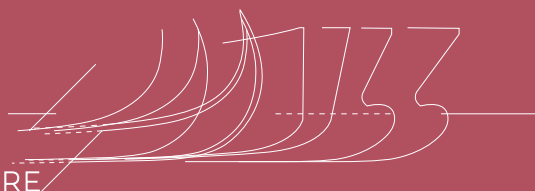


HERØY
kommune



Temaplan for habilitering og rehabilitering 2020 – 2028



EI BÅTLENGD FØRE

Oppsummering

Kommunedelplanen for helse og omsorg viser eit taktskifte i ressursinnsatsen, frå reparasjon og behandling til førebyggjande arbeid på nye tenestemråde, tidleg innsats og ei meir aktiv pasient- og brukarrolle.

Bakgrunnen for endringane er primært den demografiske utviklinga og endringane av sjukdomsbiletet. Framskrivingar med utgangspunkt i dagens tenestenivå vil utfordre samfunnet si bereevne, noko som kjem tydeleg fram i statistikken som blir presentert i denne planen.

Kartlegging av dagens situasjon viser at Herøy kommune har forbettringspotensiale på fleire område innan habilitering og rehabilitering. Den viser tydeleg at kommunen har lite satsing spesielt på førebyggjande arbeid og rehabilitering.

Tradisjonelt sett er rehabilitering eit område som vert nedprioritert sett opp mot mange naudsynte helsetenester og knappe budsjett. Dette vil ikkje vere berekraftig over tid med tanke på dei store utfordringane som tenestene i Herøy står overfor.

Forsking viser at å samle rehabiliteringskompetanse, gir vesentleg betre resultat enn å ha det spreidd. Ergo- og fysioterapeutar har mykje kompetanse om både førebygging, habilitering og rehabilitering, og denne kompetansen er viktig når ein skal få til ei reell dreining av tenestene til auka satsing på dette feltet.

Tiltaka arbeidsgruppa tilrår:

- Etablere samla døgnerhabilitering og korttidsplassar på institusjon.
- Opprette tverrfagleg rehabiliteringsteam i kommunen.
- Vidareføre kvardagsrehabilitering som ei fast teneste.
- Førebyggjande heimebesøk til eldre heimebuande.
- Etablere frisklivssentral med lærings- og meistringstilbod.
- Felles digitalt journalsystem.
- Velferdsteknologi vert teke gradvis inn i tenestene i takt med utviklinga i kommunen.
- Etablere ressurscenter.
- Oppgradere avlastinga.

Innhold

OPPSUMMERING	2
1. FORMÅL OG FORANKRING	5
1.1 TEMAPLANENS FORMÅL	5
1.2 FORANKRING	5
2. HABILITERING OG REHABILITERING	6
2.1 DEFINISJON	6
2.2 MÅLGRUPPE FOR HABILITERING	6
2.3 MÅLGRUPPE FOR REHABILITERING	6
2.4 AVGRENSINGAR	6
3. NASJONALE OG LOKALE FØRINGAR, NØKKELTAL	9
3.1 KOMMUNEN SITT ANSVAR OG OPPGÅVER	9
3.2 FORHOLDET MELLOM SPESIALISTHELSETENESTA OG KOMMUNEN SITT ANSVAR OG OPPGÅVER	9
3.3 NASJONALE OG LOKALE FØRINGAR	10
3.3.1 DIGITALT JOURNALSISTEM	11
3.3.2 VELFERDSTEKNOLOGI	11
4. NØKKELTAL HABILITERING OG REHABILITERING	12
4.1 BEFOLKNINGSFRAMSKRIVING OG ALDERSBEREEDNE	12
4.2 NØKKELTAL INSTITUSJON	13
4.3 NØKKELTAL I HEIMETENESTA	14
4.4 NØKKELTAL ERGO- OG FYSIOTERAPI	15
4.5 NØKKELTAL HJELPEMIDDELFORMIDLING	16
4.6 NØKKELTAL BU- OG HABILITERINGSKVALITET	16
5. SENTRALE TENESTER OG UTFORDRINGAR I HABILITERING OG REHABILITERING	20
5.1 BRUKAR OG PÅRØRANDE	20
5.2 INSTITUSJON PLEIE OG OMSORG	21
5.3 REHABILITERING UTANFOR INSTITUSJON	23
5.4 ERGO OG FYSITERAPIKVALITET	24
5.5 HEIMETENESTA	25
5.6 FØREBYGGING OG HELSEFREMJEJANDE ARBEID	27
5.7 KVARDAKSREHABILITERING	30
5.8 KOORDINERING AV TENESTER	31
5.9 HJELPEMIDDELKVALITET	34
5.10 HABILITERING I HERØY	34
5.11 LEGETENESTA	37
5.12 HELSESTASJON OG SKULEHELSETENESTA	38
6. OPPSUMMERING AV UTFORDRINGAR I HERØY KOMMUNE INNAN HABILITERING OG REHABILITERING, MED FORSLAG TIL TILTAK	40
6.1 REHABILITERINGSPIRAMIDEN	40
6.2 TILTAK FOR Å STYRKE HABILITERING OG REHABILITERING	42



1. Formål og forankring

1.1 TEMAPLANENS FORMÅL

Det overordna målet med habilitering og rehabilitering er å styrke pasient og brukar sine moglegheiter til å oppretthalde og/eller gjenvinning av funksjon og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet. I tillegg vil det vere eit mål å førebyggje og utsette behov for hjelp frå kommunen. Med utgangspunkt i nasjonale og kommunale føringar angir denne temaplanen retning og mål for utvikling av habilitering- og rehabiliteringstenesta i Herøy kommune, og viser sentrale satsingsområde som må leggjast til grunn for å nå måla. Formålet med planen er å kartlegge og skildre dagens tenester, analysere framtidige behov og definere mål og tiltak for naudsynt tenesteutvikling, som stettar hjelp til sjølvhjelp og verdigheit. Planen skal bidra til vidare heilskapstenking innan habilitering - og rehabiliteringsfeltet i kommunen, og påpeike ei forsvarleg dimensjonering og god kvalitet på tenesta.

Kommunedelplanen for helse og omsorg viser eit taktskifte i ressursinnsatsen, frå reparasjon og behandling til førebyggjande arbeid på nye tenesteområde, tidleg innsats og ei meir aktiv pasient- og brukarrolle. Bakgrunnen for endringane er primært den demografiske utviklinga og endringane av sjukdomsbiletet. Framskrivingar med utgangspunkt i dagens tenestenivå vil utfordre samfunnet si bereevne. Særleg viktig er fokuset på brukarmedverknad og satsinga på at brukarane av tenestene skal oppleve størst mogleg grad av meistring i eige liv. Ein ynskjer at brukarane skal bli møtt med spørsmålet «kva er viktig for deg?» for å sikre brukarmedverknad.

1.2 FORANKRING

I kommunedelplanen for helse- og omsorg 2019–2027 ligg det inne eit tiltak om å utarbeide temaplan for habilitering og rehabilitering innan 01.08.2019. Det har blitt oppretta ei tverrfagleg samansett prosjektgruppe som består av:

- Seksjonsleiar rehabilitering, Roger Kvalsvik (leiar)
- Ergoterapeut, Kathrine Torvik Eikenæs
- Koordinatorande eining, Tommy Dahl
- Seksjonsleiar B, bu og habilitering, Sidsel Johannesen
- Seksjonsleiar, pleie og omsorg, Randi Taklo
- RFF, Johannes Kvalsvik

Gruppa har fått følgjande mandat:

Prosjektgruppa skal utarbeide forslag til temaplan for habilitering og rehabilitering. Temaplanen skal både vere ei oppfølging og ei konkretisering av ny kommunedelplan for helse og omsorg for habilitering og rehabiliteringsfeltet, i tillegg til å vere overbyggjande for vedteken delrapport for kvardagsrehabilitering.

Temaplanen skal mellom syne til:

- Oversikt over eksisterande tilbod
- Utfordringsbiletet
- Forslag til tiltak i ein handlingsplan

Leiar for prosjektgruppa rapporterer til styringsgruppa. Styringsgruppa består av kommunalsjefen si leiargruppe, hovudtillitsvalde og hovudvernombod.

2. Habilitering og rehabilitering

2.1 DEFINISJON

Følgjande definisjon av habilitering og rehabilitering er lagt til grunn for denne handlingsplanen:¹

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

Skilnaden mellom habilitering og rehabilitering kjem primært til uttrykk i dei utøvande tenestane, der ein fyrst og fremst skil mellom målgrupper.²

Felles for begge målgruppene er behovet for eit breitt spekter av faglege tilnærmingar (av dette medisinsk, fysikalsk, sansemessig, kognitivt, sosialt og psykososialt).

2.2 MÅLGRUPPE FOR HABILITERING

Habilitering vert gitt til personar med funksjonsnedsettingar som er medfødt eller som dei har fått tidleg i livet (i hovudsak før fylte 18 år). Målgruppa kan delast i to kategoriar etter alder; barn og unge med behov for habilitering og vaksne med behov for rehabilitering. Brukarane har medisinske tilstandar eller kro-

niske sjukdommar som påverkar funksjonsnivå, læringsevne og livskvalitet. Dette kan til dømes vere tidleg erverva hjerneskade, nevrologiske skadar eller sjukdommar, utviklingsforstyrningar, utviklingshemming eller tilstandar innan autismespekteret. Kjenneteikn ved gruppa er at dei ikkje følgjer eit forventa utviklingsløp etter alder, som vi ser hos funksjonsfriske barn.

2.3 MÅLGRUPPE FOR REHABILITERING

Rehabilitering vert gitt til personar med funksjonsnedsettingar som følgje av sjukdom og/eller skade dei har fått seinare i livet. Rehabilitering er prega av re-læring, og opptrening av tidlegare funksjonar og ferdigheiter. Mange må lære å meistre eit liv med varige funksjonsnedsettingar og/eller meistringsutfordringar.

2.4 AVGRENSINGAR

Temaplanen gjeld for Herøy kommune i perioden 2020 – 2028. For å unngå at planen skal verte for omfattande er det behov for avgrensingar. Område der det er eigne planar, eller behov for slike, går difor ikkje inn i denne planen. Temaplanen omfattar rehabilitering som følgje av somatisk sjukdom og habiliteringsbehov ved nedsett psykisk og fysisk funksjonsevne. Seksjon psykisk helse og rus har hovudansvar for rehabilitering knytt til psykiske lidningar eller rusproblematikk. Det skal utarbeidast ein heilskapleg plan for psykisk helse og rus i 2021.

¹ Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011)

² Nasjonal veileder for Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator





3. Nasjonale og lokale føringar, nøkketal

3.1 KOMMUNEN SITT ANSVAR OG OPPGÅVER

Lov om kommunale helsetenester seier at "Kommunen er ansvarleg for å planlegge, utforme og organisere tenestar til alle innbyggjarar med behov for helse- og omsorgstenestar. Tenestetilbodet skal vere fagleg forsvarleg og mest mogleg likeverdig".³

Kommunen skal ha ei koordinerande eining for habiliterings- og rehabiliteringstilbodet. Koordinerande eining skal bidra til å sikre eit heilskapleg tilbod til brukarar med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. Dei skal også ha overordna ansvar for arbeidet med individuell plan og koordinator. Kommunen har også ansvar for formidling av naudsynte hjelpemiddel og for å leggje miljøet rundt den einskilde brukar til rette.⁴

3.2 FORHOLDET MELLOM SPESIALIST-HELSETENESTA OG KOMMUNEN SITT ANSVAR OG OPPGÅVER

Det er ikkje alltid like tydeleg på kva nivå dei ulike oppgåvene innan re-/habilitering skal ivaretakast. Dette er avhengig av kompleksiteten i re-/habiliteringa, samt kva kompetanse som er naudsynt. Behova er ikkje berre avhengige av diagnose, men kan variere i løpet av eit pasientforløp. Det er utarbeidd lovfesta samarbeidsavtaler⁵ som skal vere verkemiddel for dialog og ansvars- og oppgåvefordeling mellom partane. I tillegg har Helsedirektoratet utarbeidd ein modell som gir tilrådingar for ansvars- og oppgåvefordelinga.

TILBOD SOM BØR YTAST I KOMMUNEN	TILBOD SOM BØR YTAST I SPESIALISTHELSETENESTA
Tilbod til pasientar og brukarar med kroniske sjukdommar og tilstandar innan dei store diagnosegruppene, til dømes: • Muskel- og skjelettsjukdom • Livsstilsjukdommar • Lettare psykiske lidningar • Diabetes • Kols og lungesjukdommar • Kreft • Rehabilitering i seinare fase innan hjarteog karsjukdommar, irekna hjerneslag • Rehabilitering ved mindre omfattande behov etter ortopedisk behandling	Rehabilitering av særleg kompleks art, i akutfase og ved monalege endringar i funksjonsnivå, til dømes til pasientar med: • Progredierande nevrologiske tilstandar • Ved monalege endringar og i akutt fase: • Nevrologiske tilstandar som CP, hjerneslag med komplekse utfall, spinalskade, traumatisk hovudskade • Amputasjonar • Multitraumar • Sjeldne sjukdommar og tilstandar
Vidare vert det tilrådd at kommunane styrkar tilbodet innan sanse- og læring, og endring av levevanar.	Tiltak frå spesialisthelsetenesta må omfatte både utgreiing, behandling, rettleiing og opplæring.

Tabell: Helsedirektoratet sine tilrådingar i rettleiar for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. (Kjelde: Helsedirektoratet 2015)

³ §3-1 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

⁴ Forskrift for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011)

⁵ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, Lov om spesialisthelsetenester

Helsedirektoratet rår til at det er behovet for spesialisert medisinskfagleg kompetanse som er avgjerande for kva nivå re-/habiliteringa bør gå føre seg på. Vidare at tilbod til store brukargrupper som hovudregel skal utformast i kommunen, men ein må ta omsyn til alvorsgrad og stadium i pasientforløpet. I Stortingsmelding 15⁶ viser ein til at mange eldre og deira pårørande opplever at tenestene er for fragmenterte og manglar heilskap og kontinuitet. Dette fører til at dei kjenner seg utrygge og bekymra, og rammar særleg dei med størst behov. To av utfordringane dei viser til er:

- For mange brot og krevjande overgangar mellom tenestetilbod i kommunane.
- For lite kontinuitet og trygging i overgangen mellom dei ulike tenestenivåa.

3.3 NASJONALE OG LOKALE FØRINGAR

Sentrale rapportar og meldingar skildrar utfordringar kommunane vil oppleve innan helse-, sosial- og omsorgstenesta, som følgje av demografisk og epidemiologisk⁷ utvikling. Reformer og planar dei seinare åra, blant anna Samhandlingsreforma⁸ og Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering⁹ skal bidra til at kommunane vert sett i stand til å gje eit forsvarleg rehabiliteringstilbod til innbyggjarane, og over tid overta fleire rehabiliteringsoppgåver frå spesialisthelsetenesta. Desse planane i lag med nye stortingsmeldingar som, "Leve heile livet", "Meistring og mydigging", "Morgendagens omsorg" og "Folkehelsemeldinga" har ført til at kommunen har fått eit større ansvar for habilitering og rehabilitering. Det er stort fokus på tidleg innsats og førebyg-

ging, brukarmedverknad, tilrettelegging for meistring og moglegheit til å leve lengst mogleg i eige liv.^{10 11 12}

Forskrift om habilitering og rehabilitering¹³ nemner kommunen sitt ansvar for habilitering og rehabilitering:

"§ 5 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...."

Stortingsmelding 15 (s 126) seier blant anna at: *"Eldre skal ha mulighet til å være mest mulig selvhjulpne, også når de mottar helse- og omsorgstjenester. Alle bør få vurdert sitt behov og potensial for rehabilitering og egenomsorg før det iverksettes tiltak som kompenserer for tap av funksjonsevne."*

St.melding 26 (s. 46) viser til at brukarmedverknad er viktig. Brukar skal ha høve til å gjere eigne val og påverke behandlingsforløpet, ta medansvar og vere involvert i å gjennomføre rehabilitering og behandling.

Samhandlingsreforma legg vekt på at kommunane skal sørgje for ei heilskapstenking, der førebygging, tidleg intervensjon, tidleg diagnostikk, behandling og oppfølging slik at heilskapelege pasientforløp i størst mogleg grad kan bli ivaretatt innan best, effektive omsorgsnivå.¹⁴

⁶ Leve hele livet – Meld. St. 15

⁷ Epidemiologi er læra om befolkningshelse, sjukdomar sine forløp, årsak og konsekvens, utbreiing og demografi.

⁸ Samhandlingsreforma – Meld.St. 47

⁹ Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering

¹⁰ Leve hele livet – Meld.St. 15

¹¹ Folkehelsemeldingen – Meld.St. 19

¹² Omsorgsplan 2020 – Meld.St. 29

¹³ Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011)

¹⁴ Hole, J. og Hurum, J.H. Tverrfaglig rehabilitering i hjemmet. Er-

Kommunane skal tilby tenester som omfattar førebyggjande tiltak, utgreiing, behandling, pleie og omsorg, akuttberedskap, habilitering og rehabilitering, og oppfølging på tvers av sektorar. Tenestene skal i hovudsak bli gitt i kommunen der brukaren bur, og organiserast på ein slik måte at den einskilde kan halde fram med å leve eit trygt, meningsfullt og mest mogleg sjølvstendig liv på trass av sosiale og helsemessige utfordringar eller funksjonssvikt. Kommunen har eit overordna ansvar for helse- og omsorgstenestar, og Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester har blant anna som formål å "forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsett funksjonsevne" og "sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre"¹⁵

I paragraf § 3-3 heiter det blant anna:

"Kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning."

«Helse- og omsorgstjenesten skal arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for barn, eldre og funksjonshemmede og andre som har behov for det».

Innan velferdspolitikken er det formulert som eit mål at «mennesker med utviklingshemming skal kunne benytte sine evner fullt ut, og at utviklingshemmede skal kunne leve så nært det normale som mulig, med størst mulig grad av selvbestemmelse»(St.meld.40 2002-2003, s.25)

3.3.1 DIGITALT JOURNALSISTEM

Stortingsmelding nr. 9 (2012-2013)¹⁶ «Éin innbyggjar – éin journal» gav eit breitt bilete av utfordringane og potensialet for bruk av IKT i helsetenesta. Eit vesentleg punkt i meldinga var lovendringar som fremjar elektronisk samhandling.

- Innbyggjarane skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tenester.
- Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukaropplysningar.
- Data skal vere tilgjengeleg for kvalitetsforbetring, helseovervaking, styring og forskning.

3.3.2 VELFERDSTEKNOLOGI

I Kommunedelplanen for helse og omsorg 2019-2027 er målsettingane at velferdsteknologi skal gi tryggleik og meistring for innbyggjarane, auka kvalitet i tenestene, og effektive arbeidsprosessar. Digitalisering og velferdsteknologi skal takast i bruk for å styrkje og modernisere tenestetilbodet i takt med utviklinga i samfunnet. Velferdsteknologi skal vere ein integrert del av tenestetilbodet i omsorgstenestane frå 2020, og det betyr at velferdsteknologiske løysingar skal vurderast før ein set inn andre tenester.

¹⁵ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester §1-1

¹⁶ En innbygg er En Journal- St.melding 9 (2012-2013)

4. Nøkkeltal habilitering og rehabilitering

4.1 BEFOLKNINGSFRAMSKRIVING OG ALDERSBEREEVNE

Som Statistisk Sentralbyrå (SSB) sine befolkningsframskrivingar viser i tabellen under, og som også kommunedelplanen peikar på, så vil det kome store endringar i alderssamansetninga i Herøy i åra som kjem. Talet på eldre i samfunnet vil auke, og dei gamle blir eldre. Talet på born og unge, og yrkesaktive minkar. Reduksjonen av yrkesaktive utfordrar kommunen med omsyn til å få tilført ressursar til

helse- og omsorgstenester for alle som treng dette. Oppsummert vil det i 2030 vere omlag 211 færre personar i yrkesaktiv alder enn i 2020. I 2040: 566 færre personar i yrkesaktiv alder. Samstundes vil det 2030 vere 376 fleire over 67 år enn i 2020. I 2040 vil talet vere på 730 fleire over 67 år. Ein annan måte å belyse dette på j.f. graf, er at det vil vere ein auke av pensjonistar i 2040 på 20% i forhold til yrkesaktive. Sjå tabell side 14 i kommunedelplanen, 2019-2027.



4.2 NØKKELTAL INSTITUSJON

I Herøy er det i dag 91 sjukeheimplassar. I snitt blir 8 av desse plassane nytta til korttidsopphald. Dette blir fordelt med om lag 3 plassar ved Herøy omsorgssenter og 5 ved Myrvåg omsorgssenter. Tabellen under viser tal som er henta frå talet på opphald som har

vore på institusjonane i Herøy frå 2009 og fram til 2018. Tabellen viser blant anna ein auke i bruk av korttidsplassar.

Pasienttalet har auka etter samhandlingsreforma, og er over dubla sidan 2011. Merk særleg auken i korttidsopphald.¹⁷

Institusjon	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Langtid	56	47	37	53	50	57	45	42	55	36
Korttid	60	57	54	90	87	82	103	99	118	145
Avlasting	0	2	0	3	2	0	2	1	0	3
Sum	116	106	91	146	139	139	165	142	173	184

Pasienttalet har auka etter samhandlingsreforma, og er over dubla sidan 2011. Merk særleg auken i korttidsopphald.¹⁷

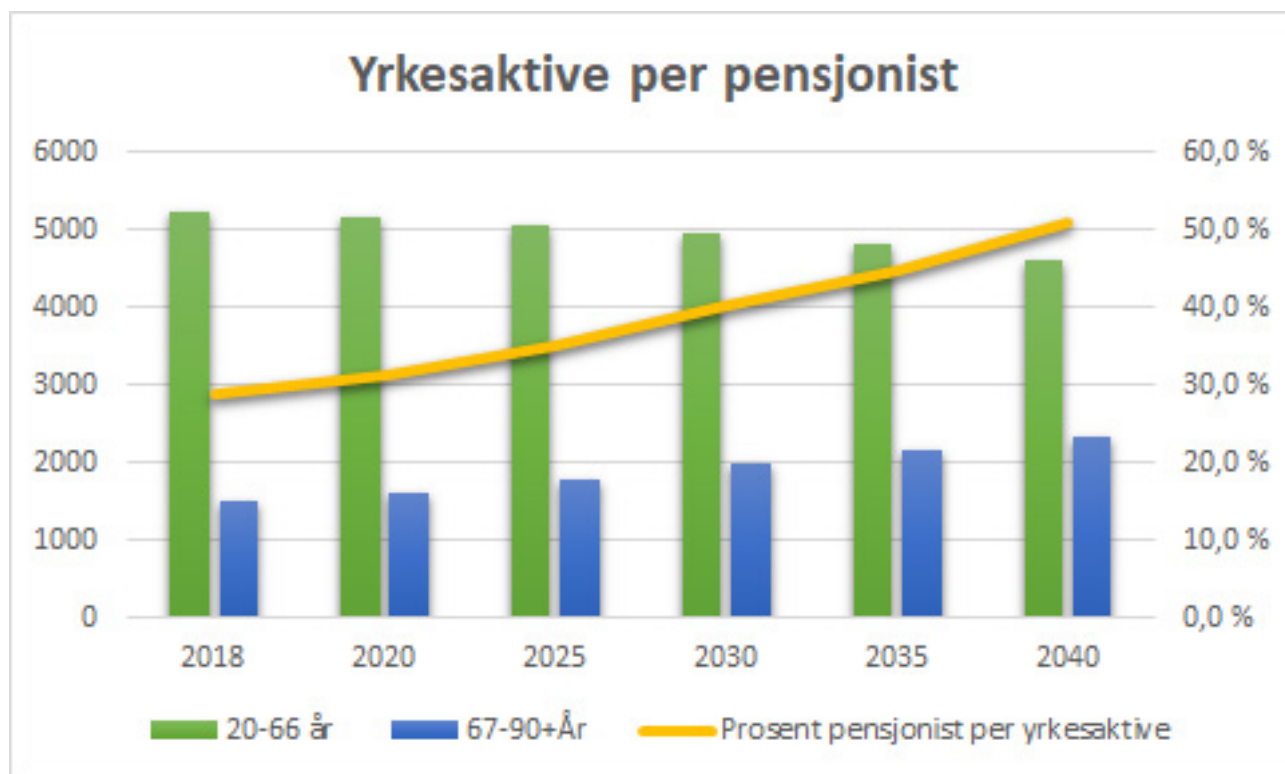
Basert på ssb.no sine statistikkar, var det om lag 11 prosent av alle 80-åringar i Noreg som budde på sjukeheim/institusjon i 2015. Dette talet aukar etter kvart som dei blir eldre. Dersom vi reknar om på det talet og basert på Herøy sin statistikk om demografisk utvikling så er det i 2030, 193 fleire eldre i aldersgruppa

80-90+. 11 prosent av dette utgjer eit behov for om lag 21 nye institusjonsplassar i Herøy. Dette er berre basert på dei som er 80-90+ år, det er ikkje tatt høgde for andre aldersgrupper eller at det er aukande behov for meir omsorg etter kvart som ein blir eldre.

4.3 NØKKELTAL I HEIMETENESTA

Heimetenesta i pleie- og omsorg er delt i to. Heimetenesta ytre har base på Eggesbønes og heimetenesta indre har base på Myrvåg omsorgssenter. Heimetenesta gir tenester til alle som bur i eigen heim og i kommunale omsorgsbustadar med ulik grad av bemanning. I 2017 vart det opna 16 nye omsorgsbustadar for eldre med heildøgnsbemanning, samstundes vart det lagt ned 10 institusjonsplassar (gul avdeling). Det er 52,7 årsverk i heimetenesta fordelt på 45,9 årsverk i heimesjukepleie og 6,8 årsverk praktisk bistand. I 2018 vart det gitt tenester frå heimesjukepleia til 397

innbyggjarar og praktisk bistand (heimhjelp) til 247 innbyggjarar totalt sett. Stortingsmeldinga "Leve hele livet" viser at talet på mottakarar av omsorgstenester vil stige i takt med auka alder, med eit gjennomsnitt på knapt 10 prosent i aldersgruppa 67–79 år, vel 43 prosent i 80–89 år, til eit gjennomsnitt på 85 prosent i aldersgruppa 90 år og eldre. Dei aller fleste tek imot tenestene i eigen heim. Tabellen under viser talet på personar i Herøy som har behov for omsorgstenester basert på demografisk utvikling.



Alder	2018	2020	2025	2030	2035	2040
67 – 79 år (10 % har behov for tenester)	104	113	124	131	135	143
80 – 89 år (43 % har behov for tenester)	161	166	188	240	285	309
90+ år (85 % har behov for tenester)	86	80	86	99	127	166
Sum personar som har behov for tenester	351	359	398	470	547	617

Om vi samanliknar denne tabellen med befolkningsframskrivingane i Herøy, så vil det i 2030 vere ein auke på om lag 111 fleire pasientar for tenestene i Herøy enn i 2020. I 2040 vil talet vere over dobbelt så mange, med 258 nye pasientar. Det er ikkje tatt høgde for pasientar under 67 år.

SBB.no sine statistikkar viser til same tendens, og seier at 31,2 prosent av innbyggjarane som er over 80 år hadde heimetenester i 2018. Basert på dette vil 150 personar over 80 år ha behov for heimeteneste i 2020. I 2030 vil talet vere 210, medan i 2040 vil talet utgjere 284 personar.

4.4 NØKKELTAL ERGO- OG FYSIOTERAPI

2019	Herøy	Ulstein	Volda	Ørsta	Landet utan Oslo
Årsverk av avtalefysioterapeutar pr. 10.000 innbyggjarar	6,7	7,0	5,4	5,1	5,2
Årsverk kommunale fysioterapeutar pr. 10.000 innbyggjarar	2,0	2,3	3,6	4,7	4,2
Årsverk av ergoterapeutar pr. 10.000 innbyggjarar	1,8	2,3	3,3	1,9	4,5

*Tala er innhenta direkte frå ovannemnte kommunar. Tala for landet utanom Oslo er innhenta frå SSB¹⁸

Kommunebarometeret for 2019 viser kor mykje tid bebuarar på sjukeheim har med fysioterapeut i veka. Nasjonalt er det eit snitt på 25,2 minutt i veka. Om vi skal gjere dette om til Herøy-tal, og basert på at vi har 91 sjukeheimplassar vil det utgjere at bebuarane våre skulle ha fått om lag 38 timar i lag med fysioterapeut i veka. Dette utgjør litt i overkant av 1 årsverk. Per i dag er det sett av 0.4 årsverk til fysioterapi på sjukeheimane våre. Dette betyr at det er avsett 9,5 minutt pr. sjukeheimplass pr. veke. Det vil seie vi manglar om lag 60 % stilling til fysio/rehabilitering til dette arbeidet basert på landsgjennomsnittet.

Der det i snitt i landet er 4,2 kommunalfysioterapeut per 10.000 innbyggjar, har Herøy 2,0. Ergoterapeut i snitt i landet er på 4,5, medan i Herøy er det 1,8. I Herøy-tala må vi ta høgde for at det også ligg kommunale prosjektstillingar i kvardagsrehabilitering, 60 % stilling som fysioterapeut og 60 % ergoterapeut.

Fysioterapien kjem spesielt dårlig ut når det gjeld tid med fysioterapeut på sjukeheim.

4.6 NØKKELTAL BU-OG HABILITERINGSAVDELINGA

Avdelinga har 60,5 årsverk fordelt på seksjon A og B. Tabellen under viser fordeling av tenestene: avlastning, arbeid/aktivitet,

4.5 NØKKELTAL HJELPEMIDDELFORMIDLING

I 2008 var det 793 aktive brukarar av hjelpemiddel, 20 noko som då utgjorde 9,5 % av befolkninga som på tidspunktet var 8349. Dette er berre personar som har hjelpemiddel frå NAV hjelpemiddelsentral – personar som låner hjelpemiddel frå kommunalt lager kjem i tillegg. I 2018 har dette auka monaleg. Då var det registrert 921 brukarar av hjelpemiddel, noko som utgjorde 10,3 % av befolkninga som på tidspunktet var 8965. Reell auke i personar med hjelpemiddel i kommunen frå 2008 til 2018 er 16 %. Ein ser altså ein tydeleg auke i prosentdel av befolkninga som har hjelpemiddel. Dette utgjør ein del når også befolkninga i seg sjølv har auka. Brukarane av hjelpemiddel i Herøy kommune lånar kvart år hjelpemiddel for nærare 5 millionar kroner frå NAV hjelpemiddelsentral.

brukarar i kommunale bustadar og brukarar med kommunale tenester.

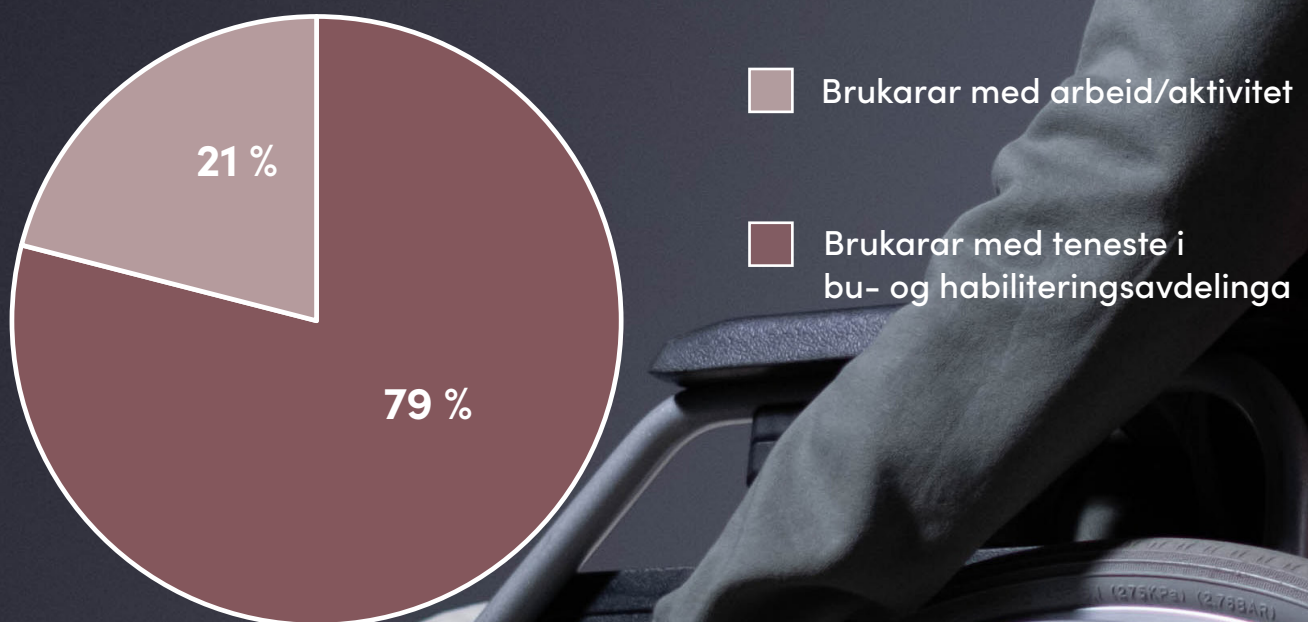
Tilbod	Brukarar under 18 år	Brukarar over 18 år	Sum brukarar
Avlastning	5	9	5
Arbeid/Aktivitet	0	16	16
Brukarar i kommunale bustadar	0	22	22
Brukarar med kommunale tenester	15	46	61



Per i dag er det 5 brukarar som nyttar avlastningstilbodet som er lokalisert ved Toftetunet avlastning og som er ein del av tilbodet i bu- og habiliteringstenesta i Herøy. I 2019 var det 61 brukarar av tenestane i bu og habilitering, og av desse var det 46 vaksne. 22 av dei vaksne bur i kommunale bustadar. Når vi ser nærare på aktivitetstilbodet desse

nyttar, er det 16 av dei vaksne som har aktivitet eller arbeid. Det vil seie at 74 % av dei vaksne med teneste frå bu og habilitering har ikkje aktivitetstilbod eller arbeid. Tala viser dei som har søkt om og fått tildelt tenester i bu og habilitering.

Oversikt over aktivitetstilbod til brukarar i bu og habilitering pr. 2019





5. Sentrale tenester og utfordringar i habilitering og rehabilitering



Pårørande er ei viktig støtte for brukaren, men deira omsyn skal også takast i vare.
Foto: Pexels

I dette kapittelet vil vi skildre dei mest sentrale tenestene innan habilitering og rehabilitering i Herøy kommune. Habilitering og rehabilitering skjer på ulike nivå, både i spesialisthelsetenesta, i kommunehelsetenesta, på dag- og døgnbasis og i heimen. Formålet er å oppnå best mogleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking. Habilitering og rehabilitering er ifølge definisjonen målretta samarbeidsprosessar på ulike arenaer mellom brukar, pårørande og tenesteytarar, og vert

kjenneteikna av koordinerte, samanhengande og kunnskapsbaserte tiltak. Før vi går inn på dei ulike tenestane vil vi seie noko om rolla til brukar og pårørande i arbeidet med habilitering og rehabilitering.

5.1 BRUKAR OG PÅRØRANDE

Når nokon er langvarig sjuk betyr habilitering og rehabilitering også mykje for pårørande. Pårørande er ofte ei viktig støtte for brukaren, og kan difor vere ein ressurs når brukaren sjølv

ønsker dette. Dei kjenner brukaren godt, og har erfaring med kva som kan bidra til å hjelpe. Samtidig må tilsette vere bevisst på at pårørende også kan ha behov for fagleg rettleiing, avlastning og støtte. Når alvorleg sjukdom rammar ein i familien, er borna utsett. Dersom born som er pårørende ikkje blir ivaretatt og møtt med innsikt og forståing av vaksne eller av hjelpeapparatet, kan situasjonen ha negativ innverknad på barnet sin kvardag, sosiale liv og utvikling.

Ved å få hjelp til å meistre ein ny og krevjande livssituasjon får ein moglegheit til å leve det livet ein ynskjer – sjølv om sjukdom eller skade pregar kvardagen. I møte med tenestane i Herøy skal den einskilde sine behov, ressursar og mål vere utgangspunktet. Dette legg til rette for at brukaren er aktiv medspelar og ikkje berre ein mottakar av hjelp. "Kva er viktig for deg" skal vere eit hovudspørsmål i møte med tenesta.

Utfordringar i samhandling

Samhandling mellom brukar, pårørende og tenesteytarar er særskild viktig men tidkrevjande. Då vi i liten grad har gode digitale samhandlingsverktøy for informasjonsutveksling som er underlagt teieplikt, blir mykje av samhandlinga utført som ein til ein samtale og per. telefon. Kommunen har tatt i bruk digihelse, men dette krev at brukaren har profil på helsenorge.no. Kommunen manglar også sikre verktøy for tverrfaglege digitale møter. I enkelte tilfelle er dette ei utfordring for tenesteytarar, og også for brukar og pårørende å få med seg det som vert sagt og avtalt, då dette ikkje alltid blir gjort skriftleg.

5.2 INSTITUSJON PLEIE OG OMSORG

Herøy kommune har som mål å sikre rett brukar på rett plass, god utnytting av tida brukar er på korttidsopphald, og sikre ein trygg

overgang for brukar mellom korttidsavdeling og heimen. Ein skal også gi trygg og varig omsorg, pleie og behandling for dei som ikkje lenger kan bu heime av ulike årsaker.

Det er eit ønske at tenesta skal vere i tråd med Herøy kommune sin kvalitetsstandard for institusjonsomsorg. Denne seier at Herøy kommune skal sikre at den enkelte brukar/ pasient gjennom hjelpetiltak får høve til å leve og bu sjølvstendig, og til å ha eit aktivt og meningsfylt tilvære i fellesskap med andre. Det skal bli gitt eit heilskapleg, samordna og fleksibelt tenestetilbod som ivaretek kontinuitet i tenesta. Dette er også i tråd med nasjonale føringar.

Rehabilitering i institusjon

Forsking²¹ viser at å samle rehabiliteringskompetanse gir vesentlig betre resultat enn å ha det spreidd. Inger Johansen²² har gjennomført ein studie som ser på effekt av rehabilitering i kommunal rehabiliteringsinstitusjon samanlikna med korttids plassar i sjukeheim. Denne studien viser at førstnemnte er meir kostnads effektivt for kommunen og gir betre resultat for pasientane. I sjukeheimane må dei tilsette dele merksemda mellom pleie og rehabilitering. Ifølge Johansen var funksjonsnivået til gruppa som vart rehabilitert på sjukeheim lågare også etter rehabiliteringa. Dette gjorde at dei hadde eit større behov for heimetenes-ter etter rehabiliteringsopphaldet enn gruppa som fekk tilbod i eiga rehabiliteringsavdeling. Dei fleste tenestene ein yter i kommunen skal rapporterast til Helsedirektoratet. Dei nasjonale føringane²³ er tydelege. Rapportering for rehabilitering i institusjon skal følgje gitte kriterium (sjå tabell under). Hovudføremålet med opphaldet skal vere rehabilitering eller habilitering, der overordna mål er auka funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking.

²¹ <https://www.med.uio.no/helsam/forskning/aktuelt/aktuelle-saker/2012/effektivrehabilitering-eldre.html>

²² Inger Johansen. Structured community-based inpatient rehabilitation of older patients is better than standard primary health care rehabilitation- an open comparative study.

²³ <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>

Kriterium for rehabiliteringsopphald på institusjon	
Ved innkomst	Tverrfagleg kartlegging og utgreiing av brukar sitt funksjonsnivå og behov for rehabilitering og habilitering.
Under opphald	- Der brukar fyll kriteria; gi informasjon om og tilby individuell plan og/eller koordinator. Melde behovet til koordinerande eining. For dei som har ein plan og/eller koordinator, etablerast det kontakt med denne – føreset samtykke. - Utarbeide ein plan for opphaldet som inneheld målsetting, konkrete tiltak med involvering frå ulike faggrupper avhengig av brukar sine behov, samt tidfeste evaluering - Minimum eitt tverrfagleg evalueringsmøte ' saman med brukar under opphaldet.
Ved utskriving	Evaluerer måloppnåing gjennom ny funksjonsvurdering og dokumentere i journal.

Utfordringar institusjon pleie og omsorg

Ifølgje tabellen i kapittelet 4.2 om nye brukarar som har fått opphald i institusjon, kan ein sjå ei markant endring i pasientflyten frå 2012. Dette fell saman med innføringa av samhandlingsreforma. Pasientane kjem tidlegare ut frå sjukehuset, og mykje av behandlinga som tidlegare vart utført på sjukehus vert no utført i kommunane. Det er færre som får langtidsopphald, og fleire som får korttidsopphald.

Den demografiske utviklinga i Herøy vil også skape ei utfordring for institusjonane våre dersom vi ikkje endrar på korleis vi gir helsetenester i Herøy. Sjå kapittel 4.1 og 4.2. Det vil i løpet av 10 år verte behov for 21 nye institusjonsplassar i Herøy dersom vi ikkje endrar retning. 21 nye institusjonsplassar vil gi ein meirkostnad på 25,6 mill. kroner per år om vi tek utgangspunkt i at utgifter per opphaldsdøgn i institusjon er på kr 3345,-²⁴. Det er då ikkje tatt høgde for kostnad for å utvide bygningsmasse og institusjonskapasitet.

Vi meiner at med rett førebyggjande og rehabiliterande innsats i heimen og på institusjon, kunne ein hindre og/eller utsett mange av desse opphalda og behova for institusjonsplassar. Det er godt samarbeid mellom sjukeheimslege og sjukeheimsavdeling, men det er lite formelle møteplassar med andre aktuelle samarbeidspartnarar (t.d. ergoterapi og fysioterapi). Som vi ser i nøkkeltal i kapittel 4.4, er det avsett lite ressursar til ergo- og fysioterapi. Det er 20 % fysioterapeutressurs knytt til Myrvåg omsorgssenter, og om lag same fysioterapiressurs til Herøy omsorgssenter. Ergoterapeut blir kontakta ved behov for hjelpemiddel og/eller tilrettelegging i heimen, og er elles ikkje involvert i rehabiliteringsprosessen. Vidare er det ei utfordring i Herøy at det ikkje er utarbeidd rutinar for å oppfylle kriteria for rehabilitering i institusjon. Blant anna manglar rutinar på tverrfagleg kartlegging og tverrfaglege evalueringsmøte som inkluderer ergo- og fysioterapeut for personar med rehabiliteringsopphald. Dette er viktig for

²⁴ Tala om opphaldsutgifter er henta frå SSB.no: <https://www.ssb.no/statbank/table/12209/>

Kriterium for rehabiliteringsopphald utanfor institusjon	
Ved oppstart	• Det skal gjennomførast tverrfaglig kartlegging med funksjonsvurdering av brukar sine behov, dersom dette ikkje er gjort tidlegare.
Under tenesta	• Der brukar fyll kriteria, gi informasjon om og tilby individuell plan og/eller koordinator. Om det er ønskeleg meld behovet til koordinerande eining. For dei som har ein plan og/eller koordinator, etablerast det kontakt med denne – føreset samtykke. • Utarbeide ein plan for tenesta eller individuell plan, med målsetting, konkrete tiltak med involvering frå ulike faggrupper avhengig av brukar sine behov, samt at evalueringspunkt er tidfesta. • Tidfest og gjennomfør tverrfaglege evalueringsmøter saman med brukar under tenesta.
Ved avslutning	• Evaluere måloppnåing gjennom ny funksjonsvurdering og dokumentere i journal.

å sikre god flyt i brukarforløp, for å sikre rett bruk av ressursar, og for å sikre ein god overgang til heimen. Rehabilitering på institusjon er fragmentert, og pr. i dag er ikkje rehabiliteringskompetansen samla. Personalet må dele merksemda mellom tung pleie, lindrande behandling og rehabilitering. Kompetansen bør vere meir samla slik at personalet kan vere meir fokusert på arbeidet med rehabilitering (jf. forskning²⁵).

5.3 REHABILITERING UTANFOR INSTITUSJON

Når det gjeld rehabilitering utanfor institusjon finst det òg tydelege nasjonale føringar for kva som må gjerast for at ein skal kunne rapportere på at ein utfører rehabilitering:

Utfordringar rehabilitering utanfor institusjon

Ergo- og fysioterapeutar har mange arbeidsoppgåver og strekk ikkje til for å ta på seg meir ansvar knytt til rehabilitering i heimen. Manglande ressursar til rehabilitering fører til at ein ikkje klarer å følgje kriteria som nemnt over. Det manglar også etablerte rutinar for å blant anna sikre tverrfagleg samarbeid og flyt i eit rehabiliteringsforløp.

Herøy kommune har etablert eit prosjekt med kvardagsrehabilitering. Dette er eit lågterskeltilbod, og ikkje eit tilbod til personar med meir omfattande behov.

²⁵ Inger Johansen. Structured community-based inpatient rehabilitation of older patients is better than standard primary health care rehabilitation- an open comparative study.

5.4 ERGO- OG FYSIOTERAPITENESTA

Kommunale ergo- og fysioterapeutar og private fysioterapeutar med kommunal avtale er viktige aktørar i habilitering og rehabilitering. Ergoterapeutar har kjernekompetanse om samspelet mellom person, aktivitet og omgjevnadar. Ergoterapeuten kan bidra der personar har utfordringar med deltaking og inkludering i aktivitet, og kan då bistå med undersøking og kartlegging, før iverksetting av tiltak. Dette kan vere førebyggjande tiltak, tilrettelegging og trening i daglege aktivitetar, kompenserande tiltak som hjelpemiddel eller rådgjeving om bustadtilpassing.

Fysioterapeutane arbeider med førebyggjande tiltak, og tiltak for å betre fysisk funksjon. Dette blir gjort gjennom kartlegging, informasjon, tilrettelegging og tilpassa trening.

Fysioterapeutane har også ulike gruppetilbod, til dømes bassengtrening. Kommunal fysioterapeut hjelper også med formidling av tekniske hjelpemiddel, hovudsakleg hjelpemiddel til born. Ergo- og fysioterapeutar kan også gi undervising og rettleiing til ulike faggrupper, brukarar og pårørande.

Utfordringar i ergo- og fysioterapitenesta

Herøy har låg bemanning av spesielt kommunale ergo- og fysioterapeutar i forhold til andre kommunar det er naturleg å samanlikne seg med, jf. statistikken under kap. 4.4. Tenestene opplever også stor pågang, og spesielt ergoterapitenesta har etter kvart fått lange ventelister. Mesteparten av tida til ergoterapeutane går til hjelpemiddelrelatert arbeid, og det er lite rom for å drive med trening i dagleglivets aktivitetar eller førebyggjande arbeid som er ein del av ergoterapeutar si kjernekompetanse. Ein har heller ikkje høve til å utnytte kompetansen ein har om kognitive

vanskar, og korleis tilrettelegge for dette. Då det manglar vaksenopplæring i kommunen blir ergoterapeut ofte ansvarleg for oppfølging av kommunikasjonshjelpemiddel til vaksne. Dette er ofte eit tidkrevjande, men viktig arbeid.

Ergoterapeutar har relevant kompetanse på dette feltet, men har ikkje pedagogisk kompetanse som ein burde ha når ein skal lære nokon ein ny måte å kommunisere på.

Kommunal fysioterapeut brukar også ein del tid på hjelpemiddelrelatert arbeid, noko som går utover tid til behandling og anna direkte pasientretta arbeid. Det blir også arbeidd svært lite med førebyggjande arbeid, og Herøy fyller ikkje nasjonale anbefalingar i høve fysioterapi på helsestasjon og skulehelseteneste. Fysioterapitilbod til personar utfordringar i forhold til psykisk helse og rus blir nedprioritert, trass i svært god dokumentasjon på effekt av fysisk aktivitet og trening for denne pasientgruppa. Også i høve habilitering av vaksne er fysioterapitilbodet mangelfullt.

Utfordringane til ergo- og fysioterapitenesta er tilsvarande dei som vist til i kapittel 5.2 og 5.3. Spesielt i høve til rehabilitering for personar med store og samansette behov, opplever tenestene at det er utfordrande å klare å jobbe systematisk, målretta og tverrfagleg på ein god nok måte på grunn av manglande tid og kapasitet. Ein kjem ikkje tidleg nok inn i samarbeidsprosessar, og ergoterapitenesta er til dømes lite tilgjengeleg på korttidsplasane på institusjon. Ulike datasystem som ikkje kommuniserer med kvarandre hos ulike samarbeidspartnarar, er også ei utfordring i samhandlinga mellom ulike aktørar. I ein rehabiliteringsprosess er det ofte viktig med god og kontinuerleg dialog for blant anna å kunne evaluere tiltak undervegs.

I kapittel 5.5 les vi at mange av brukarane i heimetenesta i stadig større grad har alvorlege somatiske helseutfordringar, og har behov for meir avansert helsehjelp i heimen. Desse har som regel også behov for hjelpemiddel og tilrettelegging i heimen, og mange kan ha behov for rehabilitering. Det blir likevel ikkje auka opp ressursar til dette. Ein ser også ein auke i born med store funksjonshemmingar, jamfør kap. 5.10. Desse har eit livslangt habiliteringsbehov, samt behov for avanserte hjelpemiddel som må oppdaterast ettersom barnet veks. Dei treng også tett oppfølging i fysisk trening og tilrettelegging. Desse borna vil trenge tett tverrfagleg oppfølging heile livet, og er difor svært tidkrevjande for ergo- og fysioterapi-tenesta. På grunn av mangel på tid til oppfølging av det enkelte barnet må kommunefysioterapeuten lære opp personale rundt barnet

til å utføre fysioterapitiltak. Kompetansen til spesialist i fysioterapi for born og unge blir dermed ikkje utnytta godt nok.

5.5 HEIMETENESTA

Heimetenesta tilbyr blant anna praktisk bi-stand (heimehjelp), kreftkoordinator/kreftsjukepleiar, dagtilbod for demente over 67 år i tillegg til demens- og psykiatriteam. Heimesjukepleia gir døgntilgjengelege tenester som skal førebyggje, behandle og leggje til rette for meistring av sjukdom, skade, liding og nedsett funksjonsevne. Heimesjukepleia er også ein viktig bidragsytar i kvardagsrehabilitering, der dei er aktive med å støtte brukarar i trening i heimen. Hausten 2018 innførte Herøy kommune rutine for gode pasientforløp, utarbeidd av KS og Folkehelseinstituttet.



Målsetting for det gode pasientforløpet er at alle brukarar av helse og omsorgstenester får lik oppfølging i sitt pasientforløp. Det inneber også ei haldningsendring frå «kva er i vegen med deg» til «kva er viktig for deg». Metoden inneber ein førstegongssamtale innan tre dagar etter utskrivning frå sjukehus, fastlegebesøk innan to veker, og oppfølgingssamtale etter 4–6 veker. Det er utarbeidd sjekklister for førstegongsbesøket og oppfølgingssamtalen, slik at kartlegginga ikkje er avhengig av den einskilde tenesteutøvar. Dette arbeidet skal sikre systematisk oppfølging av pasientar i sårbare overgangar, som til dømes frå sjukehus og sjukeheim til eigen heim.

Utfordringar heimetenesta

Det viser seg at mange av brukarane i heimetenesta i stadig større grad har alvorlege somatiske helseutfordringar, og har behov for meir avansert helsehjelp i heimen. Når vi ser på tabellen under kapittel 4.3, ser vi at i 2030 vil det vere 111 nye pasientar som vil ha behov for tenester. Dersom vi held fram med å arbeide på same måte som i dag, vil det gi eit behov for 13 nye årsverk i tenesta. Dersom eit årsverk inkl. sosiale utgifter kostar om lag 700.000 kroner, vil denne auken utgjere 9.1 millionar kroner i stillingsauke. Her er det ikkje tatt høgde for kva det kostar å utvide kontor/basekapasitet for fleire stillingar.

Alle framskrivingar som vist i kapittel 4.1 viser at helse- og omsorgssektoren vil stå overfor monalege kapasitetsmessige utfordringar i ti-åra som kjem. Det å halde fram med å byggje opp pleie- og omsorgstenesta for å møte den demografiske utviklinga, er ei lite framtidsretta og berekraftig løysing. Å sette inn tiltak som kompenserer for tapt funksjon, løyser dei praktiske utfordringane frå dag til dag,

men bidreg sjeldan til å fremje sjølvstende og meistring.

Vi må i større grad dreie tenesta over til behandling av årsaka for behovet, i staden for symptombehandling og kompensering. Eit døme på dette er; om ein person ber om hjelp til å lage seg mat eller hjelp til å ta på strømpar, bør vi kartlegge årsaka til at vedkomande ikkje klarar å gjennomføre dei praktiske oppgåvene sjølv. Om mogleg må tenesta bidra til at brukar kan klare å lage seg mat eller ta på strømpene sjølv, i staden for å sette inn tenester som matombering og hjelp til å trekke på strømpar. Dette vil i større grad bidra til at personen får betre funksjon, og gjere personen i stand til å meistre eige liv.

Meistring av dagleglivets aktivitetar er ein viktig føresetnad for å kunne bli gamal i eigen heim. Når evna til å meistre dagleglivets aktivitetar blir dårlegare, taper individet sjølvstende og det oppstår eit behov for hjelp. Vi ser at det auka hjelpebehovet ofte vert løyst ved at pårørande tek over oppgåver og bidreg til at kvardagen går rundt, eller ved at det vert meldt eit behov for tenester til kommunen. Fysisk aktivitet førebyggjer og utset funksjonsnedsetting, og reduserer fallrisiko hos eldre, uavhengig av alder, livsstil, helsestatus og funksjonsavgrensingar. Det viser seg også at aktiv deltaking i det ordinære kvardagslivet gir helsegevinstar og livskvalitet.²⁶ Funksjonstap er ei vanleg årsak til innlegging i spesialisthelsetenesta, og er saman med skader etter fall og brot ein vanleg årsak til midlertidig eller permanent plass på sjukeheim. Når mange vert lagt inn på sjukehus med funksjonsfall, er det ein klar indikasjon på at byrjande tap av funksjon og eiga omsorgsevne ofte blir fanga opp for seint.



Berre det å skulle lage til eigne måtid kan vere krevjande om ein mistar viktige funksjonar for å meistre kvardagen.
Foto: Pixabay

5.6 Førebygging og helsefremjande arbeid

Kvardagsmeistring er eit førebyggjande og rehabiliterande tankesett som vektlegg den enkelte si meistring i kvardagen uansett funksjonsnivå. Brukaren skal støttast og rettleiast til å sjølv kunne meistre dagleglivets aktivitetar i størst mogleg grad. Kvardagsmeistring føreset at helse- og omsorgstenesta inviterer til dialog som kartlegg brukarens eigne ressursar, og saman med brukar syter for at disse kan takast i bruk.

Eit godt førebyggjande og helsefremjande arbeid retta mot alle friske eldre ligg til grunn for alt rehabiliteringsarbeid. I kommunedelplanen

for helse og omsorg står det at Herøy kommune vil levere forsvarlege helse- og omsorgstenester som er samskapte og berekraftige. Gjennom å førebyggje at skade oppstår, avgrense skadeomfang og hindre følgjetilstandar, fremjar tenestene god folkehelse. "Sterk og stødig" er døme på eit tiltak som fungerer veldig godt. Kommunen har starta dette og bidrege med å få utdanna trenarar. Trenarane er frivillige som ynskjer å bidra i gruppa. Målgruppa er heimebuande eldre som framleis greier seg godt utan særleg bistand, men som har byrjande funksjonssvikt og ustøheit. Fokuset for treninga er balanse, kondisjon og beinstyrke, samt sosial samling etterpå.



Eit anna godt døme er Frivilligsentralen og alle dei ulike tilboda dei har.

Under vil vi presentere tre tiltak som vi ikkje har i Herøy kommune, men som er anbefalte førebyggjande og helsefremjande tiltak for kommunane.

Frisklivssentral

Frisklivssentralar er utvikla i kommunane, er utprøvd ut og evaluert, og er ein tilrådd måte å organisere slike helse- og omsorgstenester på. Frisklivssentralane skal fremje fysisk og psykisk helse og førebyggje eller avgrense utvikling av sjukdom ved å:

- gi støtte til å endre levevaner og meistre helseutfordringar
- gi rettleiing som rettar merksemda mot friskressursar for helse og livskvalitet
- understøtte brukarane sin eigen læringsprosess
- gi tilbod så tidleg som mogleg ved auka risiko for sjukdom
- gi hjelp til å finne frem til lokale tilbod og aktiviteter som passer for den enkelte brukar
- styrke innbyggjarane sin kunnskap om levevanar og helse
- vere ein samarbeidspartnar i folkehelsearbeid i kommunen

Frisklivssentralen bidreg i folkehelsearbeidet bl.a. gjennom rettleiing og informasjon til befolkninga, og ved å bidra i oversiktsarbeidet som ein del av grunnlaget for kommunale planprosessar. Dokumentasjon frå frisklivssentralen sitt arbeid kan avdekke behov for folkehelseiltak både i og utanfor helsetenesta. Målgruppa er personer som har auka risiko for, eller har utvikla samansette helseplager og kronisk sjukdom, som treng hjelp til å endre levevanar eller meistre livet med sjukdom og plager.

Førebyggjande heimebesøk

Førebyggjande heimebesøk er eit tiltak som kan bidra til å oppfylle kommunens ansvar for det førebyggjande helse- og omsorgsarbeidet retta mot eldre, og bidra til auka meistring i eige liv.²⁷ Førebyggjande heimebesøk fremjar helse og meistring, og gir eldre høve til å leve eit aktivt og sjølvstendig liv også når helsa blir redusert. Tiltaket kan bidra til at fleire eldre kan leve lenger i eigen bustad og oppleve større meistring i kvardagen. Dette er eit tiltak for eldre som ikkje allereie har tenester i kommunen. Besøka vil vere eit tilbod som er godt varsla og avtalt på førehand. Tiltak som vert sett inn i rett tid gir betre effekt og ressursutnytting, og kan førebyggje og redusere behov for tenester på sikt.

Rehabiliteringsteam

Eit rehabiliteringsteam vil kunne bidra til at tverrfagleg rehabilitering kjem i gang allereie på institusjon, vil sikre overgangen mellom institusjon og heimen og bidra til at brukarane oppnår større meistring i kvardagen sin og kan bu lenger heime. Dette vil bidra til eit meir berekraftig tenestetilbod i Herøy kommune, og brukarane får i større grad rett teneste til rett tid. Ein har fokus på ressursar og på kva personen kan klare sjølv, før ein tilbyr kompensierende tenestar (hjelp) i heimen eller på institusjon. Tverrfaglege rehabiliteringsteam er ofte samansett av ergoterapeut, fysioterapeut og sjukepleiar. Rehabiliteringsteamet set mål saman med brukar (og eventuelt pårørande), og utfører den praktiske treninga. Teamet må ha tett samarbeid med korttidsavdeling og heimeteneste, samt andre relevante samarbeidspartnarar. Rehabilitering på institusjon og spesialisert rehabilitering i heimen bør utfylle kvarandre.

Utfordringar i førebyggjande arbeid

Kommunane er gjennom helseog omsorgstjenesteloven pålagt å tilby helsefremjande og førebyggjande helsetenester til befolkninga. Det er lite aktivitet i regi av Herøy kommune som har fokus på førebyggjande arbeid, spesielt for vaksne. Det viser seg at mange oppgåver, fleire tilvisingar, stramme rammer og streng prioritering fører til at førebyggjande tenester taper i kampen om ressursane. Pr. i dag manglar brukarar i Herøy kommune eit tverrfagleg tilbod om intensiv rehabilitering, tilbod om førebyggjande heimebesøk og frisklivssentral.

5.7 KVARDAGSREHABILITERING

Kvardagsrehabilitering er ei arbeidsform som byggjer på ein grunnleggande tanke om at menneske har behov for meningsfulle aktivitetar. Dei daglege aktivitetane påverkar helse og trivsel, organiserer tida og gir livet struktur og mening. Kva som er meningsfulle aktivitetar varierer frå person til person.

Kvardagsrehabilitering er intensiv, tidsavgrensa, tverrfagleg og målretta trening i daglege gjeremål. Trening gjerast i eigen heim og nærmiljø. Den enkelte sine ressursar, interesser og mål står sentralt. Målet er at brukaren skal vinne att og behalde sitt funksjonsnivå, meistre kvardagen og delta i fellesskapen. Målgruppa er personar som ynskjer å vere aktive og bu heime, som har opplevd eit funksjonsfall eller står i fare for å miste funksjon, som søker på teneste for første gong eller søker om meir teneste.

Kvardagsrehabiliteringsteamet består av ergoterapeut, fysioterapeut og sjukepleiar i 60 % stilling kvar. Kvardagsrehabiliteringsteamet gjennomfører kartleggingar saman med brukar, og planlegg tiltak basert på kva bru-

karen ynskjer å meistre i kvardagen. Tiltak blir evaluert og justert undervegs. Tiltaka blir følgt opp av kvardagsrehabiliteringsteamet og heimetenesta, og tiltaka varer som hovudregel i 6 veker.

Kvardagsrehabilitering har vist seg å betre funksjonsstatus, betre sjølvopplevd yting og auka deltaking i dagleglivets aktivitetar. Forsking indikerer at helseeffekten er større ved kvardagsrehabilitering enn ved ordinære tenester²⁸. Erfaringar frå Herøy så langt er at der ein treff målgruppa med tilbodet, er der tydelige positive resultat både ved avslutning og etter

tre månader. Dette er både betre funksjonsstatus og betre sjølvopplevd yting i daglege aktivitetar. Fleire har også fått redusert ordinære heimetenester etter eit 6 vekers forløp.

Utfordringar i kvardagsrehabilitering

Kvardagsrehabilitering er eit nytt tilbod i kommunen, og ein ser at det tek tid å spreie tankesettet om kvardagsmeistring til resten av helsetenesta. Ein opplever at samarbeidet mellom ulike tenestar etterkvart har byrja å fungere godt etter at ein har fått på plass faste, jamlegemøtepunkt, men ein ser eit behov for å også haeit tettare samarbeid med institusjonane. Det er framleis ei utfordring å rekruttere "rette" brukarar til tilbodet. Noko som kan ha samanheng med at det er eit nytt tilbod i kommunen.

²⁸ https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2389813/Rapport6_16_web.pdf?sequence=1&isAllowed=y

5.8 KOORDINERING AV TENESTER

Avdeling for tenestekoordinering er ei av fire avdelingar i sektor helse og omsorg. Avdelinga har eit overordna ansvar for å bidra til heilskapleg sakshandsaming for heile sektoren, i tillegg til spesifikke støttefunksjonar og teknisk drift. I samarbeid med andre avdelingar/tenester skal tenestekoordinering syte for at dei som oppheld seg i kommunen får koordinerte tenester i samsvar med dei rettar og plikter som lovverket gir. Tenestekoordinering har også ei viktig rolle i arbeidet rundt velferdsteknologi.

Koordinerande eining

Funksjonen koordinerande eining er lovpålagt i alle kommunar, og hovudoppgåva er å sikre at dei med behov for koordinerte tenester skal få eit samordna, tverrfagleg og heilskapleg tilbod. I Herøy er denne funksjonen lagt til avdeling for tenestekoordinering. Her kan ein få råd og rettleiing dersom ein er usikker på kva tenestetilbod som passar seg. Koordinerande eining har blant anna ansvar for å fremje brukarmedverknad og familieperspektivet, ha oversikt over habilitering- og rehabiliteringstenesta, individuell plan og koordinator, fremje samarbeid på tvers av fagområde, nivå og sektorar, sikre informasjon til befolkninga og samarbeidspartnarar, og ta imot interne meldingar om moglege behov for habilitering og rehabilitering.

Koordinator og individuell plan

Avdeling for tenestekoordinering har det overordna ansvaret for individuell plan og for oppnemning, opplæring og rettleiing av koordinator. Koordinatoren er kontaktperson for brukar og pårørande og skal sikre at tenestetilboda er koordinerte. Pasient og brukar med behov for langvarige og koordinerte helse og omsorgstenester, har rett til å få utarbeidd

individuell plan(IP). IP er eit samhandlingsverktøy som skal sikre brukarmedverknad og at dei ulike tenestetilboda er koordinerte.

Utfordringar

Koordinering av møter med pårørande og tenesteytarar tek tid. Vi manglareit godt samhandlingsverktøy. Det kan også vere utfordrande å finne rett koordinator i høve individuell plan, særskilt til brukargruppa 16-18 år som har fåkommunale tenestetilbod.

Journalsystem

I dagens helsevesen er det mykje dobbeltarbeid, vi har mange "silobaserte" journalsystem som ikkje snakkar saman. Som pasient må ein ofte informere om det same gjentekne gongar. Det blir arbeidd med ei ny felles journalløysing for kommunar og helseføretak i Midt-Noreg. Helseplattformen. Dette vil vere ei erstatning for dagens journalsystem innan helse. Herøy kommune er med i utviklinga av denne løysinga, og har opsjon på innkjøp av Helseplattformen. Det er lagt stor vekt på pasienten si rolle i den nye journalløysinga. For første gong blir det etablert ei felles løysing som kan følgje pasienten i alle møter med helsetenesta. Dette gir moglegheit for å kunne samhandle på ein betre måte mellom alle aktørar og ikkje minst mot brukar/pasient, gjennom tilgang til sin eigen journal. Som helsepersonell vil ein få eit verktøy som skal auke kvaliteten i pasientbehandlinga. Det skal vere brukarvenleg og gjere det enklare å jobbe sikkert og effektivt.

Utfordringar med dagens journalsystem Det er ei stor utfordring at helsetenestene ikkje har felles tilgang til dei opplysningane dei treng for å arbeide godt saman. Mykje tid som kunne ha gått til direkte pasientkontakt vert brukt til å innhente pasientinformasjon. Pasientar må alt for ofte ta med seg eiga pasienthistorie

frå ein helseaktør til ein annan. God informasjonsflyt og samhandling er heilt naudsynt for å sikre trygg og effektiv pasientbehandling, men også for å involvere pasient og pårørande i eiga behandling.

Vi veit at det vil bli færre i yrkesaktiv alder, og at auka bemanning aleine ikkje kan løyse alle behov for helse og omsorgsoppgåver. Teknologi, digitalisering og nye måtar å løyse dei utfordringane vi står overfor kan bidra til å redusere dette. Helseplattformen som journalsystem vil bidra til auka pasienttryggleik, innovasjon og berekraft.

Velferdsteknologi Velferdsteknologi kan vere eit viktig verkemiddel i ein rehabiliteringsprosess fordi ulike teknologiske løysingar kan gi brukaren betre høve til å meistre funksjonsnedsetting og bli meir sjølvhjulpen i eigen kvardag. Til dømes kan ein ta i bruk memo-planner som eit hjelpemiddel for å halde oversikt over kvardagen dersom ein har fått kognitive vanskar etter eit slag. I tillegg kan velferdsteknologi fungere som støtte til pårørande og elles bidra til å betre tilgjenge, ressursutnytting og kvalitet på tenestetilbodet. Velferdsteknologiske løysningar kan i mange tilfelle førebyggje behov for tenester eller innlegging i institusjon, jf. Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg. I følge Prop. 1 S (2016–2017) har erfaringar så langt vist at bruk av velferdsteknologi er lønsamt, og bidrar til å redusere belastninga for både brukarar og helsepersonell.

Velferdsteknologi handlar ikkje først og fremst om teknologi, men om å endre måten tilsette arbeider på, og korleis ein organiserer tene-
sta når ein del av oppgåvene skal løysast ved hjelp av teknologi. Vi må utforske moglegheiter når behov endrast, og leite etter nye måtar å løyse oppgåver på. Herøy deltek i samarbeidsforum med sjustjerna helse- og omsorg for å halde seg oppdatert og utarbeide like rutinar på tvers av kommunegrensene. Det er viktig å halde seg fagleg oppdatert på området, samhandle og dele erfaringar med sjustjerna, vere villige til å prøve ut ny teknologi med meir. Det er avgjerande at dei personane som kartlegg behov for helse- og omsorgstenester har kunnskap om tilgjengeleg teknologi, samt at ein har system for opplæring, oppfølging og evaluering av teknologien i bruk. Dette fordrar tett samarbeid mellom dei ulike tenestene i kommunen. Til dømes mellom tenestekoordinering, ergoterapitenesta og heimetenesta.

Utfordring med velferdsteknologi

Der er noko teknologi i bruk i dag, men tenestene opplever at ny teknologi er lite tilgjengelig. Samtidig er det usikkert om kunnskapen om kva moglegheiter er nok tilgjengelig i tenestene.



Helseplattformen som journalsystem vil skape ei forenkling i helsekvarden både for tilsette og pasientar/brukarar.

5.9 HJELPEMIDDELTENESTA

For mange er hjelpemiddel naudsynt for å kunne meistre kvardagsaktivitetar, delta i samfunnet og ha moglegheit til å bu heime så lenge dei ynskjer. Det er viktig med ei godt fungerande hjelpemiddelteneste i kommunen som sikrar rett forvaltning av hjelpemiddel. Når ein sikrar at dei som treng det får rett hjelpemiddel til rett tid, vil dette avlaste kommuneøkonomien, til dømes ved at den enkelte får behov for mindre hjelp, og kan klare å bu lenger i eigen heim.

Hjelpemiddeltenesta i kommunen består hovudsakleg av ergoterapeut, driftsteknikarar og hjelpemiddelkontaktar i heimetenesta. Ergoterapeut arbeider 100 % der hjelpemiddelrelatert arbeid utgjer mesteparten av stillinga. Driftsteknikar brukar om lag ei 50 % stilling til arbeid til hjelpemiddelrelatert arbeid. Dette er i praksis inn- og utlevering av hjelpemiddel, enkle reparasjonar, noko monteringar og teknisk bistand til ergoterapitenesta. Hjelpemiddelkontaktar i heimetenesta, pr. d.d.er 2 personar i ytre distrikt og 3 personar i indre distrikt. Desse søkjer om og leverer ut blant anna hygienehjelpemiddel, rullatorar, senger, komfyrvakter og dag- og nattkalendar. Nokre av dei kan også søkje nokre enkle høyrsele-hjelpemiddel. Dei har ikkje avsett mykje tid til desse oppgåvene, og dei søkjer berre til brukarar som frå før er kjende i heimetenesta. Heimetenesta har også hovudansvar for midlertidig utlån og reinhald av hjelpemiddel frå kommunalt lager.

Utfordringar i hjelpemiddeltenesta

Det er for tida stor pågang på hjelpemiddeltenesta. Det er lange ventelister, og ein klarer ikkje å starte på sakene raskt nok etter prioriteringsnøkkelen (sjå vedlegg 1)²⁹ som er eit

internt styringsverktøy utarbeidd av og for kommunal fysio- og ergoterapiteneste i Herøy. Ein kjem seint inn i saker, og får ofte ferdige "bestillingar" på behov for konkrete hjelpemiddel i staden for bestilling av vurderingar. Mottaksrommet til hjelpemiddel frå hjelpemiddelsentralen er litt i minste laget, og har heller ikkje moglegheit for rein/urein sone. Kommunalt lager har etter kvart ein del gamle og utdaterte hjelpemiddel. Ei utfordring er også at ansvaret for lageret er fragmentert, noko som blant anna fører til at ingen har komplett oversikt over lageret. Det er heller ikkje eit digitalt system for registrering av utlån av hjelpemiddel, noko som fører til at det er vanskelig å fange opp hjelpemiddel som bør hentast inn eller søkast frå NAV hjelpemiddelsentral på varig utlån. Utforminga på lageret gjer at skitne hjelpemiddel må igjennom rein sone for å kome til urein sone. Dersom det "hopar seg opp" med hjelpemiddel som skal reingjerast så står det ureine hjelpemiddel i kø ute i rein sone.

5.10 HABILITERING I HERØY

Personar med habiliteringsbehov er ei samansett gruppe med særskilte behov, både knytt til innhald, omfang og intensitet i oppfølginga. Mange av brukarane og deira familiar har behov for tverrfaglege og tverrsektorielle tenester heilt frå småbarnsalder til vaksen alder, eller heile livet. Brukarane bur heime hos foreldra, i bufelleskap, samlokaliserte bustadar eller i sjølvstendige leilegheiter. Habiliteringstiltaka skal bidra til å fremje meistringsevne og

²⁹ Prioriteringsnøkkelen vedlegg 1 understøtter brukarens innsats for best mogleg funksjonsevne, sjølvstende og deltaking på alle livets område.

Mange ulike instansar er ofte involvert i sam-



Foto: Canva

arbeidet rundt brukarane. Som regel er det eit samarbeid mellom fleire tenester i det kommunale hjelpeapparatet, i tillegg til eit samarbeid med ulike aktørar i spesialisthelsetenesta.

Samarbeids- og koordineringsutfordringane for born og vaksne med nedsett funksjonsevne er ofte komplekse og langvarige. Overgangar mellom ulike livsfasar frå born til ungdom og vaksenlivet, er særleg kritiske fasar. For at born og unge med nedsett funksjonsevne skal få den hjelpa dei treng, må utfordringar og hjelpebehov avdekkast på eit så tidleg tidspunkt som mogleg. Dette krev at aktuelle offentlege tenester har fagfolk som er i stand til å kartleggje utfordringane. Dei har ofte behov for tenester frå ulike avdelingar på same tid. Individuell plan og koordinator har ei sentral rolle i dette arbeidet. Blant anna med ansvarsgrupper, samarbeidsmøte og planlegging av gode overgangar på tvers av tenester. I bu- og habiliteringsavdelinga er det behov for at det blir laga skriftlege prosedyrar og rutinar kring dei ulike overgangane. Avdelingane

har ulike oppgåver og ansvar, men har alle eit felles mål om at born og unge med nedsett funksjonsevne skal kunne delta i samfunnet på lik linje med andre på same alder.

personar med andre gjennomgripande utviklingsforstyrrelsar³⁰, blir i stor grad ytt av bu- og habiliteringstenesta, som har ansvar for drift av heimetenester, bufellesskap, avlastningstilbod og dagtilbod. Brukarane har ofte ei varig funksjonsnedsetting og habiliteringsbehovet vil difor vare livet ut. Tenesta gir oppfølging og tilrettelegging på fleire livsområde, til dømes bustad, aktivitet og sosialt miljø, i tillegg oppfølging av somatisk og psykisk helse-tilstand. Tenesta skal også sikre at brukarane får nødvendige helsetenester i heimen, praktisk bistand og støttekontakt m.m. Avdelinga har i tillegg ansvar for avlastning til born i kommunal avlastingsbustad. Det har vore særskilt fokus på kompetanseheving og opplæringstiltak i avdelinga. Mange har behov for tverrfagleg innsats og god behandling.

Bu- og habiliteringsavdelinga

Tenester til personar med utviklingshemming og personar med andre gjennomgripande utviklingsforstyrrelser³⁰, blir i stor grad ytt av bu- og habiliteringstenesta, som har ansvar for drift av heimetenester, bufellesskap, avlastningstilbod og dagtilbod. Brukarane har ofte ei varig funksjonsnedsetting og habiliteringsbehovet vil difor vare livet ut. Tenesta gir oppfølging og tilrettelegging på fleire livs-område, til dømes bustad, aktivitet og sosialt miljø, i tillegg oppfølging av somatisk og psykisk helsetilstand. Tenesta skal også sikre at brukarane får nødvendige helsetenester i heimen, praktisk bistand og støttekontakt m.m. Avdelinga har i tillegg ansvar for avlastning til born i kommunal avlastingsbustad. Det har vore særskilt fokus på kompetanseheving og opplæringstiltak i avdelinga. Mange har behov for tverrfagleg innsats og god behandling.

Tenesta opplever at samhandlinga mellom ulike faggrupper rundt barn med samansette behov ofte fungerer bra. Ein har faste tverrfaglege ansvarsgruppemøte og borna har ofte både individuell plan og individuell opplæringsplan. Tilsette i bu- og habiliteringsavdelinga har fokus på opplæring i ulike adl-ferdigheiter, og det er som regel eit tett samarbeid med barnehage, skule, fysioterapeut, ergoterapeut osv.

Utfordringar i bu- og habiliteringstenesta

I hovudsak ser ein størst utfordringar i høve arbeid- og aktivitet i vaksenlivet. Herøy vida-regåande skule gir teoretisk og praktisk opplæring til elevar med nedsett funksjonsevne. Overgangen frå skule til arbeid kan vere ei utfordring då dei ofte står utan eit tilrettelagt aktivitets- eller arbeidstilbod etter ferdig skulegang. Aktivitets- og arbeidstilbod for

menneske med nedsett funksjonsevne er i dag Herøy produksjon. I tillegg kjøper kommunen teneste frå Grøn omsorg og Bøen gard. Nokre av brukarane har også tilbod ute i bedrifter i kommunen. I kommunedelplanen vert det vist til at hovudutfordringa for denne tenesta er å leggje til rette for eit godt og dekkjande aktivitetstilbod i kvardagen, for dei som fell utanfor det ordinære arbeidslivet. Mange av brukarane er heime i bustaden sin store deler av dagen, og får såleis ikkje nytta ressursane sine fullt ut. Forsking viser at arbeidet gir status, markerer sjølvstende og er ein stad for å utvikle vennskap (Terje Olsen 2009)³¹.

Det er 16 personar som i dag har eit dagtilbod frå bu og habilitering. Dagtilboda for menneske med nedsett funksjonsevne er i dag delt mellom aktivitetstilboda ved Herøy produksjon og Aktivitetssenteret, og dekkjer berre delar av det reelle aktivitetsbehov i kommunen. Dei bygningsmessige fasilitetane er også svært mangelfulle, både funksjonelt og byggeteknisk. Det er ikkje plass til fleire brukarar i noverande lokale og det er ikkje tilrettelagt for personar med fysiske funksjonshemmingar. Det er heller ikkje høve for andre aktivitetstilbod på grunn av plass/lokalitetar. Herøy ressursenter har i mange år vore peika på som eit naudsynt satsingsområde. Dette er viktig for å kunne utvikle eit aktivitets- og arbeidstilbod på tvers av tenestene i kommunen, og for å kunne tilby arbeid/aktivitet som passar for fleire med ulike behov. Det har lenge vore stabilt med talet på brukarar av avlastningstilbodet. Dei siste åra har dette auka.

Det er også ei større spreiding i alder, funksjonsnivå og behov, og enkelte har behov for moglegheit til skjerming. Det er også signal om at det er fleire som vil ha behov for det-

30 Gjennomgripande utviklingsforstyrrelse: FinnKode – Direktoratet for e-helse medisinske kodeverk – ICD-10, NCMP, NCSP, ICPC-2, BUP, ICF-CY: <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2599546>

31 Terje Olsen 2009: «Versjoner av arbeid etter avviklingen av institusjonsomsorgen»

32 Leve hele livet

te tilbodet framover. Herøy kommune må sjå utfordringane i forkant og ruste opp/planlegge tenesta til å kunne imøtekomme desse framtidige behova, og det er viktig å kunne tilby skjerming for nokre av dei. Avlastingstilbodet er nedslite og dekkjer ikkje dagens behov. Slik lokalitetane er i dag kan ein vanskeleg stette behov for individuell tilrettelegging og skjerming. Uteområde treng også oppgradering då dette gir avgrensa moglegheit for lek og aktivitet. Ei oppgradering vil kunne bidra til meir individuelt tilpassa tenester i eit stimulerande og tilrettelagt miljø.

5.11 LEGETENESTA

Legetenesta i Herøy har for tida 11 fastlegeheimlar fordelt på Herøy legesenter og Myrvåg legesenter. I tillegg har vi LIS 1 lege (tidlegare turnuslege). Fastlegane kan ha kommunale bistillingar som legevakslege, helsestasjonslege og ein er kommuneoverlege. Det har nyleg blitt oppretta 100% stilling som sjukeheimsoverlege. Spesielt fastlegane og sjuke-

heimsoverlegen har ei viktig rolle i arbeidet med habilitering og rehabilitering. Fastlegane sin diagnostisering, oppfølging og behandling av personar med funksjonsnedsettingar og kroniske sjukdommar er ein viktig del av det samla kommunale helsetilbodet. Fastlegen har ein medisinskfagleg koordineringsrolle og skal identifisere brukarar som har behov for re-/habilitering og delta i arbeidet med å fastsette re-/habiliteringsmål. Fastlegen bør vere orientert om brukaren har ansvarsgruppe og individuell plan. I *Leve hele livet*³² blir det også vist til at fastlegen i følge fastlegeforskrifta skal søkje å ha oversikt over innbyggjarar på lista der medisinskfagleg oppfølging og koordinering er nødvendig, og tilby konsultasjon eller heimebesøk der det er behov for behandling eller oppfølging. Formålet med meir proaktive tenester er at tenestene blir sett inn på eit tidlegare tidspunkt, og dermed bidreg til betre funksjon og redusert behov for institusjonsbaserte tenester og spesialisthelsetenester.



5.12 HELSESTASJON OG SKULEHELSETENESTA

Helsestasjon- og skulehelsetenesta har born, unge, gravide og foreldre som målgruppe. Formålet med tenesta er å fremje fysisk og psykisk helse, fremje gode sosiale og miljømessige forhold og førebyggje sjukdom og

skader. Tenesta har ei viktig oppgåve i å fange opp born og unge med behov for meir omfattande hjelp og oppfølging til dømes på grunn av funksjonsnedsettingar, utfordringar i familien, psykiske plager eller andre samansette, langvarige hjelpebehov.



5.13 ANDRE AKTØRAR

Der er også fleire instansar som er viktige å samarbeide med i habilitering- og rehabiliteringsarbeidet, men vi går ikkje i detalj på dette i denne planen. Nokre døme er NAV, oppvekst, teknisk og frivillige aktørar.



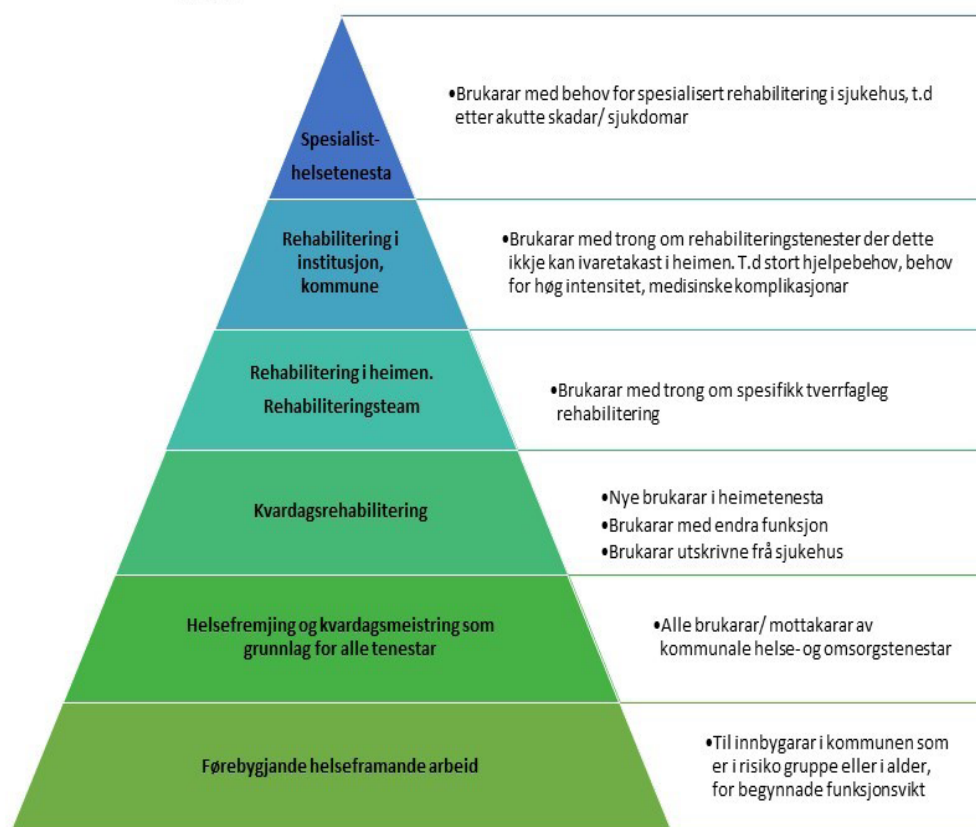
6. Oppsummering av utfordringar i Herøy kommune innan habilitering og rehabilitering, med forslag til tiltak

6.1 REHABILITERINGSPYRAMIDEN

Rehabiliteringspyramiden illustrerer ei inndeling av rehabilitering i sju nivå. Den viser at det finst ulike former for rehabilitering tilpassa ulike rehabiliteringsbehov, og at det på kommunalt nivå er viktig å ha eit differensiert rehabiliteringstilbod.

Avhengig av utfordringar og kompleksitet vil det vere behov for ulik grad av intensitet, omfang og kompetanse. Vi vil her summere saman utfordringane i Herøy kommune innan habilitering og rehabilitering i lys av rehabiliteringspyramiden for å få fram kvar «skoen trykjer». Vi ser både av statistikken i kapittel 4 og

Rehabiliteringspyramide

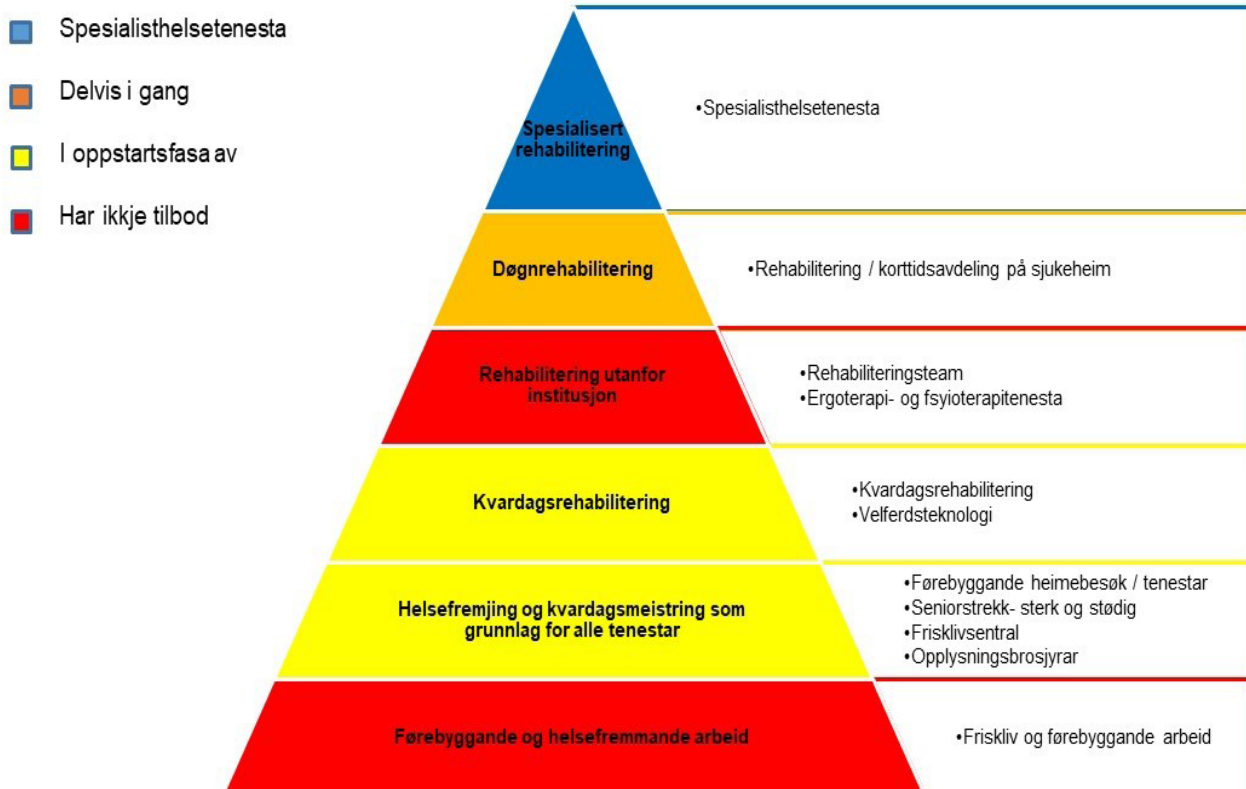


utfordringane skildra i kapittel 5 at der er store utfordringar. Habilitering og rehabilitering har ikkje vore eit satsingsområde i kommunen. Tradisjonelt sett er rehabilitering eit område som vert nedprioritert sett opp mot mange naudsynte helsetenester og knappe budsjett. Dette vil ikkje vere berekraftig over tid med

tanke på dei store utfordringane som tenestene i Herøy står overfor i dag og i dei næraste åra som kjem. Pyramiden under meiner vi illustrerer Herøy sitt tilbod per dags dato, og syner kvar vi bør sette inn tiltak.

Dagens situasjon viser at Herøy kommune har forbettringspotensiale på fleire område innan

Rehabiliteringspyramide



habilitering- og rehabilitering. Den viser tydelig at kommunen har lite satsing spesielt på førebyggjande arbeid og rehabilitering utanfor institusjon. I dette kapittelet kjem vi med tilrådingar til tiltak som vil bidra til at dette blir ei "grønare" pyramide, slik at Herøy kommune i større grad kan tilby berekraftige tenester som også oppfyller kommunens ansvar for førebyggjande tenester.

6.2 TILTAK FOR Å STYRKE HABILITERING OG REHABILITERING

Det overordna målet med denne planen er at kommunen sine innbyggjarar skal få heilskaplege helse- og omsorgstenester som gir naudsynt opplæring for eigenmeistring og anna hjelp og behandling avhengig av funksjonsnivå. Tidleg og systematisk kartlegging og oppfølging vil vere viktig for å fange opp og ivareta utfordringar når helsetilstanden endrar seg. Sentralt i dette er tankesettet er kvardagsmeistring, som kommunedelplanen peikar på at skal vere eit gjennomgripande tankesett i alle tenester i kommunen. St. meld 15. (2017–2018) Leve hele livet seier at det finst store moglegheiter i helse- og omsorgssektoen for å utvide fagkompetansen, ta i bruk nye metodar, ny logistikk, alternative arbeidsordningar, velferdsteknologi, nye buformer og nye innovative løysingar, framfor reine effektiviseringstiltak som å redusere tenestetilbodet til den enkelte og at tilsette må springe endå fortare i korridorane. Det er i kommunedelplanen³³ bestemt seks satsingsområde som skal vere gjennomgåande for alt vi gjer i helse og omsorg. For å lese meir om disse satsingsområda viser vi til kommunedelplanen. Med utgangspunkt i desse satsingsområda tiltak i kommunedelplanen og utfordringane som er skildra i denne planen vil vi foreslå tiltak retta mot habilitering- og rehabilitering.

Tiltak: Etablere samla døgnrehabilitering og korttidsplassar på institusjon

Som skrive i kap. 5.2 viser forskning at å samle rehabiliteringskompetanse gir vesentlig betre resultat enn å ha kompetansen spreidd. Arbeidsgruppameiner det er viktig å samle rehabiliteringskompetansen på ei avdeling på ein institusjon slik at ein får utnytta denne kompetansen betre.

Tiltak: Opprette tverrfagleg rehabiliteringsteam i kommunen

Vi meiner at Herøy kommune har behov for eit team som kan arbeide med intensiv, spesifikk rehabilitering både på institusjon og i heimen, jamfør kap. 5.6. Eit rehabiliteringsteam kan også vere pådrivarar for auka satsing på rehabilitering og kvardagsmeistring i alle tenestar saman med blant anna kvardagsrehabiliteringsteamet. Eit slikt team meiner vi vil krevje nye ressursar då spesielt kommunal ergoterapeut og fysioterapeut allereie har sprengt kapasitet som skildrai kapittel 4.4 og 5.4. Arbeidsgruppa meiner at eit slikt team bør bestå av fysioterapeut, ergoterapeut, og sjukepleiar med rehabiliteringskompetanse. Ved oppretting av eit slikt team må ein spesifisere ansvarsområde og omfang.

Tiltak: Vidareføre kvardagsrehabilitering som ei fast teneste

Kvardagsrehabilitering er ei nyare teneste i Herøy, som vi allereie no ser har god effekt. Detvart vedteke i budsjettet for 2021, og i økonomiplanperioden 2021–2024 å vidareføre denne tenesta som eit tilbod til innbyggjarane.



Tidleg og systematisk kartlegging og oppfølging vil være viktig for å fange opp og ivareta utfordringer når helsetilstanden endrer seg.
Foto: Pexels

Tiltak: Førebyggjande heimebesøk til eldre heimebuande

Sjølve organiseringa av tiltaket vil bli planlagt av dei aktuelle tenestetilbydarane, eventuelt saman med andre tiltak som står i denne planen. Det kan vere aktuelt å tilby gruppesamlingar i staden for heimebesøk til dei som ønskjer dette.

Arbeidsgruppa anbefaler at dette er eit satsingsområde for Herøy kommune, og meiner at tenesta kan organiserast som ein del av kvar dagsrehabiliteringsteamet sitt arbeidsområde.

Tiltak: Etablere frisklivssentral med læring-og meistringstilbod

Det er som vist i denne planen mangel på førebyggjande tilbod i kommunen, og her kan ein frisklivssentral vere eit viktig bidrag, jamførkap. 5.6. Ein frisklivssentral må byggje opp tilbodet etter behovet i kommunen -t.d. dersom utfordringane er fedmeproblematikk hos barn og unge er det her innsatsen må leggjast inn. Ein frisklivssentral må ha nært samarbeid med aktuelle instansar, t.d. helsestasjon og frivillige.

Tiltak: Felles digitalt journalsystem

Arbeidsgruppa tilrår at Herøy kommune satsar på eit felles digitalt journalsystem som legg til

rette for god samhandling internt i eiga kommune, og mellom kommune og spesialisthelsetenesta. Pr. i dag er Helseplattformen einaste reelle alternativ for ei slik løysing, jamførkap. 5.8, og nasjonale føringar legg opp til at helsetenestene i Midt-Noreg skal vere ein del av denne løysinga.

Tiltak: Velferdsteknologi

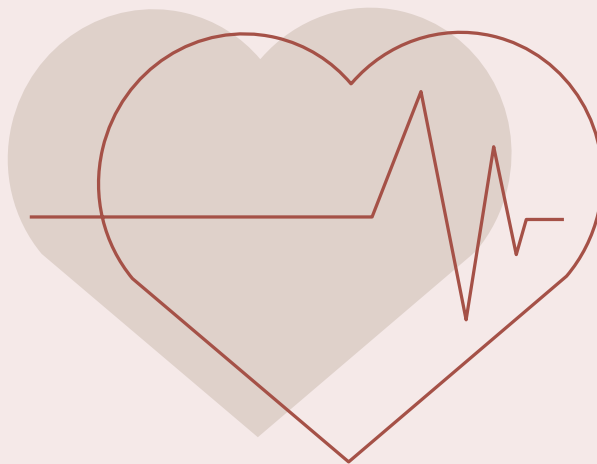
Velferdsteknologi vert teke gradvis inn i tenestene i takt med utviklinga i kommunen. Det er behov for at fagpersonar som skal kartlegge behov for tenester har oppdatert kunnskap om kva teknologiske moglegheiter som finst, samtidig som Herøy kommune er villige til å ta i bruk ny teknologi ved behov.

Tiltak: Etablere ressurscenter

Eit tilpassa arbeids- og aktivitetstilbod vil bidra til at brukarane får nytte sine ressursar og oppleve trivsel, meistring og livskvalitet. Eit framtidig ressurscenter kan òg romme brukarar med ulike former for nedsett funksjonsevne.

Tiltak: Oppgradere avlastinga

Ei oppgradering av avlastinga vil bidra til betre og meir individuelt tilpassa tenester, samt vere betre rusta til å møte framtidige behov.



Vedlegg 1, Prioriteringsnøkkel

Fysio- og ergoterapitenesta

Individuelle førespurnader

Barn, familie og helseavdelinga

Seksjon rehabilitering

Prioritet	Problemstilling	Ventetid
Rask intervensjon er naudsynt og har stor betydning for effekt av tiltak	<i>Akutt problemstilling</i> som er nyoppstått eller brått funksjonstap grunna skade, sjukdom eller liding, og/eller store endringar i omgjevnadane. Problemstillingar knytt til <i>akutte overgangsfasar</i>. Trening og tiltak må settast i gang straks. Problemstillingar knytt til <i>terminalfase</i>, når tiltak i stor grad kan lindre, eller at tiltak er retta mot eigenaktivitet og sosial deltaking.	Sak vert starta innan 2 veker frå mottatt dato
Tidleg intervensjon er forventa å ha stor betydning for effekt av tiltak	<i>Byrjande/aukande funksjonssvikt</i> som har store konsekvensar for mest mogleg sjølvstendig funksjon i kvardagen. Døme på funksjonsområde: Utføre primære daglege aktivitetar, kunne bu i eigen bustad, delta i lek, barnehage/skule, arbeidsliv. <i>Raskt progredierande sjukdomsutvikling</i> som fører til inaktivitet og auka pleiebehov. <i>Forseinka funksjons- og aktivitetsutvikling</i> sett i relasjon til alder. <i>Vidare kommunal saksgang</i> og tilvising til andre instansar er avhengig av vurdering frå ergo/fysioterapeut. <i>Planlagde overgangsfasar</i>. Oppfølging er naudsynt og kan planleggast.	Sak vert starta innan 8 veker frå mottatt dato
Intervensjon er føremålstenleg og kan auke livskvalitet, men kan vente utan store konsekvensar	<i>Rørsle- eller aktivitetsproblem</i> som følgje av kroniske og/eller langsamt progredierande sjukdom i rolege fasar. <i>Forseinka funksjons- og aktivitetsutvikling</i> sett i relasjon til alder. <i>Problem knytt til aldring</i>. <i>Planlagde overgangsfasar</i>. Oppfølging er naudsynt og kan planleggast i god tid.	Sak vert starta innan 3 månader frå mottatt dato

Herøy kommune
Rådhusgata 5

Postboks 274
6099 Fosnavåg

