



Plan for habilitering og rehabilitering

2019-2023

Innhold

1 Innledning.....	2
Formål.....	2
Ansvar og oppfølging.....	2
2 Definisjoner og begrep.....	3
3 Styringsdokumenter.....	4
Sentrale føringer.....	4
Lokale føringer.....	4
Lovverk.....	5
4 Situasjonsbeskrivelse nasjonalt og lokalt.....	6
Nasjonalt.....	6
Lokalt.....	7
Organisering og utfordringsbilde.....	7
5 Handlingsplan.....	13

1 Innledning

For at helse- og omsorgstjenestene i framtida skal være bærekraftige, beskriver nasjonale føringer at det må skje store endringer i organiseringen av tjenestene. Oppgaver skal flyttes fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, der brukerne bor og oppholder seg. Ressursene skal i større grad brukes på forebygging og behandling, fremfor reparasjon. Det må legges til rette for å sikre mobilisering av ressurser hos den enkelte, og å sette brukere og pasienter i stand til mestring og selvstendighet. I forbindelse med Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-19) har Oppdal kommune i 2018 og 2019 søkt om og fått tilskuddsmidler, under forutsetning av at det utarbeides en oppdatert plan for habilitering og rehabilitering. Plan for habilitering og rehabilitering er en temaplan under Oppdal kommunes Helse- og omsorgsplan (2018-2025). Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering har vært styringsgruppe for planarbeidet. Sekretær for planarbeidet har vært Ingrid Husdal Dørum.

Medlemmer i koordinerende enhet:

Ingvild Vikan, leder medisinsk rehabilitering, leder i koordinerende enhet

Hanna Lauvås Westman, enhetsleder Helse og familie

Lill Wangberg, enhetsleder Hjemmetjenestene

Frøydis Lindstrøm, rådgiver helse og omsorg

Dordi Aalbu, rådgiver oppvekst

Kirsten Vikan Opdahl, kommuneoverlege

Monica Tiller, barnevernstjenesten

Inga Snøve, leder psykisk helse- og rusarbeid

Brukermedvirkning er sikret gjennom et dialogmøte hvor vi inviterte alle lokale brukerorganisasjoner, samt medlemmer fra eldrerådet og funksjonshemmedes råd til å delta. Ti personer fra fem ulike brukerorganisasjoner/brukergrupper, og seks personer fra de kommunale rådene kom på dette møtet. Planen presenteres for kommunalt råd for funksjonshemmede og eldrerådet, med muligheter for innspill fra medlemmene før den behandles i driftsutvalget.

Formål

Planen skal kartlegge og beskrive dagens tjenester innen habilitering og rehabilitering, beskrive utfordringer i tida framover, og definere satsningsområder og tiltak som bør prioriteres i årene 2019-2023. Planen skal bidra til en helhetstenking rundt kommunens habiliterings- og rehabiliteringsarbeid.

Ansvar og oppfølging

Planens siste del er en handlingsplan, med definerte satsningsområder, mål og tiltak. Her beskrives det hvem som har ansvar for å iverksette de ulike tiltakene. Koordinerende enhet har et overordnet ansvar for å følge opp at tiltakene blir iverksatt.

Koordinerende enhet har også ansvar for at planen rulleres hvert fjerde år, og at tiltaksdelen evalueres årlig i forbindelse med behandling av kommunens handlingsplan.

2 Definisjoner og begrep

Habilitering og rehabilitering

I [Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator](#) defineres habilitering og rehabilitering på følgende måte:

«Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak. Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet.»

Forskjellen mellom habilitering og rehabilitering er i hovedsak knyttet til målgruppe. Brukere med behov for habilitering er ofte barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse, mens rehabilitering er rettet mot skader, sykdommer og andre tilstander som har oppstått senere.

[Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering](#) legger regjeringen til grunn en bred forståelse av habilitering og rehabilitering som inkluderer alle brukere av helse- og omsorgstjenesten som har behov for en målrettet innsats for å opprette, gjenopprette, vedlikeholde og bedre funksjon, forebygge funksjonsfall og å lære å mestre livet med sykdom og funksjonsnedsettelse

Brukermedvirkning

Brukermedvirkning kan foregå både på individnivå, tjenestenivå og systemnivå. Brukermedvirkning på individnivå handler om aktiv deltakelse i egen behandling og oppfølging, og om reell mulighet til å påvirke beslutninger om helsehjelpen som gis. På tjenestenivå handler det om påvirkningsmulighetene i utforming av tjenester og tilbud. På systemnivå handler det om styrings-, kvalitets-, og utviklingsarbeid som har allmenn betydning. På tjeneste- og systemnivå foregår medvirkningen gjennom at brukerrepresentanter- eller organisasjoner medvirker på vegne av grupper av brukere.

Forebygging

Forebyggende helsearbeid handler ikke kun om å forhindre sykdomsutvikling. Det kan også handle om å stanse sykdomsutvikling og/eller hindre tilbakefall (sekundærforebygging), eller å hindre forverring av sykdom og sikre best mulig mestring av livet med helseutfordringer (tertiærforebygging). Noen helsetjenester kan derfor falle innenfor både rehabiliterings- og forebyggingsbegrepet. I dette dokumentet brukes begrepet forebygging som en samlebetegnelse for de ulike gradene av forebygging.

Individuell plan

Alle som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester har jf. [pasientrettighetsloven §2-5](#) rett til å få utarbeidet en individuell plan (IP). IP skal bidra til at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, og sikre en ansvarlig tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren. Gjennom IP skal brukerens mål, ressurser og behov kartlegges, og tiltak

skal koordineres. IP skal styrke samhandlingen mellom bruker og tjenesteyter, og mellom tjenesteytere på ulike forvaltningsnivå.

Koordinator

For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, skal kommunen tilby koordinator, jf. [helse- omsorgstjenesteloven § 7-2](#), uavhengig av om pasienten eller brukeren ønsker individuell plan. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt samordning av tjenestetilbudet, og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

3 Styringsdokumenter

Sentrale føringer

Fremtidens primærhelsetjeneste (Meld St. 26, 2014-15)

[Primærhelsetjenestemeldingen \(2014-15\)](#) er en oppfølging og konkretisering av samhandlingsreformen. Den setter pasientens behov i sentrum for utvikling av fremtidens helse- og omsorgstjenester. Meldingen fokuserer på at gode helse- og omsorgstjenester tar utgangspunkt i brukernes mål, behov, og ønsker i eget liv. Helsetjenestene skal oppleves helhetlige, det må satses mer forebygging og proaktiv oppfølging, og flere tjenester skal leveres i kommunene. Fremtidens helse- og omsorgstjenester skal være brukernes tjeneste, og utvikles sammen med brukerne og deres pårørende. Et mer målrettet og intensivt tilbud i kommunene kan gjøre mange mer selvhjulpne og fått et bedre liv, og i et rehabiliteringsforløp er det særlig viktig med opplæring for egenmestring.

Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-19 (Særtrykk til Prop. 1 S, 2016–2017)

Budskapet i [Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering \(2017-19\)](#) er at det i fremtiden må jobbes annerledes enn i dag med habilitering og rehabilitering. Dagens arbeidsformer fører til at mange brukere med kronisk sykdom og med store og sammensatte behov ikke får tett nok oppfølging eller god nok opplæring til egenmestring. Når brukere ikke fanges opp i tide, øker risikoen for dårligere egenmestring og funksjonsfall som kunne vært unngått. Brukere må involveres i egen re-/habiliteringsprosess, og de må få tilstrekkelig hjelp til å leve med og til å mestre sykdom. Kommunene må settes i stand til å gi et godt og tilrettelagt rehabiliteringstilbud, og å overta flere rehabiliteringsoppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Hovedtyngden av innsatsen skal skje i kommunen hvor brukeren bor. I tillegg vektlegges bedre kvalitet, økt kompetanse, og samhandling og koordinering mellom og innenfor ulike nivåer.

Lokale føringer

Kommuneplanens samfunnsdel 2010-2025

Kommuneplanens samfunnsdel handler om «Det gode liv i et attraktiv fjellbygd», og beskriver at kommunens viktigste oppgave er å legge grunnlag for at alle skal oppleve god

livskvalitet i Oppdal. Samfunnsdelen peker på tre kritiske suksessfaktorer for at vi skal kunne lykkes med å oppnå god livskvalitet:

- God folkehelse
- God omsorg
- Stedsutvikling

Kommuneplanens samfunnsdel beskriver en stor økning i antall eldre over 80 år, noe som betyr at kommunen i større grad må prioritere forebyggende og helsefremmende arbeid.

Helse- og omsorgsplan 2018-2025

Det ble i 2018 vedtatt en ny helse- og omsorgsplan for Oppdal kommune. Den skal være en overordnet plan for helse- og omsorgstjenestene.

Hovedstrategiene i helse- og omsorgsplanen er:

- Å styrke det forebyggende folkehelsearbeidet
- Å ha fokus på barn og unge, brukermedvirkning, aktivitet og samarbeid med frivillige organisasjoner
- Å styrke den hjemmebaserte tjenesten slik at flest mulig får bo hjemme lengst mulig
- Å gi befolkningen i Oppdal koordinerte, innovative og gode tjenester med respekt og verdighet for den enkelte.

Folkehelseplan

Folkehelseplan for Oppdal er en sektorplan som kartlegger, systematiserer og angir en overordnet strategi for folkehelsearbeidet. Strategien og tiltakene tar utgangspunkt i utfordringene skissert i et oversiktsdokument over helsetilstanden i kommunen. De overordnede strategiene i planen er:

- Økt satsing på styrking av psykisk helse hos barn og unge
- God livskvalitet og mestring for eldre og personer med kroniske lidelser
- Utvikling av helsefremmende sosiale møteplasser, nærmiljø og bomiljø
- Frivillig sektor – samhandling med kommunen

Andre temaplaner

I tillegg finnes flere ulike temaplaner som i ulik grad overlapper med plan for habilitering og rehabilitering, som boligsosial handlingsplan, strategi for velferdsteknologi, og en temaplan for psykisk helse- og rus som er under utarbeidelse.

Lowerk

Kommunens ansvar for habilitering og rehabilitering

[Forskrift for habilitering og rehabilitering §5](#) beskriver at: «Kommunen skal planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet og ha en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen. Tjenester som inngår i kommunens helse- og omsorgstjenestetilbud, skal integreres i et samlet tverrfaglig re-/habiliteringstilbud. Kommunen skal sørge for at alle som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering,

jf. § 1 og § 3. Re-/habiliteringstilbudet skal gis uavhengig av pasientens og brukerens boform. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal ved behov samarbeide med andre etater.»

Ansvarsfordeling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten

Ansvarsfordelingen reguleres av [helse- og omsorgstjenesteloven](#) og forskrift for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, [kapittel 3 og 4](#). Kommunens oppgaver beskrives ikke spesifikt, men kommunene har ansvaret for de oppgavene som ligger utenfor spesialisthelsetjenestens ansvarsområde. Spesialisthelsetjenesten sitt ansvar vurderes ut fra tre sentrale faktorer: behovet for spesialistkompetanse, kompleksiteten, og hvorvidt det er behov for intensitet i behandlingen. Spesialisthelsetjenesten har ansvaret for:

- Re-/habilitering som krever spesialisert tilrettelegging og veiledning
- Intensiv trening som inngår i re-/habiliteringsplan eller spesialisert tilbud etter behandling
- Tilrettelagt opplæring for pasienter og brukere som trenger det

Kommunen er jf. helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6 pålagt å inngå samarbeidsavtaler med helseforetaket som sikrer at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Oppdal kommune og St. Olavs Hospital inngikk en slik avtale i 2016. Avtalen inneholder blant annet retningslinjer for samarbeid om habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud, som skal sikre helhetlige og sammenhengende tjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester.

Koordinerende enhet

Jf. [Helse- og omsorgstjenesteloven §7-3](#) skal det finnes en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen. Den koordinerende enheten har overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. [Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator §6](#) beskriver at koordinerende enhet skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. Om ansvaret for individuell plan beskriver forskriften at koordinerende enhet skal motta meldinger om behov for individuell plan, samt sørge for at det blir utarbeidet rutiner og prosedyrer for arbeid med individuell plan.

4 Situasjonsbeskrivelse nasjonalt og lokalt

Nasjonalt

[Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering \(2017-2019\)](#) skisserer **fire hovedutfordringer** i arbeidet med habilitering og rehabilitering:

- **Brukermedvirkning:** Tjenesteapparatet lykkes ikke med å bistå brukeren i å få fram hva som er brukerens mål eller tilbyr ikke tjenester tilstrekkelig tilpasset brukerens behov.
- **Samhandling og koordinering:** Enkelttjenester henger ikke sammen som en helhet for brukeren. Dette gjelder både undersøkelse og kartlegging og de oppfølgende tiltakene.
- **Kapasitet:** Enkelttjenester som skal bistå brukeren mangler eller har uakseptabel lang ventetid.
- **Faglig kvalitet, arbeidsform og/eller organisering:** Tjenestene er ikke i tråd med brukerens forventninger eller faglige standarder.

Lokalt

Organisering og utfordringsbilde

For å møte oppgaveforskyvningen fra spesialisthelsetjeneste til kommune er det viktig at de kommunale habiliterings- og rehabiliteringstjenestene styrkes. Befolkningsframskrivning viser en fordobling av antall eldre over 80 år i 2040, og det ventes fortsatt økning i forekomsten av kroniske sykdommer. Når det gjelder kapasitet på de eksisterende habiliterings- og rehabiliteringstilbudene i Oppdal er det generelt lite ventetid. Man kunne allikevel med fordel ha økt kapasiteten hos flere tjenester som driver med habilitering og rehabilitering. Dette kan gi bedre tilbud til brukerne og økt egenmestring og livskvalitet, noe som igjen kan føre til besparelser i andre helsetjenester. Som det beskrives i Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering - gjennom tidligere innsats og bedre oppfølging vil brukerne få bedre liv og penger spares.

Gode habiliterings- og rehabiliteringstjenester forutsetter at helsetjenestene samarbeider godt seg i mellom, og at de ulike tjenestene er godt koordinert. En utfordring som gjelder flere av tjenestene som arbeider med habilitering og rehabilitering er at de er spredt på flere lokaler, og ikke sammen med sine nærmeste samarbeidspartnere. Å samlokalisere flere helsetjenester, f.eks. ved Oppdal distriktsmedisinske senter og helsestasjonen, kan fremme samarbeid rundt eksisterende og nye tilbud, og føre til mer helhetlige og godt koordinerte tjenester for brukerne.

I det følgende beskrives organiseringen av tjenestene som er involvert i habilitering- og rehabilitering i Oppdal kommune, samt utfordringsbildet knyttet til habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet i de ulike tjenestene.

Individuell plan og koordinator

Alle brukere og pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan (IP), og/eller å få utnevnt en koordinator som sørger for samordning av tjenestetilbudet. Det er koordinerende enhet som har det overordnede ansvaret for arbeidet med IP og koordinator. De gjør vedtak når det søkes om IP, og kan bidra til oppnevning av koordinator der dette er ønskelig.

Utfordringsbilde:

- Bruken av IP og koordinator er relativt lav.
- Individuell plan og koordinatorrollen er for lite kjent, både i kommunale tjenester og hos samarbeidspartnere som NAV, avtalefysioterapeuter og videregående skole. Sannsynligvis blir ikke alle brukere med rett til det informert om IP og koordinator.
- Systematisk opplæring av koordinatører mangler.
- Elektronisk IP-verktøy mangler. Dette bør på plass for å gjøre IP mer attraktivt og hensiktsmessig som arbeidsverktøy. Elektronisk IP-verktøy letter samhandlingen mellom bruker og samarbeidspartnere, og mellom ulike instanser, samt bidrar til at planen blir en dynamisk plan og ikke et skrivebordsdokument.

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering

Koordinerende enhet (KE) har ansvar for å sikre helhetlige og koordinerte tilbud til brukere med behov for tjenester fra flere fagområder, nivåer og sektorer. De har også det overordnede ansvaret for individuell plan og koordinator. I Oppdal kommune består koordinerende enhet av åtte ansatte i ulike tjenester i kommunen. Leder for avdeling for medisinsk rehabilitering er også leder for koordinerende enhet.

Utfordringsbilde:

- Det er ikke avsatt noen stillingsressurs i forbindelse med arbeidet med KE, heller ikke for leder.
- Det har vært noe lav aktivitet i KE de senere årene. Det har vært avholdt få møter, og det har foregått lite annen virksomhet annet enn å gjøre vedtak om IP.
- Kjennskapen til KE er for lav hos både kommunale tjenester og samarbeidspartnere.

Medisinsk rehabilitering

Består av fysio- og ergoterapitjenestene og friskliv og mestring. Medisinsk rehabilitering driver med forebygging og behandling i alle aldersgrupper, blant annet gjennom tilrettelegging og veiledning i daglige aktiviteter, ulike gruppetilbud, og formidling av tekniske hjelpemidler.

Tilbud ved medisinsk rehabilitering:

- [Fysio- og ergoterapitjenester](#)
 - 3 stillinger kommunalt ansatte fysioterapeuter, inkludert turnusfysioterapeut
 - 1,2 stillinger ergoterapeut
 - Hjelpemiddeltekniker i 70%
- Psykomotorisk fysioterapi (mangler fra juli 2019)
- Lymfødembehandling (mangler fra juli 2019)
- Hverdagsrehabilitering (intensiv og målrettet rehabilitering i hjemmet)
- Rehabilitering av brukere på helsesenteret
- Hjelpemiddelformidling
- Trening i varmtvannsbasseng
- Fallforebyggende grupper
- [Friskliv og mestring](#)
 - Kontaktpunkt for kommunens frisklivs-, lærings- og mestringstilbud
 - Individuelle tilbud og gruppetilbud innen kosthold, fysisk aktivitet, tobakk, søvn
 - Frisklivskordinator i 50% stilling
 - Ressursgruppe for Friskliv og mestring – åtte fagpersoner fra ulike tjenester planlegger og evaluerer

Utfordringsbilde medisinsk rehabilitering:

- Lokalisering: Medisinsk rehabilitering er lokalisert delvis ved Oppdal helsesenter, delvis ved ODMS i helsestasjonens lokaler. Det vil være hensiktsmessig å samlokalisere medisinsk rehabilitering med andre helsetjenester for økt samhandling og bedret tilgjengelighet og brukervennlighet.

- Ergoterapi: Stillingsressursen har kun økt med 0,2 stilling siden 1986, til tross for at behovet har økt betraktelig. Det er utfordrende å få gitt tett nok oppfølging av brukerne, samt å kunne drive forebyggende virksomhet med så få ressurser. Økt ergoterapiressurs kan gi besparelser i andre kommunale helse- og omsorgstjenester. Stillingsressursen bør anslagsvis økes til 2 stillinger for å kunne gi et tilfredsstillende tilbud om forebyggende og behandlende tjenester.
- Frisklivs, lærings- og mestringstilbud: Stillingsressursen for frisklivs koordinator er på kun 0,5 stilling (siden opprettelse i 2013). Denne bør økes til 1,0 stilling dersom man ønsker å satse på forebyggende helsetjenester og mestring av sykdom, i tråd med nasjonale føringer, helse- og omsorgsplan og folkehelseplan.
- Psykomotorisk fysioterapi: Fra juli 2019 står kommunen uten tilbud om dette. Denne kompetansen er det behov for i kommunen, slik at pasienter ikke behøver å reise til f.eks. Trondheim.
- Lymfødembehandling: fra juli 2019 har Oppdal kommune ikke lenger fysioterapeut med kompetanse innen fysikalsk lymfødembehandling, som er et viktig behandlingstiltak for mennesker med lymfødem etter f.eks. kreftbehandling.

Psykisk helse- og rusarbeid

[Psykisk helse- og rusarbeid](#) tilbyr tjenester til personer som har psykiske vansker, er i en krise eller i en vanskelig livssituasjon og/eller har et rusproblem. Tilbudet er primært for ungdom og voksne. De samarbeider tett med andre helsetjenester, samt ungdomsskolen og Oppdal videregående skole, NAV, brukerorganisasjonen Mental helse og spesialisthelsetjenesten.

Utfordringsbilde:

- Flere unge med psykiske helseutfordringer, og flere unge uføre med psykiske utfordringer.
- Flere unge voksne med moderat/alvorlig psykisk helse og/eller rusutfordringer, med behov for flerfaglige og koordinerte tjenester.
- Psykolog: Tilsetting av kommunepsykolog er viktig for å øke kompetanse og faglig trygghet innen psykisk helse, og kunne tilby mer lavterskelbehandling og tidligere intervensjoner/forebygging. Fra 2020 er psykolog en lovpålagt tjeneste i kommunen.
- Lokalisering: Er i dag i hovedsak lokalisert ved Oppdal helsesenter. Det er ønskelig og hensiktsmessig å samlokalisere psykisk helse- og rusarbeid i tilknytning til bl.a. helsestasjon, legesenter, framtidig psykologtjeneste og friskliv og mestring.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Gjennom [helsestasjons- og skolehelsetjenestens](#) faste konsultasjonsprogram møter tjenesten alle gravide, barn og unge i kommunen og har en viktig rolle i å avdekke behov for langvarige og koordinerte tjenester på et tidlig tidspunkt. Tjenesten jobber først og fremst helsefremmende og forebyggende, men er også viktig for barn og familier der barnet har en medfødt eller tidlig ervervet sykdom, skade, funksjonsnedsettelse eller utviklingsforstyrrelse. Tjenesten skal bidra til at det etableres rutiner for håndtering av legemidler i barnehager, skoler og SFO. Helsesykepleier deltar i ansvarsgrupper knyttet til nesten alle barn og unge med behov for helhetlige og koordinerte tjenester, samt i tverrfaglig samarbeid når barn og unge

er pårørende til foresatte med behov for IP eller langvarige tjenester. Koordinerende enhet i kommunen er en sentral samarbeidspartner, krav til samarbeid fremgår i [forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjeneste §4 \(b\)](#). Tjenesten samarbeider også tett med andre helsetjenester, PP-tjenesten, barnehagene og skolene. I helsestasjons- og skolehelsetjenesten jobber helsesykepleiere, helsestasjonslege, fysioterapeut, jordmødre og hjemmekonsulent.

Utfordringsbilde:

- Prioritering av ressurser til avdekking og tidkrevende oppfølging enkeltindivider går på bekostning av universelle helsefremmende og forebyggende tiltak på gruppe og befolkningsnivå.
- Manglende rolleavklaring, opplæring og rutiner om samarbeid med KE
- Barn og unges rett til medvirkning og informasjon som pårørende bør sikres bedre
- Barn og unge som har foresatte med behov for langvarige tjenester, har økt risiko for belastning og familiens behov må ses i sammenheng.
- Andel unge med psykiske helseutfordringer er økende
- Det er lang reiseavstand til lavterskelbehandling og flere barn og unge bør sikres tilbud i kommunen. Tilsetting av kommunepsykolog vil bidra til at flere får hjelp tidligere lokalt, samt gi fagstøtte til ansatte i kommunal førstelinje.
- Sentrale samarbeidspartnere knyttet gravide, barn, unge og deres familier er ikke samlokalisert.

Hjemmetjenestene

[Hjemmetjenestene](#) består av hjemmesykepleien, hjemmetjenester som renhold og matombringing, omsorgsboliger for eldre, boliger for funksjons- og utviklingshemmede, samt dagtilbud til personer med demens, psykisk utviklingshemming og eldre og boveiledning. Av habiliterings- og rehabiliteringsarbeid i hjemmetjenestene foregår blant annet hverdagsrehabilitering i samarbeid med medisinsk rehabilitering, samt habilitering for voksne med psykisk utviklingshemming. I hjemmetjenestene jobber også en diabetessykepleier (20% stilling) som driver med opplæring og hjelp til egenmestring for personer med diabetes.

Utfordringsbilde hjemmetjenestene:

- Savner livsstilstiltak for psykisk utviklingshemmede med tanke på å forebygge utvikling av livsstilssykdommer.
- Hverdagsrehabilitering: det er ikke satt av ressurser til såkalte hjemmetrenere som følger opp brukerne i rehabiliteringsperioden. Oppfølging av hjemmetrenere er hensiktsmessig med tanke på økt intensitet i treningen, og dermed større effekt av rehabiliteringen.
- Diabetessykepleier: Det vil være hensiktsmessig å samlokalisere diabetessykepleier med andre helsetjenester i tilknytning til ODMS, både med tanke på tilgjengelighet for brukerne og samarbeidet med andre helsetjenester som fastleger, friskliv og mestring og fysioterapeuter.

Oppdal helsesenter

[Oppdal helsesenter](#) (sykehjemmet) tilbyr langtidsplasser ved døgnkontinuerlig og langvarig behov, samt korttidsplasser for øyeblikkelig hjelp, avlastning, utredning og rehabilitering. Fra 2018 til 2019 ble antallet korttidsplasser ved helsesenteret økt fra 8 til 14. Disse korttids-plassene fordeles mellom de ulike typene opphold ut fra variasjon i behov.

Kreftsykepleier i 60% stilling er også tilsatt i Oppdal helsesenter, men arbeider med brukere og pasienter over hele kommunen.

Utfordringsbilde Oppdal helsesenter:

- Rehabiliteringsopphold: Lite systematikk rundt rehabiliteringsoppholdene foreløpig. Mangler gode og fungerende samarbeidsavtaler med ergo- og fysioterapeutene rundt rehabiliteringsoppholdene. Har for øyeblikket ikke sykepleiere med spesialkompetanse innen rehabilitering.
- Kreftsykepleier: Ønskelig med samlokalisering i tilknytning til legesenter, psykisk helse- og rusarbeid, friskliv og mestring.

Logoped

Oppdal kommune har ikke tilsatt en egen logoped som arbeider med voksne, men har en logoped/spesialpedagog ansatt i PP-tjenesten som tar oppdrag hos voksne brukere ved behov. Kommunene kan velge å ansette logoped i kommunal stilling, eller å tilknytte privatpraktiserende logoped som tar betaling etter takst og får refusjoner fra Helfo.

Skoler og barnehager

[Skoler og barnehager](#) er viktige samarbeidsaktører i arbeidet med barn og unge som har behov for habilitering. Skolen er ifølge [opplæringslova §15-8](#) pålagt å samarbeide med relevante kommunale tjenester om vurdering og oppfølging av barn og unge med helsemessige, personlige, sosiale eller emosjonelle vansker. For noen barn vil mye av habiliteringen foregå på skolen, på SFO eller i barnehagen.

Utfordringsbilde:

- I Oppdal kommune fungerer samarbeidet rundt disse barna og ungdommene generelt godt, men i enkelte tilfeller kunne samarbeidet vært enda bedre, særlig i overgangsfaser mellom barnehage-skole, ungdomsskole-videregående osv. Dette gjelder særlig elever som ikke har veldig uttalte behov, noe som kan medføre at hjelpebehovet ikke oppdages før det har gått en tid på ny skole.
- Barn og unge tilbringer store del av dagen i barnehage, skole og SFO, den daglige gjennomføringen av habiliteringsarbeidet er derfor i de fleste tilfeller lagt til disse institusjonene. Det trengs tilstrekkelige ressurser i barnehage, skole og SFO for oppfølging for barn og unge med nedsatt funksjonsevne.

Samarbeidspartnere i habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet

- Barnevernstjenesten
 - Har som hovedoppgave å sikre at barn og unge som lever under tilstander som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid. Barnevernet er en viktig samarbeidspartner både i habiliterings- og rehabiliteringsarbeid.
- Pedagogisk-psykologisk tjeneste
 - Er kommunens rådgivende og sakkyndige instans for barn og ungdom opp til 16 år, som har utfordringer i oppvekst eller i opplæringssituasjon. Er særlig involvert i habilitering av barn og unge i barnehager og skoler.
- Innvandrertjenesten
 - Består av flyktningetjenesten, introduksjonsprogrammet, voksenopplæringa og grunnskole for voksne. I tillegg er det i samarbeid med helsetjenestene opprettet et tverrfaglig sammensatt flyktningehelseteam som skal sikre at bosatte flyktninger og familiegjennforente får informasjon og tilbud om nødvendige helsetjenester.
- NAV
 - I hovedsak knyttet til rehabilitering med mål om tilbakeføring til arbeid.
- Fastleger
 - Har det medisinskfaglige ansvaret i habiliterings-/rehabiliteringsarbeidet
- Fysioterapeuter med kommunal driftsavtale
 - 3,6 driftstilskudd fordelt på 5 fysioterapeuter. Driver i hovedsak med rehabilitering etter skader, sykdom og smertetilstander, i stor grad muskel- og skjelettlidelser. Oppdal fysioterapi har samarbeid med Spenst treningssenter, hvor det drives Parkinsongruppe og nakke-/skuldergrupper.
- Spesialisthelsetjenester lokalisert i Oppdal
 - Ortoped
 - Gynekolog
 - Øre-/nese-/hals-lege
 - Audiograf
 - Øyelege
 - Kirurg

5 Handlingsplan

Satsningsområdene i handlingsplanen tar utgangspunkt i:

- Kommuneplanens samfunnsdel (2010-25), kommunens helse og omsorgsplan (2018-25) og folkehelseplan (2017-2021)
- Strategier skissert i Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-19)
- Lokalt utfordringsbilde

SATSNINGSOMRÅDER	MÅL	TILTAK	ANSVARLIG
HELHETLIGE OG GODT KOORDINERTE HABILITERINGS- OG REHABILITERINGSTJENESTER	God samhandling på ulike nivåer i helsetjenestene, og mellom helsetjenestene og skoler og barnehager	1. Opprette samarbeidsutvalg mellom kommunen og avtalefysioterapeuter	Enhetsleder Helse og familie
		2. Samlokalisere flere helsetjenester ved ODMS (fysio- og ergoterapeuter, psykisk helse- og rusarbeid, psykologtjeneste, diabetessykepleier og kreftsykepleier)	Enhetsledere helse og omsorg
		3. Tilrettelegge for samarbeid mellom fastleger og andre helsetjenester i kommunen på system- og individnivå	Kommuneoverlege Rådgiver helse og omsorg
		4. Utarbeide rutiner for samhandling mellom barnehage/skole og helsetjenester i overgangsfaser (fra barnehage til skole osv.)	Koordinerende enhet
		5. Tilrettelegge for økt samhandling mellom helsetjenestene og NAV	Koordinerende enhet Enhetsleder Helse og familie
	Sikre kompetente og trygge koordinatører	6. Arrangere koordinatoropplæring årlig	Koordinerende enhet
		7. Utarbeide informasjonsmateriell for nye koordinatører	Koordinerende enhet
		8. Årlig revisjon av prosedyrer knyttet til IP og koordinator, og systematisk informasjon til alle ansatte som er i kontakt med målgruppene	Koordinerende enhet
	Økt bruk av individuell plan	9. Utarbeide informasjonsrutiner for individuell plan for ansatte i skole-, helse- og familietjenestene og samarbeidspartnere	Koordinerende enhet
		10. Innkjøp av elektronisk IP-verktøy	Enhetsleder Helse og familie
		11. Sikre tilgjengelig brukerstøtte for IP-verktøy innad i kommunen	Enhetsleder hjemmetjenestene Rådgiver oppvekst
		12. Opplæring i bruk av IP-verktøy	Koordinerende enhet

ØKT SATSING PÅ FOREBYGGING, TIDLIG INNSATS OG MESTRING AV KRONISK SYKDOM	Videreutvikle frisklivs-, lærings- og mestringstilbudene i tråd med behovene i befolkningen	13. Styrke arbeidet med forebygging og behandling av overvekt hos barn, unge og voksne	Frisklivskoordinator	
		14. Økt innsats på forebygging av livsstilssykdommer hos personer med psykisk utviklingshemming	Enhetsleder hjemmetjenestene Frisklivskoordinator	
		15. Utarbeide mestrings-/rehabiliteringstilbud for personer med lungesykdommer	Medisinsk rehabilitering	
		16. Vurdere opprettelse av lavterskeltilbudet «Rask psykisk helsehjelp»	Enhetsleder helse og familie Leder psykisk helse- og rusarbeid	
		17. Kartlegge behov for nye tilbud, og initiere oppstart av nye tilbud ved behov	Ressursgruppe Friskliv og mestring	
	Økt samarbeid med brukerorganisasjoner og frivillige lag og organisasjoner	18. Opprette brukerutvalg for Friskliv og mestring	Frisklivskoordinator	
		19. Invitere brukerorganisasjoner til årlig samhandlingsmøte	Frisklivskoordinator	
		20. Vurdere utvikling av nye frisklivs- og mestringstilbud og likemannstilbud i samarbeid med brukerorganisasjoner	Frisklivskoordinator Ressursgruppe Friskliv og mestring	
	LETT TILGJENGELIG INFORMASJON OM HABILITERINGS- OG REHABILITERINGSTILBUDENE TIL BRUKERE OG SAMARBEIDSPARTNERE	Sikre god informasjon til brukere og pårørende	21. Utarbeide informasjonsstrategi for habiliterings- og rehabiliteringstjenestene	Koordinerende enhet
			22. Avdelingsvis gjennomgang av informasjon på hjemmesida	Enhets- og avdelingsledere i helsetjenestene
23. Sikre at informasjon om habilitering og rehabilitering også er tilgjengelig for mennesker med begrensede norskkunnskaper			Koordinerende enhet Flyktingehelseteamet	
24. Gi god informasjon til barn, unge og familier om barns rettigheter som pårørende			Koordinerende enhet Helsestasjon 0-20 år	
Sikre god flyt av informasjon innad i kommunen og ut til samarbeidspartnere		25. Gjøre koordinerende enhet sin rolle mer kjent for både kommunale tjenester og samarbeidspartnere	Koordinerende enhet	
		26. Regelmessig utsending av oversikt over tilbud innen habilitering og rehabilitering, læring og mestring og likemannsarbeid til kommunale tjenester og samarbeidspartnere	Koordinerende enhet Frisklivskoordinator	

SIKRE BRUKERMEDVIRKNING PÅ INDIVID- OG SYSTEMNIVÅ	Styrke samarbeidet mellom kommunehelse-tjenestene, brukerorganisasjoner og frivillige lag og organisasjoner	27. Årlige møter mellom kommunen og brukerorganisasjoner	Koordinerende enhet
		28. Inngå samarbeidsavtale med brukerorganisasjoner og frivillige lag og organisasjoner	
		29. Sikre et tydelig kontaktpunkt/kontaktperson for brukerorganisasjoner	
		30. Utarbeide rutiner for involvering av brukerorganisasjoner på systemnivå	
	God brukermedvirkning på individnivå	31. «Hva er viktig for deg»-fokus i alt pasient- og brukerarbeid	Enhets- og avdelingsledere Alle ansatte
		32. Informere alle aktuelle brukere om at de har rett til individuell plan og koordinator	Alle ansatte
SIKRE NØDVENDIG KOMPETANSE OG TILSTREKkelig KAPASITET, TILPASSET BEFOLKNINGENS BEHOV	Utarbeide oversikt over behov for re-/habilitering i befolkningen	33. Årlig rullering av plan for habilitering og rehabilitering	Koordinerende enhet
	Sikre kompetanse og kapasitet i tråd med behov	34. Øke ergoterapiressursen fra 1,2 til 2 stillinger	Enhetsledere helse og omsorg
		35. Økt stillingsressurs frisklivs koordinator fra 0,5 til 1,0 stilling	Enhetsleder helse og familie
		36. Tilsette to kommunepsykologer	Enhetsleder helse og familie
		37. Sikre kompetanse innen psykomotorisk fysioterapi	Enhetsleder helse og familie
		38. Vurdere kompetanseøkning innen rehabilitering for ansatte på helsesenteret	Enhetsleder helsesenteret
		39. Vurdere økning av ressurser for logoped eller kjøp av logopedtjenester	Enhetsledere helse og omsorg
		40. Arbeide for videreføring av spesialisthelsetjenester i Oppdal	Rådgiver helse og omsorg Kommuneoverlege
		41. Vurdere styrking av hjemmetrenerne i hverdagsrehabiliteringsarbeidet, både med tanke på ressurser og kompetanseøkning	Enhetsleder hjemmetjenestene
	42. Avsette/opprette stillingsressurs knyttet til koordinerende enhet	Enhetsleder helse og familie	