsboliger, døgnavlastning for barn og unge, og tjenester i bolig til personer med utviklingshemming med omfattende

omsorgs- og bistandsbehov. De har også ansvar for personer med varig funksjonsnedsettelse og behov for bistand i et livslangt perspektiv.

5.5.3 Prosjekt Hverdagsrehabilitering

Ålesund kommune opprettet et prosjekt vedrørende hverdagsrehabilitering høsten 2013, basert på prosjektmidler fra Helsedirektoratet. Hverdagsrehabilitering skiller seg fra ordinær pleie- og omsorgstjenester, ved at pleie, praktisk hjelp og bistand ikke gis før brukeren har fått vurdert sitt rehabiliteringspotensial. Hverdagsrehabilitering innebærer²:

- At man starter med spørsmålet: «Hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå?»
- Målrettet og intensivt fokus på hverdagsaktiviteter som personen selv tillegger betydning.
- Tidlig, tidsavgrenset innsats i personen sitt hjem eller nærmiljø.
- Styrket involvering og samhandling mellom ergo- og fysioterapeuter og personale i hjemmetjenesten.
- Økt selvhjelpenhet i daglige gjøremål, slik at personen fortsatt kan bo hjemme, være aktiv i eget liv og delta sosialt og i samfunnet.
- Et tenkesett om at personen selv styrer deltagelse og hverdagsmestring.
- Mulighet til inkludering av aktuelle nærpersoner, pårørende og frivillige.

Målgruppa er brukere med behov for hjemmetjeneste på grunn av begynnende funksjonssvikt, og som er motiverte for egeninnsats med hensikt å kunne mestre egen hverdag igjen. Eksempler på aktiviteter det trenes på kan være: bli selvstendig i dusj, stell, påkledning, komme inn og ut av senga på egen hånd, lage seg mat, gå i trapp, komme seg ut at hjemmet og gå i butikken.

Kartlegging gjennomføres av et «motorteam» med ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier. Med utgangspunkt i brukers mål settes det opp en tiltaksplan som hjemmetrenere (ansatte i hjemmetjenesten) gjennomfører i fire uker under veiledning av «motorteamet».

Foreløpig har prosjektet prøvd ut hverdagsrehabilitering i to soner i to hjemmetjenestedistrikt med gode resultat for både bruker og tjenesten. For informasjon om resultatene, se kapittel 8.2. På grunn av de gode resultatene det gir for brukerne og kommunen bør hverdagsrehabilitering implementeres i hele hjemmetjenesten.

5.5.4 Psykisk helsearbeid og rusarbeid

Psykiske helseproblemer og psykiske lidelser er et betydelig folkehelseproblem og forekommer hos mennesker i alle aldersgrupper og i alle deler av befolkningen. Alle har en psykisk helse, og det er like viktig å fokusere på den psykiske helsen som den fysiske. Psykiske helseproblemer fører til redusert livskvalitet og ofte redusert funksjonsevne i hjem, skole og arbeidsliv. Psykiske helseproblemer og rusmiddelproblemer er blant de viktigste årsakene til sykefravær, uførhet, lav sosial integrering og redusert levealder. Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet er blant dem som har dårligst levekår. Arbeid med grunnleggende levekår inngår derfor i stor grad som en forutsetning for å lykkes i rehabiliteringen.

Om lag en sjettedel av den voksne befolkningen har til enhver tid et psykisk helseproblem og /eller et rusmiddelproblem. Grad av alvorlighet, kompleksitet og tjenestebehov vil variere fra person til person. Angst og depresjon er de vanligste lidelsene. Mange klarer å håndtere

² «Hverdagsrehabilitering» (2014) Ness og Tungland.

situasjonen ved egen innsats eller med støtte fra familie og nettverk eller selvhjelpstilbud, mens andre har behov for tjenester fra tjenesteapparatet i en kortere eller lengre periode. Omtrent fem prosent av den voksne befolkningen har vært i behandling i psykisk helsevern eller i tverrfaglig spesialisert rusbehandling³.

Psykisk helsearbeid og rusarbeid i kommunene omfatter forebygging, diagnostisering, funksjonsvurdering, tidlig hjelp og behandling, rehabilitering, oppfølging, psykososial støtte og veiledning. Mange tjenester i kommunen arbeider generelt med psykisk helse og rusarbeid, dette kan f.eks. være i ordinær hjemmetjeneste og i NAV. Men kommunen tilbyr også mer spesialiserte tjenester innen feltet. Re-/habiliteringen skjer ofte i samarbeid med Psykisk helsevern og behandlingssentrene innen rusomsorg. Det tilbys også mestringkurs for personer med depresjons- og angstlidelser (KID og KIA kurs) via Tildelingskontoret.

Tilbudene i kommunen innen psykisk helse og rusarbeid varierer fra kontakt med **Tildelingskontoret/Koordinerende enhet, Psykisk helseteam** (veiledning og oppfølging), treffstedet og lavterskeltiltaket **Skansen aktivitet**, samt habilitering/rehabilitering i **Tilrettelagte boliger** for personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusproblemer. Kommunen opprettet fra januar 2015 et **Miljøterapeutisk team**. Teamet skal gi en mer helhetlig og samlet psykososial helse- og omsorgstjeneste i den enkeltes hjem. Målgruppen er personer med psykiske helse- og eller rusproblemer med lav egenomsorgsevne.

Helse Møre og Romsdal og Ålesund kommune har sammen med flere kommuner etablert et oppsøkende og ambulant tjenestetilbud **ACT-team** (Assertive Community Treatment) - som på norsk oversettes til Aktivt oppsøkende behandlingsteam. ACT-teamet er tverrfaglig sammensatt med kompetanse som; psykiater, sosionom, psykiatrisk sykepleier og ergoterapeut. Teamet arbeider oppsøkende mot mennesker med alvorlige psykiske lidelser/psykoselidelser, rusproblemer og/eller andre sammensatte lidelser i den enkeltes hjem. Målgruppen kjennetegnes ofte av at de mangler et sosialt nettverk, at de ikke evner å forholde seg til eksisterende behandlingstilbud og ikke selv ser sitt behov for hjelp.

Kommunen har opprettet flere prosjekter der en tilbyr rehabilitering til personer med både psykiske lidelser og rusproblemer, som Prosjekt ROP (Samtidige ruslidelser og psykiske lidelser) og prosjekt Bostedsløs.

Kommunen bør ha varierte og lett tilgjengelige tjenester, og et variert utvalg av lavterskeltilbud, som del av sitt helhetlige tjenestetilbud. Videre bør psykologkompetanse inngå i kommunens tjenestetilbud. Per i dag er det bare PPT som har psykologer.

ANBEFALINGER:

- Hverdagsrehabilitering må implementeres i hele hjemmetjenesten. Dette vil kunne gi en mer effektiv utnyttelse av kommunale ressurser, helsegevinst for brukerne av tjenesten og tidsbesparende for ansatte. Det må utarbeides en plan for hvordan dette skal gjennomføres.
- Arbeidet med hverdagsmestring i hjemmetjenesten og på institusjon må styrkes, bl.a. gjennom kompetanseløft, økt tverrfaglighet og kulturendring. Dette kan gjøres gjennom temadager/-samlinger for personalet og gjennom kurs og undervisning.
- Det bør utpekes en ressursperson for re-/habilitering i hver hjemmetjeneste-virksomhet.

³ Helsedirektoratet: Samhandlingsstatistikk 2011-2012

- Det bør etableres en praksis (rutiner) med å fange opp mulige behov, og sikre tverrfaglig kartlegging og utredning allerede ved begynnende funksjonsfall.
- For å sikre god re-/habilitering må samarbeidet mellom hjemmetjenesten, aktivisering- og velferdstjenester og fysio-/ ergoterapitjenestene styrkes, eventuelt andre utifra behov. Det bør etableres faste møtepunkt og rutiner for samarbeid.
- For å gi brukerne et best mulig tilbud, bør oppsøkende re-/habiliteringsteam i brukers hjem benyttes mer enn i dag. Dette kan være kommunale re-/habiliteringsteam, men også i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.
- Det må sikres tilstrekkelig med kompetanse og ressurser på lavest mulig nivå i kommunen for å forebygge psykisk sykdom og rusproblemer.
- Det bør ansettes flere psykologer som en del av kommunens lavterskeltilbud.

5.6 Tildelingskontoret og Koordinerende enhet

Tildelingskontoret – en dør inn

Tildelingskontoret er et forvaltningskontor med 16 årsverk som gir informasjon, råd og veiledning til publikum, kartlegger behov for hjelp og fattar vedtak om individuelle tjenester til personer i alle aldersgrupper. Alle søknader om helse- og omsorgstjenester (inkl. re-/habilitering) behandles av Tildelingskontoret. Vurdering og tjenestetildeling skjer på grunnlag av søkers behov og i samarbeid med søker og/eller pårørende. Brukermedvirkning - både på individnivå og gruppenivå - er en viktig del av Tildelingskontoret sitt arbeid.

I noen tilfeller starter utredningen av en bruker med et hjemmebesøk, og en kan på slike besøk avdekke om en bruker kan ha behov for re-/habilitering. I re-/habiliteringssaker skal det gjøres tverrfaglige vurderinger, men kommunens fysioterapeuter/ergoterapeuter blir ikke alltid koblet på disse sakene da det per i dag ikke er kapasitet til det.

Tildelingskontoret bruker per i dag ulike skjema (IPLOS, egne skjema utarbeidet av Kollen rehabilitering og arbeidsplassvurderingsskjema) for kartlegging/vurdering til re-/habiliteringstjenester, men har likevel utfordringer med å få kartlagt et reelt rehabiliteringspotensial og hvilken målsetting den enkelte søker faktisk har for å søke rehabilitering. Det er et behov for å vurdere andre kartleggingsskjema i tillegg til det som brukes i dag, dette kan f.eks. være ICF. (For mer informasjon om ICF, se kapittel 8).

Det er en utfordring for Tildelingskontoret å ha kapasitet til å delta i alle samarbeidsmøter og nettverk hvor en skal sikre overganger mellom ulike livsarenaer og tjenestenivå for å vurdere/tildele rett tjeneste. Gode elektroniske løsninger, bruk av video- og telefonmøter er viktige hjelpemidler.

Tildelingskontoret må være i kontinuerlig endring/omstilling for å kunne møte fremtidige behov, og må alltid utvikle og ta i bruk kompetansen ved kontoret. Dette for å kunne gi gode råd og veiledning til kommunens innbyggere, samt fatte gode vedtak. Ved tildelingskontoret er det ansatt sykepleiere, sosionomer og ergoterapeut. Mange har en videreutdanning, bl.a. innenfor psykisk helse, rus, geriatri/demens, kreft og rehabilitering. De fleste saksbehandlerne har opplæring i motiverende intervju (MI). For mer informasjon om MI, se kapittel 8.

Gapet mellom det folk forventer og det som kommunen faktisk kan levere av tjenester og tilbud er en utfordring for Tildelingskontoret. En viktig oppgave for å minske gapet er å informere godt om tjenestene (internett, brosjyrer, samtale mm), gjøre en god vurdering av brukers behov i samarbeid med bruker/eventuelt pårørende, og at innbyggerne gjøres oppmerksomme på hva de kan gjøre selv (informasjonskampanjer o.l.).



Pensjonist?

Hva er viktig for deg?



Er du så heldig

at du snart blir 60 år?



Bilder fra brosjyrer utarbeidet av Utviklingssenteret for hjemmetjenester i Ålesund kommune.

Koordinerende enhet for habilitering- og rehabiliteringstjenester

Koordinerende enhet er organisert sammen med Tildelingskontoret. Koordinerende enhet ble etablert i Ålesund kommune i 2014/2015, og frem til utgangen av 2014 utviklet enheten seg sammen med prosjektet *Livsløpsgarantien* (se kapittel 5.4.1). Helsedirektoratet har i «Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator» (2015) beskrevet sentrale oppgaver for koordinerende enhet:

- Ha en sentral rolle i planlegging og utvikling av kommunens plan for habilitering og rehabilitering.
- Legge til rette for brukermedvirkning
- Ha oversikt over tilbud innen habilitering og rehabilitering
- Overordnet ansvar for individuell plan og koordinator
 - Motta meldinger om behov for individuell plan og koordinator
 - Utarbeide rutiner for arbeidet med individuell plan og koordinator
 - Oppnevning av koordinator
 - Kompetanseheving om individuell plan og koordinator
 - Opplæring og veiledning av koordinatorene
- Bidra til samarbeid på tvers av fagområder, nivåer og sektorer
- Ivareta familieperspektivet
- Sikre informasjon til befolkningen og samarbeidspartnere
- Motta interne meldinger om mulig behov for habilitering og rehabilitering

Informasjon om enhetens oppgaver må være tilgjengelig for pasienter, brukere, helsepersonell, interne og eksterne samarbeidspartnere. Dokumentasjon av ansvar, oppgaver, rutiner og avtaler må inngå i kommunens kvalitetssystem.

Gjennom arbeidsgruppas **kartleggingsundersøkelse** i 2014 kom det frem at det var få brukerorganisasjoner, råd og utvalg som hadde kjennskap til Koordinerende enhet (se vedlegg 1). Årsaken til dette er nok at Koordinerende enhet i kommunen holdt på å etablere seg og ikke aktivt hadde gått ut med informasjon. Det var likevel fire av de som svarte som kjente til at kommunen har en koordinerende enhet. På spørsmål om hvordan de opplevde kommunens praksis knyttet til koordinator og langvarig koordinerte tjenester, var det nesten ingen som

visste noe om dette. Bare tre av de som svarte hadde erfaring med koordinator og langvarige koordinerte tjenester. En organisasjon svarte at dette ikke blir fulgt opp uten at brukeren har noen som maser, og en annen person skriver at dette er mangelfullt. Det er også usikkerhet blant brukerorganisasjoner, råd og utvalg til om individuell plan benyttes i kommunen. En person skriver at individuell plan fungerer godt i mange tilfeller, men at det for noen kunne ha vært bedre oppfølging.

I 2014 ble det opprettet et nytt system for melding om behov for koordinerte tjenester. Videre ble det opprettet en ny opplæringspakke – «koordinatorskolen» - som er tilgjengelig for alle kommunenes koordinatorene. «Koordinatorskolen» gjennomføres hvert halvår, og skal i all hovedsak være med på å trygge koordinator i sin rolle, være med på å definere hvilket ansvar som ligger til koordinator, bidra til at koordinator blir kjent med kommunens ulike tjenester og at koordinator i sitt koordineringsarbeid bidrar til å sikre sømløse overganger.

Elektronisk individuell plan

Det er en utfordring å få til gode og «aktive» individuelle planer, og Koordinerende enhet har et sterkt ønske om innføring av elektroniske individuelle planer. Dette vil gi en bedre tilgjengelighet for bruker, foresatte og eksterne samarbeidsparter – uavhengig av «åpningstid» i kommunen. Bruk av elektronisk individuell plan vil også være mer effektivt (tidsbruk og kommunikasjon) og mer kostnadsbesparende enn dagens papirbaserte løsning. Det vil også kunne være lettere for mange å ta på seg en koordinatorrolle dersom arbeidet gjøres «smartere» gjennom bruk av elektronisk plan. Innkjøp av program for å kunne benytte elektronisk individuell plan, har en kostnad på ca. kr 250.000/300.000,- Årsaken til at Ålesund per i dag ikke har innført dette, er at kommunens IT-utvalg ønsker å avvente videre oppfølging av saken.

Samordning av tjenester

Det arbeides med re-/habilitering mange steder i kommunen – både forvaltningsmessig og utøvende i tjeneste. For å kunne samordne og ha en helhetlig oversikt over alle habiliterings- og rehabiliteringstjenester i kommunen, bør det opprettes en rådgiverstilling i rådmannens stab. En slik stilling vil være viktig for å få til en samordnet fagutvikling og kompetanseheving innen fagfeltet. Rehabiliteringsrådgiveren vil også få en viktig pådriverfunksjon for å implementere «rehabilitering i alt vi gjør». Både for Tildelingskontoret, Koordinerende enhet og Ergo-/fysio-, syn- og hørselstjenesten vil dette være en viktig samlende funksjon og et faglig tyngdepunkt. Det vil også være et sted å henvende seg for bruker, pårørende og ansatte i tjenesten.

ANBEFALINGER:

- Tildelingskontoret må være i kontinuerlig endring/omstilling for å kunne møte fremtidige behov, og må alltid utvikle og ta i bruk kompetansen ved kontoret. Dette for å kunne gi gode råd og veiledning til kommunens innbyggere, samt fatte gode vedtak. (Se også kapittel 8 vedrørende kompetanse).
- Tildelingskontoret må i større grad enn i dag benytte videokommunikasjon som arbeidsform – både til møter, men også til å gi råd og veiledning. Dette vil være tidsbesparende i en hektisk hverdag.
- Koordinerende enhet for habilitering- og rehabiliteringstjenester må gjøres mer kjent i kommunen.
- Kommunen må ta i bruk elektroniske individuelle planer (EIP) for å sikre bedre kvalitet og mer aktive planer.
- Det bør opprettes en rådgiverstilling i rådmannens fagstab for helse og velferd, som

har en helhetlig oversikt over habiliterings - og rehabiliteringstjenester i kommunen. Rådgiveren skal være en pådriver for fagutvikling og kompetanseheving innenfor fagfeltet.

5.7 Voksenopplæring

Virksomhet for Voksenopplæring har flere ansvarsområder. Ett av disse er spesialundervisning for de som ikke har utbytte av det vanlige undervisningstilbudet, og for de som på grunn av sykdom eller skade trenger å trene opp igjen grunnleggende ferdigheter, eller lære å bruke kompenserende hjelpemidler. Skolen gir tilbud til voksne med:

- Spesifikke eller generelle lærevansker.
- Erverva hjerneskade.
- Sansetap, psykiske helseproblemer, ruskader.

Voksenopplæring er en viktig faktor i habilitering og rehabilitering. Det er et kontinuerlig samarbeid med nærpersoner i hjemmet/egne boliger for personer med bistandsbehov. Virksomheten ønsker også å ha et behovsbasert samarbeid med pårørende av personer som får opplæring etter skade/sykdom.

Arbeidet som Voksenopplæringa gjør vedrørende rehabilitering er lite kjent i kommunen, og for å få til gode tjenester bør det være et tettere samarbeid med annet personell i rehabiliteringssaker. Dette for å utnytte den totale re-/habiliteringskompetansen i kommunen på en effektiv og smidig måte.

5.7.1 Logoped og audiopedagogtjenesten

Kommuner og fylkeskommuner har i henhold til opplæringsloven kapittel 4A og 5 ansvar for å gi spesialundervisning, herunder logopediske og audiopedagogiske tjenester, til alle aldersgrupper. HELFO (Helseøkonomiforvaltningen) kan gi stønad til undersøkelse og behandling hos privatpraktiserende logoped eller audiopedagog etter folketrygdloven § 5-10 dersom det offentlige ikke yter stønad etter andre lover. Det er videre et vilkår at behandlingen er rekvirert av lege, at behandlingen er ledd i behandling eller etterbehandling av sykdom, skade eller lyte og at behandlingen er av vesentlig betydning for brukerens funksjonsevne.

Logopedtjenesten i Ålesund kommune er organisert under virksomhet for Voksenopplæring, og har per i dag sju logopeder. Logopedene gir et tilbud om re-/habilitering etter sakkyndig vurdering fra PPT. Logopedene arbeider med førskole, grunnskole og voksne. Ventetiden for logoped er lang; seks til ni måneder.

Hovedområdet til logopedene for barn er uttaleproblematikk. For voksne er det afasi, men de dekker vide områder fra spesialdiagnoser til f.eks. stemme- og hørselstrening ved Cochlea Implantat (CI). Mange av tilbudene blir gitt i gruppe.

På grunn av stor pågang må de kommunale logopedene sende flere henvisninger videre til private logopeder. Dette er i utgangspunktet ikke noe problem så lenge ventetiden kan reduseres og samarbeider til brukers beste.

Arbeidet med oppfølging av personer med f.eks. hjerneslag er for lite koordinert og tar for lang tid på grunn av lav kapasitet på logopedtjenesten. Dette er en utfordring da det er svært viktig å komme raskt i gang med trening etter et hjerneslag. Lite koordinerte tjenester gjør

også at tilbudet blir lite brukervennlig og gjør at pasienter kan bli sykere og må ha hjelp lenger enn først antatt.

Helse Møre og Romsdal har et ansvar for ulike pasientgrupper der logoped er en del av tilbudet, f.eks. ved Mork rehabilitering som driver rehabilitering av pasienter med hjerneslag. For mer informasjon om spesialisthelsetjenesten, se kapittel 7.

ANBEFALINGER:

- Det må være tilstrekkelig med logopedkompetanse/audiopedagogkompetanse i kommunen. Dette for å sikre en målrettet og kvalitetsmessig god re-/habilitering for personer med behov for denne type tjenester.
- Tjenester som virksomhet Voksenopplæring kan tilby innen habilitering og rehabilitering må gjøres mer kjent.
- Det må være et tettere samarbeid mellom Voksenopplæringen og andre tjenester som yter habilitering/rehabilitering.

5.8 Ergoterapi, fysioterapi, syn- og hørsel

Kommunen har et ansvar for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. For å ivareta dette ansvaret har kommunen fast ansatte ergoterapeuter, fysioterapeuter og en syn- og hørselskontakt. Kommunen har også inngått avtale med private fysioterapeuter som får kommunalt driftstilskudd.

Ergoterapi:

Målgruppen for ergoterapitjenesten er personer som har utfordringer innen aktivitet og aktivitetsutførelse, eller som står i fare for å tape funksjoner i forhold til disse. Målet for tjenesten er å bidra til trygghet, mestring, selvhjelpenhet i meningsfylte aktiviteter, sosial verdsetting og deltakelse i samfunnet, samt forebygging av ulykker, passivitet, isolasjon og nye aktivitetstap.

Ergoterapeuten jobber på en samhandlende, prosess- og løsningsorientert måte, og bygger opp under menneskers motivasjon og initiativ til et aktivt, selvstendig liv ut fra personens egne verdier og mål. Kartlegging av brukers aktivitetsfunksjon og omgivelser for aktivitet er grunnlaget for videre tiltak. Samarbeid med andre aktører, brukers pårørende, og andre aktører i brukers nettverk er viktig, ikke minst med bruker selv.

Ergoterapeuten kan sette i gang tiltak som like gjerne er i forhold til omgivelsene som direkte i forhold til person. Ulike virkemidler kan være trening i ADL (dagliglivets aktiviteter), tilpassing og tilrettelegging av aktiviteter, funksjonsutredning og trening, bearbeiding av holdninger, økt kunnskap og planlegging, utforming og tilrettelegging av omgivelser.

Fysioterapi:

Fysioterapeutens kunnskapsfelt er kropp, bevegelse og funksjon. Kroppslige plager forstås i lys av hendelser og opplevelser gjennom livsløpet, nåværende situasjon og sosiale og kulturelle forhold. Denne forståelsen danner grunnlag for vurdering av hvordan sykdom og plager i bevegelsesapparatet kan oppstå, behandles og forebygges. Det sentrale målet for fysioterapeuter er optimal funksjon og bevegelsesglede. De fast ansatte fysioterapeutene har i hovedsak ansvar for oppfølging av kommunale oppgaver, som sykehjem og helsestasjoner,

mens de private fysioterapeutene med avtalehjemmel behandler den resterende delen av befolkningen (ut i fra henvisning og spesialisering – se kapittel 5.8.2 for mer informasjon).

Syn- og hørselskontakt:

Syn- og hørselstjenesten tilrettelegger for brukerne sine gjøremål og deltagelse i hverdagen ved bruk av tekniske hjelpemidler. Brukere som har behov for syn- og hørselstjenesten har ofte et funksjonstap som må kompenseres for, slik at de igjen kan delta aktivt i samfunnet. Bruken av syn- og hørselshjelpemidler er knyttet til identitet, til samhandling med andre mennesker og med omgivelsene. Målet til syn og hørselstjenesten er økt deltagelse for bruker og dermed økt livskvalitet.

5.8.1 Kommunale ergoterapeuter, fastlønte fysioterapeuter, syn- og hørselskontakt

Ålesund kommune har en ergoterapi-/fysioterapi-, syn- og hørselstjeneste som er lokalisert på Spjelkavik omsorgssenter. Tjenesten ledes av en teamleder i 50 prosent stilling.

Ergoterapeuter – ansvarsområde og årsverk

- Barn og unge (0-18 år): 1,5 stilling. All oppfølging av barn i hjem, barnehage og skole. Lavterskeltilbud med trefftid på helsestasjon i indre og ytre bydel en gang per måned.
- Voksne og eldre (18+): 2,5 stilling. All oppfølging av voksne/eldre i hjem og sykehjem.
- Kollen rehabilitering: 1,0 stilling, spesialergoterapeut. All oppfølging for 14 døgnplasser.

Fastlønte fysioterapeuter – ansvarsområde og årsverk

- Barn/unge (0-18 år): 1,5 stilling inkludert en spesialfysioterapeut. Ansvar for all oppfølging på helsestasjon med ukentlig treffdag på hver helsestasjon (lavterskeltilbud). Poliklinisk behandling av barn i hjem, barnehage og skole⁴.
- Voksne og eldre (18+): 1,5 stilling. Ansvar for all oppfølging ved samtlige sykehjem i kommunen. Gruppetrening – fallforebygging. Poliklinisk behandling av hjemmeboende.
- Kollen Rehabilitering: 3,75 stilling, inkludert en spesialfysioterapeut og en fysioterapeut i turnus. All oppfølging for 14 døgnplasser. Poliklinisk behandling av hjemmeboende⁴.
- Aspøy Omsorgssenter: 0,5 stilling. Primært tilknyttet avklaringsavdelingen (fast ansatt ved omsorgssenteret).

Syn- og hørselskontakt – ansvarsområde og årsverk

- Syn- og hørselskontakt: 1,0 stilling. All oppfølging av hjelpemiddel/tilrettelegging i hjem og sykehjem for voksne/eldre med syns- og/eller hørselsproblematikk.

Henvisning og ventelister ved ergo-/fysio-, syn- og hørselstjenesten

Brukere av tjenestene blir henvist fra mange ulike instanser, dette kan være bruker selv, pårørende, lege, hjemmetjeneste, spesialisttjenesten eller andre fagpersoner.

Det er utarbeidet felles prioriteringsnøkler for tjenesten. Disse gir grunnlag for vurdering av hastegrad på henvisninger og inneholder også behandlingsfrister. Stor pågang og mange saker som krever akutt handling medfører at mange ofte må vente lengre enn fristene tilsier. I ventetiden forblir brukerne mer begrenset enn nødvendig i sin daglige aktivitet, og mange har hatt ytterligere funksjonsfall når de først får hjelp.

⁴ Kommunen får utbetalt fastlønnstilskudd for samtlige fysioterapistillinger unntatt stillingen ved Aspøy omsorgssenter. Kriteriene for dette er at aktuelle fysioterapeuter er tillagt minimum 5 timer kurativ virksomhet utenfor institusjon.

Utfordringer i tjenesten:

KOSTRA-tall for 2014 viser at tjenesten har begrenset bemanning sammenlignet med tilsvarende kommuner (gruppe 13) og landssnittet:

- Ålesund kommune har 1,1 ergoterapeut/10.000 innbyggere⁵. Til sammenligning ligger snittet i KOSTRA for gruppe 13 på 3,6 og landssnittet på 3,5. For Ålesund vil en bemanning tilsvarende landssnittet utgjort 16,5 stillinger.
- Fysioterapiårsverk knyttet til barn (0-5 år) ligger i Ålesund på 3,0 mens gruppe 13 viser 5,0 og landssnittet 5,4.
- Fysioterapitimer per beboer i sykehjem ligger i Ålesund på omtrent halvparten av snittet i gruppe 13 (0,19 i Ålesund mot 0,40).

Tjenesten har en lav bemanning sammenlignet med andre tilsvarende kommuner. For fysioterapi må man se tallene i sammenheng med privatpraktiserende fysioterapeuter, mens det for ergoterapi ikke finnes noe privat alternativ. Det blir kontinuerlig jobbet for å utnytte tjenestens ressurser på en optimal måte, men mye må likevel nedprioriteres.

Ergoterapeutene som jobber med voksne/eldre og ergoterapeut på Kollen rehabilitering må i dag gjøre tøffe prioriteringer. Hovedsakelig består hverdagen av boligtilrettelegging og hjelpemiddelformidling. Det er for liten kapasitet til å bruke kompetansen innen ADL-trening, hverdagsmestring og samarbeid med f.eks. hjemmetjenesten. Ved å legge om organiseringen av ergoterapeuter på voksne/eldre fra geografisk inndeling til en felles venteliste har man klart å jevne ut trykket på den enkelte terapeut. Men stor pågang av nye saker medfører likevel et uforholdsmessig stort press på tjenesten.

Tilbudet om ergoterapi og fysioterapi for barn er også begrenset på grunn av kapasitetsmangel. Dette medfører mellom annet lang ventetid for konsultasjon hos fysioterapeut for barn utenom de med mest akutte behov, og ergoterapeutene må også for barn nedprioritere tettere oppfølging for en del barn som ville profittert på dette. Det er heller ikke kapasitet til forebyggende helsearbeid i skolene, til tross for at behovet er stort. De fast ansatte fysioterapeutene har et godt samarbeid med private fysioterapeuter ved behandling av barn. Tjenesten har per i dag liten kapasitet til å jobbe forebyggende også for voksne/eldre. Dette gjelder både på bruker- og systemnivå. Eneste fast etablerte tiltak i dag er «Fallforebyggende gruppetilbud» (to til fire runder hvert år, hver med åtte til ti brukere).

Syn- og hørselskontakten opplever også stor pågang og brukerne må til tider vente svært lenge. Syn- og hørselskontakten innehar som den eneste i kommunen en særskilt kompetanse innen tilrettelegging ved syn- eller hørselsvansker, og med bare én stilling er det svært sårbart ved ferieavvikling og annet fravær.

Gode pasientforløp krever tverrfaglig samarbeid - både innad i tjenesten og med andre kommunale og eksterne tjenester. Dette er tidkrevende, men sikrer at brukerne får best mulig hjelp ut fra behov og ressurser. Dessverre er realiteten at det tverrfaglige samarbeidet ofte blir redusert/nedprioritert nettopp på grunn av tidsmangel. Et bevisst arbeid med å sette opp tydeligere behandlingsforløp for brukerne, med klare mål, tiltak og evalueringer, medfører et mer effektivt behandlingsforløp og dermed en større sirkulasjon av brukere. Dette arbeidet er godt i gang og vil videreføres.

⁵ Innrapporterte KOSTRA-tall for 2014 er ikke riktige, slik at tallet det viser til her er kommunens egne tall.

Samhandlingsreformen har ført til at brukere blir tidligere utskrevet til kommunen. Dette krever ofte mer omfattende og langvarige behandlingsforløp. Det er derfor et tydelig behov for spesialisert kompetanse i tjenesten for å ivareta disse brukerne.

5.8.2 Fysioterapeuter med avtalehjemmel (kommunalt driftstilskudd)

Som en del av den kommunale helsetjenesten er det inngått avtale med 36 private fysioterapeuter som får kommunalt driftstilskudd (28,1 avtalehjemler). Arbeidsforholdet blir regulert gjennom ASA 4313, en rammeavtale mellom Kommunenes Sentralforbund (KS) og Norsk Fysioterapiforbund (NFF) og individuelle avtaler med kommunen.

I Ålesund kommune er det 14 fysioterapeuter som har 100 prosent driftstilskudd og 22 fysioterapeuter som har 40 prosent eller høyere driftstilskudd. Hele 34 fysioterapeuter arbeider sammen med andre fysioterapeuter i institutt. Det er sju institutt i ytre bydel, tre i midtre bydel og fem i indre bydel – totalt 15 fysikalske institutt. Tre fysioterapeuter arbeider bare i pasienten/brukers hjem.

Tabell 1 - Oversikt over spesialistområder per 01.01.2016:

Spesialistoversikt	Antall hjemler
Psykomotorisk fysioterapi	3,75
Manuellterapi	2,20
Spesialist i barne- og ungdom fysioterapi (MNFF)	1,40

Det er to fysioterapeuter med driftstilskudd i Ålesund kommune som har videreutdanning innen lymfedrenasje og som bare arbeider med dette.

KOSTRA-tall for 2014 viser at årsverk av private fysioterapeuter per avtalehjemmel i Ålesund kommune er på 0,77. Dette er nesten identisk med kommunene i KOSTRA-gruppe 13 på 0,78.

Geografisk er hjemlene fordelt på følgende måte:

Bydel	Antall hjemler
Midtre bydel	5,43
Ytre bydel	10,05
Indre bydel	12,65
Ellingsøya	0

I 2014 ble 5328 pasienter behandlet i Ålesund kommune, og 18,3 prosent av disse kom fra andre kommuner. Det ble gjennomført ca. 60 821 behandlinger, og 14 prosent av behandlingene var hjemmebehandling.

Årlig utbetaler kommunen nesten 11 mill. kr til de private fysioterapeutene med kommunalt tilskudd. Fysioterapeutene får i tillegg refusjon fra HELFO (Helseøkonomiforvaltningen) i henhold til takstplakaten for de pasientene de behandler etter henvisning fra lege, manuellterapeut og kiropraktor.

Ventelister

Det er utarbeidet en prioriteringsnøkkel for tjenesten. Denne gir grunnlag for vurdering av hastegrad på henvisningene og inneholder også behandlingsfrister. På tross av dette er det lang ventetid og vanskelig å holde tidsfristene. Det er ikke uvanlig at pasienter må vente opp

til et halvt år på fysikalsk behandling. Enkelte fastleger melder om at de nærmest har gitt opp å få fysioterapi til pasientene sine. Situasjonen er fortvilt for både leger, fysioterapeuter og aller viktigst pasientene.

Det er flere årsaker til at det har blitt slik:

- *Samhandlingsreformen.*
Med reformen skulle flere pasienter få behandling nært der de bor, og pasientene skulle raskere ut fra sykehus. Det sistnevnte har så absolutt skjedd, men veksten i det kommunale behandlingstilbudet er langt fra tilsvarende. Dermed øker presset.
- *Økt behandlingsskapasitet i sykehusene.*
Stadig flere pasienter får gjennomført kirurgiske inngrep og andre behandlinger i sykehus som krever oppfølging fra kommunehelsetjenesten. Dette bidrar også til økt press i disse tjenestene.
- *Flere eldre og kronikere.*
Mange eldre har langvarige helseplager som gjør at de trenger behandling for å fungere godt i hverdagen. Flere overlever også alvorlig sykdom som f.eks. hjerneslag, hvor rask og riktig behandling er av stor betydning for funksjonsevne og livskvalitet.
- *Flere fastleger.*
De senere årene er det blitt over 12 % flere fastleger i Norge – i Ålesund kommune har det også skjedd en økning de siste 5-10 årene. Flere leger medfører flere henvisninger til fysioterapi. Det er positivt at befolkningen har fått bedre tilgang på legetjenester, men samtidig er det forstemmende at tilgangen til fysioterapi er blitt relativt dårligere for de samme pasientene.

En annen utfordring med hensyn til ventelistene, er at pasientene selv må ringe rundt for å sjekke om fysioterapeutene har ledig kapasitet, og kan i prinsippet stå på venteliste flere steder uten at fysioterapeutene vet om det. Det hadde vært bedre for pasientene/brukerne om det var mulig å sjekke dette ved å henvende seg bare ett sted, men det finnes ikke noe system for dette per i dag. I **kartleggingsundersøkelsen** (se vedlegg 1) som arbeidsgruppa har gjennomført er det noen fysioterapeuter som skriver at ventelisteproblematikken kunne blitt løst på en bedre måte dersom tjenestene (som sykehuset og fysioterapeutene) kommuniserte bedre med hverandre, og at det var bedre planlegging i forkant og etterkant av f.eks. et sykehusopphold.

Fysioterapeutene med driftstilskudd i Ålesund kommune, er organisert i mange små praksiser/institutt. For å skape bedre oversikt og informasjonsflyt hadde det vært fordelaktig å samlokalisere flere av fysioterapeutene i større institutter.

Mange pasienter fra nabokommuner benytter fysioterapeutene i Ålesund kommune. Kontaktperson for fysioterapeutene med driftstilskudd, opplyser at spesielt fysioterapeuter med spesialisering opplever at så mange som 30-40 % av pasientene kommer fra nabokommuner. Dette er fordi nabokommunene ikke har disse behandlingsformene. Ålesund kommune får ikke tilbakebetaling/refusjon fra nabokommunene for disse pasientene.

De private fysioterapeutene har anledning til å inneha driftstilskudd inntil fylte 70 år, men kan søke om nedtrapping av driftstilskuddet fra fylte 62 år. Mange av dagens fysioterapeuter er over 60 år. Det vil derfor i tiden fremover være mange driftstilskudd som blir ledige på grunn av at flere vil gå av med pensjon. Dette gir kommunen en mulighet til å skape omstilling i tjenesten. Det vil være viktig fremover å undersøke om kommunen tilbyr kommunens

innbyggere den type fysioterapi som det er behov for eller om det bør gjøres endringer. Det bør også tas stilling til om hjemlene i fremtiden fortsatt skal være geografisk inndelt som idag.

Det har vært lite oppfølging av de private fysioterapeutene, men det er ønskelig å starte med tilsyn for å undersøke ulike krav til praksisen, f.eks. universell utforming og at praksisen er i samsvar med nasjonal faglige krav og retningslinjer. Dersom det blir ansatt en rehabiliteringsrådgiver i rådmannens stab, vil dette være en naturlig oppgave tillagt denne stillingen.

I **kartleggingsundersøkelsen** som arbeidsgruppa har gjennomført, svarer halvparten av de private fysioterapeutene med driftstilskudd, at de blir involvert i rehabiliteringsprosesser og at samarbeidet fungerer godt med ulike instanser og faggrupper (se vedlegg 1). Fysioterapeutene svarer at de ønsker tydelighet i lovverket med hensyn til hvem som skal være koordinator, og at det fra sentralt hold oppdaterer takstsystemet for tidsbruk til koordinatorarbeid. Fysioterapeutene kan godt være koordinator, men de ønsker ikke å gjøre dette arbeidet gratis.

Det er også gitt tilbakemelding om at nevrologiske pasienter pr. i dag har et for dårlig behandlingstilbud i kommunen.

Det fremkommer i **kartleggingsundersøkelsen** at det er noe samarbeid mellom de kommunale fysioterapeutene og de private fysioterapeutene med kommunalt driftstilskudd, men det er ønskelig at de samarbeider i større grad enn i dag. I 2011 ble det opprettet et samarbeidsutvalg for private og kommunale fysioterapeuter som kan benyttes mer enn det som gjøres i dag. I tillegg bør det være mulig å få til felles faglige møter der alle fysioterapeutene er tilstede. Arbeid med prioriteringsnøkler, planlegging av fagdager m.m. kan være tema i disse møtene.

I pkt. 4 i ASA 4313 står følgende: *«Kommunen kan – i de tilfeller der kommunens fast tilsatte fysioterapeuter ikke dekker behovet - stille krav om at inntil 1/5 av avtalt tid for behandlende virksomhet rettes mot prioriterte pasienter. Kommunen skal legge til rette for at behandlingsoppgaver utenfor instituttet kan gjennomføres effektivt og med kvalitet. Kommunen skal utarbeide retningslinjer for samarbeid og fordeling av pasienter mellom ansatte og selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter bl.a. ut fra kompetanse, praksisprofil, avtalevolum og geografi. Fordelingen av pasientene skal skje i tråd med disse retningslinjene»*. Dette har kommunen så langt ikke benyttet seg av da det vil være et økonomisk spørsmål, og i tillegg har mange av de private fysioterapeutene med driftstilskudd lange ventelister. Dersom de tilpliktes til 25 prosent kommunalt arbeid, vil de lange ventelistene som de har per i dag kunne bli enda lenger.

Det er politisk bestemt at inntil 20 prosent av sykehjemsplassene i kommunen (58 plasser) skal gjøres om til bokollektiv. Når plassene blir omgjort til bokollektiv og definert som brukerens egen bolig, kan en også benytte private fysioterapeuter (både med og uten driftstilskudd) i behandlingen/treningen.

Helse- og omsorgsdepartementet arbeider med å vurdere om det kan gjøres endringer i fysioterapeutenes virksomhet, bl.a. en mulighet for direkte tilgang til fysioterapeut uten henvisning og endringer i muligheten for tildeling av fastlønnstilskudd (Meld.St.26 «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet», kapittel 21). Men, per i dag vet vi ikke hvordan dette vil påvirke fysioterapitjenesten i Ålesund kommune.

ANBEFALINGER:

- For å oppnå målsettinger i denne planen om «rehabilitering i alt vi gjør» og innføring av hverdagsrehabilitering, må den kommunale tjenesten styrkes med ergoterapeuter og fysioterapeuter (se handlingsplan for detaljer). Teamlederfunksjonen bør også økes til 100 % for å kunne følge opp tjenesten på en god måte.
- Det er viktig at kommunen har tilstrekkelig med kompetanse og kapasitet innen hørsel og syn, og det bør vurderes om den skal styrkes.
- Det er viktig at ergoterapi-/fysioterapi-, syn- og hørselstjenesten også kan få prioritere forebyggende tiltak fremfor kostnadskrevenende reparerende tiltak. For å kunne gjøre dette i tilstrekkelig grad bør tjenesten styrkes.
- Kommunen må ta i bruk velferdsteknologi i tjenesten, som bl.a. spillteknologi og videokommunikasjon (Skype, Facetime o.l.). I dette arbeidet vil både fysioterapeuter og ergoterapeuter være viktige deltagere.
- Kommunale og private fysioterapeuter med kommunalt driftstilskudd bør samarbeide mer og ha flere kontaktpunkt, bl.a. gjennom økt bruk av rådgivende samarbeidsutvalg.
- Det må arbeides med ventelisteproblematikken for å få til en bedre og mer effektiv løsning enn i dag.
- Det bør være faste møter mellom fysioterapeutene (fast ansatte og med driftstilskudd), ergoterapeutene og fastlegene (ev. andre faggrupper) 1-2 ganger i året.
- Det bør jevnlig gjennomføres brukerundersøkelse i tjenesten.
- Det bør være en systematisk gjennomgang av tilbudet for å finne ut om tilbudet som fysioterapeutene gir er god nok tilpasset et faktisk behov i befolkningen. I dette arbeidet må det også gjøres en vurdering av om flere bør samlokaliseres i institutter og om den geografiske inndelingen skal endres.
- Det må arbeides med å gi mer informasjon om de private fysioterapeutene med kommunalt driftstilskudd, bl.a. ved link til hjemmesider hvor det gis informasjon om tilbud, ventelister m.m.
- Det må årlig være en kommunal oppfølging av hvert institutt/fysioterapeut med driftstilskudd, med besøk fra kommunen og kontaktperson. Tilsyn bør prioriteres.

5.9 Legetjenesten

Legetjenesten er et tilbud om konsultasjon, diagnostisering, behandling og rehabilitering, og representerer den største kontaktflaten mellom spesialisthelsetjenesten og kommunens helsetjeneste. Alle kommunens innbyggere har fått tildelt fastlege, og allmennmedisinsk offentlig legearbeid utføres på helsestasjoner, skoler, sykehjem og i fengsel. I en rehabiliteringsprosess er ofte legene nøkkelpersoner når det gjelder samhandling mot spesialisthelsetjenesten, da henvisninger til spesialisthelsetjenesten går via legene. I den sammenheng er det viktig at legene er kjent med de tilbud som kommunen har innen re-/habilitering.

Det er generelt for lite samhandling mellom legene og andre aktører i kommunen. For å sikre at det blir gitt riktige tjenester, en god oppfølging og overgang mellom tjenester, er det viktig at legene er godt informert og involvert i kommunens tjenestetilbud. Ved noen av legekantorene er det et godt samarbeid med andre tjenester i kommunen – de har faste møter o.l. I andre deler av kommunen er det imidlertid en stor utfordring å få til et godt samarbeid.

I **kartleggingsundersøkelsen** som arbeidsgruppa har gjennomført, var det bare én lege som svarte. Han hadde ikke så mange pasienter som får rehabilitering.

I kommunens plan for legetjenester bør arbeid med re-/habilitering legges inn som et viktig satsningsområde.

ANBEFALINGER:

- Det bør legges til rette for økt samarbeid mellom fastlegene og kommunens øvrige tjenester, både i form av gode rutiner for informasjonsutveksling og ved å etablere møteplasser. Legenes samarbeidsutvalg (LSU) bør benyttes mer enn i dag.
- Fastlegenes rolle i re-/habiliteringsarbeidet bør tydeliggjøres. I kommunens plan for legetjenester bør derfor arbeid med re-/habilitering legges inn som et viktig satsningsområde.

5.10 Rehabilitering i institusjon

5.10.1 Ordinære sykehjemsplasser

Ålesund kommune har syv sykehjem med 372 plasser (per 01.01.2016) der det er planlagt for at 267 skal være langtidsplasser og 105 korttidsplasser. Hvor mange plasser som faktisk blir benyttet til korttidspasienter vil variere fra år til år, men tallet er ofte lavere enn det som det planlegges fordi plassene i perioder benyttes til personer som venter på langtidsplass.

Personer som bor på institusjon kan oppleve at de går inn i en passiviserende pasientrolle. Det er mye som kan gjøres for både å trene opp og vedlikeholde funksjoner. Det mest avgjørende er de ansattes kompetanse og holdninger til beboerne. Faktorer som påvirker livskvaliteten til beboere på institusjon kan være riktig medisinbruk, kosthold/ernæring, sosial kontakt og aktivitet. Det er viktig at alle ansatte tenker «rehabilitering i alt de gjør», slik at beboerne i størst mulig grad kan opprettholde sitt funksjonsnivå og føle egenmestring.

Det skal være et tilbud om rehabilitering både på korttidsplassene og langtidsplassene. Dette er per i dag i liten grad gjennomførbart, da det bare er 1,5 årsverk fysioterapeut med ansvar for kommunens sykehjem. På avklaringsplassene ved Aspøy omsorgssenter har de imidlertid valgt å ha en fast ansatt fysioterapeut i 50 prosent stilling for å behandle, aktivisere og motivere til egenmestring. Det er 2,5 årsverk ergoterapeut som har ansvar for sykehjemmene, men de har også ansvar for alle voksne/eldre som bor i eget hjem, slik at det er ikke mye tid de kan bruke på sykehjemmene. Det er imidlertid mulig å få til en hverdag preget av egenmestring og aktivitet uten at det daglig er en fysioterapeut eller ergoterapeut til stede, men det forutsetter et tett og godt samarbeid. Alle sykehjemmene bør ha egne ressurspersoner for rehabilitering.

Velferdsteknologi blir i liten grad benyttet til re-/habiliterende tiltak i sykehjem, men det arbeides gjennom prosjekt o.l. for at teknologi skal benyttes i større grad enn i dag. Dette kan være teknologi som øker den enkeltes styring av hverdagen, som tilbud om GPS for vandrere (i følge kriterier), wifi (trådløst nett) for bruk av nettbrett til Skype, middagsmeny, aktivitetsoversikt, spillteknologi, sykkel med video osv. Dette vil kunne føre til bedre søvnmonnster, mindre uro, kognitiv stimuli m.m.) Moderne sykesignalanlegg gir også økt

mulighet til å unngå låste dører og økt frihet for flere. For mer informasjon om velferdsteknologi, se kapittel 8.

Det er viktig med gode verktøy for å kunne vurdere status og utvikling hos en bruker. Per i dag er det IPLOS som benyttes til dette, men det blir i for liten grad benyttet systematisk og bevisst av alle ansatte i kommunen. Indikatorene er heller ikke dekkende nok for det arbeidet som gjøres. Helsedirektoratet arbeider i 2015 med en ny indikator vedrørende habilitering og rehabilitering i IPLOS, noe som vil være positivt for rehabiliteringsarbeidet i kommunen.

Rehabilitering og hverdagsmestring

I arbeidsgruppas **kartleggingsundersøkelse** (se vedlegg 1) svarer en hjemmefysioterapeut med kommunalt driftstilskudd at hjemmeboende pasienter som får opphold i korttidsavdeling i sykehjem kommer tilbake til eget hjem med dårligere funksjonsevne enn før de fikk plass på korttidsavdeling

Det må være rehabilitering og aktivitet på alle korttidsplassene i kommunen, der målsettingen er at bruker/pasient kan flytte hjem med økt funksjonsevne. Rehabilitering på en korttidsplass skal være for de som ikke kan ha nytte av hverdagsrehabilitering (eller annen rehabilitering i hjemmet), og der rehabilitering på Kollen blir på et for spesialisert nivå. For å få til dette må hverdagsmestring som ideologi innføres i sykehjemmene gjennom kompetanseløft, økt tverrfaglighet og kulturendring. For mer informasjon om hverdagsmestring, se kapittel 8.

5.10.2 Kollen rehabilitering

Kollen rehabilitering er en kommunedekkende spesialavdeling for rehabilitering. Avdelingen har 14 sengeplasser, derav tre dobbeltrom, og er lokalisert på Spjelkavik omsorgssenter. Avdelingen driftes av et tverrfaglig team.

Det tverrfaglige teamet består av spesialsykepleiere, sykepleiere, helsefagarbeidere, assistenter, spesialfysioterapeuter, fysioterapeut, turnusfysioterapeut, spesialergoterapeut og lege. Spesialsykepleiere og spesialergo-/fysioterapeuter har bl.a. tverrfaglig videreutdanning i rehabilitering. Kollen rehabilitering ledes av en avdelingssykepleier. Terapeutene ligger organisatorisk under teamleder for ergo-/fysio-/syn- og hørselstjenesten.

Målgruppen er brukere som har sammensatte behov som er så omfattende at det er nødvendig med tverrfaglig rehabilitering i institusjon med heldøgnsopphold. Tilbudet er for brukere over 18 år, bosatt i Ålesund kommune. Brukere tildeles plass etter søknad. Vedtak om tildeling fattes av Tildelingskontoret for helse- og omsorgstjenester

Et opphold på Kollen kan vare fra to uker til flere måneder, alt etter hvor omfattende rehabiliteringsbehovet er. Ved innkomst til avdelingen gjennomføres det en tverrfaglig kartleggingssamtale sammen med bruker og eventuelt pårørende. Der tas det en gjennomgang av brukerens ressurser og utfordringer. Kartleggingssamtalen bunner ut i målene som brukeren selv har for oppholdet. Disse blir premissgivende for hele oppholdet, og er det bruker og det tverrfaglige teamet samarbeider for å nå. Det forventes at brukeren er motivert til å yte egeninnsats for å nå målene. Framgangen blir evaluert i ukentlige tverrfaglige møter, og rehabiliteringsopplegget blir tilpasset deretter.

Underveis i oppholdet blir det vurdert om et tverrfaglig hjemmebesøk er aktuelt med tanke på å tilrettelegge boligen med nødvendige hjelpemidler, slik at bruker kan fungere i eget hjem. Det er viktig å sikre at overgangen fra Kollen til eget hjem blir best mulig. For brukere som

har hatt en vesentlig endring i funksjonsnivået blir det gjennomført samarbeidsmøte med bruker/pårørende, tildelingskontor, ev. hjemmetjeneste. Når hjemreisetidspunktet nærmer seg, kan det være aktuelt å gjennomføre prøveopphold i hjemmet i samarbeid med hjemmetjenesten. Dette er særlig aktuelt for de med lengre opphold på grunn av store endringer i funksjonsnivå.



Utfordringer

Samhandlingsreformen har gitt kommunen nye og flere utfordringer. Blant annet har den medført at brukere blir raskere utskrevet fra sykehus til kommune. I den sammenheng ble tilbudet ved Kollen rehabilitering økt fra 11 til 14 plasser, ved å gjøre om tre enkeltrom til dobbeltrom. Dette har økt kapasiteten, men har medført noe misnøye fra pasienter som må dele bad og rom. Mange av de ansatte er heller ikke fornøyd med denne måten å arbeide på, og anser også bemanningsfaktoren for å være for lav (pleie og ergoterapi). Dersom Hverdagsrehabilitering blir implementert i hele kommunen og det blir rehabilitering/aktivitet på alle korttidsplassene i sykehjem, må det vurderes om det fremdeles er behov for 14 plasser og dobbeltrom på Kollen rehabilitering.

For å unngå dagbøter fra sykehuset vil utskrivningsklare brukere ofte bli prioritert framfor hjemmeboende med behov for et opphold på Kollen. Hjemmeboende må derfor noen ganger vente lenger på et slikt opphold. Dette kan føre til et ytterligere fall i funksjonsnivå og på sikt et større pleiebehov for den hjemmeboende. I tillegg vil det kunne føre til behov for et lengre rehabiliteringsopphold på Kollen.

På Kollen ser en at tidlig utskriving fra sykehus gjør at flere brukere har dårligere funksjonsnivå ved innkomst enn det som var vanlig før 2011. I tillegg er det blitt mer komplekse utfordringer, der det kreves tettere oppfølging både medisinsk, fysisk og psykisk. En av årsakene til dette er at rehabiliteringskapasiteten på spesialistnivå ble redusert med nedlegging av plasser i 2011 – dette har gjort trykket på de kommunale rehabiliteringstjenestene større.

Tidligere utskriving fører også til at den enkelte bruker ofte har behov for mer omfattende og langvarige behandlingsforløp. En del av disse brukerne (spesielt de med nevrologiske skader)

har gjerne et omfattende rehabiliteringsbehov. Det er derfor også behov for kompetanse innen fagspesifikke felt som f.eks. nevrologi, rus, psykisk helse og overvekt i avdelingen for å møte disse brukerne. Dette gjelder både pleiepersonale og terapeuter.

ANBEFALINGER:

- Innføre hverdagsmestring i sykehjem gjennom kompetanseløft, økt tverrfaglighet og kulturendring.
- Det bør utpekes en ressursperson for rehabilitering på alle sykehjemmene.
- Det må innføres aktiviteter og rehabilitering som fremmer egenmestring og økt funksjonsnivå på alle korttidsplasser i sykehjem. Herunder velferdsteknologiske tilbud.
- Kompetanseheving på Kollen innen nevrologi, rus, psykisk helse og overvekt må prioriteres for å møte nye behov.
- Det må utredes om antall plasser og antall årsverk ved Kollen er i samsvar med brukernes behov, f.eks. gjennom en ROS-analyse eller et LEAN-prosjekt.

5.11 Tilrettelegging og bruk av hjelpemiddel

5.11.1 Arbeid

I «*Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011*» vises det til at det har vært en sterk økning i antallet nye tidsbegrensede og varige uførepensjonister, særlig blant unge. Mange personer er definert med yrkeshemming. Dette er arbeidssøkere som på grunn av fysisk, psykisk eller sosiale problemer har vansker med å få arbeid, og som har behov for bl.a. rehabilitering for å kunne lykkes med dette.

I strategien som nevnes over står også følgende: «*Rehabilitering med arbeid som mål handler om å hjelpe folk til å mestre de problemer som hindrer aktivitet og deltakelse, og om å tenke nytt om hvilke muligheter den enkelte har for å delta i arbeidslivet. Det er viktig å se muligheter framfor begrensinger, og å fjerne de hindringene som finnes, enten det er i de fysiske omgivelsene, holdninger i arbeidslivet eller mangel på selvtillit og tro på at det nytter hos den det gjelder. Rehabilitering med arbeid som mål er imidlertid ikke en egen metode løsrevet fra annen type rehabilitering*».

Rehabiliteringstiltakene vil ofte være de samme, enten brukeren har arbeidslivsdeltakelse som mål eller deltakelse på andre livsarenaer, og ofte vil spørsmål om arbeid være vurdert som ledd i en ordinær rehabiliteringsprosess. Visse tilbud kan imidlertid rette seg spesielt mot personer som har arbeid som mål. Dette gjelder funksjonsavklaring, motivasjons- og mestringstiltak og opptrening rettet mot en spesiell arbeidsplass eller arbeidsfunksjon. Når en person har deltakelse i arbeidslivet som ett av målene for sin rehabilitering, er det viktig så tidlig som mulig å få en tverrfaglig oversikt (og ofte på tvers av virksomheter og etater) over hva som skal til for å nå målet.

NAV og arbeidsrettet rehabilitering

I helsetjenesten har konseptet arbeidsrettet rehabilitering i hovedsak vært utviklet av private rehabiliteringsinstitusjoner i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Tradisjonelt har arbeidsrettet rehabilitering vært praktisert i form av opphold i rehabiliteringsinstitusjoner. De senere årene har en sett utvikling med et tettere samarbeid mellom helsetjenesten og NAV arbeids- og velferdsforvaltningen. Dette har ført til at arbeidsrettet rehabilitering i økende grad

I Ålesund kommune og i NAV finnes det flere tilbud om arbeidsrettet rehabilitering, som BRISK, Broen (for ungdom) og Vekst Ålesund. I perioden 2013-2015 opprettet kommunen «Max prosjektet», med støtte fra ExtraStiftelsen. Prosjektet var et lavterskel arbeidstiltak for personer som var uføretrygdet på grunn av psykiske lidelser, men som kunne arbeide på «gode dager». Arbeidet besto i hagearbeid, forefallende vedlikeholdsarbeid, flytteoppdrag og kantinearbeid. Prosjektet hadde mot prosjektperiodens slutt 20 aktive arbeidsdeltakere og evalueringen viste en svært positiv effekt både for deltakerne og de som mottok hjelp. Prosjektet måtte avsluttes på bakgrunn av kommunens økonomi i mai 2015, men vil starte opp igjen som fast tilbud i 2016 da det er bevilget ressurser i budsjett og økonomiplan for 2016-2019.

I et re-/habiliteringsløp har enkelte behov for hjelpemidler. Kommunen har ansvar for å avdekke og utrede behovet for hjelpemidler, bistå brukere i søknadsprosessen, samarbeide med NAV Hjelpemiddelsentral i tilrettelegging og for tilpassing av det enkelte hjelpemiddel. Kommunen har også ansvar for oppfølging og opplæring for å sikre at hjelpemidlene virkelig er formålstjenlige for den enkelte.

Dersom behovet for hjelpemidlet er av kortvarig karakter (inntil 3 måneder), er det Teknisk Hjelpemiddelservice i Ålesund kommune som låner ut hjelpemiddelet. Eksempler på slike hjelpemidler er krykker, manuell rullestol, rullator, sykeseng, dusjkrakk osv. Teknisk hjelpemiddelservice har ansvar for utkjøring, innhenting, montering og reparasjon av hjelpemidler, samt et ansvar for kommunens trygghetsalarmer.

Dersom det skal søkes syn- og hørselshjelpemidler, kan syns- og hørselskontakten i kommunen kontaktes (se kapittel 5.8).

Dersom funksjonsnedsettelsen er varig og/eller vesentlig nedsatt, har man mulighet for å søke statlige hjelpemidler gjennom NAV Hjelpemiddelsentral. Kravet er at hjelpemidlet må være

nødvendig og hensiktsmessig for å kunne få løst praktiske problemer i dagliglivet, kunne bli pleid i hjemmet, kunne fungere i barnehage, grunnskole, videregående skole eller som lærling, eller bli i stand til å skaffe/beholde arbeid eller gjennomføre utdanning/arbeidstrening. Når det gjelder hjelpemidler til bruk i arbeidslivet, kan Folketrygden gi stønad til hjelpemidler til bruk på arbeidsplassen, men arbeidsgiver har hovedansvaret i henhold til arbeidsmiljøloven.

NAV Hjelpemiddelsentral er med i utprøving av velferdsteknologi gjennom ALV Møre og Romsdal (Arena for læring om velferdsteknologi). I den forbindelse blir hjelpemidler testet ut og vist frem i visningsleilighet ved Høgskolen i Ålesund. For mer informasjon om ALV M&R, se kapittel 8.

5.11.3 Bomiljø og universell utforming

Trygge og funksjonelle nærmiljø er viktig for å gjøre boliger og omgivelser gode å bo i på tross av nedsatt funksjonsevne. Det bør derfor være mer systematisk planlegging av boligområder, nærmiljø og møteplasser som stimulerer til sosial kontakt, fysisk aktivitet og lek for alle aldersgrupper.

Ålesund kommunen har en bevisst og aktiv rolle i prosesser og tiltak som er med å forme innbyggernes fysiske, sosiale, kulturelle og økonomiske omgivelser. I planleggingsarbeidet er universell utforming viktig. Definisjonen på universell utforming er: *«utforming av bygninger, produkter og omgivelser på en slik måte at de kan brukes av alle mennesker, i så stor utstrekning som mulig, uten behov for tilpasning eller spesiell utforming»*. Følgende sju prinsipper er sentrale i beskrivelsen av universell utforming:

- Like muligheter for bruk
- Fleksibel bruk
- Enkel og intuitiv bruk
- Forståelig bruk
- Toleranse for feil
- Lav fysisk anstrengelse
- Størrelse og plass for tilgang og bruk

Det bør være økt samhandling mellom tekniske virksomheter og helse- og sosiale virksomheter om universell utforming.

ANBEFALINGER:

- Øke satsning på rehabilitering med arbeid som mål for de som ønsker det (inkl. lavterskeltilbud for personer med psykiske lidelser av typen Max-prosjektet). I den forbindelse er det viktig med et godt samarbeid med NAV og BRISK m.fl.
- Mer samarbeid med NAV Hjelpemiddelsentral for utprøving av hjelpemidler, f.eks. gjennom Arena for Læring om Velferdsteknologi.
- Mer kompetanse på bruk/vedlikehold og reparasjoner av velferdsteknologi ved Teknisk hjelpemiddelservice.
- Styrke samarbeidet mellom helse- og sosiale virksomheter og tekniske virksomheter/ÅKE for god planlegging av boliger og uteområder.

6. Brukermedvirkning og helhetlige pasientforløp

6.1 Brukermedvirkning, pårørende og nettverkets rolle

Kjennetegn ved tjenester av god kvalitet er at de «*involverer brukere og gir dem innflytelse*», jf. den nasjonale kvalitetsstrategien (Helsedirektoratet «*...Og bedre skal vi bli!*»). Det skal alltid legges stor vekt på hva pasient/bruker mener.

Forutsetningene for medvirkning kan endre seg over tid, eksempelvis som følge av endring av motivasjon og mestringsevne hos brukeren. Hva som kan forventes av medvirkning må til enhver tid stå i forhold til brukers personlige og helsemessige ressurser. Det må legges spesiell vekt på at det avsettes tid til å få fram vedkommendes egne mål. Det at bruker (og familie/nettverk) skal involveres og får innflytelse, fratar imidlertid ikke tjenestene ansvaret for forsvarlig tjenesteyting.

Det arbeides ulikt i kommunen med brukermedvirkning, og det har f.eks. vist seg vanskelig å få til Brukerråd i sykehjem, men gjennom den daglige dialogen med beboerne (og pårørende) blir det gitt tilbakemelding på at den gjennomgående er god. Høsten 2015 ble det politisk bestemt at det skal opprettes felles Brukerråd for sykehjem, bokollektiv og hjemmetjenesten. Andre deler av tjenesten, som f.eks. innen psykisk helse, har fått til mye innenfor brukermedvirkning, med bl.a. «bruker spør bruker». Denne formen for brukermedvirkning involverer bruker i hele prosessen; som intervjuer, som medlem i ressursgruppe, som medlem i brukerråd og som informant. Tilbakemeldinger fra deltagerne i en slik prosess er gjerne at de føler seg både sett, hørt og respektert.

Familie, venner og naboer er viktige ressurser for personer med behov for re-/habilitering. Kommunen bør i større grad verdsette denne innsatsen, og bli bedre til å samarbeide med de pårørende og involvere brukerens nettverk. Det er viktig både for å fremme livskvalitet for den som trenger hjelp, men også for å forebygge at de som er nærmest brukeren blir utslitte og syke. Pårørende har ofte inngående kjennskap til brukerens bakgrunn, ressurser og problemer. De kan bidra med forslag til løsninger og formidle kunnskap som er lite synlige for tjenesteutøver. Det skal imidlertid alltid gjøres en individuell vurdering i hvor stor grad pårørende (familie, nettverk) er i stand til å være deltagende i den enkeltes re-/habiliteringsløp.

Innen habiliteringsområdet vil omsorgen, støtten og oppdragelsen fra foreldre og nær familie være det som betyr mest for barns utvikling og livskvalitet, og er barnas største ressurs. I Helsedirektoratets «Veileder for rehabilitering og habilitering, individuell plan og koordinator» (2015) påpekes det hvor viktig det er i habiliteringsarbeidet at tjenesteyter ser, anerkjenner og støtter opp om familiens egne styrkeområder og mestringsegre. I Ålesund kommune er det på noen områder stor grad av involvering, bl.a. gjennom «*Jeg kan!*»-prosjektet. «*Jeg kan!*» er et innovasjons- og velferdsteknologiprojekt for mennesker med en utviklingshemming, pårørende og tjenesteytere. Det overordna målet for prosjektet er å bidra til økt livskvalitet hos bruker, ved systematisk innføring av velferdsteknologi.

Det var ti brukerorganisasjoner, råd og utvalg som besvarte arbeidsgruppas **kartleggingsundersøkelse** (se vedlegg 1). Ålesund kommune ønsker å bistå brukere og deres familier med å fremme egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse sosialt og i samfunnet. De som har svart på undersøkelsen mener imidlertid at kommunen ikke prioriterer dette eller at det er mangelfullt fulgt opp.

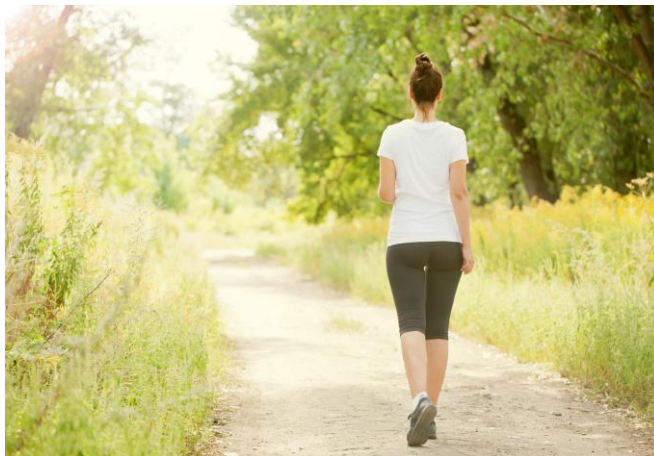
Mange av de som besvarte undersøkelsen mener det blir gitt for lite informasjon om re-/habiliteringstilbudene i kommunen. De skriver at informasjonen bør gis i ulike former som; oversiktlig nettside, brosjyrer, PowerPoint-presentasjoner og samtaler/oppsøkende virksomhet. Informasjonen bør være tilgjengelig for alle brukergrupper og tilrettelagt slik at alle kan forstå og bruke informasjonen. Informasjonen bør også være tilgjengelig for synshemmede. Viktig at også fastlegene og sykehuset kan formidle informasjon om re-/habiliteringstilbud.

Også på systemnivå bør kommunen i større grad involvere brukerrepresentanter. I arbeid med samarbeidsavtaler mellom kommunen og helseforetaket er brukerrepresentanter med i arbeidet. Det bør vurderes om det skal opprettes Brukerråd for re-/habilitering, og det bør regelmessig gjennomføres brukerundersøkelser.

6.2 Helhetlig pasientforløp

”Forløp er den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene. Gode forløp kjennetegnes ved at disse hendelsene er satt sammen på en rasjonell og koordinert måte for å møte pasientens ulike behov” (St.meld nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen).

Formålet med pasientforløp er særlig å forhindre uønskede tidsavbrudd mellom ulike aktørers oppgave- og ansvarsområder i tjenestekjeden. Samhandling og koordinering må binde tjenesten sammen. Re-/habilitering krever planlagt, målrettet og systematisk samarbeid mellom flere aktører. Habiliterings- og rehabiliteringsfeltet er et område hvor samhandling og koordinering er spesielt viktig for å skape sammenhengende forløp. I et helhetlig pasientforløp er deltjenestene satt sammen og koordinerte slik at de møter pasientens behov på en hensiktsmessig måte. Målet er god behandlingskvalitet, uansett hvem som har ansvar for de enkelte deltjenestene.



Alle brukerorganisasjoner, råd og utvalg som besvarte arbeidsgruppas **kartleggingsundersøkelse** mener at tjenester og virksomheter i Ålesund kommune kan bli bedre til å involvere brukere og pårørende i et helhetlig re-/habiliteringsløp.

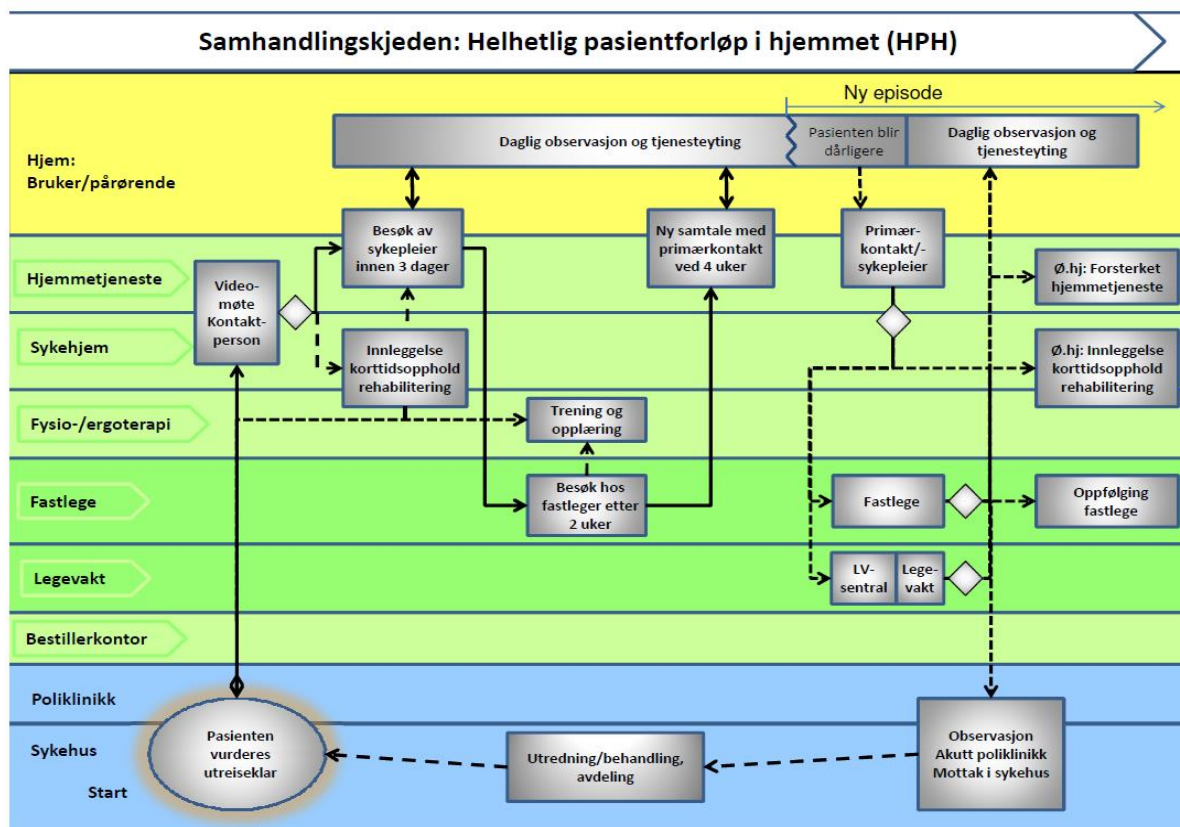
Pasientforløp internt i spesialisthelsetjenesten er ofte avgrenset til enkeltdiagnoser der man følger faglige, kunnskapsbaserte anbefalinger for aktuell diagnosegruppe. Slike forløp omtales gjerne også som behandlingslinjer. I kommunen vil pasientforløp i større grad ha som mål at pasienten og brukeren skal klare seg best mulig selv. Vedkommende kan ha flere diagnoser og funksjonsproblemer på mange områder. Å utvikle gode pasientforløp krever systematisk arbeid over tid. Gjennom tverrfaglige analyser og kontinuerlig forbedringsarbeid utvikles felles praksis og konsensus om hva som er gode pasientforløp. I mange habiliterings og rehabiliteringsforløp er det i tillegg til helse- og omsorgstjenester behov for tjenester fra andre instanser og virksomheter.

I «Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator» (Helsedirektoratet 2015) vises det til noen eksempler på sentrale kjennetegn ved gode pasientforløp innen re-/habilitering, uavhengig av type behov:

- Brukers mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet må ivaretas i alle ledd av kjeden. Overføringsverdi til pasientens hjemmesituasjon må ha fokus fra tidlig fase.
- Aktiv brukermedvirkning.
- Samhandling mellom aktørene er konkretisert.
- Tiltakene er tuftet på kunnskap om effekt av tiltak.
- God kompetanse med tilstrekkelig tverrfaglig bredde.
- Kontinuitet i forløpet uten unødige tidsavbrudd.
- Tidlig intervensjon.
- Gode overganger mellom nivåer og sektorer.
- Ambulante tjenester og veiledning.
- Helhetlig tilnærming basert på ICF.
- Individuell plan og koordinator er verktøy for god samhandling og brukermedvirkning.
- Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering er sentral ressurs.

Overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene er sårbare. Det samme gjelder overgangen mellom livsfaser; barn-ungdom-voksne-eldre. Brukere med behov for mange tjenester samtidig opplever også svikt i koordineringen av tjenesten. Koordinerende enhet har en sentral rolle i å legge til rette for god samhandling.

Studier av pasientforløp kan brukes som metode for påvisning av brudd i tjenestetilbudet og således være et verktøy i praktisk kvalitetsforbedring. Oversikten nedenfor er utarbeidet av Anders Grimsmo (2012) og viser hvordan et pasientforløp kan gjennomføres.



Gjennomgang av pasientforløp ved Kollen rehabilitering («case-studie»⁶)

Arbeidsgruppa har gjennomgått ulike pasientforløp for å avdekke og beskrive brudd i forløpet – dette for å kunne forbedre kvaliteten i tjenesten. Det ble sett på seks pasientforløp på Kollen rehabilitering, der en så på om det for disse pasientene/brukerne kunne ha blitt gitt et annet tilbud enn det som faktisk ble gitt. Det ble konkludert med at mange kunne vært skrevet ut tidligere fra Kollen dersom de hadde hatt en tverrfaglig oppfølging i hjemmet, og dersom hjemmetjenesten hadde blitt koblet aktivt inn før bruker/pasient kom hjem. Dette fordi det kunne ha forebygget et funksjonsfall som etter kort tid krever et nytt opphold på Kollen. Det ble også konkludert med at noen ikke hadde trengt et Kollenopphold, om de fikk oppfølging og hjelp til å trene på de viktigste aktivitetene i den enkeltes liv gjennom hverdagsrehabilitering.

Gjennomgangen viser hvor viktig det er at brukere/pasienter får grundig kartlagt sine behov for at de skal få et riktig pasientforløp. Den viser også at ikke alle som ønsker det trenger et opphold på Kollen rehabilitering, og at mange kunne fått et mer riktig tilbud om de fikk trening hjemme (hjemmetrening eller hverdagsrehabilitering). Gjennomgangen viser også at overgangene fra Kollen rehabilitering og hjem er avgjørende for suksess, og at det er viktig å involvere familie og eventuelt ansatte i hjemmetjenesten for å få et best mulig resultat. (Informasjon om Kollen kan leses i kapittel 5.10.2)

ANBEFALINGER:

- Kommunen må arbeide for å sikre brukermedvirkning på individnivå (valgfrihet og innflytelse over egen helse og tjenestetilbud), gruppenivå (å møte, bistå og stå sammen med andre pasienter/brukere i samme situasjon) og systemnivå (på kommune- og samfunnsnivå gjennom ulike former for brukerorgan).
- Økt brukermedvirkning på individnivå kan blant annet gjøres ved bruk av kartleggingsverktøy med vektlegging på ressurser og brukernes mål (f.eks. ICF), samt økt bruk av individuell plan (elektronisk).
- Det må arbeides systematisk med å skape en kulturendring i kommunen, for å sikre at ansatte alltid involverer brukeren i utviklingen av tjenesten. Brukerens behov skal være utgangspunktet.
- Utvikle rutiner for tettere samarbeid mellom kommunen og bruker/pårørende/sosialt nettverk.
- For å sikre gode og sømløse overganger mellom tjenester/nivå må arbeidet med å rekruttere og utvikle dyktige koordinatore prioriteres. Det er viktig å få rekruttert og lært opp koordinatore fra andre enn helse- og omsortstjenestene, f.eks. skole og barnehagesektoren.
- Det bør legges til rette for at pasient- og brukerrepresentanter deltar i planlegging, utvikling og evaluering av rehabiliteringsvirksomheten.
- Det bør arbeides systematisk med tverrfaglige analyser og kontinuerlig forbedringsarbeid for å sikre gode pasientforløp i kommunen, og opp mot spesialisthelsetjenesten.
- Alle virksomheter må prioritere arbeidet med å sikre godt koordinerte overganger og planlagte pasientforløp mellom tjenestene, spesielt for barn og unge.
- Det bør opprettes tverrfaglige oppsøkende/ambulante re-/habiliteringsteam som samarbeider med spesialisthelsetjenesten. Dette for å gi sammenhengende og helhetlige re-/habiliteringstilbud.

⁶ Dette er ingen vitenskapelig studie, men en gjennomgang som ble foretatt i et møte i arbeidsgruppa.

7. Ansvarsdeling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten skal sørge for nødvendig undersøkelse og utredning av brukere med behov for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Tilsvarende skal kommunen sørge for at alle som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. Ansvar er nærmere utdypet i forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator (2012). Videre skal spesialisthelsetjenesten sørge for råd og veiledning til kommunen om opplegg for enkeltpasienter, og råd og veiledning til ansatte i kommunen. For de fleste brukere vil tyngdepunktet av tjenestene ligge i kommunen.

7.1 Ansvarsdeling og samarbeidsavtaler

Mange opplever ansvarsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene som uklar. Helsedirektoratet har på denne bakgrunn utarbeidet rapporten «Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet» (IS-1947). Rapporten beskriver prinsippene for ansvarsdelingen. Brukere med behov for spesialisert og samtidig flerfaglig kompetanse av høy intensitet og med komplekse problemstillinger, skal behandles i spesialisthelsetjenesten. Brukere med behov for kompetanse knyttet til muligheter og begrensninger i nærmiljø, langvarig og koordinert oppfølging og tverrsektoriell samhandling, skal ivaretas i kommunen. Individuell plan er et viktig verktøy i begge nivåene og må følge brukeren i overganger mellom nivåene. Den endelige konkretisering av ansvarsdelingen må skje lokalt gjennom de lovpålagte samarbeidsavtalene etter helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e. Habilitering og rehabilitering skal beskrives i disse samarbeidsavtalene, noe som også er gjennomført i avtaler mellom Ålesund kommune og Helse Møre og Romsdal.

7.1.1 Prosjekt rehabilitering i Midt-Norge

Helse Midt-Norge og KS startet i 2013 et prosjekt om rehabilitering med representanter fra kommunene, spesialisthelsetjenesten, private drivere og pasienter med brukererfaring. Ålesund kommune var representert med en person fra rådmannens stab i dette arbeidet. Målet med prosjektet var at kommunene og spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge skulle utarbeide en felles strategi for rehabiliteringsfeltet, slik at den enkelte bruker skal få dekket sitt behov for rehabilitering. Ferdig rapport «*Veikart for framtidens rehabiliteringstilbud*» var ferdig i slutten av februar 2014. Prosjektrapporten konkluderer med 80 anbefalinger, fordelt på åtte kategorier, alt etter hvilken instans anbefalingene angår mest. Disse anbefalingene skal brukes til å videreutvikle tjenestene i både kommuner og spesialisthelsetjenester.

Rapporten «*Veikart for framtidens rehabiliteringstilbud*» omhandler først og fremst somatisk rehabilitering. For kommunene er imidlertid rehabilitering et mye videre begrep. Nedenfor gjengis en kort oppsummering av anbefalingene i rapporten. Rapporten i sin helhet kan leses på Ålesund kommune sine nettsider.

Prosjektgruppa anbefaler følgende som angår kommunene:

Kompetanse

- Minimumskravet for kompetanse i enheter for rehabilitering og i rehabiliteringsteam/oppsøkende rehabilitering, er tilgang på lege, fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier, samt anvendelse av bruker- og pårørendekompetanse.
- Fastlegenes rolle må tydeliggjøres i rehabiliteringsarbeidet, både på individnivå og når det gjelder 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, sosialfaglig- og spesialpedagogisk kompetanse, for eksempel innen hørsel og syn, samt tilgang på kompetanse fra andre sektorer i kommunen og andre lokale aktører som for eksempel NAV.
- Rehabiliteringskompetansen må sikres i koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering.

Kapasitet

- Kommunene må arbeide for å få bedre registrering av rehabiliteringsbehov i fagsystemene i kommunene gjennom KS og andre kanaler inn mot sentrale myndigheter.
- Tverrfaglig oppsøkende/ambulante rehabiliteringstjenester må være dimensjonert godt nok til at ventetiden bli kort.
- Kommunens innbyggere må ha tilgang på plasser for døgnrehabilitering. Behovet for kommunal døgnrehabilitering anses å ligge mellom 0,3 og 0,5 plasser per 1000 innbyggere.
- For å ivareta de mest krevende rehabiliteringsoppgavene på kommunalt nivå må småkommuner etablere interkommunalt samarbeid, eller kjøpe slike tjenester fra private institusjoner.

Organisering

- Tverrfaglig oppsøkende/ambulant rehabilitering må være et reelt tilbud i alle kommuner.
- I de største kommunene anbefales det å opprette egne kommunale rehabiliteringsavdelinger framfor å integrere døgnrehabilitering med øvrige tilbud i sykehjem.
- Der befolkningsgrunnlaget ikke gir rom for egne avdelinger, anbefales interkommunalt samarbeid eller kjøp av tjenester i private rehabiliteringsinstitusjoner. Det forutsetter at det etableres et nært samarbeid med kommunenes hjemmetjenester og/eller oppsøkende rehabiliteringstjenester som kan sikre oppfølging etter hjemkomst.
- Øremerkede plasser i korttidsavdelinger (ev. gjennom interkommunalt samarbeid) kan være en løsning i mindre kompliserte tilfeller og i tilfeller der nærhet til hjemmet er særlig viktig.
- Rehabiliteringsområdet må synliggjøres i samarbeidsavtalene mellom lokale helseforetak og kommunene.
- Kommunenes koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering må ha eget telefonnummer og synliggjøres bedre i kommunenes nettsider, av hensyn til befolkning og samarbeidspartnere.

Økonomi

- Kommunenes rehabiliteringstilbud må styrkes for å få en mer bærekraftig utvikling på helse- og omsorgsområdet.
- Satsene for egenandeler bør samordnes for kommunal og spesialisert rehabilitering, inkludert private institusjoner.
- Regionale samhandlingsmidler eller tilskudd anbefales til kommuner som har etablert samhandlingstiltak sammen med andre kommuner og/eller helseforetak.

Forskning

- Det offentlige må være offensiv i å utvikle og ta i bruk ny teknologi som understøtter og utvikler kompetansesamarbeid og oppfølgingstiltak rettet mot grupper og enkeltindivider. Utviklingen må skje i samarbeid med brukerne, fagpersonell og næringslivet.

Videre foreligger det anbefalinger som angår brukergrupper med udekkede behov:

- Kommunenes rehabiliteringstilbud må omfatte personer med kroniske sykdommer hvor tiltakene kan være på tvers av diagnosegrupper.
- Alle kommuner må ha rehabiliteringsopplegg for eldre med nedsatt/fallende funksjon, enten i form av hverdagsrehabilitering, dagtilbud eller opphold i en kommunal rehabiliteringsinstitusjon.
- Mange pasienter med somatiske sykdommer sliter også med psykiske lidelser og /eller rusavhengighet. Kommunene må derfor samordne psykisk helsevern og rusomsorg med de øvrige rehabiliteringstjenestene, særlig gjelder dette i kommunene.
- Ungdom og unge voksne med funksjonshemming har behov for særskilte miljøer for rehabilitering. Kommunene må sørge for slike tilbud i egen kommune, eller i samarbeid med andre kommuner eller en rehabiliteringsinstitusjon.
- For pasienter med progressive nevrologiske sykdommer bør det regionale rehabiliteringstilbudet gjennomgå med tanke på behov, innhold og kapasitet.
- Rehabiliteringstilbudet for kreftpasienter i Midt-Norge vurderes som utilstrekkelig. I forlengelse av Regional kreftplan bør det foretas en egen utredning for å klarlegge behov, faglig innhold, organisering og kapasitet for kreftrehabilitering.
- Kommunene bør iverksette tiltak for å forebygge fedme/sykkelig overvekt hos barn, ungdom og voksne.
- Rehabiliteringstilbudet i Midt-Norge for personer med sansetap vurderes som utilstrekkelig og mangelfullt organisert i spesialisthelsetjenesten. Det bør gjøres en nærmere kartlegging av behov og utarbeides forslag til organisering og tiltak på individ- og systemnivå.
- Rehabiliteringstilbudet til mennesker med kronisk lungesykdom er utilstrekkelig. Helseforetak og kommuner bør sammen kartlegge behov og iverksette pasientforløp og rehabiliteringstiltak.
- Kommunene må sørge for å ha tilgang til ergoterapeut/logoped som rehabiliteringstilbud for mennesker med senfølger etter hjerneslag.
- Rehabiliteringsansvaret for mennesker med smertetilstander og sammensatte lidelser er hovedsakelig et kommunalt ansvar, men i et nært samarbeid med spesialisthelsetjenestens smerteklinikk.

Det foreligger også viktige anbefalinger flere steder i rapporten som angår brukarmedvirkning:

- Brukerorganisasjoner skal delta aktivt i utvikling av rehabiliteringstjenesten både i helseforetak og kommune. (Ref. lovfestet kommunalt råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne).
- Pårørende og andre nærpå personer må i større grad enn i dag verdsettes som ressurs og kompetansekilde både av kommunene og helseforetaket. Det må satses vesentlig mer på opplæring og avlastning av pårørende og nærpå personer for at denne ressursen fortsatt skal være et betydelig bidrag.
- Kommunene må etablere godt samarbeid med frivillige organisasjoner for å utnytte den kompetanse og kapasitet disse har til å støtte opp under det offentlige rehabiliteringsarbeidet.

Anbefalinger som angår samhandling:

- I arbeidet med å utvikle samarbeidsavtalene anbefales følgende:
 - Å etablere systemer og rutiner som sikrer brukerinnflytelse gjennom hele pasientforløpet. Dette må spesielt ivaretas i overganger mellom tjenestenivå.
 - Å etablere et system for tilbakemelding fra brukerne med spesielt fokus på overgangen innen og mellom tjenestenivåene, jf. eksemplet fra Nord-Trøndelag.
 - Arbeidet med opplæring av koordinatorene må videreføres og videreutvikles. Her bør spesialisthelsetjenesten i større grad inviteres inn i arbeidet for å lære av kommunene.
 - Kommunene og spesialisthelsetjenesten må etablere systemer og rutiner som sikrer at rehabiliteringsbehov blir vurdert, registrert og fulgt opp på tvers av nivåene.
 - Det legges til rette for gode overgangsfaser der spesialisthelsetjenesten og kommunene yter bistand til bruker samtidig som en legger til rette for systemer som sikrer at NAV og skole trekkes inn.
- Kommunene og spesialisthelsetjenesten må ha tett dialog når det gjelder utveksling av kompetanse knyttet til lærings- og mestringstilbud. Det må ikke skje en nedbygging av lærings- og mestringstilbud i spesialisthelsetjenesten før kommunene har bygd opp/ut sine tilbud.
- Kommunene og spesialisthelsetjenesten må sørge for gode overganger og samtidighet mellom pasient- og pårørendeopplæring i spesialisthelsetjenesten og de mer generelle lærings- og mestringstilbudene i kommunene. Arbeidet med å få på plass rutiner og systemer for konkrete beskrivelser av hvordan dialogen mellom partene skal være, forankres i samarbeidsutvalget/organet mellom helseforetak og kommune.
- Kommunene må ha en ressursbase for rehabilitering, for eksempel gjennom rehabiliteringsteam som kan koordinere og sikre kontinuitet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen i kompetanseoverføring.
- Rehabilitering må inngå som en naturlig del av helhetlige forløp som utarbeides på systemnivå. De private rehabiliteringsinstitusjonene må være en aktiv del av dette.
- Både helseforetak og kommunene må gjøre en vesentlig større innsats i å gjøre samhandlingsavtalene kjent i sin organisasjon, slik at avtalene blir et reelt verktøy til beste for den enkelte pasient/bruker.
- Rehabiliteringsområdet må synliggjøres i samarbeidsavtalene mellom lokale helseforetak, kommunene og de private rehabiliteringsinstitusjonene. De avtalefestede samhandlingsorganene må brukes aktivt til tjenesteutviklingen i samhandlingsrommet.
- Det må etableres møteplasser på rehabiliteringsområdet i hvert helseforetaksområde med likeverdig deltagelse fra brukere, kommuner og spesialisthelsetjenesten.
- Møteplasser mellom koordinerende enheter i kommunene og spesialisthelsetjeneste må forankres i samarbeidsavtalene mellom partene.
- Rehabiliteringsbehov må kartlegges og synliggjøres i overføringer fra spesialisthelsetjeneste til kommune iht rutinene i samarbeidsavtalene.
- Spesialisthelsetjenesten må legge mer arbeid i kartlegging av behov for tekniske hjelpemidler etter opphold, og formidle dette til kommunen/NAV slik at utstyret kan komme på plass så tidlig som mulig og senest på utskrivningstidspunktet. Brukerne må sikres opplæring i bruken av tekniske hjelpemidler.

Det er også i rapporten utarbeidet anbefalinger om at forskning og fagutvikling innen rehabilitering må styrkes.

7.2 Kompetansedeling og veiledning

Det er viktig med gjensidig deling av kompetanse, og dette gjøres det litt av i dag gjennom felles kurs og opplæring for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Helse Møre og Romsdal HF og 18 kommuner på Sunnmøre (inkl. Ålesund) samarbeidet i 2012 om å utarbeide en felles kompetanse -og rekrutteringsplan for regionen.

Spesialisthelsetjenesten driver lærings- og mestringssentra (LMS) som hviler på et samarbeid mellom brukere og fagfolk. Lærings- og mestringstilbudene har en pedagogisk arbeidsform som er basert på brukermedvirkning og Empowerment med gruppearbeid og dialog som grunnleggende metode. Det handler om å mobilisere folks egne krefter og få i gang prosesser og aktiviteter som kan styrke folks selvfølelse, kunnskaper og ferdigheter. Dette er metodikk som er overførbar til den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og som eksempel har Tromsø kommune etablert sitt eget Lærings- og mestringssenter som er tilknyttet rehabiliteringstjenesten. Ålesund kommune har årlig mestringkurs for brukere og pårørende, spesielt innen demensomsorgen og innen kreftomsorgen, men dette kan utvides til andre fagfelt og systematiseres i større grad enn i dag. I stortingsmelding nr 26 «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet» står det at kommunene vil få plikt til pasient- og pårørendeopplæring gjennom helse- og omsorgstjenesteloven.

7.3 Helse Møre og Romsdal

Klinikk for barn og unge er ansvarlig for den kliniske tjenesten på spesialistnivå for personer fra 0 til 18 år innen barnemedisin/nyfødttmedisin, barnehabilitering og psykisk helsevern (BUP). Med utgangspunkt i at klinikken gir tjenester innen somatikk, habilitering og psykisk helsevern, har de gode muligheter til å gi pasient og pårørende et helhetlig og kvalitetsmessig godt tilbud. Klinikk for barn og unge har fire avdelinger:

- Barne- og ungdomsavdeling i Ålesund.
- Barne- og ungdomsavdeling i Kristiansund.
- Avdeling for habilitering av barn og unge.
- Avdeling for psykisk helsevern barn og unge.

Avdeling for habilitering av barn og unge har to seksjoner - en i Kristiansund og en i Ålesund. Tjenesten gir et tverrfaglig tilbud til barn og unge med nedsatt funksjonsevne, som følge av medfødte eller tidlig ervervede tilstander, eller skader i nervesystem eller bevegelsesapparat.

Seksjon for Voksenhabilitering yter helsetjenester til mennesker over 18 år med medfødt eller tidlig ervervet funksjonshemming/langvarig sykdom og kognitiv svikt som har behov for tverrfaglige habiliteringstjenester på spesialistnivå.

Dette gjelder mennesker med:

- Utviklingshemming
- Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (innenfor autismespekteret)
- Omfattende hjerneskade, motorisk eller sensorisk skade/sykdom
- Sjeldne syndromer

Klinikk for rehabilitering omfatter avdelingene: «fysikalsk medisin og rehabilitering», «kliniske støttfunksjoner» (fysioterapi, ergoterapi, logoped, klinisk ernæringsfysiolog, sosionomtjenester, og ansvar for internt utlån av hjelpemidler), «nevrologi», «revmatologi» og «hudbehandling».

Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering består av fire seksjoner:

- Rehabiliteringssengepost Ålesund sjukehus (felles sengepost fysikalsk medisin/revmatologi)
- Fysikalsk medisinsk poliklinikk
- Aure rehabiliteringssenter
- Mork rehabiliteringssenter

Helse Møre og Romsdal har en koordinerende enhet for ReHabilitering, og er et kontakt-/informasjonssenter for rehabiliterings- og habiliteringstjenestene i helseforetaket. Enheten har oversikt over de tjenestetilbud som helseregionen har innen rehabilitering og habilitering, og skal sørge for faste kontaktpunkt for informasjon og samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Kapasiteten for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten er lavere i Midt-Norge enn landsgjennomsnittet⁷.

Habilitering og rehabilitering er beskrevet i de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Avklaring mellom nivåene er foretatt gjennom eget prosjekt i Midt-Norge (se kapittel 7.1.1).

Det er i Helse Møre og Romsdal flere avdelinger for psykisk helsevern (barn, unge og voksne) med poliklinikk, sengeposter, familieseksjon og oppsøkende virksomhet. I tillegg er det flere distriktpsikiatriske sentre (DPS) i fylket. Distriktpsikiatriske sentre har et hovedansvar for generelle tilbud innen den sikiatriske spesialisthelsetjenesten. Med døgntilbud, dagtilbud, poliklinikk og akutt-team er disse sentrene statlige klinikker som samarbeider nært med kommunene i sine respektive områder. Distriktpsikiatriske sentre tilbyr spesialiserte, sikiatriske tjenester, og det er fastlegen som henviser til et DPS for utredning og eventuell behandling og innleggelse.

Klinikk for rus- og avhengighetsbehandling skal gi tjenester til innbyggere i Møre og Romsdal med rus- eller andre avhengighetsproblem. Totalt inneholder klinikken et vidt spekter av tilbud; akuttbehandling, dagbehandling, poliklinisk behandling, legemiddelassistert behandling (LAR), «Raskere Tilbake» og døgnbehandling/utredning av ulik lengde/innhold, herunder tvangsinnleggelse. De yter også tjenester utenfor egen klinikk, bl.a. inn mot arbeidsliv, fengsel, psykisk helsevern, kommunale tjenester og somatiske sjukehus.

Det var fem samarbeidsparter som besvarte arbeidsgruppas **kartleggingsundersøkelse** (vedlegg 1). I besvarelsene kommer det frem at de har noe samhandling med kommunen i rehabiliteringsprosessen, men at det er lite samhandling når kommunen har overtatt ansvaret for en pasient. Det blir gitt tilbakemelding i undersøkelsen om at det er ønskelig med en rehabiliteringskoordinator på sykehuset som kan ha direktekontakt med rehabiliteringsavdelingen i kommunen og med ansvarlig fysioterapeut og ergoterapeut.

7.4 Privat rehabiliteringsinstitusjon med avtale

På Sunnmøre er det inngått avtale med en privat rehabiliteringsinstitusjon; Muritunet i Valldal. Muritunet tilbyr medisinsk spesialisert rehabilitering etter avtale med Helse Midt-Norge RHF innenfor følgende områder:

- Livsstilskurs sykkelig overvekt (unge og voksne)

⁷ KS og Helse Midt-Norge «Veikart for framtidens rehabiliteringstilbud» (2014).

- Lymfødembehandling
- Lungesykdommer/KOLS
- Muskel- og skjelettsykdommer
- Kreftrehabilitering og rehabilitering etter bløtdelskirurgi
- Kognitiv terapi og fysisk aktivitet mot langvarig smerteproblematikk
- Arbeidsrettet rehabilitering

Helse Midt-Norge har også inngått avtaler med private rehabiliteringsinstitusjoner i Nord- og Sør-Trøndelag som innbyggerne i Ålesund kommune kan benytte seg av. Eget inntakskontor, Samordningskontoret, ligger i Nord-Trøndelag.

Møre og Romsdal har lavere dekning av døgnplasser i de private rehabiliteringsinstitusjonene enn i regionen for øvrig⁸.

7.5 Rehabilitering av personer med kreft

Rehabiliteringstilbudet for kreftpasienter i Midt-Norge blir i rapporten «*Veikart for framtidens rehabiliteringstilbud*» vurdert som utilstrekkelig, og Folkehelseprofilen til Ålesund viser at kommunen har en større andel kreftoverlevende enn resten av landet på grunn av en høyere andel kreft (se kapittel 5). Tallene viser samtidig at dødeligheten av kreft ikke er høyere enn i resten av landet. Rehabilitering av personer med kreft nevnes derfor spesielt i denne planen.

Kreftrehabilitering omhandler både kropp og sjel. Målet er å kunne mestre livet med eller etter kreftsykdom, oppleve god livskvalitet, og kunne fungere best mulig fysisk, psykisk og sosialt. Det er ideelt å tenke rehabilitering helt fra sykdomsstart. I praksis vil det si at personer som har fått en kreftdiagnose må få hjelp til å leve videre om livet blir langt eller kort. To av tre overlever kreft, men for noen kan senskader og bivirkninger etter behandlingen prege hverdagen. Personer med uhelbredelig kreft kan i mange tilfeller leve i mange år med sin diagnose. Rehabilitering kan gi den enkelte muligheten til å komme tilbake til hverdagen så raskt som mulig.

Det ble i 2012 opprettet en prosjektstilling som kreftkoordinator i kommunen. Stillingen ble opprettet med støtte fra Kreftforeningen. Kreftkoordinator jobber direkte pasientrettet, og kan gi informasjon, råd og veiledning knyttet til diagnose, behandling, rehabilitering, lindring og omsorg ved livets slutt. Kreftkoordinatoren er tilgjengelig for kreftrammede uavhengig av prognose og hvor i sykdomsforløpet en befinner seg. Kreftkoordinator kan også være en ressurs for pårørende. I tillegg til direkte pasient- og pårønderrettede oppgaver arbeider kreftkoordinator med kompetanseheving, undervisning og veiledning til helsepersonell i kommunehelsetjenesten, og skal videre være bidragsyter til gode rutiner og systemer i kommunens kreftomsorg.

Rehabiliteringstilbudet for personer med kreft på Sunnmøre vurderes som utilstrekkelig selv om det finnes en del tilbud. Muritunet har for eksempel opprettet et rehabiliteringstilbud for personer med kreft. Det er imidlertid viktig at kommunen har mulighet til å følge opp disse personene når de kommer hjem. Det finnes også en rekke lavterskeltilbud for personer med kreft og deres pårørende, både i regi av kreftkoordinatoren, Frivilligsentralen, andre kommunale virksomheter, Lærings- og mestringssenteret ved Ålesund sykehus og Kreftforeningen, noen også i samarbeid med private virksomheter som for eksempel Stamina.

⁸ KS og Helse Midt-Norge «*Veikart for framtidens rehabiliteringstilbud*» (2014).

I 2014 opprettet kreftkoordinatorene i Ålesund og Sula en «fredagskafé» i samarbeid med Frivilligsentralen. Dette er et månedlig treffpunkt for personer som har eller har hatt kreft, og for pårørende. Der knyttes det sosiale nettverk, det gis informasjon om aktuelle tilbud, det utveksles erfaringer, og man kan få råd, veiledning og gode samtaler. Kreftforeningen og Stamina har sammen et gratis tilbud om bevegelsesglede i Ålesund hver onsdag. Kreftforeningen har også tilbud om gratis turer med frivillige som guider og samtalepartnere. Kreftkoordinatoren har mestringkurs for etterlatte, oppfølging/veiledning av personer med kreft og deres pårørende. Til tross for disse flotte tilbudene er det helt klart et stort forbedringspotensial innen kreftrehabilitering.

I «Nasjonal veileder for kreft 2015-2016» (Helsedirektoratet 2015) står følgende: «Det skal etableres tilbud om kreftkoordinatorer i alle kommuner. Dette kan eventuelt gjøres som interkommunalt samarbeid. Det er rundt 130 koordinatore i dag som dekker til sammen 215 kommuner blant annet gjennom interkommunalt samarbeid. De aller fleste kreftkoordinatorer er finansiert av Kreftforeningen. Andre kommuner har etablert ordningen med egen finansiering. Må sees i sammenheng med øvrige koordinerende funksjoner.» Tidsfrist for kommunene er satt til 15.12.2016.

ANBEFALINGER:

- Gjennom arbeidet med revidering av samarbeidsavtalene med Helse Møre og Romsdal bør anbefalingene i rapporten «Veikart for framtidens rehabiliteringstilbud» vektlegges.
- Kommunen må utvide sitt tilbud innen lærings- og mestringstilbud, gjerne i samarbeid med Lærings- og mestringssenteret ved Ålesund sykehus, Ålesund frivilligsentral, ALV Møre og Romsdal m.fl.
- Kompetanse om rehabilitering av personer med kreft/kreftoverlevende må styrkes. Dette kan f.eks. gjøres ved hjelp av hospitering ved kreftrehabiliteringsinstitusjoner.
- Stillingen som kreftkoordinator bør videreføres, også etter at prosjektperioden har gått ut i 2016.

8. Kvalitet, kompetanse og tjenesteutvikling

8.1 Kompetansekrav

«De ansatte er tjenestens viktigste ressurs. De kommunale helse- og omsorgstjenestene er personellintensive tjenester, og tjenestenes kvalitet er avhengig av personellens kvalifikasjoner, kunnskap og holdninger. God kompetanse på riktig nivå og sted og til riktig tid, er en forutsetning for gode, effektive og trygge tjenester» (Meld.St. 26 Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet). Den kommunale helse- og omsorgstjenesten står overfor kompetanse- og personellmessige utfordringer som har betydning for både kapasitet og kvalitet på tjenestetilbudet. Utfordringene dreier seg både om å få nok arbeidskraft, og at arbeidskraften har riktig kompetanse.

Robuste fagmiljø og kunnskapsbasert praksis

For å sikre god kvalitet trengs et robust fagmiljø bestående av personell fra yrkesgrupper med medisinsk, psykologisk, pedagogisk og sosialfaglig kompetanse. Det finnes flere muligheter for etter- og videreutdanninger og spesialisering innen habilitering og rehabilitering. Det er eksempelvis profesjonsspesifikke spesialiteter for psykologer, fysioterapeuter, leger, sykepleiere og ergoterapeuter. I tillegg er det tverrfaglige masterprogrammer innen habilitering og rehabilitering ved flere høyskoler.

Forskning viser at ansatte med kompetanse som fysioterapeuter, spesialsykepleiere, ergoterapeuter, sosionomer og andre med høyere utdanning gir høyere kvalitet og lavere kostnader i eldreomsorgen.⁹

Ålesund kommune er enige i anbefalingene fra KS og Helse Midt-Norge (se kapittel 7.1.1) vedørende kompetanse. Minimumskravet for kompetanse i enheter for rehabilitering og i rehabiliteringsteam/oppsøkende rehabilitering bør være tilgang på lege, fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier, samt anvendelse av bruker- og pårørendekompetanse. Videre bør det være tilgang på andre sentrale profesjoner (alt etter brukers behov) som; vernepleiere, psykologer og logopeder med generell rehabiliteringskompetanse. Kommunen må også ha kompetanse innen psykisk helse, sosialfaglig- og spesialpedagogisk kompetanse, f.eks. innen hørsel og syn, samt tilgang på kompetanse fra andre sektorer i kommunen og andre lokale aktører som f.eks. NAV. Det er også viktig at rehabiliteringskompetansen sikres i koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering.

I Stortingsmelding 26 (2014-2015) «*Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*», anbefales det at det stilles kompetansekrav ved lov om at kommunene skal ha legekompetanse, sykepleier- og fysioterapikompetanse, samt psykologkompetanse. I tillegg anbefales det at kommunene har annen viktig kompetanse, som: ergoterapeuter, sosionomer/sosialfaglig kompetanse, vernepleiere/ spesialpedagogisk kompetanse, helsefagarbeidere og kliniske ernæringsfysiologer.

Kompetansekrav innen re-/habilitering på innarbeides i kommunens kompetanseplaner (både overordna og på virksomhetsnivå).

«*Kunnskapsbasert praksis er en forutsetning for å kunne levere trygge og sikre helse- og omsorgstjenester av god kvalitet*» (Meld.St.26 *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*). Kunnskapsbasert praksis er en syntese av forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap. Økt satsing på forskning og kunnskapsutvikling vil kunne bidra til bedre kvalitet i tjenestene og effektiv ressursutnyttelse, også innen re-/habilitering. Flere kommuner etablerer egne Forskning- og utviklings enheter (FoU) der praksisnær anvendt forskning og utviklingsarbeid står sentralt. FoU-enhetene kan bestå av et trepartssamarbeid mellom kommune, høyskole/universitet og helseforetak (og eventuelt andre). Forskning og kompetanseutvikling inngår også som en del av samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak. For å bidra til kunnskapsspredning og implementering av ny kunnskap og nye løsninger er det etablert Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjeneste flere steder i landet, og Ålesund kommune har et slikt utviklingssenter. Utviklingssenteret er en viktig pådriver for nødvendige endringer innen rehabiliteringsfeltet i tiden fremover.

Faglige strategier må forankres og følges opp dersom de skal få betydning i praksis. Dette omfatter både politisk, organisatorisk og faglig forankring.



⁹ KS rapport om Kostnader og kvalitet i pleie og omsorgssektoren.

Forskning bør derfor bli et viktig tema både på rådmanns- og ledernivå i kommunen og ute i den enkelte virksomhet. Medvirkning til og deltakelse i forskningsprosjekter forutsetter at ledelsen bidrar til at prosjekter kan gjennomføres. Det må legges til rette for at medarbeidere får delta i forskningsprosjekter og samarbeide med aktive forskningsmiljøer. Innovasjon og kunnskapsutvikling er viktige drivkrefter for å løse helse- og omsorgstjenestenes utfordringer framover. Utvikling av ny kunnskap skjer best i samarbeid mellom forskningsmiljøer, utdanning og praksisfelt, og der arbeidsplassen er en arena for læring.

Ledelse

God ledelse er avgjørende for å gi gode helse- og omsorgstjenester, og et grunnleggende element for at kommunen skal nå målene i denne planen. Kommunen må organisere tjenestene med tanke på å kunne foreta strategiske i forhold til innovasjon og prioriteringer som ser sammenhenger, fremmer kunnskapsbasert praksis, utvikling, tenker langsiktig og sikrer tidlig innsats. Ledere skal være rollemodeller, faglige pådrivere, ha helhetssyn, være resultatorienterte og gode til å motivere og inspirere sine medarbeidere.

Hverdagskompetanse/hverdagsmestring

Hverdagskompetanse («everyday competence») er ikke noe nytt begrep, men har fått ny aktualitet i forbindelse med innføring av «Hverdagsrehabilitering», hvor dette er et viktig grunnlag for utøvelse av tjenesten. Hverdagskompetanse er kunnskap som en tjenesteutfører bør ha for å gi gode tjenester; det er kunnskap om brukers ressurser, evner, og muligheter til å mestre hverdagens aktiviteter. «*Hverdagsmestring er et tenkesett som vektlegger den enkeltes mestring uansett funksjonsnivå*» (Tuntland, Ness 2014, «Hverdagsrehabilitering»). Det å stimulere til hverdagsmestring vil være aktuelt for alle brukere/mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester.

Hverdagskompetanse og teknikker for å hente frem en brukers ressurser er noe som alle ansatte innen helse- og omsorgstjenesten (inkl. re-/habilitering) må ha god kunnskap om.

Motiverende intervju (MI)

Motiverende intervju er en samtaleteknikk som brukes for å hjelpe en bruker/pasient til å endre atferd/mobilisere egne ressurser. Motiverende intervju baserer seg på kunnskapen om hvordan en persons motivasjon for å endre seg kan økes gjennom samtale. Motivasjonen for endring kan formes og bli påvirket av relasjonen mellom tjenesteutøver og pasient, og måten en snakker med bruker om sin helse på, kan virke inn på brukers personlige motivasjon for endring. Motiverende intervju er en kompetanse som mange innen helse- og omsorgstjenesten (inkl. re-/habilitering) bør inneha. Dette for å kunne motivere brukere til å mestre hverdagen ut ifra sine ressurser og på en mest mulig selvstendig måte.

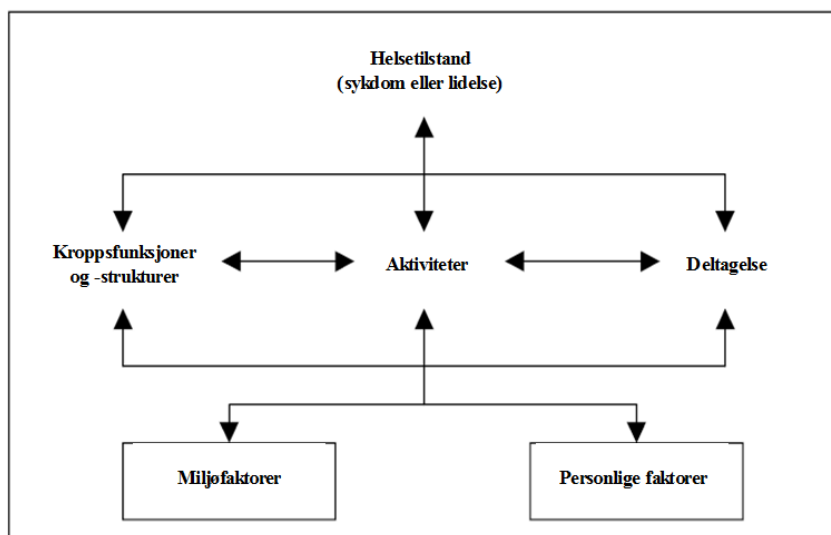


Foto: Høgskolen i Ålesund.

Ålesund kommune har våren 2015 inngått et samarbeid med Høgskulen i Ålesund (henter nå NTNU) om å opprette et kurstilbud innen Motiverende Intervju. Mer enn 20 personer fra hele kommunen deltok på det første kurset (se bilde).

ICF

Kjernen i habiliterings- og rehabiliteringsfaglig kompetanse kan utledes av det bio-psyko-sosiale klassifikasjonssystemet ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) som er utarbeidet av Verdens helseorganisasjon. (Se oversikt nedenfor.)



Verktøyet kartlegger funksjon og rehabiliteringspotensial - både i starten og underveis i et re-/habiliteringsløp. En kartlegging bør klarlegge alle utfordringer, men også muligheter når det gjelder kroppsfunksjoner, daglige gjøremål og sosial fungering.

Gjennom arbeidsgruppas **kartleggingsundersøkelse** kommer det frem at to av de fem samarbeidspartene som besvarte undersøkelsen benytter ICF som kartleggingsverktøy, og en av respondentene benytter Motiverende intervju. Ut over dette benyttes det også mange andre ulike kartleggingsverktøy.

Opparbeidelse av kompetanse om ICF vil være svært nyttig for å få til gode re-/habiliteringsprosesser i Ålesund kommune.

8.1.1 Velferdsteknologi

«Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologiske assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltagelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologien kan også fungere som støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon» (NOU 2011:11)

Det er vanlig å dele velferdsteknologi inn i fire hovedkategorier:

1. Trygghets- og sikkerhetsteknologi.

Skal gjøre det mulig for mennesker å føles seg trygge og kunne bo lengre hjemme. Innebefatter også løsninger for sosial deltagelse og som motvirker ensomhet. Eksempel kan være trygghetsalarm, dørsensor, komfyralarm og videokommunikasjon.

2. Mestringsteknologi.

Skal gjøre det mulig å bedre mestre sin egen helse. Løsninger til personer med kroniske lidelser, behov for rehabilitering og vedlikehold av mobilitet, løsninger for barn og unge med helsemessige utfordringer. Eksempel kan være varslende medisindosett, nettbrett med ulike funksjoner, smarthusløsninger, TVspilltrening, robotstøvsuger m.m.

3. Velværeteknologi

Skal bidra til at man blir mer bevisst sin egen helse og hjelper med hverdagslige gjøremål, uten at nedsatt helse er årsaken til bruken a teknologi. Kan bidra til helsefremmende arbeid. Eksempel kan være treningsapper, smartklokker, robotstøvsuger, omgivelseskontroll, styring av lys og varme.

4. Helseteknologi

Avansert medisinsk utredning og behandling i hjemmet. Eksempel kan være kolskoffert, automatisk måling av blodsukker, blodtrykk osv. (med eller uten interaksjon med helsepersonell).

Kommunens roller i tilknytning til velferdsteknologi:

- Kommunen må være en pådriver for å ta i bruk velferdsteknologiske løsninger som kan skape egenmestring, trygghet, selvstendighet hos brukeren.
- Kommunen må legge til rette tjenestene for bruk av velferdsteknologiske løsninger på en slik måte at knapphetsressursene kan benyttes der det er størst behov.
- Kommunen må være pådriver for at tjenestene kan organiseres og driftes med større samvirke mellom ulike fag, med pårørende, frivillige, nærmiljø og næringsliv, der også velferdsteknologi kan være med som støtte og virkemiddel.

Statens rolle:

- Tilrettelegger og finansiell bidragsyter.

Arena for læring om velferdsteknologi (ALV-Møre og Romsdal)

Ålesund kommune og Høgskulen i Ålesund (HiÅ) inngikk i 2013 et samarbeid for etablering av en læringsarena for velferdsteknologi. Fagkompetansen i nettverket- i og rundt læringsarenaen - dekker helsefag, IKT-fag, byggfag og innovasjonsfag.

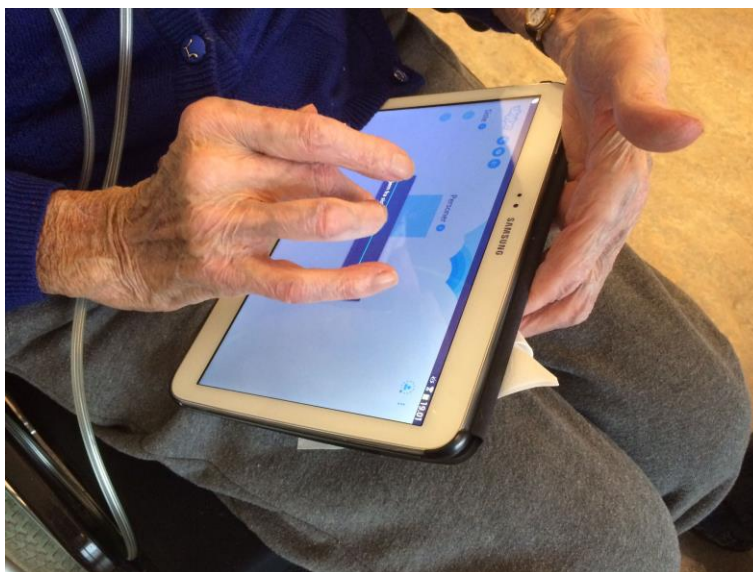
Målsetningen med ALV er å bidra til at innbyggere med spesielle behov skal oppleve større selvstendighet og få bedre kommunale tjenester gjennom oppdatert kunnskap om teknologiske hjelpemidler, og at teknologien skal bidra til at folk skal kunne bo lenger og bedre i egen bolig.

Som en del av ALV er det etablert en visningsleilighet på Høgskulen i Ålesund som har kjøkken, bad, soverom, stue og som er utstyrt med moderne kjent teknologi. Leiligheten skal fungere som en arena for utprøving, utvikling og læring knyttet til velferdsteknologi og innovasjon. ALV drifter og bistår i ulike prosjekter innenfor velferdsteknologi og arbeider for å spre kompetanse gjennom forskning og undervisning.

På bakgrunn av et langsiktig mål om en felles kompetansearena innen velferdsteknologi for hele Møre og Romsdal, har læringsarenaen endret navn fra ALV-Møre til **ALV-Møre og**

Romsdal. Kommunene i Sunnmøre regionråd har tilbud om å inngå partneravtale med ALV fra og med 2016, og ønsket er på sikt å tilby dette også til de resterende kommunene i fylket.

For mer informasjon, se www.alv-moreogromsdal.no.



Skypebruker ved Hatlane omsorgssenter. Foto: Brit Krøvel

Velferdsteknologi og re-/habilitering

Ålesund kommune jobber mye med utprøving av utvalgt teknologi som; nettbrett, integrering av GPS, trygghetspakker, kommunikasjon ved bruk av SKYPE og annen type videokommunikasjon og spillteknologi.

Kommunen må legge til rette for at flere skal kunne ta i bruk teknologi innen re-/habilitering og at velferdsteknologi blir en naturlig del av tjenestetilbudet. Det er behov for undervisning og veiledning for å øke kompetanse til alle ansatte. Som et ledd i dette bør det utarbeides opplæringspakker innen velferdsteknologi og tjenesteutvikling til ansatte i hjemmetjenesten/sykehjem (og andre virksomheter/tjenester) som også inkluderer opplæring i visningsleiligheten til ALV- Møre og Romsdal.

Kommunen har i 2015 startet arbeidet med å utarbeide et strategidokument for bruk av velferdsteknologi. Det er viktig at velferdsteknologi innen re-/habilitering tas med i dette dokumentet.

8.2 Kommunal økonomi, forskning og innovasjon

Kommunens evne til å være innovativ og å ta i bruk ny kunnskap, vil være en av nøklene til å kunne løse utfordringene innen helse- og omsorgstjenesten. Innovasjon og endring kan være både vanskelig og smertefullt å gjennomføre. *«Innovasjon trenger ikke å være basert på helt ny forskning eller teknologisk viten, men kan like godt være kunnskap som tas i bruk i en ny sammenheng eller brukes på en ny måte. Ofte er det nettopp det som er tilfelle ved innovasjon i offentlig tjenesteproduksjon»* (NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg).

Kommunenenes utfordring er at både tradisjonell tankegang og arbeidsmåter utfordres når vi skal utvikle re-/habiliteringsfeltet. Ressursene vil aldri strekke til dersom kommunene skal ta over/fortsette institusjonstankegangen når det gjelder rehabilitering. Rehabiliterings- og

mestringstankegangen må derfor inn i alt arbeid med brukere og pasienter/pårørende, og en slik omstilling tar tid.

Kommunal økonomi og rehabilitering

Ålesund kommune er i en alvorlig økonomisk situasjon og er innmeldt i ROBEK. Dette betyr at kommunens akkumulerte underskudd må dekkes inn etter en forpliktende plan som må godkjennes av fylkesmannen. I tillegg må kommunen sørge for at den ordinære driften kommer i balanse – og for å oppnå balanse i økonomien må Ålesund kommune både redusere utgiftene og øke inntektene.

Ifølge KOSTRA-tall for 2014 koster en sykehjemsplass omtrent kr. 3 087 per døgn, mens en hjemmetjenestemottaker gjennomsnittlig koster kommunen kr. 670 per døgn. Dersom kommunen gjennom intensiv rehabilitering kan utsette behov for heldøgns omsorg og pleie i institusjon med eksempelvis ett år, er det et potensial for reduserte kostnader i størrelsesorden kr. 500 000 – 600 000 per person.

Kommunene kan ikke regne med at rammene fra staten øker tilsvarende den økningen som er nødvendig innen rehabiliteringsområdet. Skal kommunene få til en bærekraftig utvikling i helsetjenesten må en se på det tjenestespekteret en har i dag. En helse- og omsorgstjeneste som er tung på institusjonstjeneste og har liten satsing på tjenester som gjør det mulig for innbyggerne å bo hjemme også med omfattende helsebehov, må gjennom en tung prosess med nedtrapping av institusjonstjenesten.

Framtidens utfordringer innen helse- og omsorgssektoren kan ikke møtes med å gjøre mer av det vi har gjort lenge. Ressursene må forvaltes slik at vi får mest mulig ut av dem. Dersom vi skal få mer ut av en begrenset ramme, må det settes inn mer ressurser innen folkehelse og tiltak som understøtter befolkningens evne til å mestre egen hverdag. Re-/habilitering blir derfor et sentralt virkemiddel til å møte framtidige utfordringer.

Forskningsmessig dokumentasjonen på effekten av rehabilitering er foreløpig begrenset og av varierende kvalitet. Interessen for dette området har økt sterkt siste årene, særlig i kommunene, noe som kan henge sammen med at kommunene er rammefinansiert og har en presset økonomi hvor det å få mest mulig ut av ressursene er påkrevet. Selv om forskningen er begrenset på dette området, er resultatene ganske entydige i den forskningen som finnes.

Vi vil peke på noen eksempler:

- I en doktoravhandling (Inger Johnsen, 2012) ved *Allmennmedisinsk forskningsenhet ved Universitetet i Oslo* ble effekten av rehabilitering av 300 eldre over 65 år med hjerneslag, lårhalsbrudd eller kroniske lidelser undersøkt. Resultatene viser at de som ble rehabilitert i eget døgnbasert kommunalt senter økte funksjonsevnen med nesten det dobbelte i løpet av omtrent halvparten så lang tid sammenlignet med eldre som ble rehabilitert i vanlige korttidsplasser ved seks ulike sykehjem. Noen av suksessfaktorene var eget tverrfaglig personell og tverrfaglig vurdering av søknadene med hensyn til rehabiliteringspotensial. Det ble utarbeidet detaljert plan for oppholdet som brukeren hadde sterk innflytelse på med mål, tiltak og evaluering. En la vekt på et stimulerende, aktivt og sosialt miljø der også likemannsarbeid ble benyttet. Hjemmebesøk var også en fast del av opplegget. Undersøkelsen viser at personer med rehabiliteringsbehov som får behandling ved en slik separat kommunal rehabiliteringsavdeling, har kortere pasientforløp, får høyere funksjonsevne og har mindre behov for sykehjemsplass og hjemmetjenester enn pasienter som får rehabiliteringsopphold i en vanlig korttidsplass i sykehjem.

Med en behandlingsskapasitet på 128 pasienter i året, ble det beregnet en *besparelse på over 10 mill. kroner for kommunen*. Halvannet år etter behandlingen har rehabiliteringspasientene over 30 prosent lavere behov for sykehjemsplass enn det nasjonale gjennomsnittet.

- *Arendal kommune* gjennomførte i perioden april 2011 til desember 2012 rehabiliteringsprosjektet "*Om å sette seg mål*" (Ergoterapeuten 01/12). Prosjektet ble støttet med midler fra Helsedirektoratet. Bakgrunnen for prosjektet var at kommunen hadde en hypotese om at rehabiliteringspasienter ble sendt hjem med hjelpetiltak i hjemmet i stedet for rehabilitering, og at rehabiliteringstilbudet i hjemmet ikke var godt nok. Brukere som var med i prosjektet var voksne/eldre som enten hadde vært inneliggende i sykehus på grunn av skade eller ervervet sykdom, fastlege mistenkte begynnende funksjonsfall eller brukere med begynnende behov for hjemmetjenester. Disse brukerne fikk målrettet rehabilitering i hjemmet av et tverrfaglig rehabiliteringsteam. Resultatene i prosjektet viser at brukere som var tildelt flere uketimer med hjemmesykepleie før intervensjon, greide seg godt uten, eller med sterkt redusert hjelpebehov, etter gjennomført rehabilitering. Beregninger i dette prosjektet viser at 24 brukere fikk redusert sitt behov for hjemmetjenester tilsvarende kr. 688 000 for en seks måneders periode. For en periode på tre år er sparte kostnader beregnet til 5,2 mill. kroner. Dette er imidlertid tall i en beregning, og det har ikke vært forskning tilknyttet prosjektet så langt (Kilde: KS, forelesning v/Geir Halstensen høsten 2013).
- Svensk forskning knyttet til *rehabiliteringsprosjektet Gemet* viser også kostnadseffektiv innsats. Forskningen viser at de fleste tjenestene som gis til brukere dreier seg for mye om tjenesteyternes hjelperrolle, og dette kan føre til at tjenesteproduksjonen øker over tid fordi man tildeler tjenester uten å stille spørsmål ved om funksjonen kan bedres og behovene kan reduseres. Ved en annen tilnærming som i større grad vektlegger mestringsstrategier, vil samfunnet kunne spare forholdsvis store summer. Nye samhandlingsmodeller, sammen med kognitiv terapi og motiverende samtaler, viser seg å gi brukeren et bedre utgangspunkt for å komme inn i prosesser med mestring i utdanning og arbeid som resultat. Dette gir mindre behov for offentlige tjenester. Rapporten tallfester at nettoavkastningen på kort sikt for de ni brukerne i prosjektet, er beregnet til 180 prosent for hver innsatt krone. I et femårsperspektiv er samfunnsgevinstene beregnet til 16 mill. kroner. Dersom en skulle legge ned rehabiliteringsarbeidet i Gemet, vil det på kort sikt påløpe en kostnad på kr 1,70 for hver krone som spares.
- *Hverdagsrehabilitering* er et sentralt satsingsområde i kommunene i Norge, som ellers i Norden. Den mest kjente kommunen i denne satsingen er Fredericia kommune i Danmark ("Lengst mulig i eget liv"), hvor man også har hatt følgeforskning som inkluderer kost-nytte-vurderinger. I Norge ble det høsten 2013 satt i gang et forskningsprosjekt om hverdagsrehabilitering. Ålesund kommune er med i denne forskningen og har dette under utprøving i to av hjemmetjenestevirksomhetene (se kapittel 5). Per oktober 2015 har prosjektet kartlagt 50 brukere der 33 av dem har fullført opptreningen. 22 av disse har tatt del i den nasjonale følgeforskningen. Det er ulike grunner til at brukere ikke har fullført opptrening, det kan bl.a. være endring i sykdomsbildet, kognitiv svikt eller det ikke har vært behov for videre oppfølging.

For de brukerne som har fullført opplegget kan man vise til gode resultater etter fire uker:

- Gjennomsnittlig nedgang med **4,74 besøk** per bruker per uke.
- Gjennomsnittlig nedgang i tjeneste per bruker på **1,66 t/uke**.
- IPLOS (pleie- og omsorgssystem der fagpersonene våre vurderer brukerne) viste at brukene hadde bedret sitt funksjonsnivå med gjennomsnittlig **0,20 poeng (fra 2,50 til 2,32 poeng)**.
- SPPB (en fysisk funksjonstest med god evne til å anta dødelighet og funksjonssvikt) viser en gjennomsnittlig fremgang på 1,93 poeng (1,0 poeng endring er klinisk signifikant). Prosentvis bedring er 49,50 prosent.
- COPM (et kartleggingsverktøy der bruker selv identifiserer og vurderer sine aktivitetsproblemer) viser en fremgang på brukers vurdering av utføring på **3,47 poeng (100 prosent bedring)** og på brukers tilfredshet med utføringen på **3,94 poeng (125 prosent bedring) (klinisk signifikant endring er 2,0 poeng)**.

Ny testing av brukerne ti uker etter oppstart viser **en ytterligere reduksjon av tjenestebehov**. Innsparing så langt for hjemmetjenesten er på **152 besøk og 55 timer** direkte brukertid per uke. Dette tilsvarer over ett årsverk.

ANBEFALINGER:

- Minimumskravet for kompetanse i enheter for rehabilitering og i rehabiliteringsteam/ oppsøkende rehabilitering, er tilgang på lege, fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier, samt anvendelse av bruker- og pårørendekompetanse.
- 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, sosialfaglig- og spesialpedagogisk kompetanse, for eksempel innen hørsel og syn, samt tilgang på kompetanse fra andre sektorer i kommunen og andre lokale aktører som for eksempel NAV.
- Virksomheter som arbeider med re-/habilitering må inneha kompetanse innen motiverende intervju (MI) og ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health).
- Styrking av kompetanse innen ledelse må være et prioritert område.
- Hverdagsmestring må innføres/implementeres i hjemmetjenesten og i institusjon, gjennom kompetanseløft, økt tverrfaglighet og kulturendring.
- For å sikre kvalitet og utvikling i tjenesten må det arbeides etter prinsippene i kunnskapsbasert praksis (forskningsbasert kompetanse/erfaringsbasert kompetanse/ brukerbasert kompetanse).
- Krav om kompetanse må innarbeides i kommunens overordnede kompetanseplan og i virksomhetenes egne planer.
- Økt bruk av velferdsteknologi i re-/habiliteringstjenestene. Dette kan bl.a. gjøres ved å utarbeide opplæringspakker innen velferdsteknologi og tjenesteutvikling til ansatte i helse -og velferdstjenesten.



9. Hovedmål, strategier og handlingsplan

Alle anbefalingene under hvert kapittel i denne planen er viktige og bør følges opp. I dette kapittelet er 6 hovedmål valgt ut som særdeles viktige i kommunens videre arbeid med re-/habilitering. I tillegg er det laget strategier til hovedmålene. Noen av disse strategiene er hentet fra anbefalingene fra de andre kapitlene. I kapittel 9.1 er det laget en handlingsplan med tiltak og hva de vil koste å gjennomføre disse. Handlingsplanen er ikke uttømmende, og vil måtte suppleres med nye tiltak i forbindelse med budsjettarbeidet hvert år.

9.1 Hovedmål

1. Aktiv brukermedvirkning (på individ, gruppenivå og kommune/systemnivå)

Strategi: Kommunen må arbeide for å sikre brukermedvirkning på *individnivå* ved å gi valgfrihet og innflytelse over egen helse og tjenestetilbud.

Dette kan gjøres ved mer bruk av kartleggingsverktøy, der ressurser og brukernes mål vektlegges (som f.eks. ICF), og innføring av elektroniske individuelle planer (EIP) for å sikre bedre kvalitet og mer aktive planer.

Det må arbeides systematisk med å skape en kulturendring i kommunen, for å sikre at ansatte alltid involverer brukeren i utviklingen av tjenesten. Brukerens behov skal være utgangspunktet.

Strategi: Kommunen må arbeide for å sikre brukermedvirkning på *gruppenivå* ved å tilby møter mellom pasienter/brukere i samme situasjon, god kontakt med interesseorganisasjoner og systematisk bruk av kartleggingsverktøy. Dette kan bl.a. gjøres ved at kommunen utvider sitt tilbud innen læring- og mestring, f.eks. i samarbeid med Lærings- og mestringssenteret ved Ålesund sykehus, Ålesund frivilligsentral, ALV Møre og Romsdal m.fl.

Strategi: Kommunen må arbeide for å sikre brukermedvirkning på *systemnivå* gjennom ulike former for brukerorgan. Det bør legges til rette for at pasient- og brukerrepresentanter deltar i

planlegging, utvikling og evaluering av rehabiliteringsvirksomheten. Brukerundersøkelser bør også brukes jevnlig.

2. Re-/habilitering og hverdagsmestring i alt vi gjør

Strategi: Grunnlaget for re-/habiliteringsarbeidet i kommunen skal være spørsmålet: «*Hva er viktig for deg – og hvordan kan vi bistå deg i å nå dine mål?*». Dette må innarbeides i alt vi gjør på alle nivå i organisasjonen.

Strategi: Vi må skape en kulturendring i kommunen som sikrer at det arbeides med hverdagsmestring der pasienten/brukeren er, bl.a. gjennom kompetanseløft og økt tverrfaglighet. Dette kan gjøres gjennom temadager/-samlinger for personalet og gjennom kurs og undervisning.

Strategi: Det må innføres aktiviteter og rehabilitering som fremmer egenmestring og økt funksjonsnivå på både korttidsplasser og langtidsplasser i sykehjem. Velferdsteknologi må tas i bruk der det kan understøtte rehabilitering.

Strategi: Det må utpekes ressurspersoner for re-/habilitering i aktuelle virksomheter.

3. Re-/habilitering i eller nærmest mulig i brukerens vante miljø

Strategi: Hverdagsrehabilitering må implementeres i hele hjemmetjenesten. Dette vil kunne gi en mer effektiv bruk av kommunens ressurser, helsegevinst for brukerne og er på sikt tidsbesparende for ansatte. Fysio- og ergoterapikompetansen i kommunen må derfor styrkes.

Strategi: For å gi brukerne et best mulig tilbud, bør oppsøkende re-/habiliteringsteam i brukers hjem benyttes mer enn i dag. Dette kan være kommunale re-/habiliteringsteam, men også team fra spesialisthelsetjenesten.

Strategi: Kommunen må utvikle nok kapasitet for aktivitet og arbeid for personer som må ha tilrettelegging, gjerne i samarbeid med næringslivet.

4. God kvalitet, basert på bred tverrfaglig kompetanse

Strategi: For å sikre god kvalitet i tjenestene og effektiv ressursutnyttelse, må vi sikre tilgang på bred tverrfaglig kompetanse, og kunnskapsbasert praksis må legges til grunn for alt re-/habiliteringsarbeid.

Strategi: Virksomheter som arbeider med re-/habilitering må inneha kompetanse innen motiverende intervju (MI) og kartleggingsverktøyet ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health).

Strategi: Økt bruk av velferdsteknologi i re-/habiliteringstjenestene. Dette kan bl.a. gjøres ved å utarbeide opplæringspakker innen velferdsteknologi og tjenesteutvikling til ansatte i helse- og velferdstjenesten. Nye arbeidsmetoder må tas i bruk, som f. eks. video-kommunikasjon, der en lege/fysioterapeut/ergoterapeut o.l. kan kommunisere direkte med bruker og/eller med en ansattgruppe.

Strategi: Ålesund kommune og spesialisthelsetjenesten bør samarbeide om prosjekter, hospitering, veiledning og opplæring.

Strategi: Ålesund kommune og utdanningsinstitusjoner (som Høyskoler, NTNU m.m.) bør samarbeide om prosjekter, kompetanseheving og forskning innen re-/habiliteringsfeltet.

5. Sømløse overganger og godt samarbeid mellom tjenester/nivå

Strategi: Alle virksomheter må prioritere arbeidet med å sikre godt koordinerte overganger og planlagte forløp mellom tjenestene, spesielt for barn og unge.

Strategi: Erfaringer fra prosjekter som «Livsløpsgarantien» må benyttes som utgangspunkt for arbeid knyttet til habilitering, men bør også være til inspirasjon ved all tjenesteyting.

Strategi: For å sikre gode og sømløse overganger mellom tjenester/nivå, må arbeidet med å rekruttere og utvikle dyktige koordinatore prioriteres. Det er viktig å få rekruttert og lært opp koordinatore fra andre enn helse- og omsorgstjenestene, f.eks. fra skole og barnehagesektoren.

Strategi: Det må være et tettere samarbeid og det bør etableres faste møtepunkter for flere av de tjenestene/virksomhetene som arbeider med re-/habilitering. Dette for at de skal få større kjennskap til hverandres fagfelt og et bedre samarbeid - noe som vil gi bedre kvalitet, og bedre koordinerte tjenester for brukeren.

Strategi: Kommunen må sikre at ansatte er gode til å samarbeide med flere aktører samtidig; bruker, pårørende, kollegaer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten, og med andre støttespillere i andre samfunnssektorer.

6. Effektiv og målretta bruk av samfunnets ressurser (bærekraftig utvikling og innovasjon)

Strategi: Forbyggende og helsefremmende tiltak må ha høy prioritet, både for å bedre livskvaliteten til den enkelte, men også for å unngå kostbar «reparasjon». Prioriteringer og tiltak må være tydelige og synlige i andre sektorplaner enn bare helsesektorens.

Strategi: Re-/habiliteringsarbeidet må skje gjennom prosesser som setter folk i stand til å ta vare på egen helse. Når økt mestringsevne er oppnådd, bør rehabiliterings- eller folkehelsetiltak med lavere terskel settes inn (jamfør rehabiliteringspyramiden) for at funksjonsnivå skal vedlikeholdes.

Strategi: Kontinuerlig effektivisering og utnyttelse av de muligheter som ligger i å skape treffsikre tjenester. Dette arbeidet må gjøres gjennom å utvikle og ta i bruk nye omsorgsformer, ny teknologi, ny kunnskap, nye faglige metoder, og etablering av organisatoriske og fysiske rammer som fremmer rehabilitering og egenmestring.

Strategi: Få kunnskap om, lete frem og mobilisere de samlede omsorgsressursene, også frivillige. Flere kommunale virksomheter bør involvere frivillige i sine tjenester for å etablere/videreutvikle aktivitetstilbud o.l. Dette kan bidra til å øke livskvaliteten til brukerne og deres pårørende.

Strategi: Kommunen bør videreutvikle dagsentertilbudet ut ifra behov, og videreutvikle aktivitets- og avlastningstilbudet (både gjennom aktivitetsgrupper, i institusjon og i hjemmet).

Strategi: Arbeid med å koordinere, sikre fagutvikling og kompetanseheving innen fagfeltet re-/habilitering må være et prioritert område.

9.2 Handlingsplan

Ålesund kommune er i en alvorlig økonomisk situasjon og er innmeldt i ROBEK, og handlingsplanen nedenfor gjenspeiler det. Handlingsplanen er utarbeidet for å lage tiltak som bidrar til at de hovedmål og strategier som nevnes ovenfor blir gjennomført. Handlingsplanen skal rulleres årlig i forbindelse med rulling av budsjett- og økonomiplan og handlingsdelen til Kommuneplanen.

Tiltak nr.	Tiltak (hele tusen)	2016	2017	2018	2019	Merknad	Ansvar
1	Opprette Brukerutvalg for helse- og omsorgstjenestene i kommunen.	0	50	50	50	Er politisk vedtatt, men det er ikke bevilget midler.	Politisk avdeling/ Helse- og velferds- teamet i rådmann- ens stab/ Virksom- hetsledere
2	Spørsmålet «Hva er viktig for deg- og hvordan kan vi bistå deg i å nå dine mål?» skal være grunnlaget for alt re-/habiliteringsarbeid. Det må arbeides systematisk med kompetanseheving innen brukerkompetanse.	0	0	0	0		Helse- og velferds- teamet i rådmann- ens stab/ Alle.
3	Implementere Hverdagsrehabilitering i hele kommunen ved å tilføre årsverksressurser til Ergo-fysio-/syn- og hørselstjenesten. Til «motorteamet»: 1 årsverk ergoterapeut, 1 årsverk fysioterapeut.	1 118	1 102	1 102	1102	Vedtatt i øk. og budsjett-plan for 2016-2019.	Virksom- hetsledere
4	Generell styrking av ergoterapi- og fysioterapitilbudet da kapasiteten per i dag er for lav.		650	1 300	1 930	Må inn-arbeides i budsjett og økonomi-plan	Helse- og velferds- teamet i rådmann- ens stab.
5	Kapasitet og organisering av logopedtjenesten bør gjennomgå/evalueres.	0	0	0	0		Rådmann- en/ Teamene i rådmann- ens stab.

6	Bidra til «re-/habilitering i alt vi gjør» ved å øke teamlederfunksjonen ved Ergo-fysio-/syn- og hørselstjenesten fra 50 % til 100 %		300	300	300	Må innarbeides i budsjett og økonomiplan	Helse- og velferds-teamet i rådmannens stab.
7	Det må sikres en rådgiverstilling i rådmannens stab, som har en helhetlig oversikt over re-/habiliteringsfeltet og som er pådriver for fagutvikling, og kompetanseheving innen fagfeltet.	0	0	0	0	Omdefinering av eksterende stillinger.	Helse- og velferds-teamet i rådmannens stab.
8	Opplæring, undervisning og kursing av nøkkelpersonell, ledere og andre innen re-/habiliteringsfeltet. Lage undervisningsopplegg, arrangere konferanser o.l.	0	100	100	100	Kurs innen MI ¹⁰ er i gang-satt.	Helse- og velferds-teamet i rådmannens stab i samarbeid m.fl.
9	Innkjøp av modul til bruk av elektronisk individuell plan (sikre god brukermedvirkning).		250	0	0		Helse- og velferds-teamet i rådmannens stab.
10	Utarbeide en kompetanseplan for re-/habiliteringsfeltet som blir en del av den overordna kompetanseplanen i kommunen.	0	0	0	0		Helse- og velferds-teamet i rådmannens stab.
11	Søke eksterne midler til prosjekt, kompetansehevende tiltak, konferanser o.l.	0	0	0	0		Helse- og velferds-teamet i rådmannens stab/ Alle.
12	Oppnevne ressurspersoner innen re-/habilitering i hver virksomhet i hjemmetjenesten og sykehjemmene.	0	0	0	0		Virksomhetsledere.
13	Implementere velferdsteknologi som en del av re-/habiliteringstjenestene i kommunen. Det anbefales at det oppnevnes ressurspersoner innen					Det pågår utprøving av Velferdsteknologi-ens ABC.	Virksomhetsledere/ Helse- og velferds-teamet i rådmann-

¹⁰ Motiverende intervju.

	velferdsteknologi i virksomhetene og at det samarbeides med ALV M&R om utprøving og implementering av teknologi.						ens stab.
14	«Livsløpsgarantien» skal gjøres kjent og prinsipptenkningen i denne «garantien» skal tas i bruk i hele kommunen.	0	0	0	0		Virksomhetsledere.
15	Styrke kompetansen om rehabilitering av personer med kreft/kreftoverlevende og som en del av dette videreføre stillingen som kreftkoordinator i fast stilling når prosjektsamarbeidet med Kreftforeningen er avsluttet.	230	501	652	753	Stilling som kreftkoordinator er vedtatt i øk. og budsjettplan for 2016-2019.	
16	Arbeide med tjenstedesign/ tjenesteutvikling, og andre innovative måter å gjennomgå tjenestetilbudene på. Dette for å skape treffsikre og brukervennlige tjenester.						Rådmann/ Alle.
17	Samarbeide med eksterne aktører som spesialisthelsetjenesten, Høgskoler, NTNU m.m. Dette for å utvikle tjenestetilbudet innen re-/habilitering (prosjekter, forskning, ambulante team, undervisning, hospitering m.m.)	0	0	0	0		Rådmann/ Helse- og velferds-teamet i rådmannens stab.
18	Flere kommunale virksomheter skal involvere frivillige i sine tjenester.	0	0	0	0		Helse- og velferds-teamet i rådmannens stab/ Virksomhetsledere.
19	Sikre at mål, strategier og anbefalinger i denne planen blir innarbeidet i handlingsdelen av kommuneplanen og diskutert i aktuelle fagforum og ev. andre møteplasser.	0	0	0	0		Helse- og velferds-teamet i rådmannens stab.

10. Litteraturliste

- Ergoterapeutene, Norsk sykepleierforbund og Norsk fysioterapiforbund (2012): «Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering»
- Grimsmo, Anders (2012): «Veien fram til helhetlige pasientforløp». Nettbasert veileder. NTNU, Trondheim kommune og Norsk helsenett
- Grimsmo, Anders (2012): «Pasientforløp for rehabiliteringspasienter» Forelesning.
- Grimsmo, Anders (2015): «En bedre helsetjeneste for kronisk syke og eldre». Forelesning på Helsekonferansen 2015.
- NOU 2011: 11 «Innovasjon i omsorg». Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse og Rehabilitering/LHL (2008): Sluttrapport. Rehabilitering.
- Helsedirektoratet (2005): Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten «...Og bedre skal vi bli!» IS-1162.
- Helsedirektoratet (2009): «Handlingsplan for habilitering av barn og unge». IS-1698.
- Helsedirektoratet (2009): «Habiliteringstjenester for voksne – i spesialisthelsetjenesten» IS-1739.
- Helsedirektoratet (2011): «Fleksibel tjenester – for et aktivt liv». IS 1075.
- Helsedirektoratet (2011): «Undersøkelse om rehabilitering i kommunene IS-0343.
- Helsedirektoratet (2012): «Avklaring av ansvars- og oppgavefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet», IS-1947.
- Helsedirektoratet (2012): «Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030».
- Helsedirektoratet (2013): Samhandlingsstatistikk 2011-2012.
- Helsedirektoratet (2014): «Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne». IS-2076.
- Helsedirektoratet (2014): «Helsedirektoratets anbefalinger på det velferdsteknologiske området» Rapport IS-2225.
- Helsedirektoratet (2015): «Nasjonale mål og prioriteringer på helse- og omsorgsområdet 2015». Rundskriv IS-1/2015.
- Helsedirektoratet (2015): «Veileder om rehabilitering og habilitering, individuell plan og koordinator».
- Helsedirektoratet (2015): «Nasjonal handlingsplan for kreft 2015-2017» IS-2298.
- Helsedirektoratet (2015): «Barn og unge med habiliteringsbehov. Samarbeid mellom helse- og omsorgssektoren og utdanningssektoren om barn og unge som trenger samordnet bistand» IS-2396.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011): «Nevroplan 2015. Delplan til Omsorgsplan 2015»
- Helse- og omsorgsdepartementet (2014): «HelseOmsorg21».
- Helse- og omsorgsdepartementet, Frivillighet Norge, KS (2015): «Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet (2015-2020))».
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015): «Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020».
- Kirsti og Per Lauvås (1998): «Tverrfaglig samarbeid» (1. utgave)
- Krøvel, Brit (2014): «Innovasjon i omsorg. Uprøving av videokommunikasjonsteknologi i sykehjem. Beboere og pårørende i møte med en felles læringsarena.» Masteroppgave.
- KS (2014): «Velferd i nytt terreng»
- KS og Helse Midt-Norge (2014): Prosjektrapport «Rehabilitering i Midt-Norge»
- Kristiansand kommune (2013): «Helsefremmingsplanen 2013»
- www.kunnskapsbasertpraksis.no
- Nakken KO, Brodtkorb E, Koht J. Epilepsi og rehabilitering Tidsskr Nor Lægeforen 2007;

127: 309 – 12.

Riksrevisjonen (2012): Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten (2011-2012)

Sand, Sylvi og Butli, Helge (2014): Forelesning om «Hverdagsmestring. Tidlig innsats. Hverdagsrehabilitering». Regional rehabiliteringskonferanse, Stjørdal.

Senter for omsorgsforskning (2014): «Forskning for bedre kommunale helse- og omsorgstjenester. En håndbok om hvordan kommunene kan medvirke og tilrettelegge for forskning».

Stortingsmelding nr. 21 (1998 – 1999): «Ansvar og meistring - Mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitikk», Sosial og helsedepartementet.

Stortingsmelding nr. 40 (2002 – 2003): «Nedbygging av funksjonshemmende barrierer. Strategier, mål og tiltak i politikken for personer med nedsatt funksjonsevne», Sosial- og helsedepartementet.

Stortingsmelding nr. 25 (2005 – 2006): «Mestring, muligheter og mening – Framtidas omsorgsutfordringer», Helse og omsorgsdepartementet.

Stortingsmelding nr 7 (2008-2009): «Et nyskapende og bærekraftig Norge».

Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009): «Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted - til rett tid». Helse- og omsorgsdepartementet.

Stortingsmelding nr 29 (2012-2013): «Morgendagens omsorg», Helse- og omsorgsdepartementet.

Stortingsmelding nr 26 (2014-2015): «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet», Helse- og omsorgsdepartementet.

St.prp. nr. 1 (2007–2008) kapittel 9: «Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011». Helse- og omsorgsdepartementet.

Tuntland, H, Ness, N. E. (2014) *Hverdagsrehabilitering* 1.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Uhlig T, Christie A. Spesialisert rehabilitering av pasienter med revmatisk sykdom Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 313 – 5.

Ålesund kommune (2013): «Premissgivende bestilling 2013-2016».

Ålesund kommune (2015): «Årsmelding 2014»

Ålesund kommune (2015): «Kommuneplan 2015-2027»

Vedlegg 1

(se eget hefte).